

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Violaine LE FLOCH

Présentée et soutenue publiquement le 25/05/2021

**ANALYSE QUALITATIVE DU FONCTIONNEMENT DES CONSULTATIONS
AVANCEES DE PSYCHIATRIE AU SEIN DE MAISONS DE SANTE
PLURIPROFESSIONNELLES EN LOIRE-ATLANTIQUE :
AVIS DES MEDECINS GENERALISTES ET DES EQUIPES DE PSYCHIATRIE**

Président : Monsieur le Professeur Cédric Rat
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Daniel Prin
Membres du jury : Monsieur le Professeur Olivier Bonnot,
Madame la Docteur Rosalie Rousseau

REMERCIEMENTS

Au Professeur Cédric Rat, qui me fait l'honneur de présider ce jury.

Au Professeur Olivier Bonnot, qui me fait l'honneur de siéger à mon jury.

Au Docteur Rosalie Rousseau, qui me fait l'honneur de siéger à mon jury.

Au Docteur Daniel Prin, qui me fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci pour ta confiance, ton accompagnement bienveillant tout au long de ce travail, et d'avoir été pendant mes études un de mes exemples de la Médecine.

A Valérie Cadoret, coordinatrice de la maison de santé Laennec, pour ta relecture et tes précieux conseils sur la rédaction de cette thèse.

A Charlotte Dubois, coordinatrice de la maison de santé de Clisson, pour ton implication dans ce projet et ton aide pour organiser le focus groupe.

Aux médecins généralistes impliqués dans ce travail, pour leur participation enthousiaste aux entretiens.

Aux équipes de psychiatrie, pour leur intérêt sincère envers ce travail et leur participation aux entretiens.

A mes différents maîtres de stages, pour m'avoir aidé à progresser durant mes études.

A mes parents, Isabelle et Thierry, pour votre amour inconditionnel, votre soutien à toute épreuve, et pour m'avoir transmis vos valeurs depuis mon enfance. Un merci infini pour m'avoir donné la force de continuer dans ce parcours. Je vous aime profondément.

A ma petite sœur adorée, Anaïs, pour notre complicité depuis l'enfance et nos discussions nocturnes. Tu pourras toujours compter sur moi.

Au reste de ma famille, mes grands-parents alsaciens, mes cousines chéries, mes oncles et tantes, pour tous ces précieux week-ends partagés en famille. Merci pour votre amour, et vivement la prochaine partie de loup-garou !

A mes amies nantaises, Suzanne, Domitille, Lucile, Barbara, Violette, Anne-Laure..., rencontrées lors de cet internat riche en rebondissements, pour votre présence positive et

tous ces beaux moments partagés ensemble. Merci de m'avoir supportée ces trois dernières années et surtout soutenue.

A ma famille de co-internes, Alix, Michael et Marine, pour votre soutien infaillible dans les bons comme dans les moments difficiles. On a traversé les études de Médecine, liés par de nombreuses péripéties, et cela a énormément compté pour moi. Et voilà qu'on clôture notre internat tous ensemble, à quelques semaines d'intervalle !

A mes précieuses amies lyonnaises, Sara, Samantha, Maïlys, Maud, Loriane, Rachel, Marie, Christelle, Marion... et j'en oublie tellement... Merci pour votre joie de vivre, les années d'études et nos aventures partagées, depuis le collège pour certaines. Merci d'être présentes malgré la distance, et vous savez que vous pouvez m'appeler à la rescousse en toutes circonstances.

A mes collègues du Cha, pour nos rires échangés autour d'un café, entre deux séances de révision de l'internat de médecine.

Et à ma belle rencontre de l'année 2020, Simon, pour ton amour et parce que tu me donnes le sourire à chaque instant passé à tes côtés. Ensemble, on a créé notre petit cocon de flore et de vie. Merci de me rendre chaque jour plus épanouie et de toujours m'encourager dans mes projets. Je t'aime.

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	3
Serment d'Hippocrate	5
Abréviations	8
Introduction	9
Matériel et méthode	13
I) Fonctionnement des consultations avancées	13
A. Présentation du dispositif	13
B. L'Unité de prévention du suicide de Bouguenais	14
C. Le pôle de psychiatrie de Saint Nazaire	15
II) Méthodologie de l'étude	15
A. Les focus groupes avec les médecins généralistes	16
B. Les entretiens avec les équipes de psychiatrie	18
Résultats	20
I) Opinion générale sur le dispositif	20
A. Accueil des équipes	20
B. Pertinence des consultations avancées	21
C. Un mode opératoire simple	22
II) Renforcement de la collaboration entre les médecins généralistes et les soins psychiatriques spécialisés	23
A. Entraide entre les deux corps soignants	23
B. Meilleure adhésion du patient au projet de soins	28
C. Augmentation des échanges	31
III) Enrichissement de la formation des médecins généralistes	38
A. Formation médicale continue	38
B. Connaissance renforcée du réseau de soins psychiatriques et de la législation	42
C. Evolution des motifs d'adressage en consultation	43
IV) Une solution face à un enjeu de santé publique	45
A. Accès aux soins psychiatriques	45
B. Intérêt épidémiologique	50
V) Evolution possible du dispositif	51
A. Les pistes d'amélioration envisageables	51
B. Généralisation du programme	55

Discussion	59
I) Analyse de la méthodologie	60
A. Etude qualitative : forces et faiblesses.....	60
B. Caractéristiques de l'échantillon interrogé	62
II) Etude des résultats.....	64
A. Réponse et avantages pour les patients	65
B. Réponse aux attentes des professionnels de santé	67
C. Réponse et bénéfices pour la société.....	71
III) Quelques pistes pour optimiser l'offre de soins	74
Conclusion.....	76
Bibliographie.....	77
Annexes	82
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE FOCUS GROUPE 1 AVEC LES MEDECINS GENERALISTES	82
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ENTRETIEN SEMI-DIRIGE AVEC LES EQUIPES DE PSYCHIATRIE	84
ANNEXE 3 : VERBATIM du FOCUS GROUPE numéro 1	85
<i>Avec les médecins généralistes du Pôle santé de Clisson et de la Maison de santé du Bignon</i>	<i>85</i>
ANNEXE 4 : VERBATIM du FOCUS GROUPE numéro 2	91
<i>Avec les médecins généralistes de la Maison de santé Laënnec à Saint Nazaire</i>	<i>91</i>
ANNEXE 5 : VERBATIM de l'entretien numéro 1.....	98
<i>Avec l'équipe de psychiatrie de Saint Nazaire</i>	<i>98</i>
ANNEXE 6 : VERBATIM de l'entretien numéro 2.....	105
<i>Avec l'équipe de psychiatrie du Centre Hospitalier Georges Daumézon</i>	<i>105</i>

ABRÉVIATIONS

CMP : Centre Médico-Psychologique

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence régionale de Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

CH : Centre Hospitalier

GD : Georges Daumézon

ORS : Observatoire Régional de la Santé

MG : Médecin Généraliste

Dr : Docteur

PSY : Intervenant de psychiatrie

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

HAS : Haute Autorité de Santé

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

CTSM : Contrat Territorial de Santé Mentale

CA : Consultation(s) avancée(s)

INTRODUCTION

Le bien-être mental est une composante essentielle de la santé, comme le souligne la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). « *La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.* »

La santé mentale est ainsi un fondement très important du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.

Les maladies psychiatriques constituent pourtant un problème majeur de santé publique, en France comme dans le monde. Les **chiffres** de mortalité et morbidité sont inquiétants. En effet, selon l'OMS, 1 Européen sur 4 est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie. Si on réunit les chiffres de tous les pays, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans. Selon le 4^{ème} rapport de l'observatoire national du suicide, en France, on compte environ 9 300 décès par suicide au cours de l'année 2016, soit un taux de décès par suicide relativement élevé par rapport au reste de l'Europe, derrière la Finlande et la Belgique. (1)

En outre, beaucoup de personnes souffrant de troubles mentaux meurent prématurément en raison d'un taux très élevé de **maladies chroniques** ou autres problèmes de santé insuffisamment traités. (2) Il existe également des facteurs de risque d'ordre comportemental, tels qu'une forte consommation de tabac, une grande sédentarité et une moindre observance aux traitements. En effet, il apparaît que le taux de tabagisme est deux fois plus élevé chez les schizophrènes que dans la population générale (3), comme pour les troubles bipolaires (4). De plus, les effets secondaires des traitements psychotropes peuvent favoriser la prise de poids et entraîner certaines conséquences, telles que l'émergence du diabète. (5)

Les troubles mentaux sont également un **coût économique** important pour la société. Sur le territoire français, ils représentent le premier motif de dépenses du régime général de l'assurance maladie par pathologie, avant les cancers et les maladies cardiovasculaires. (6) C'est aussi la première cause d'arrêt maladie de longue durée et d'invalidité (7) . En 2017, presque 1,3 millions de personnes bénéficient d'une reconnaissance d'affection longue durée exonérante au titre d'une pathologie psychiatrique (ALD 23), selon

les chiffres d'Ameli.fr. (8) De plus, la France est un pays à forte consommation de psychotropes, tels que les antidépresseurs, les anxiolytiques, les neuroleptiques, les thymorégulateurs. Nous nous situons en 2015 au 3ème rang européen de la consommation d'hypnotiques et au 2ème rang de la consommation d'anxiolytiques. (9)

De surcroît, outre ces chiffres alarmants, les personnes ayant des troubles psychiques persistants souffrent d'**isolement** social, familial et professionnel. (10) En effet, la problématique de l'accès aux soins psychiatriques est omniprésente dans la société.

D'une part, les maladies mentales troublent la capacité à solliciter de l'aide, à consentir et à s'engager durablement dans les soins.

D'autre part, la maladie psychiatrique reste source de **stigmatisation** et est responsable d'une qualité de vie altérée. (11) (12) Elle continue d'effrayer l'opinion générale et crée un sentiment de honte chez les personnes qui en sont atteintes. Tous ces préjugés qui entourent la maladie mentale incitent à ne pas chercher d'assistance, ce qui peut devenir un réel frein au processus de rétablissement. (13) D'après la fondation des maladies mentales et plusieurs études, il apparaît que la stigmatisation est un facteur dissuasif de traitement. (14) (15) Selon l'OMS, à l'échelle mondiale, les deux tiers des personnes souffrant d'un trouble mental ne vont pas se faire traiter auprès d'un professionnel de santé. (17)

Les hospitalisations, souvent prolongées et répétées en psychiatrie, sont elles-mêmes source de désinsertion et d'exclusion sociale.

Selon un rapport de l'OCDE en 2012, les personnes souffrant de troubles mentaux ont 2 à 3 fois plus de risques d'être sans emploi, un risque pouvant aller jusqu'à 6-7 fois pour les troubles mentaux graves. (16)

La prévention des pathologies mentales demeure insuffisante et les diagnostics trop tardifs. Les ruptures du parcours de soins sont nombreuses et entraînent une détérioration des trajectoires de vie. C'est pourquoi on constate un **retard diagnostic** de plusieurs années pour la schizophrénie (18) et les troubles bipolaires (19), (20).

Le contexte est aussi marqué par des **inégalités** importantes **dans l'offre de soins** et des professionnels présents sur les territoires. (21)

80 % des médecins généralistes des Pays de la Loire considèrent en effet que l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale est difficile ou plutôt difficile sur leur zone d'exercice. (22) Cela peut faire écho aux densités régionales en psychiatres et en psychologues qui sont inférieures de 23% à la moyenne nationale : 18 pour 100 000 habitants (contre 23 pour 100 000 en France en 2020). L'offre de psychiatrie libérale dans le

département de Loire Atlantique est aussi très inégalement répartie. En effet, sur les 122 psychiatres libéraux qui proposent des consultations en Loire Atlantique en 2014, 76 sont installés à Nantes. (23) (24) Depuis 2015, le nombre de praticiens en libéral ou activité mixte libérale et salariée est resté stable (+0,2 % par an, versus +0,4% par an en France). Il a cependant connu une progression notable pour l'exercice salarié (+ 2,7 %) (+ 1,4 % en France). (17) Toutefois, malgré cette augmentation, les délais d'accès sont toujours considérés comme trop longs pour obtenir une première consultation au CMP. Pour exemple, au CMP de Saint Nazaire les délais pour avoir un rendez-vous médical sont au minimum de 2 à 3 mois. (18)

Pourtant, il ressort de la littérature que si les médecins généralistes en avaient la possibilité, ils solliciteraient de l'aide auprès d'un spécialiste en psychiatrie de second recours dans 80% des cas, comme l'illustre une thèse qualitative réalisée dans le sud de la Meuse (25).

Or, dans les **Pays de la Loire**, la situation des personnes souffrant de troubles psychiques reste préoccupante. (26)

La prévalence de ces patients est proche de la moyenne nationale mais la situation régionale est particulièrement défavorable pour les conduites suicidaires : on comptait 695 décès par suicide en Pays de la Loire en 2015, ce qui représente une surmortalité de 35% par rapport à la moyenne nationale. 80% des décès sont des hommes. En 2017, 3,7% des adultes interrogés en Pays de la Loire déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (soit environ 96 000 personnes). (27)

Par ailleurs, dans la région, entre 2009 et 2015 le taux de patients hospitalisés pour troubles mentaux a augmenté de 1,9 % par an en moyenne, alors qu'il est resté stable au niveau national. Le taux d'admission en ALD pour troubles dépressifs est inférieur à la moyenne nationale de 21%, mais il est en hausse de + 9% par an entre 2005 et 2014. De plus, les troubles psychiatriques représentent, après les maladies ostéoarticulaires, le second groupe de causes médicales de mises en invalidité. (28)

Pour répondre à la problématique de l'accès aux soins psychiatriques, l'ARS Pays de La Loire a fait de la santé mentale l'une de ses priorités. Elle s'est notamment dotée d'un « PACT Santé mentale 2018-2022 ». L'enjeu est de réussir le virage ambulatoire, en appuyant le libre-choix du patient et en lui offrant un accompagnement à domicile. (29)

Du point de vue du patient, le **médecin généraliste** reste la personne de premier recours médical en cas d'ennui de santé. Il est l'acteur central pour diagnostiquer, orienter et soigner les patients atteints de maladies mentales. Dans l'étude ANADEP, publiée en 2005,

le médecin généraliste est le principal professionnel impliqué pour un problème de santé mentale. Il est présent dans 67% des parcours de soins, et dans la moitié des cas, il est consulté exclusivement. (30)

C'est pourquoi, suite à un projet de l'ARS des Pays de la Loire, un certain nombre de programmes pour la prise en charge des troubles psychiques se sont développés au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles. Dans un souci d'amélioration de la prise en charge globale du patient et de la qualité du soin, des **consultations spécialisées avancées de psychiatrie** ont pu être instaurées, en lien avec plusieurs centres hospitaliers. Il s'agit d'organiser, au sein d'une structure de soins, des temps de consultations de spécialistes au plus proche du lieu de vie du patient pour favoriser un diagnostic précoce et organiser la suite de la prise en charge.

Dans cette thèse, nous avons souhaité faire un **travail d'état des lieux** de cette consultation avancée. Peu d'études se sont penchées à ce jour sur ses avantages et ses inconvénients. Quels sont les changements dans la pratique des médecins généralistes qui en bénéficient ? Qu'en est-il de la coopération entre médecins généralistes et spécialistes de la santé mentale ?

Pour répondre à ces questions, nous avons interrogé dans un premier temps les professionnels de santé de trois maisons de santé pluriprofessionnelles des Pays de la Loire qui participent au dispositif des consultations avancées de psychiatrie : le Pôle santé de Clisson, la MSP Laennec à Saint-Nazaire et la MSP du Bignon.

Dans un second temps, nous avons réalisé des entretiens avec les spécialistes des maladies mentales (psychiatres, infirmières et psychologues) qui participent à ce programme, afin de recueillir leurs impressions.

L'objectif de ce travail est donc d'**évaluer le dispositif** des consultations avancées de psychiatrie afin de voir s'il serait intéressant de le pérenniser voire de l'étendre dans d'autres territoires.

Nous avons cherché à savoir si ce programme est une réponse possible aux nombreuses difficultés soulevées par les troubles mentaux.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I) Fonctionnement des consultations avancées

A. Présentation du dispositif

L'objectif des consultations avancées est le repérage précoce des situations de souffrance psychique pour améliorer leur prise en charge. D'une part, elles souhaitent répondre aux carences territoriales de médecins spécialistes en favorisant l'accès aux dispositifs d'aides et de soins spécialisés. D'autre part, elles s'inscrivent dans une logique d'amélioration de la communication entre le médecin généraliste et les équipes de psychiatrie.

Les patients ciblés n'ont aucun suivi psychiatrique et présentent une problématique psychologique récente : mal-être intrafamilial, deuil, souffrance au travail, séparation, troubles de l'adaptation, troubles anxieux...

Le déroulement des consultations avancées est plutôt **codifié**.

Tout d'abord, une convention est signée entre les médecins du cabinet médical et l'équipe de psychiatrie. Elle est renouvelée de manière tacite chaque année, mais peut s'arrêter à tout moment.

Lorsque le médecin généraliste voit en consultation un(e) patient(e) qui présente un problème de santé mentale, non urgent et n'évoquant pas d'emblée une pathologie psychiatrique pour laquelle un suivi par un psychiatre ou au CMP semble nécessaire, il peut proposer un rendez-vous avec une infirmière spécialiste en psychiatrie.

Si le patient accepte, le médecin remplit une fiche de liaison mentionnant l'état civil de la personne, la situation familiale, professionnelle et note le motif détaillé de la consultation. Il fixe ensuite avec la secrétaire du cabinet un rendez-vous avec l'infirmière de l'équipe de psychiatrie et le note sur le planning. Il n'y a pas d'agenda en ligne, c'est le secrétariat qui gère les demandes avec le médecin qui adresse le patient.

Des plages de rendez-vous sont ouvertes, une fois par semaine ou une semaine sur deux selon les besoins. Il y a environ 3 consultations par demi-journée, au maximum cinq, qui durent en moyenne une heure.

Le patient est contacté la veille ou l'avant-veille du rendez-vous par la secrétaire, afin de lui rappeler l'horaire et d'éviter les absences.

Une infirmière de psychiatrie ou une psychologue, rattachée à un établissement hospitalier, se déplace au cabinet médical pour voir le patient en entretien. Elle consulte au sein du cabinet médical du médecin généraliste, dans un lieu dédié ou un bureau libre à la plage horaire fixée. Les patients attendent dans la salle d'attente de leur médecin traitant habituel.

A l'issue de la consultation, elle remplit un compte-rendu avec ses propositions éventuelles, note l'orientation et fixe un nouveau rendez-vous si elle le juge nécessaire. La fiche de liaison rédigée s'intègre dans le logiciel médical du cabinet et est accessible à tous.

Chaque année, environ 3 fois par an, une réunion « bilan » rassemble les médecins généralistes du cabinet, les membres de l'équipe psychiatrique qui participent au dispositif, et les responsables de l'équipe, dans le but de faire une revue de dossiers et une évaluation du fonctionnement des consultations avancées.

En cas de besoin, médecin généraliste et infirmière peuvent échanger sur des situations, lors de temps informels (pause de midi, dans les couloirs du cabinet, coup de téléphone...)

B. L'Unité de prévention du suicide de Bouguenais

L'équipe de psychiatrie du centre hospitalier de Georges Daumézon, à Bouguenais, a créé une unité de prévention du suicide, qui est intégrée à la fédération de santé publique. Elle existe depuis 2002 et est actuellement composée de plusieurs membres : une psychiatre, une cadre supérieure de santé, une psychologue, deux infirmières et une assistante sociale.

Depuis 2009, l'équipe intervient avec des consultations avancées de psychiatrie dans plusieurs cabinets sur les secteurs Sud-Loire de Loire Atlantique, notamment au Pôle santé de Clisson depuis 2009 et à la MSP du Bignon depuis 2012. Une infirmière de psychiatrie et une psychologue se déplacent dans ces maisons de santé. Les autres cabinets concernés par le dispositif, et qui n'ont pas été ciblés dans cette thèse, sont : Monnières depuis 2011, Gétigné depuis 2011, Le Pallet depuis 2014, et Lege depuis 2015.

Tous les médecins généralistes de ces maisons de santé participent au dispositif (environ 25 médecins prescripteurs).

C. Le pôle de psychiatrie de Saint Nazaire

Le pôle de psychiatrie adulte du centre hospitalier de Saint Nazaire a répondu à un appel d'offre de l'ARS Pays de Loire en 2013. Un premier contact s'est fait avec la maison de santé Laennec via un médecin généraliste coordinateur, Dr Prin. Un dossier de candidature commun a été présenté par la suite à l'ARS, en vue d'une coopération à partir de novembre 2014.

L'équipe de psychiatrie se compose aujourd'hui d'un psychiatre et de trois infirmières.

Pour l'heure, contrairement à l'unité de prévention du suicide, l'équipe du dispositif n'intervient que sur la maison de santé Laennec de Saint Nazaire.

L'ensemble des médecins généralistes de cette MSP peuvent adresser des patients.

II) Méthodologie de l'étude

La réalisation d'une étude qualitative a été privilégiée car l'objectif de cette thèse était de recueillir l'opinion et le ressenti des équipes travaillant avec le dispositif des consultations avancées de psychiatrie.

Pour cela, nous avons choisi de réaliser dans un premier temps des **focus groupes** avec les **médecins généralistes** de trois maisons de santé pluriprofessionnelles.

Un focus groupe correspond à une réunion d'un petit groupe de personnes ciblées, afin de réaliser un entretien collectif semi-dirigé autour d'un sujet. Il permet de récolter des informations sur les pratiques professionnelles et le vécu des situations par chacun, en peu de temps, grâce à une série de questions et de relances posées par un animateur. Cela permet de mettre en évidence de manière interactive et dynamique les divergences d'opinions entre chaque professionnel.

Un des inconvénients possibles du focus groupe est que certaines personnalités soient plus réservées et osent moins exprimer leurs idées en public.

Il peut être également difficile de trouver une date commune pour réunir tous les participants voulus. Par exemple, certains médecins généralistes du Pôle santé de Clisson n'ont pas pu se rendre à la réunion, malgré la sollicitation précoce de leur coordinatrice.

Ensuite, nous avons réalisé des **entretiens semi-dirigés** avec **les équipes de psychiatrie** participant au dispositif et intervenant dans les maisons de santé interrogées lors des focus groupes.

Nous avons décidé de réunir les participants d'une même équipe, afin d'éviter la répétition d'entretiens individuels.

L'avantage de ce choix était la dynamique positive de groupe qui permet de libérer la parole de tous, entraînant des réflexions individuelles et une intelligence collective. Le risque était celui de faire ressortir une éventuelle relation hiérarchique entre les médecins psychiatres et les infirmières de psychiatrie/psychologues, pouvant inhiber la parole de certain(e)s.

En outre, il a été possible pour l'investigatrice de l'étude d'assister à une réunion collective de « bilan » entre l'équipe de psychiatrie du centre hospitalier Georges Daumézon et les médecins généralistes de la MSP du Bignon, et d'avoir accès aux comptes-rendus écrits d'une réunion au Pôle santé de Clisson.

A. Les focus groupes avec les médecins généralistes

A.1. Le guide d'entretien

Les focus groupes se sont déroulés à l'aide d'un guide d'entretien, élaboré après réflexion pour répondre au sujet puis soumis à la critique du directeur de thèse. Les questions ont été retravaillées de façon à être le plus neutre et aussi ouvertes que possible. Elles ont ensuite été testées sur un médecin remplaçant au cabinet de la MSP Laennec, et en fonction de sa compréhension et de ses réponses, quelques modifications ont été réalisées pour ajouter des relances pertinentes.

Les questions étaient identiques entre les deux focus groupes.

Le guide d'entretien est composé de plusieurs parties :

D'abord, une phrase d'introduction pour présenter le travail aux participants et les assurer de l'anonymisation de leurs réponses. Un recueil oral de leur consentement a été réalisé pour l'enregistrement audio de la réunion. Nous avons insisté sur l'apport de la parole de tous, sans jugement de valeur.

Ensuite, une trame de quatre questions ouvertes, avec des relances, présentée en annexe.

Pour finir, une formule de remerciement pour la participation au travail de thèse.

A.2. Déroulement

Pour la réalisation des focus groupes, nous avons réunis les médecins généralistes de trois maisons de santé.

Les critères d'inclusion étaient d'exercer la médecine générale au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire étudiée (MSP Laennec, Pôle santé de Clisson, MSP du Bignon).

Les critères d'exclusion étaient de refuser de participer à la thèse.

Le directeur de thèse a été exclu de l'étude pour éviter un biais de sélection.

Nous avons choisi de réaliser deux réunions, afin d'avoir un nombre de participants suffisants pour répondre au sujet de l'étude :

Le premier focus groupe a rassemblé les médecins généralistes de deux maisons de santé (le Pôle santé de Clisson et la MSP du Bignon). 6 médecins ont été interrogés, dans une salle réservée pour l'occasion, à côté des locaux du Pôle santé de Clisson.

Le deuxième focus groupe a réuni les médecins généralistes de la MSP Laennec à Saint Nazaire. 8 médecins ont été interrogés, dans l'enceinte de la maison de santé à Saint Nazaire, dans une salle de réunion.

La population étudiée totale était donc composée de 14 médecins.

L'investigatrice avait un rôle d'observation durant le focus groupe, prenant des notes et enregistrant la conversation à l'aide de deux moyens : un dictaphone numérique et un téléphone portable.

Le directeur de thèse, Dr Daniel Prin, a animé la réunion, en posant les questions selon le guide d'entretien. Il n'est pas intervenu dans la discussion afin de rester impassible face aux réponses des participants.

La durée d'un focus groupe était d'une heure environ.

A.3. Retranscription et analyse des verbatims

La retranscription a été réalisée par l'investigatrice. Chaque audio a été écouté à plusieurs reprises et copié mot pour mot en respectant les tournures de phrase de chacun.

Les éléments de langage non verbal n'ont pas tous été notés. Le verbatim a ensuite été imprimé pour une meilleure visibilité.

Ensuite, une analyse de contenu a été réalisée par une seule personne : l'investigatrice. Chaque focus groupe a été étudié séparément dans un premier temps, pour faire ressortir les grands concepts et opinions porteuses de sens. Ensuite, un plan a été travaillé en fonction des idées et les thématiques communes ont été développées dans la partie Résultats.

L'exploitation des données étant strictement anonyme, chaque médecin a reçu un numéro attribué aléatoirement permettant de coder la discussion : « MG 1, MG 2... »

B. Les entretiens avec les équipes de psychiatrie

B.1. Le questionnaire

Les questions ont été écrites par l'investigatrice, en concertation avec le directeur de thèse, de manière à aborder des thématiques similaires aux focus groupes. Le questionnaire n'a pas été testé en amont.

Le guide d'entretien est composé de trois parties également : une introduction, une trame de plusieurs questions avec des relances, et des remerciements aux participants. Il a été rappelé l'importance que chacun s'exprime sur toutes les questions.

De même, le questionnaire est disponible en annexe.

B.2. Le recueil des données

Nous avons contacté les équipes de psychiatrie qui participent aux consultations avancées dans les cabinets des médecins généralistes interrogés, afin de réaliser deux entretiens semi-dirigés.

Un premier entretien s'est déroulé au centre médico-psychologique de Saint Nazaire, avec Dr Ricoux, psychiatre, et une infirmière de psychiatrie, dans un bureau dédié. Les autres participants n'ont pas pu se libérer à la date choisie et ont donc été exclus de l'étude.

Un deuxième entretien collectif est réalisé dans les locaux du centre hospitalier de Georges Daumézon, avec Dr Yebbal, psychiatre, deux infirmières de psychiatrie et une psychologue.

La population interrogée était composée de 6 participants.

Les réunions se sont déroulées sur le même mode que les focus groupes, à l'exception du directeur de thèse, non présent. Les entretiens ont donc été animés par l'investigatrice seule. Comme pour les focus groupes, ils ont été enregistrés à l'aide de deux moyens, un dictaphone numérique et un téléphone portable.

L'investigatrice n'est pas intervenue entre les questions, afin de n'influencer le discours de personne.

La durée d'un entretien collectif semi-dirigé était d'une heure environ.

B.3. Analyse des entretiens

La discussion a été retranscrite, phrase par phrase, par l'investigatrice. Chaque participant a reçu un numéro attribué au hasard « PSY 1, PSY 2... ». Le verbatim a ensuite été également imprimé pour l'analyse.

Les entretiens ont été étudiés individuellement une première fois par l'investigatrice, pour dégager les idées intéressantes. Une seconde analyse a permis de les regrouper en thématiques pertinentes. Les données ont ensuite été comparées puis rassemblées avec celles des focus groupes.

Les thèmes communs ont été développés dans la partie Résultats.

RÉSULTATS

I) Opinion générale sur le dispositif

A. Accueil des équipes

Les consultations avancées ont été **bien accueillies** par le personnel soignant de manière générale. Un des termes employés à plusieurs reprises dans les entretiens est « réussite ». En effet, la majorité des médecins généralistes des deux focus groupes semblent satisfaits.

MG 1 : « Enthousiaste à cette idée-là... »

MG 5 : « Je trouve que c'est d'une grande aide. »

MG 4 : « C'était une avancée très positive [...]. Pour les médecins du cabinet, c'était un vrai confort, un vrai soutien. [...] C'est une belle réussite pour moi ! »

MG 7 : « C'était agréable d'avoir accès rapidement à un référent, pour avoir des réponses à nos questions, [...] avec une grande facilité d'accès... »

MG 12 : « J'ai accueilli le dispositif très favorablement. »

MG 14 : « Depuis 5 ans que les consultations avancées ont commencé, c'est plutôt une réussite. »

Cependant, un médecin généraliste de la maison de santé de Saint Nazaire s'est peu servi du dispositif, et n'en voyait pas particulièrement l'intérêt, du fait de la présence d'une psychologue au sein du cabinet.

MG 13 : « J'ai peu pratiqué avec ce dispositif et j'ai assisté à peu de réunions, car je n'avais pas de patients à adresser. »

Concernant les équipes de psychiatrie du CMP de Saint Nazaire et du centre hospitalier Daumézou, l'opinion générale est très **positive** également. Pour les infirmières et les psychologues du dispositif, c'est une approche différente, en lien avec les médecins

généralistes, novatrice et enrichissante. C'est du travail supplémentaire, certes, mais utile, en dehors des lieux habituels de consultation.

PSY 2 : « En arrivant je savais déjà que ce dispositif m'intéresserait, en termes d'intervention, parce que c'est très différent comme façon de travailler, c'est novateur... [...] Je trouve que c'est un travail enrichissant et intéressant. C'est une autre approche. [...] Professionnellement, je trouve que ça amène autre chose. »

PSY 1 : « Je pense qu'effectivement ce temps est utile [...], on espère qu'on apporte une solution plus pertinente. »

PSY 4 : « C'est un dispositif qui fonctionne très bien. »

PSY 5 : « Je soutiens forcément ce travail. »

B. Pertinence des consultations avancées

Le projet semble adapté, pour plusieurs raisons.

Pour l'équipe de psychiatrie de Georges Daumézon, il s'inscrit dans la continuité du projet de l'équipe. L'objectif était de prévenir les crises suicidaires en étant présents dans les espaces de première ligne. Les consultations avancées répondent ainsi à l'épidémiologie du suicide.

PSY 3 : « Je dirais... qu'elles sont pertinentes. »

PSY 5 : « C'était quelque chose de naturel, cela faisait partie des axes de l'équipe. »

PSY 4 : « Le médecin généraliste est celui qui est sollicité en premier par la personne en souffrance. On s'est demandé où est-ce qu'il fallait qu'on soit pour attraper, disons cela, ces patients et faire de la prévention. »

A Saint Nazaire, les médecins généralistes rappellent qu'une partie de la population reste relativement précaire, avec de grandes difficultés sociales, et que le projet des consultations avancées a semblé justifié devant le nombre de demandes récurrentes. En outre, la gratuité de ce type de consultation est un atout non négligeable pour attirer cette population. En effet, un suivi classique chez un(e) psychologue n'est pas remboursé, ce qui peut poser problème dans les ménages à revenus limités.

MG 8 : « C'était un des premiers projets qui nous a semblé évident sur Saint Nazaire, au vu de la population un peu précaire, qui a notamment besoin de soins psychologiques. »

MG 9 : « La gratuité des consultations avancées est un atout important. »

C. Un mode opératoire simple

L'appropriation du projet a été rapide et plutôt aisée pour les médecins généralistes, qui estiment qu'ils ont été suffisamment informés sur le dispositif au préalable. En effet, à Clisson par exemple, une personne du centre hospitalier Georges Daumézon s'est rendue sur place, au cabinet, pour expliquer le projet lors d'une réunion. Au Bignon, les médecins généralistes confient qu'ils étaient au courant, via leurs collègues médecins de Clisson, du bon fonctionnement des consultations avancées dans la maison de santé. Devant les échos positifs, ils ont voulu reproduire le système.

MG 2 : « Au cabinet du Bignon, on a su que le dispositif fonctionnait à la maison de santé de Clisson, ça nous a donné envie de démarrer. »

MG 6 : « Le dispositif étant déjà en place quelque part, ils ont été en mesure de bien nous expliquer comment ça allait fonctionner. »

MG 3 : « J'ai eu la chance d'assister à une réunion de présentation à la maison de santé de Clisson, avec les psychologues de Daumézon qui sont venues expliquer ce qu'elles faisaient. »

Dans les deux focus groupes, les médecins insistent sur le fait que la prise en main du programme de consultations avancées était pratique et relativement facile, avec des outils simples à utiliser.

MG 3 : « Les consultations avancées sont utiles et pratiques. »

MG 12 : « La communication s'est faite facilement sur la maison de santé, pour preuve les remplaçants ont utilisé facilement le dispositif dès qu'on leur en a parlé. Tout le monde se l'approprie parce que c'est très utile. »

MG 4 : « On s'est vite approprié la consultation dans les semaines qui ont suivi... »

MG 3 : « Dès que j'en ai eu connaissance, je me suis lancée. Les outils sont assez pratiques à mettre en place. »

II) Renforcement de la collaboration entre les médecins généralistes et les soins psychiatriques spécialisés

Les consultations avancées sont un réel partenariat entre les médecins généralistes et les soins spécialisés de psychiatrie. Nous allons voir dans ce chapitre qu'elles apportent de l'aide et du soutien de part et d'autre.

A. Entraide entre les deux corps soignants

A. 1. Une solution rapide

L'équipe de psychiatrie apporte une solution face à la pénurie connue du réseau spécialisé. En effet, les consultations avancées donnent une réponse aux médecins généralistes, notamment lorsqu'ils sont dans l'impasse face à des situations difficiles. Les médecins des différents cabinets interrogés soulignent qu'il n'est pas toujours simple de gérer seul des troubles psychologiques et qu'ils se sentent parfois démunis face à certains problèmes aigus. De plus, en ville comme à l'hôpital, les délais d'accès à un rendez-vous avec un psychiatre sont beaucoup trop longs et permettent rarement de se débarrasser d'une situation compliquée.

PSY 1 : « L'idée [...] est d'apporter une solution à moyen terme aux personnes qui sont dans l'impasse. Souvent les médecins généralistes sont confrontés à des situations de souffrance psychique qu'ils ne peuvent pas évaluer suffisamment ou parce qu'ils n'ont pas la possibilité d'apporter une solution immédiate. Nos collègues psychiatres libéraux sont trop peu nombreux pour leur apporter une réponse. »

MG 8 : « Quand on se sent en difficulté avec un cas complexe, la psychiatrie est tellement sectorisée sur Saint Nazaire, et il y a tant de délais, qu'on ne peut pas répondre à la demande du patient qui se sent dans l'urgence. Pour nous, médecins généralistes, il y a une pression énorme sur la prescription des psychotropes et autres traitements, anti-dépresseurs, etc. C'est compliqué à gérer. [...] ça aide de se dire qu'on a l'outil des consultations avancées pour aborder le sujet psychologique avec le patient au cabinet. »

MG 4 : « C'est toujours compliqué pour les médecins généralistes d'adresser des patients avec les délais qu'on connaît tous. [...] J'ai eu l'exemple il y a peu avec un patient qui posait

problème, j'ai eu rapidement l'avis de Dr YEBBAL pour avoir de ses conseils et qu'elle intervienne. »

MG 2 : « C'est rassurant de se dire que l'on n'est pas seul face à des problèmes psychologiques et psychiatriques. »

A. 2. Un cadre sécurisant pour l'infirmière de psychiatrie

Lorsqu'elle se déplace au cabinet, via le dispositif, l'infirmière n'est pas livrée à elle-même lors de sa consultation. En cas de situation qui dégénère, elle peut rapidement faire appel à ses collègues médecins généralistes, qui sont dans un bureau voisin.

PSY 2 : « J'ai eu une consultation mercredi dernier qui s'est mal passée, et j'ai vu directement le médecin dans le couloir pour en discuter de suite. Il était déjà au courant de la situation. »

PSY 5 : « L'idée, c'est [...] que nos infirmiers de l'équipe bossent sous la responsabilité du généraliste. »

PSY 3 : « Les médecins généralistes avec lesquels on travaille via les consultations avancées sont très réactifs. C'est fluide, c'est confortable. »

Par ailleurs, lorsque le suivi psychiatrique ou psychologique n'est plus nécessaire, le patient n'est pas perdu de vue. Cette présence du médecin généraliste pour poursuivre la prise en charge est rassurante pour le corps psychiatrique. En effet, le patient ne disparaît pas dans la nature à l'issue de ses trois consultations avancées, il retourne voir son médecin traitant.

PSY 5 : « [...] Ça permet dans certaines situations d'arrêter le suivi car les choses sont stables, et on sait que le patient va continuer à voir son médecin, c'est rassurant. »

PSY 5 : « Si le médecin traitant continue à voir les patients, au moins ils ne seront pas perdus de vue. »

A. 3. Intégration dans un réseau commun

Grâce aux consultations avancées, les médecins généralistes sont inscrits dans un réseau sur le territoire. Ils peuvent désormais s'appuyer sur un lieu ressource. En effet, l'infirmière de psychiatrie fait le lien entre les soins psychiatriques spécialisés et le médecin

généraliste. Elle prend connaissance de la situation du patient, donne ses conseils et effectue un travail de réorientation si nécessaire.

PSY 5 : « Il y a les effets collatéraux de notre consultation, c'est-à-dire le lien avec les équipes de médecins généralistes de notre territoire. [...] Ils se voient inscrits dans sur réseau sur le territoire. Ils peuvent appeler ici pour avoir un avis, ils savent s'appuyer sur un lieu ressource. »

PSY 6 : « Les médecins peuvent nous interpeller, et nous demandent vers quel dispositif orienter. »

PSY 5 : « On peut faire bénéficier le médecin généraliste de notre réseau [...] pour orienter plus facilement. »

PSY 3 : « On a fait du travail de réseau ensemble, on avait reçu le CLIC de Clisson avec eux, on a eu des contacts avec le GPS... »

Les médecins généralistes confirment le rôle central de l'infirmière :

MG 8 : « Les patients qui voient l'infirmière psychologue peuvent très bien être réorientés par la suite vers la psychologue du CMP voire le psychiatre s'il était décelé des éléments pathologiques. [...] Parfois [...] on ne sait pas vraiment si on est dans la maladie psychiatrique pathologique ou si c'est juste un coup de pouce temporaire dont le patient a besoin. Les infirmières psychologues effectuent ce travail de tri. »

MG 2 : « Les infirmières sont une bonne ressource, elles donnent facilement leur avis quand on est un peu perdu avec un patient. Même avec les gens qu'elles n'ont pas vu en consultation, elles sont très aidantes. »

MG 6 : « Elles ont un réseau d'association. C'est des personnes ressources pour le réseau. »

A. 4. Suivi des patients polypathologiques

L'introduction de la thèse rappelle que les patients atteints de troubles psychologiques et psychiatriques sont particulièrement susceptibles de présenter des comorbidités cardio-vasculaires, telles que le diabète ou l'obésité. Ces pathologies peuvent être consécutives à une mauvaise hygiène de vie, l'existence de co-addictions ou encore les effets indésirables des traitements psychotropes. L'espérance de vie de ces patients est en effet raccourcie par rapport à la population générale. (31)

Grâce aux consultations avancées, les psychiatres ont accès plus facilement à des rendez-vous pour leurs patients, voire à un médecin traitant, en cas de problème somatique. C'est un point qui a été souligné lors de l'entretien avec l'équipe de psychiatrie de Saint Nazaire. Ainsi, parce que les deux corps soignants se connaissent et s'entraident, d'autres patients consultant en dehors de ce dispositif ont pu obtenir une consultation 'somatique' à la maison de santé Laennec.

PSY 1 : « Plus de la moitié de notre patientèle n'a pas de médecin généraliste, alors que nos patients sont polypathologiques, avec un risque cardio-vasculaire élevé, une sédentarité, des consommations de toxiques, une situation financière très délabrée... [...] Souvent on a des refus de la part de la médecine générale. [...] En contrepartie, ces patients particulièrement vulnérables ont un accès plus facile à un médecin traitant. [...] On a régulièrement des problématiques somatiques qui interfèrent avec des problématiques psychologiques. »

PSY 2 : « Je sais que je sollicite parfois le cabinet Laennec pour que des patients que je vois en dehors du dispositif aient un médecin traitant, et c'est vrai que cela fonctionne relativement bien, le secrétariat réagit plus vite, ils ont un rendez-vous. Ma demande est plus prise en compte. En argumentant que le patient est bien suivi au CMP, on arrive à leur avoir des rendez-vous avec les médecins, c'est facilitant. »

A. 5. Meilleure écoute du patient

Grâce au dispositif, la connaissance réciproque de l'histoire de vie du patient est améliorée. Durant leurs consultations, souvent limitées à 15-20 minutes, les médecins généralistes n'ont pas un temps suffisant pour traiter la souffrance psychique. Il ne leur est pas possible de s'attarder longtemps sur l'histoire de vie du patient. Parce qu'elle dispose de temps supplémentaire, dédié à cette consultation, l'infirmière de psychiatrie peut approfondir le contexte des troubles mentaux.

PSY 4 : « On a un créneau d'une heure, ce qui fait qu'on a du temps quand certaines choses sont difficiles, on peut prendre le temps d'expliquer au patient, là où on sait bien que le médecin généraliste ne peut pas se permettre de prendre une heure avec chaque patient. »

PSY 3 : « Notre rôle c'est d'aller creuser davantage. On a accès au terrain de l'individu c'est-à-dire l'histoire de vie plus ancienne, car on a le temps de le faire et du fait de notre statut d'intervenant spécialisé. C'est très complémentaire. »

MG 12 : « Les psychologues vont plus loin dans la recherche des éléments de vie, ce qu'on n'a pas le temps de faire en consultation. Ça m'a permis de comprendre des liens familiaux. »

En outre, le malade ne s'exprime pas de la même manière selon les lieux de consultation. Il arrive qu'il ne souhaite pas raconter certains détails de son histoire, plus personnels, à son médecin traitant. Via ce programme, les médecins généralistes ont accès à davantage d'informations sur leurs patients.

PSY 6 : « On n'a pas accès aux mêmes informations. On échange avec le médecin généraliste, entre ce que le patient lui confie et les données supplémentaires que l'on peut apporter... [...] On obtient des informations importantes, notamment des antécédents, dont le patient n'avait pas parlé à son généraliste. »

MG 7 : « Tu as des compléments d'infos sur l'histoire personnelle des gens grâce à ce dispositif. »

Cet échange de renseignements fonctionne aussi pour l'équipe de psychiatrie. Celle-ci a accès, via l'ordinateur et le logiciel médical, au dossier patient. Si cela ne suffit pas, elle peut également appeler le médecin afin d'obtenir des informations supplémentaires sur les antécédents et l'historique du malade.

PSY 4 : « On a accès au dossier médical de la personne. [...] Je trouve que c'est un gage de confiance. »

PSY 5 : « Les médecins généralistes ont fait une étape de débroussaillage de la situation. »

PSY 2 : « L'avantage c'est qu'on a accès à l'ordinateur au dossier patient, grâce au logiciel, afin d'avoir des informations supplémentaires. Et on peut voir directement le médecin sur le lieu même. »

Dans certains cas, les informations supplémentaires obtenues sur le patient permettent d'adapter la prise en charge.

MG 12 : « Ça m'a permis de comprendre des liens familiaux. Avec ces informations supplémentaires, ça modifie la prise en charge qui suit. »

De plus, avec le programme de consultations avancées, les médecins généralistes s'impliquent davantage dans l'accompagnement de leur patient. Ils réalisent un courrier d'adressage, se rendent au secrétariat pour l'aider dans sa prise de rendez-vous, et attendent un retour à l'issue de la consultation avec l'infirmière.

MG 10 : « Je préfère les accompagner à accueil car je trouve que ça leur montre l'importance qu'on leur porte. »

MG 16 : « J'ai l'exemple d'une jeune femme [...] C'était important pour moi de l'accompagner à l'accueil pour prendre son rendez-vous. »

B. Meilleure adhésion du patient au projet de soins

L'accompagnement du malade est conjoint, par l'équipe de psychiatrie et le médecin généraliste, ce qui favorise son adhérence thérapeutique.

B. 1. Un suivi plus efficace

D'une part, du fait des délais raccourcis, les consultations avancées permettent une **réévaluation** rapide de la situation avec l'infirmière de psychiatrie après la prise en charge par le médecin généraliste.

Ensuite, celui-ci peut revoir son patient à l'issue de cette consultation, avant une intervention éventuelle du psychiatre. Le patient est donc fréquemment revu, ce qui améliore son suivi.

MG 12 : « C'est bien de pouvoir apporter une réponse dans la semaine ou celle d'après. »

PSY 2 : « Il (le médecin généraliste) peut ainsi revoir rapidement le patient derrière la consultation infirmière en attendant l'évaluation avec le psychiatre. »

Si un traitement médicamenteux est introduit, la consultation avancée permet de **refaire le point**, et souvent de réexpliquer la thérapeutique, qui n'est pas toujours comprise. Du fait de l'image plutôt négative des psychotropes, une partie des patients n'ont pas pris le traitement. Il est souvent nécessaire de travailler avec les représentations des patients et de leurs familles sur ces médicaments.

Cette réévaluation par l'infirmière de psychiatrie permet ainsi de renforcer l'observance thérapeutique.

PSY 6 : « On se rend compte qu'il y a souvent nécessité de réexpliquer au malade le traitement. Parfois le patient ne l'a pas pris pour diverses raisons et n'en a pas parlé à son médecin. [...] Il y a beaucoup d'éducation thérapeutique. »

PSY 3 : « Leur famille leur dit 'Tu ne vas pas prendre ça, tu vas être dépendant...' Il y a des représentations à l'œuvre qui empêchent l'observance. On peut travailler cela dans les consultations avancées. »

PSY 4 : « Sur la question thérapeutique, parfois le patient n'a pas du tout compris l'intérêt d'un traitement lors de la première consultation avec son médecin, et c'est vraiment intéressant de s'accorder de l'espace et du temps avec le patient autour de ces questions. »

B. 2. Prévention des récurrences

L'éducation thérapeutique intervient aussi sur **l'anticipation des récurrences** des crises psychologiques. Il arrive que les patients reviennent consulter, mais avec des signes de souffrance moins impactant, car ils ont su reconnaître les premiers symptômes de détresse. Ils sont devenus plus attentifs à leur corps et demandent souvent une deuxième rencontre de leur propre initiative.

PSY 6 : « On se rend compte de l'évolution possible en observant le nombre de patients qui reviennent vers le dispositif de consultations avancées quelques années plus tard. [...] On constate qu'ils vont revenir avec des signes de souffrance moins importants que la première fois. Ça fait expérience. »

MG 6 : « Même plus tard, lors d'un nouveau coup dur, les patients savent qu'ils peuvent y faire appel à nouveau. »

B. 3. Un cadre rassurant pour le patient

D'autre part, outre l'éducation thérapeutique, le lien renforcé entre les deux corps soignants est sécurisant pour le malade, qui adhère de manière plus forte au projet de soins. Il sait qu'il va venir pour un temps d'évaluation, 3 consultations en moyenne, et qu'il retournera par la suite vers son médecin généraliste pour poursuivre sa prise en charge. Cela participe à la déstigmatisation de la psychiatrie dans l'esprit du patient, tout en maintenant le médecin généraliste dans son rôle pivot de la santé.

PSY 1 : « Plutôt que de dire à son patient : 'Présentez-vous au CMP pour voir quelqu'un, dans un lieu inconnu, avec une personne inconnue,' le médecin peut dire : 'Venez au cabinet pour un entretien avec une infirmière que je connais bien'. Le patient a tendance à venir plus facilement. »

PSY 5 : « Le patient sait que notre consultation est en lien avec le médecin généraliste, souvent je dicte le compte-rendu devant le patient. Il sait qu'il vient pour un temps, un suivi limité, et qu'il ne va pas rester ad vitam aeternam en psychiatrie. »

PSY 6 : « On peut dire que c'est un secret médical partagé et c'est sécurisant pour tout le monde. »

PSY 4 : « Les patients bénéficient de la relation de confiance qu'on a établi avec leur propre médecin. »

B. 4. Gagner l'adhésion du patient par l'information

Par ailleurs, le patient est informé en amont sur le dispositif des consultations avancées, via l'intervention régulière de la secrétaire et du médecin généraliste. La participation de tous est essentielle et fait partie intégrante du dispositif.

PSY 6 : « Cela fonctionne car en amont c'est le médecin généraliste qui explique le dispositif au patient. [...] La secrétaire, qui est une interlocutrice extrêmement importante pour nous, propose le rendez-vous, gère l'agenda, et elle donne des informations supplémentaires au malade. »

Pour favoriser l'adhésion du patient, il est effectivement nécessaire de travailler l'orientation vers la consultation avancée. En parler à plusieurs reprises, lors de différentes occasions, permet à l'idée de germer et de faire son chemin dans la réflexion du malade. Souvent, la plupart réalise que les souffrances qu'ils traînent depuis des années deviennent délétères sur leur milieu de vie et acceptent d'autant plus la prise en charge psychologique.

PSY 5 : « Il ne suffit pas d'une seule rencontre pour les patients. »

PSY 3 : « Ils se mettent au travail avant même de venir à la consultation. »

PSY 4 : « Réelle prise de conscience pour les patients. »

Pour illustrer ce propos, voici l'exemple d'une infirmière de psychiatrie de Saint Nazaire qui explique passer moins de temps à construire l'alliance thérapeutique lors du premier entretien, par rapport aux autres consultations qu'elle réalise au CMP. C'est un gain de temps supplémentaire lors de la consultation.

PSY 4 : « Les patients bénéficient de la relation de confiance qu'on a établi avec leur propre médecin. [...] On a constaté qu'on doit beaucoup moins travailler l'alliance thérapeutique avec le patient durant le premier entretien. La confiance réciproque favorise le fait que les gens [...] acceptent les orientations quand il y en a. »

C. Augmentation des échanges

C. 1. Une communication renforcée

Depuis la mise en place des consultations avancées, les échanges sont nombreux entre les médecins généralistes et les équipes psychiatriques qui contribuent au programme. Chacun se rend plus disponibles et la gestion des situations en est ainsi plus fluide. C'est une réelle **relation de confiance** qui s'installe entre les deux corps soignants.

PSY 3 : « Au fur et à mesure il y a une collaboration qui s'installe. [...] Il y a une vraie relation de confiance qui se crée avec le médecin traitant du patient. Il se fie à notre évaluation. »

PSY 5 : « Je le vois bien lors des bilans, l'infirmière ou la psychologue qui intervient fait partie de l'équipe. »

PSY 6 : « Il y a un partage. »

Grâce au dispositif, la communication est simplifiée. C'est quelque chose qui ressort tout particulièrement des entretiens et qui fait l'unanimité. En effet, les **temps d'échanges informels** sont réguliers, parce que les équipes se rencontrent sur le lieu même de la consultation. Tout le monde se croise dans les couloirs au cabinet. Le fait de voir le visage de son correspondant, de se connaître physiquement, d'échanger de vive voix, est important pour favoriser la relation.

PSY 2 : « Grâce aux consultations avancées, on voit la différence, on a une meilleure collaboration. [...] Oui c'est sûr, on n'a pas le même rapport avec les autres cabinets. »

PSY 6 : « De plus en plus les médecins généralistes nous laissent un mot ou demandent à leur secrétaire de nous parler. »

MG8 : « On communique avec eux facilement, grâce au carnet de rendez-vous. »

MG 5 : « Ça facilite la collaboration avec les psychiatres. »

MG 4 : « La relation est devenue différente avec nos interlocuteurs directs, c'est-à-dire les spécialistes de Daumézou. »

Néanmoins, certains médecins généralistes soulignent que les consultations avancées n'ont pas amélioré le contact avec les autres psychiatres (c'est-à-dire ceux qui n'entrent pas dans le dispositif).

MG 12 : « Avec les psychiatres qui sont dans le dispositif des consultations avancées, oui, il y a un changement, avec les autres, non, pas de lien... »

MG 7 : « Avec nos interlocuteurs habituels de psychiatrie, ça tourne bien, mais pour les autres... je n'ai pas le sentiment que ça a simplifié nos relations. »

De même, en dehors du dispositif, l'équipe de psychiatrie n'a pas particulièrement de lien avec les médecins généralistes des autres cabinets. Une infirmière de psychiatrie de Saint Nazaire signale qu'elle n'osait pas déranger les médecins généralistes de ses patients, car elle craignait de se faire réprimander.

PSY 1 : « L'autre fois, j'étais un peu surpris, une infirmière m'a demandé si elle pouvait appeler un médecin généraliste, avec une crainte : la peur de se faire rembarrer. »

PSY 2 : « A l'hôpital [...] ce n'est pas dans nos pratiques. On est un peu réticent à appeler le médecin. [...] Avec notre statut d'infirmier, ce n'est pas toujours confortable d'appeler un médecin généraliste et de lui suggérer d'instaurer un traitement anti-dépresseur. »

Depuis l'arrivée des consultations avancées, le terme qui revient à plusieurs reprises lors des entretiens avec les médecins généralistes pour décrire le lien entre les différents intervenants est « **facile** ».

Voici quelques exemples pour illustrer :

MG 4 : « Personnellement, j'ai le coup de fil plus facile avec notamment le Dr YEBBAL, les infirmières psy et la psychologue. »

MG 3 : « Il est facile de discuter avec les psychologues du cabinet. »

MG 1 : « Je trouve que les consultations avancées facilitent le contact avec les psychiatres et la découverte de leur milieu. »

MG 5 : « Les consultations avancées facilitent l'échange. »

C. 2. Des échanges formalisés : réunions de débriefing

Dans toutes les maisons de santé qui participent au programme des consultations avancées, des réunions communes trimestrielles, ou au moins semestrielles, sont

organisées avec l'équipe de psychiatrie. Elles permettent de rediscuter des patients vus en consultation et de leur prise en charge.

Pour les médecins généralistes, ce débriefing est très intéressant et ils insistent sur l'intérêt de la présence du psychiatre lors de ces réunions, qui est majeure.

PSY 2 : « On rencontre les médecins généralistes de Laennec régulièrement lors des réunions. »

MG 4 : « Ce qui a de bien également, c'est l'évaluation annuelle. Elle permet de faire le point. »

MG 12 : « Ça permet de discuter des prises en charge. »

MG 8 : « L'apport du psychiatre est important et c'est nécessaire qu'il participe au débriefing. Il nous apporte plein de conseils d'un point de vue médical. »

MG 7 : « Je suis d'accord que l'avis du psychiatre lors de ces réunions est essentiel. »

Pour un médecin généraliste de Saint Nazaire, les réunions permettent également d'évacuer la charge émotionnelle parfois pesante de ce type de consultations, grâce au partage d'expérience avec des confrères.

MG 16 : « Dans une consultation psy, il y a une charge émotionnelle qu'on a besoin de partager, et c'est notamment ce que permettent de faire les réunions trimestrielles des consultations avancées. »

De surcroît, ces réunions permettent une discussion régulière sur les détails du dispositif à améliorer, par exemple l'adaptation des horaires et des créneaux en fonction de la demande, ou encore l'instauration du rappel de la secrétaire pour diminuer le nombre de rendez-vous non honorés...

MG 6 : « Comme il y a une évaluation annuelle avec l'équipe, on discute des détails qui ne vont pas. »

MG 1 : « Il y a eu besoin de faire des ajustements sur le plan pratique. »

MG 4 : « C'était plutôt une question de mise en place des bons outils de communication. »

MG 1 : « Le fait de rappeler pour les rendez-vous non honorés, c'est quelque chose qui ne se faisait pas au départ, qu'on a rajouté par la suite. »

C. 3. Une co-construction du projet

Le programme des consultations avancées ne fonctionne pas sans l'instauration d'une coordination entre les différents intervenants. Il est nécessaire que tout le monde s'implique. Les **équipes de psychiatrie** insistent sur la construction commune du dispositif.

PSY 6 : « C'est quelque chose qui se co-construit, avec la nécessité de faire des bilans tous les ans. »

PSY 4 : « Le cadre est co-construit, et il doit être mis en place de façon rigoureuse. »

PSY 1 : « C'est une coordination pluriprofessionnelle entre le médecin, le psychiatre et l'infirmier, pour apporter des solutions sur un mode médical, psychologique et social. »

Le **médecin généraliste** reste le premier relais du parcours de soin du patient. Il est important que la prise en charge et le soutien psychologique s'articulent autour de lui.

PSY 5 : « On veut que le médecin généraliste s'implique dans la prise en charge du patient, qu'il reste référent, afin de diminuer les perdus de vue. »

En plus de l'implication des médecins généralistes et des équipes de psychiatrie pour faire fonctionner le dispositif, il faut rappeler également la **place de la secrétaire** du cabinet, essentielle aux consultations avancées. En effet, elle participe à la prise de rendez-vous et passe désormais un coup de fil à chaque patient la veille du jour J pour confirmer sa venue.

PSY 6 : « La secrétaire, qui est une interlocutrice extrêmement importante pour nous, propose le rendez-vous, gère l'agenda. »

MG 6 : « Les secrétaires ont une place privilégiée dans le dispositif pour le faire fonctionner. »

Afin de construire le projet de consultation avancée, les **moyens** sont **partagés**. Le cabinet apporte des infrastructures, des locaux et un secrétariat aux professionnels des soins psychiatriques. En retour, l'hôpital apporte des spécialistes au cabinet. On peut parler d'échange de services rendus.

PSY 3 : « L'idée c'est que l'hôpital apporte des moyens au cabinet, mais le cabinet apporte aussi des moyens à l'hôpital, notamment les infrastructures, le secrétariat... »

PSY 1 : « On mutualise les moyens. »

Le dispositif a nécessité une **adaptation** de tous les intervenants. Plusieurs détails ont été ajustés avec le temps, notamment lors des réunions communes citées plus haut. Mentionnons par exemple la fiche de liaison informatique, apparue dans un second temps, pour faciliter les échanges.

De plus, afin de diminuer les absences au premier rendez-vous, il a été décidé que la secrétaire rappellerait le patient la veille ou l'avant-veille du rendez-vous.

MG 2 : « On a affiné différentes choses au fur et à mesure de notre expérience. C'était un projet commun entre les médecins et l'équipe de psychiatrie. »

Pour ne pas perdre de vue l'objectif de **travail en équipe**, l'équipe de psychiatrie de Georges Daumézon a dû refuser les sollicitations de cabinets extérieurs au dispositif qui souhaitaient envoyer leurs patients.

PSY 5 : « D'autres cabinets de médecins généralistes nous ont contacté pour nous demander s'ils pouvaient nous adresser leurs patients dans le cabinet où on se déplaçait, mais on a refusé, on n'a pas dérogé à cela. Nous ce qu'on veut c'est travailler en lien avec le médecin généraliste qui suit le patient. »

C. 4. Un partage des pratiques

Les consultations avancées ont permis aux deux corps soignants d'acquérir des connaissances sur le fonctionnement de l'exercice de chacun.

Un exemple concret est ressorti de l'entretien à Saint Nazaire : les psychiatres n'ont pas l'habitude de recevoir tous les membres d'une même famille lors d'une relation conflictuelle, contrairement au médecin généraliste. Les membres du corps psychiatrique accompagnent plutôt de manière individuelle les patients pour éviter les interférences, ce qui n'avait pas été compris au départ.

PSY 2 : « Ça m'est arrivée d'avoir en consultation tous les membres d'une même famille les uns après les autres. [...] alors qu'au CMP on n'a pas forcément l'habitude de travailler de cette façon. »

PSY 1 : « C'est un fonctionnement différent. [...] ça peut donner un conflit de loyauté. Au CMP chaque soignant intervient avec un seul membre de la famille. On est dans l'accompagnement individuel. On préfère ne pas être à plusieurs niveaux dans une situation conflictuelle au sein d'une même famille. [...] On a conseillé aux médecins généralistes de différencier les espaces, afin d'apporter une vision plus claire à la situation d'ensemble. »

Grâce aux nombreux échanges, chaque intervenant s'est familiarisé avec la façon de travailler de son collègue, ce qui a permis d'adapter la pratique.

En outre, l'équipe de psychiatrie se sent plus soutenue et entendue dans ses missions par les médecins généralistes. Elle trouve que les médecins du cabinet sont plus impliqués dans la prise en charge et plus disponibles.

PSY 2 : « Il y a une avancée par rapport aux dernières années. On sent que le médecin généraliste est sensible à l'approche psychologique et sociale du patient, je trouve qu'on le sent dans son discours. [...] En tant qu'infirmier, on se sent entendu et soutenu dans nos missions. »

PSY 5 : « Les médecins généralistes, avec les temps d'échange et de liaison, ont pu se saisir de notre façon de travailler. »

De même, un médecin généraliste de Saint Nazaire trouve que le psychiatre s'est adapté à la pratique des médecins. Il est davantage à l'écoute.

MG 12 : « Le retour du psychiatre est adapté à notre pratique. »

C. 5. Une fiche de liaison systématique

Pour les professionnels de santé en dehors du système de consultations avancées, la communication écrite entre les deux corps soignants est un réel problème. Cette difficulté est soulignée par plusieurs interlocuteurs lors des entretiens. L'équipe de psychiatrie, comme les médecins généralistes, en ont parfaitement conscience.

PSY 1 : « On a conscience qu'on n'est pas suffisamment dans le lien avec la médecine de ville. »

MG 12 : « Pour les autres professionnels du CMP, je n'ai aucun retour, aucun contact, aucun courrier. »

MG 8 : « Les psychiatres savent nous trouver quand ils ont besoin d'informations, mais dans l'autre sens on n'a aucune communication. »

MG 6 : « Par contre, les retours de psychiatres libéraux sont très épisodiques. Les courriers sont rares, il faut les réclamer. »

Avec le dispositif des consultations avancées, les retours écrits sont désormais plus importants.

D'une part, pour les deux équipes de psychiatrie interrogées, les courriers des médecins généralistes qui leur sont adressés contiennent plus de détails, en comparaison avec ceux qui ne sont pas dans le dispositif.

PSY 1 : « Certains mots de médecins sont très succincts. Sur une ordonnance, encore dernièrement, j'ai reçu un simple mot 'Nécessité de suivi psychiatrique', sans aucune autre information, ni sur l'histoire ou les besoins, rien... [...] Quand on est sur la consultation Laennec, il y a un descriptif sur la situation initiale beaucoup plus complet. »

PSY 5 : « Avec les médecins des consultations avancées, on a un courrier médical plus détaillé. »

Cependant, une infirmière de psychiatrie, plus nuancée, encourage à en faire davantage :

PSY 2 : « Mais parfois, même sur la maison de santé Laennec, il a quelques comptes-rendus qui restent timides... »

D'autre part, à l'issue de la consultation avancée, **le retour écrit est systématique**. Il est prévu via le dispositif, avec la réalisation d'une fiche de liaison, scannée et incluse dans le dossier médical. Elle permet de résumer la consultation et ce qui en a été conclu.

PSY 6 : « Il y a une fiche de liaison faite par le médecin généraliste, et en retour nous aussi on en réalise une. »

MG 6 : « Dans le système de consultation avancées c'est prévu d'avoir un retour, on a mis en place une fiche où le médecin présente la personne et l'infirmière de psychiatrie fait une réponse. Tout cela est scanné dans le dossier. [...] ça fait partie du dispositif, le retour on l'a tout le temps. »

MG 12 : « Avec ce dispositif, on a un retour et des éléments de discussion. »

MG 4 : « C'est vrai que le retour on l'a immédiatement avec les psychologues et les infirmières psy du cabinet. »

MG 2 : « On a plus de retours quand les patients sont pris en charge dans ce contexte-là, versus CMP. »

III) Enrichissement de la formation des médecins généralistes

Grâce aux consultations avancées, on constate un gain d'autonomie des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies psychologiques et psychiatriques.

Nous allons voir dans ce chapitre l'apport pour les généralistes d'un tel dispositif (l'enrichissement des connaissances, une meilleure identification des pathologies des patients...) et par conséquent le bénéfice qu'en retirent les équipes de psychiatrie.

A. Formation médicale continue

A. 1. Sémiologie et gestion des troubles psychologiques

Grâce aux **réunions de formation**, l'identification de certains troubles et la conduite à tenir au décours est plus claire. Par exemple, l'équipe de psychiatrie de Georges Daumézon a formé les médecins généralistes au repérage de la crise suicidaire et réexpliqué les critères diagnostics de la bipolarité.

PSY 6 : « On a fait des temps de formation et de sensibilisation ensemble. »

PSY 5 : « Les médecins sont désormais tous formés au repérage de la crise suicidaire par exemple. »

MG 1 : « C'est accompagné de topos et de conseils qui nous aident dans la prise en charge des patients dépressifs. »

En outre, à travers l'**expérience** des confrères et des situations vécues, les médecins généralistes ont des exemples de cas supplémentaires.

MG 10 : « Ce qui est bien également, c'est d'avoir les exemples de nos confrères lors des rencontres trimestrielles, ça permet d'avoir plus de cas et d'expérience. »

PSY 1 : « Les médecins gagnent aussi de l'expérience. Les pratiques évoluent en fonction des situations qu'on a traversé ensemble. [...] Régulièrement, quand on se rencontre, ils

nous interrogent sur ce qui a bien marché. [...] se tournent vers moi pour me demander ce que j'aurais fait dans telle situation. [...] En fonction de ma réponse, ils adaptent leur prise en charge. »

PSY 5 : « Il y a une action de formation de ces médecins, parce qu'ils se forment en voyant le travail de notre équipe via ce dispositif, ça participe à leur formation ».

Les **échanges** d'astuces et de conseils, lorsque les équipes se croisent au cabinet médical, ont aussi une réelle action de formation des médecins généralistes, ce que plusieurs intervenants confirment.

MG 10 : « C'est intéressant d'avoir des discussions avec les psychologues et psychiatres, notamment sur la thérapeutique et la prise en charge psychologique, ils nous donnent des petits conseils... »

MG 8 : « [...] l'identification des troubles de la personnalité, le diagnostic, la sémiologie de certaines pathologies psychiatriques, les symptômes qu'on a dû mal à décrire... ça nous donne des astuces sur les symptômes à identifier. »

MG 6 : « Avec tous les échanges qu'on a eu avec les infirmières, on a pu dire que ça nous avait formé. Pendant un moment, on s'est senti plus autonomes sur la prise en charge, on adressait aux infirmières psy des cas plus complexes. »

En dehors des séances d'enseignements organisées ensemble, il y a les **courriers**, plus nombreux et fournis comme dit précédemment, qui instruisent davantage.

MG 14 : « On a un retour sur nos patients, des courriers, ça forme. »

Les médecins généralistes parlent à plusieurs reprises lors des entretiens d'une vraie **formation continue**.

MG 9 : « Je trouve qu'il y a un côté formation continue lors des rencontres trimestrielles que l'on fait avec le psychiatre. »

MG 4 : « Oui c'est formateur, pour moi ça fait partie de la formation continue, comme un courrier que l'on peut avoir avec des spécialistes. Ça a eu un impact sur notre prise en charge. »

Certains médecins décrivent qu'ils se sentent plus à l'aise dans la gestion des pathologies psychiatriques, notamment dans la manière d'**aborder** la consultation.

D'une part, parce qu'ils ont été formés sur les questions pertinentes à poser.

D'autre part, parce qu'ils ont une solution adéquate à proposer : le dispositif de consultations avancées.

MG 1 : « Ça m'avait énormément apporté et aidé à approfondir la manière d'aborder ce genre de choses, quelles questions sont intéressantes et pertinentes à poser ? quelles sont les échelles de dépression ? »

MG 12 : « Dans la gestion du patient, on sait qu'on a la possibilité de les adresser en consultation avancée. »

MG 8 : « Ça change la façon dont on appréhende la consultation. [...] on a quelque chose à leur proposer si besoin. »

Les psychiatres ont aussi constaté les progrès des médecins généralistes. Pour exemple, les situations qu'ils reçoivent désormais sont plus complexes et les questions plus précises.

PSY 1 : « Je pense que la connaissance réciproque évolue, et qu'on arrive sur des situations plus complexes. »

PSY 3 : « Il y a des situations que les médecins ne vont plus nous envoyer car ils sauront faire. »

PSY 5 : « Les situations sont plus complexes aujourd'hui qu'au début ».

A. 2. Thérapeutique plus adaptée

Grâce aux consultations avancées, les médecins généralistes ont une meilleure **connaissance** de la thérapeutique des troubles psychologiques.

Tout d'abord, ils ont appris à temporiser pour privilégier dans un premier temps l'espace de parole plutôt que le traitement psychotrope. La prescription médicamenteuse n'est plus le traitement de première intention. Ainsi, on note une diminution de la prescription des benzodiazépines, coût en moins pour la sécurité sociale.

PSY 4 : « Les médecins, avant de prescrire un traitement, attendent que nous ayons reçu le patient pour faire le point sur la nécessité d'introduire un traitement ou non. [...] C'est quelque chose qu'on a vu arriver avec l'expérience. »

PSY 5 : « Il y a un message qui est passé sur le risque de dépendance aux benzodiazépines ».

PSY 3 : « Ils se donnent un peu plus le temps d'orienter. Dans un cabinet, les médecins s'étaient rendus compte d'une diminution des prescriptions de traitements anxiolytiques, car

ils donnaient plus de place aux espaces de parole [...] Grâce à la consultation avancée, on prescrit moins mais on prescrit mieux, car on se laisse le temps d'attendre. C'est un coût en moins pour la sécurité sociale. »

Ensuite, lorsqu'un traitement est prescrit, il est plus **adapté** au patient. Il est donné à une meilleure posologie, pour une indication visée, grâce aux différentes formations dispensées par l'équipe de psychiatrie sur les molécules.

PSY 4 : « C'est un gain pour le patient d'avoir un traitement mieux prescrit. »

MG 12 : « Dans la gestion des traitements également, on a des connaissances plus approfondies. »

MG 7 : « On progresse malgré tout grâce aux retours sur nos patients et on gagne en expertise sur le type de traitement. »

On peut donc dire que, depuis l'instauration du dispositif, les médecins généralistes prescrivent moins, mais mieux.

A. 3. Changement de pratique

Cependant, les médecins généralistes ne partagent pas tous l'opinion que la consultation avancée a modifié leur pratique.

Un médecin généraliste de Saint Nazaire apprécie d'avoir une expertise supplémentaire et une analyse plus poussée de certains problèmes psychologiques. D'après lui, l'évaluation de la problématique du patient est meilleure que ce qu'il aurait été en mesure de faire.

MG 7 : « Cela n'a pas profondément changé ma pratique car j'adresse toujours mes patients en consultation avancée, j'aime avoir une évaluation plus poussée d'un psy. [...] Je ne sais pas creuser les histoires de vie et amener les questions comme ils le font. »

MG 6 : « Si les patients n'étaient pas dans cette consultation avancée, on aurait sûrement géré avec moins de compétences et de manière moins facile leurs problèmes psychologiques. »

Ainsi, en cas de doute sur la prise en charge, l'évaluation du patient en souffrance par un spécialiste doit rester prioritaire.

Un autre médecin généraliste trouve que le dispositif n'a pas changé sa pratique, mais malheureusement il n'a pas développé son point de vue lors de l'entretien. En réalité, c'est parce qu'il a peu pratiqué avec les consultations avancées.

MG 16 : « Non, cela n'a pas changé ma pratique. »

B. Connaissance renforcée du réseau de soins psychiatriques et de la législation

La psychiatrie est souvent décrite comme très sectaire et repliée sur elle-même. Les médecins généralistes ont une vision très limitée de son organisation, ce qu'ils avouent et ce que confirment les psychiatres.

PSY 1 : « Il y a un côté un peu mystérieux de la psychiatrie et des soins qu'on peut apporter. »

PSY 6 : « Pour les médecins généralistes, on se rend compte qu'ils ont une vision très limitée du soin spécialisé. [...] Il y a vraiment des informations qu'on transmet. »

MG 12 : « Le fonctionnement du CMP en dehors des consultations avancées reste opaque. »

Désormais, via le système des consultations avancées, les médecins généralistes ont plus de connaissances sur les possibilités de soins. Ils sont nombreux à le dire. L'équipe de psychiatrie peut conseiller des organismes, comme des associations et des réseaux, mais elle explique aussi le fonctionnement de ses différents secteurs et leur organisation selon les indications et les âges.

Les médecins généralistes repèrent ainsi le réseau psychiatrique et ne passent plus toujours par le dispositif des consultations avancées pour orienter les malades.

MG 7 : « Depuis que je travaille avec le CMP via le dispositif des consultations avancées, j'ai l'impression de mieux connaître le fonctionnement de la psychiatrie. J'ai découvert tout bêtement qu'à Saint Nazaire il y a une permanence ouverte le matin et l'après-midi sans rendez-vous... »

MG 6 : « Grâce aux consultations avancées on est plus à l'aise avec le fonctionnement du système de la psychiatrie. Nos demandes sont plus adaptées. Lorsqu'on connaît le système, on interpelle le psychiatre avec de meilleures indications. »

MG 1 : « Je suis d'accord, on appréhende mieux l'organisation du système de la psychiatrie. »

MG 2 : « Je connais beaucoup mieux le réseau local de psychiatrie, à forcer de poser les questions aux infirmières. Je sais désormais quelles sont les structures de premier et de second retour. »

PSY 5 : « Les médecins finissent par repérer le réseau et à l'utiliser directement. »

Les textes de lois législatifs et juridiques ont été également abordés.

MG 14 : « Le psychiatre nous tient également au courant de la législation, des modifications des textes de lois... »

Toutefois, un médecin généraliste préfère nuancer son propos, car il reste encore du travail à faire sur ce sujet :

MG 4 : « Ça reste un peu nébuleux malgré tout. En ce qui me concerne, l'organisation générale de la psychiatrie reste un peu floue. »

C. Evolution des motifs d'adressage en consultation

Dans l'ensemble, les équipes de psychiatrie sont d'avis que les médecins généralistes arrivent à cibler les indications.

PSY 6 : « En général les médecins généralistes identifient très bien quels patients nous adresser et lesquels orienter vers le CMP. »

PSY 2 : « Dans l'ensemble, les médecins qui nous dirigent le plus de patients ont bien compris l'objectif de la consultation avancée. »

Néanmoins il a fallu, au démarrage du dispositif, ajuster certaines indications.

L'équipe de psychiatrie de Saint Nazaire a reçu plusieurs demandes pour des patients qu'ils ont dû par la suite orienter en addictologie, ce qui a pu faire perdre du temps dans la prise en charge.

PSY 2 : « Ça nous est arrivé, pendant une période de quelques mois, que certaines indications ne soient pas toujours très bien ciblées. »

PSY 1 : « On a rencontré certaines personnes qu'on a finalement orienté vers l'addictologie à la Rose des Vents. [...] C'est un peu délicat de dire en fin d'entretien que ce n'est pas de notre ressort mais qu'il leur faut plutôt une consultation d'addictologie. »

Autre exemple, l'équipe a reçu des situations de détresse psycho-sociale, sans maladie psychologique sous-jacente, qui ne relevaient pas à proprement parler de la psychiatrie.

PSY 1 : « Il y a aussi l'exemple de la détresse psycho-sociale, des situations de misère sociale complexes, sans qu'il n'y ait à proprement parler des troubles de l'humeur ou psychotiques, pour lesquelles un accompagnement social ou éducatif avec des associations serait plus pertinent. »

PSY 2 : « Du fait de la précarité du secteur de Saint Nazaire, le médecin traitant nous adresse des situations familiales de détresse dans lesquelles il est empêtré... »

En outre, à Saint Nazaire comme pour l'équipe de psychiatrie de Georges Daumézon, il a fallu rappeler que les consultations avancées ne sont pas adaptées à l'urgence. L'objectif est plutôt un repérage précoce des situations de souffrance. Le but n'est pas d'apporter une réponse immédiate, dans le jour qui suit, au risque de renforcer l'anxiété en répondant de manière trop instantanée.

PSY 5 : « On n'a pas vocation à être un accueil de crise. On est vraiment dans l'idée de la prévention et du repérage très précoce des situations de souffrance, quelle que soit leur évolution (psychose ou autre.) [...] C'est arrivé qu'ils nous envoient une situation de crise car ils ne savaient pas où orienter tel patient. On a rappelé qu'il existait notamment les CAPSI ou les urgences médico-psychologiques. »

Ces ajustements ont été rappelés au moment des bilans en équipes, afin de corriger les erreurs d'adressage.

PSY 5 : « Cette question des indications, on la travaille au moment des bilans. [...] Il y a eu tout un travail pour réajuster l'orientation. »

IV) Une solution face à un enjeu de santé publique

Comme souligné dans l'introduction de la thèse, la prise en charge des troubles mentaux est une question prépondérante dans la société actuelle. Les chiffres de mortalité et de morbidité inquiètent, comme les conséquences sur le plan social et professionnel. Il apparaît prioritaire d'apporter une réponse.

Dans ce chapitre, nous allons voir dans quelle mesure les consultations avancées de psychiatrie sont une solution pertinente aux difficultés constatées en France.

A. Accès aux soins psychiatriques

Il ressort des entretiens que les consultations avancées favorisent l'accès des patients aux soins spécialisés de plusieurs façons.

A. 1. Réduction des délais de consultation

Depuis quelques années, on constate une forte demande de soins psychiatriques dans la population générale. De ce fait, les délais pour avoir accès à une évaluation psychiatrique sont parfois très longs, ce que confirment les médecins généralistes et les équipes de psychiatrie interrogées.

PSY 1 : « On a des délais assez importants, on en a conscience. »

MG 11 : « Il faut rappeler les délais d'accès de rendez-vous à un psychiatre : Deux-trois mois, avec de longues listes d'attente. »

MG 8 : « En ville, il y a tant de délai entre le psychologue dont la consultation n'est pas remboursée et le psychiatre libéral qui n'est jamais disponible... »

MG 4 : « En matière de consultation spécialisée en psychiatrie, c'est toujours compliqué pour les médecins généralistes d'adresser des patients avec les délais qu'on connaît tous. »

Ce problème du délai est corrigé en partie par les consultations avancées. Elles peuvent permettre de gagner quelques mois sur des prises en charge.

PSY 3 : « On constate que nous avons de petits délais pour avoir un rendez-vous, ce qui est très appréciable. »

MG 11 : « Concernant le délai de prise en charge, ça me paraît acceptable d'avoir un délai de 3 semaines-1 mois. »

MG 10 : « Moi les délais me paraissent très bien, j'ai encore pris un rendez-vous ce matin pour un patient dans 15 jours. Les délais ne sont pas très longs. »

MG 12 : « Ce dispositif de consultation avancée permet de lever le frein du délai dans la plupart des cas. [...] Globalement on a des rendez-vous dans les quinze jours. »

PSY 1 : « Au CMP on a des patients qui viennent avec des courriers de médecins qui datent d'il y a 6 mois [...] et bien souvent la situation s'est dégradée. Là, avec les consultations avancées, on est sur des délais qui sont plutôt en termes de semaines. Ça permet de faire un point plus tôt. Dans des situations complexes, on peut apporter une solution plus tôt. »

Un médecin généraliste trouve néanmoins que la psychologue du cabinet de Saint Nazaire présente des délais encore plus appréciables, ce qui l'a amené à moins se servir du dispositif de consultations avancées.

MG 15 : « Avec Valérie, la psychologue du cabinet, les délais sont encore plus courts. »

A. 2. Meilleure couverture du territoire

En effet, les équipes de psychiatrie se sont implantées aux endroits où l'offre de soins psychiatriques est la moins fournie géographiquement. L'objectif est de lutter contre la pénurie médicale.

PSY 5 : « On a fait le choix d'implanter les consultations avancées sur des zones éloignées de la zone urbaine ou le seul accès aux soins psychiatriques était l'hôpital. A l'époque, quand on s'est installé, il n'y avait rien par endroits. »

PSY 1 : « L'idée initiale était de pouvoir proposer à une population du bassin Nazairien et suivie par la maison de santé, des évaluations plus faciles, vis-à-vis de la pénurie connue du réseau spécialisé de psychiatrie. [...] permettre une meilleure prévention, meilleure évaluation, meilleure thérapeutique et meilleure prise en charge globale sur les populations ciblées. »

Pour l'équipe de Georges Daumézon, il n'y avait notamment pas d'intérêt de couvrir les secteurs proches de l'hôpital et de la ville de Nantes.

Avec le système de consultations avancées, on peut également avancer l'idée d'une **d'économie du psychiatre**. Le recours au médecin spécialiste n'est pas systématique, puisque l'infirmière de psychiatrie gère seule la plupart des évaluations au cabinet.

PSY 1 : « La possibilité d'accompagner le réseau de soins primaires permet une meilleure évaluation avec l'infirmière en termes de prévention, sans forcément qu'il y ait recours au psychiatre. »

Tout cela participe à résoudre le problème de la démographie médicale.

A. 3. Déstigmatisation de la psychiatrie

Dans l'esprit de certains patients, les troubles psychologiques et psychiatriques font peur. Ils créent un sentiment de honte et incitent à ne pas chercher l'aide dont ils auraient besoin. Se rendre à l'hôpital pour une évaluation est souvent un frein, d'autant plus marqué lorsque l'évaluation est fléchée « psychiatrique ».

Les consultations avancées corrigent ce problème car elles ont lieu au sein même du cabinet médical de leur médecin généraliste, dans un endroit familier et proche du domicile du patient.

PSY 1 : « Les personnes qui sont vues sur le cabinet Laennec sont des personnes qui n'auraient pas fait la démarche de venir au CMP, qui sont réticents ou un peu méfiants, et qui se sentent en sécurité dans leur cabinet habituel. [...] C'est notre mission de faire accepter au plus grand nombre une évaluation et des soins. »

PSY 3 : « Il faut souligner que les consultations avancées favorisent l'accès aux soins psychiatriques, le fait que ce soit au cabinet du médecin généraliste, ce n'est pas stigmatisant pour les patients. »

PSY 5 : « Tout cela, ça déstigmatise l'accès aux soins psychiatriques car le patient reste dans la filière de son médecin habituel. »

MG 8 : « Il y a un côté rassurant pour les patients de connaître la structure ».

Attirer des personnes réticentes était un des objectifs principaux de ce dispositif, et de manière unanime les participants aux entretiens considèrent que cette mission a pu être atteinte.

PSY 6 : « On a quelques cas de personnes dont la souffrance psychique existe depuis des années, et qui font avec nous la première démarche de soins vers les soins spécialisés. »

MG 7 : « On a réussi à fixer des patients qui n'auraient pas continué le suivi en temps normal. »

Les consultations avancées permettent ainsi d'accéder à une population spécifique qui ne consulte que très rarement d'habitude, du fait de la distance par rapport au domicile, du volume du centre hospitalier qui peut impressionner et de leurs représentations parfois erronées sur la psychiatrie : **les hommes d'âge mur et les personnes âgées.**

Elles ont permis de capter cette tranche de patients « difficiles » que voulait cibler les équipes.

MG 4 : « La mission des consultations avancées était justement de faire venir des patients qui au départ n'osaient pas consulter sur le plan psychiatrique, notamment les hommes d'âge mur et les personnes âgées. On les a captés par ce biais-là. »

PSY 4 : « On a toujours une majorité de femmes, mais au fil des ans on a vu grossir la présence masculine, jeune et moins jeune, qui est la population la plus difficile d'accès pour les soins spécialisés de psychiatrie. »

PSY 6 : « On voulait accéder à une population spécifique qui consulte peu, notamment les hommes et les personnes âgées. »

Ainsi, grâce à ce programme, les soins sont mieux acceptés par le patient.

MG 3 : « On a un retour aussi plutôt positif des patients, qui nous informent si ça leur a été utile. »

MG 4 : « Et les patients sont très contents du dispositif. »

A. 4. Prise en charge financière des consultations avancées

Sur le secteur de Saint Nazaire, comme évoqué plus haut, la population est relativement précaire. De ce fait, il y a plus de risques de développer des pathologies psychiatriques et des troubles psychologiques. (32)

La plupart des patients ne dispose pas de moyens suffisants pour entreprendre un suivi avec une psychologue, dont la consultation n'est pas remboursée. C'est pourquoi l'absence d'avance des frais de la consultation avancée semble être un atout positif pour attirer ce type de population.

MG 11 : « Les consultations avancées sont une bonne alternative, aussi bien pour les situations précaires que les gens qui ont des revenus moyens. De nombreux patients ont tendance à arrêter leur suivi par manque d'argent. »

L'équipe de psychiatrie de Georges Daumézon, qui intervient sur plusieurs maisons de santé, confirme que les problématiques diffèrent en fonction des territoires. Sur le secteur de Légé, il y a une plus grande précarité qu'autour de Clisson où les moyens économiques sont un peu plus importants.

PSY 2 : « On ne touche pas le même type de population en fonction du territoire, autant en termes d'âge que social. En terme socio-économique, sur le territoire de Clisson, on voit des gens avec des moyens économiques très corrects, contrairement au territoire de Légé ».

A. 5. Découverte de situations complexes psychiatriques

Dans certains cas, le dispositif a permis de déceler des pathologies psychiatriques sous-jacentes chez des patients qui n'avaient jamais consulté jusqu'à présent. Les consultations avancées sont une porte d'entrée dans la prise en charge psychiatrique spécialisée.

PSY 5 : « Il peut aussi arriver qu'on reçoive une personne repliée sur elle-même depuis des années et qu'on découvre des éléments de psychose. [...] Il y a des gens qu'on n'aurait sans doute jamais vu sans ce dispositif. »

Ainsi, même si le repérage de situations complexes psychiatriques n'était pas l'objectif initial des consultations avancées, elles ont tout de même permis d'en dépister quelques-unes.

Néanmoins, ce n'est pas l'équipe des consultations avancées qui va les traiter. Ils vont soutenir l'orientation, renforçant la précocité de la prise en charge.

PSY 5 : « Le but à l'origine n'était pas de désamorcer les situations complexes psychiatriques, mais ça nous arrive d'en orienter. »

PSY 4 : « On réalise au bout de deux-trois consultations qu'on est devant une situation complexe de pathologie psychiatrique, on peut orienter assez rapidement. [...] L'habitude du travail en réseau va faciliter les choses. »

PSY 6 : « Les quelques situations où on s'est dit qu'il fallait orienter vers un CMP, on appelle directement la secrétaire pour qu'il soit vu rapidement. On soutient l'orientation. »

Par exemple, de manière plus concrète, on peut citer l'exemple d'un patient schizophrène de 25 ans qui consultait au cabinet médical de Clisson et dont la pathologie était passée inaperçue.

MG 1 : « Quand il y a une situation psychiatrique, ça facilite vraiment. J'ai eu un patient dont le diagnostic de schizophrénie était passé à l'as, et finalement en entrant dans le dispositif il a pu être pris en charge dans la filière. »

B. Intérêt épidémiologique

Comme il a été évoqué au départ, l'équipe de psychiatrie de l'hôpital Georges Daumézon s'est basée sur des études afin de se positionner à l'endroit clé pour **prévenir la crise suicidaire**. En effet, il a été souvent constaté que le médecin généraliste est la personne consultée en premier recours par les patients en souffrance.

PSY 4 : « L'épidémiologie nous montrait que dans les semaines ou les mois qui précèdent un passage à l'acte, le médecin généraliste est celui qui est sollicité en premier par la personne en souffrance. [...] Il y avait toute cette dimension de connaissance épidémiologique territoriale et nationale qui a aidé à forger la construction du projet de consultations avancées. »

PSY 5 : « C'était une démarche de notre part d'investir ces lieux-là, dans ces espaces de première ligne peut-on dire. L'idée était d'aller au plus près de l'environnement quotidien du

patient, là où il va le plus facilement consulter. Cela nous paraissait important en termes de santé publique et de prévention. »

En outre, les équipes de psychiatrie amènent des **données épidémiologiques** supplémentaires, via le nombre et la diversité de leurs patients, collectées depuis quelques années. On pourrait envisager d'étudier cette population pour répondre à des interrogations futures.

PSY 3 : « On amène un recueil épidémiologique. »

Outre la prévention du suicide, en facilitant le repérage précoce les consultations avancées permettent de **désamorcer des situations** avant l'urgence ou l'hospitalisation. On peut émettre l'hypothèse d'une diminution du nombre d'hospitalisations grâce à ce système.

PSY 1 : « Voir les situations plus précocement avant que ça ne se dégrade trop et d'arriver à des situations d'urgence, voire même des hospitalisations. On espère apaiser les choses... »

PSY 5 : « On prévient aussi la crise psychiatrique. »

V) Evolution possible du dispositif

Dans l'ensemble, nous l'avons déjà évoqué, les équipes sont satisfaites du fonctionnement des consultations avancées. Certains ne voient pas de changement majeur à amener.

MG 4 : « Il s'avère que le dispositif roule plutôt bien. Je ne vois pas de modifications majeures à apporter au système. »

Il existe néanmoins des points à améliorer que les différents intervenants interrogés ont soulevé dans ce chapitre.

A. Les pistes d'amélioration envisageables

A. 1. Augmentation des temps de synthèse et de formation

La plupart des participants de notre étude sont favorables à l'augmentation du nombre de réunions et à une meilleure structuration de celles-ci (trouver un juste équilibre entre revue de dossiers et temps de formation médicale continue).

Plusieurs médecins généralistes sont demandeurs de formations supplémentaires, notamment sur la constitution du réseau psychiatrique dont le système d'organisation reste peu compréhensible pour eux.

La Convention des consultations avancées de Saint Nazaire prévoyait à l'origine un temps de synthèse organisé mensuellement avec le cabinet de santé. Cela n'a pu être tenu, faute de temps et de personnel soignant. De plus, le médecin psychiatre ne se rendait pas initialement aux réunions.

Une infirmière de psychiatrie de Saint Nazaire regrette qu'on ne puisse pas traiter toutes les situations de patients lors des réunions.

PSY 1 : « Pour nous c'est du temps soignant, du temps infirmier, de la coordination par rapport aux permanences et aux missions de chacun, c'est du temps médical... »

PSY 2 : « Je trouverais intéressant qu'on fasse plus de deux réunions par an. A chaque fois qu'on vient, on fait un listing de patients, mais on n'a pas le temps de traiter tous les patients. »

Par ailleurs, d'un point de vue budgétaire, si les médecins généralistes ont pu obtenir des subventions pour le dispositif, l'équipe de psychiatrie de Saint Nazaire aimerait également que cet aspect de leur travail soit mieux valorisé par les autorités publiques. En effet, le temps médecin du psychiatre qui est dédié aux consultations avancées et à la formation n'est pas toujours pris en compte.

PSY 1 : « C'est vrai qu'on pourrait faire des réunions de formation. Mais le temps qui est dédié à cela n'est pas comptabilisé par l'hôpital. On le fait à la place d'autres consultations, au même titre que les médecins généralistes prennent ce temps de réunion sur leurs consultations. »

PSY 2 : « Ça nous demande beaucoup de travail. »

A. 2. Structuration du dispositif

Certains cabinets manquent d'infrastructures pour accueillir les consultations avancées. A Clisson, l'infirmière de psychiatrie consulte dans la salle de pause, ce qui n'est pas idéal.

Il faudrait donc **augmenter la taille des locaux**, en tenant compte du coût immobilier qui est conséquent, notamment dans les villes, et pourrait poser problème dans un éventuel projet d'agrandissement.

PSY 3 : « A Clisson, même s'il y a eu des améliorations, on travaille dans la salle de pause pour voir les patients. »

PSY 5 : « Dans certains cabinets, tout est déjà occupé... »

PSY 6 : « Il y a des endroits plus confortables que d'autres. »

MG 12 : « Il y a un frein important : les locaux ! »

Dans certains cabinets, les consultations avancées, populaires auprès des patients, ont entraîné un remplissage rapide des créneaux disponibles.

Des créneaux de consultation supplémentaires pourraient donc être utiles.

MG 1 : « Parfois, on est bloqués dans les disponibilités des rendez-vous... »

MG 4 : « Oui, les consultations avancées sont victimes de leur succès ! »

En outre, certains médecins généralistes souhaiteraient des créneaux plus réguliers, notamment lors de certaines situations dites « tendues », afin de ne pas perdre l'accroche avec le patient.

MG 9 : « Parfois en consultation, on voit des gens qui sont quand même en grande détresse psychologique [...] et j'aurais quand même aimé un délai encore plus rapide. »

MG 7 : « De temps en temps, c'est vrai qu'on aimerait qu'ils soient encore plus rapprochés... dans certaines situations tendues... »

MG 8 : « Ça m'est arrivé de me dire que si on avait une permanence toutes les semaines au lieu de tous les quinze jours, ce serait confortable. [...] Quinze jours plus tard, il y a un risque de perdre l'accroche avec le patient. »

Il pourrait être intéressant également d'espacer les horaires de rendez-vous sur la journée, ce que met en évidence un médecin généraliste lors du focus groupe à Saint Nazaire. Certains patients ne peuvent pas toujours se déplacer en milieu de journée et sont plutôt disponibles après le travail :

MG 11 : « J'ai remarqué que certains patients ont dû mal à se libérer [...] notamment les personnes qui travaillent ne pouvaient pas venir. »

La **gestion des rendez-vous non honorés** est une question récurrente du dispositif. Dans les trois cabinets interrogés, afin de limiter la survenue de patients qui ne se rendent

pas à la consultation, la secrétaire rappelle le malade la veille ou l'avant-veille. Cependant, cela ne suffit pas toujours. Des avis divergent sur la conduite à tenir avec le patient pour diminuer les rendez-vous non honorés, ce qui reste un problème du point de vue des médecins généralistes.

Certains démontrent l'intérêt d'une démarche plus incitatrice avec le malade :

MG 11 : « En ce qui me concerne, j'accompagne les patients à l'accueil pour qu'ils prennent leur rendez-vous. Je préviens les patients, s'ils s'engagent à venir, de bien prévenir à l'avance en cas d'imprévu, pour libérer de la place pour d'autres personnes qui seraient intéressées. »

MG 16 : « Au contraire, quand j'accompagne le patient à l'accueil, il y a plus de chances qu'il vienne au rendez-vous. Quand je suis plus incitatif, je trouve que ça marche mieux. »

MG 10 : « Moi aussi je préfère les accompagner car je trouve que ça leur montre l'importance qu'on leur porte. Certains patients ont peur de faire le premier pas. »

D'autres préfèrent que le patient soit acteur de sa prise en charge pour une meilleure adhérence :

MG 8 : « Je trouve que lorsque le patient est actif de sa prise en charge, il y a moins de rendez-vous ratés. Je leur propose la consultation avancée et je les laisse prendre eux-mêmes leur rendez-vous pour qu'ils adhèrent au projet. »

MG 6 : « Après, le délai de réflexion peut être intéressant malgré tout. Il y a des gens qui ne viennent pas car la décision a été trop précipitée. On préfère que la démarche soit plus active pour le patient. »

Les équipes de soins spécialisés se sont moins attardées sur cette question. Cela peut être dû au fait que ce problème est considéré comme plus ordinaire dans le milieu de la psychiatrie.

A. 3. Devenir des patients

La question de l'évolution des patients ayant consulté via le programme se pose. Que deviennent-ils après la prise en charge ? Se sont-ils saisis de ce qui a été proposé par les équipes ?

Une demande récente de l'ARS était d'être plus rigoureux dans l'évaluation. Désormais, au Pôle santé de Clisson, l'orientation est notée dans le dossier du patient. De

plus, une alerte sous forme de triangle rouge est inscrite dans le logiciel informatique, sur chaque dossier, pour faire un focus à 1 an après la dernière consultation. Le but est de faire penser au médecin généraliste de rappeler les patients pour connaître leur devenir.

PSY 3 : « Sur l'informatique, on note en gras si on a une orientation, c'est lisible tout de suite par le médecin. »

PSY 5 : « A la fin de la prise en charge, outre l'indication de l'orientation qu'on note en gras dans le dossier, par exemple sur le cabinet de Clisson on met une note dans le calendrier à 6 mois ou à 1 an, afin de faire un petit focus pour que le médecin pense à rappeler le patient au bout d'un an... »

PSY 6 : « Sur le devenir des patients au long cours notamment, on peut apporter des axes d'amélioration. »

Il faudrait sans nul doute faire des progrès sur ce sujet, en récoltant plus de données et en réfléchissant à des méthodes d'évaluation du devenir des patients.

B. Généralisation du programme

B. 1. L'avis des équipes de psychiatrie

Les intervenants des soins psychiatriques spécialisés souhaiteraient bien volontiers s'étendre dans d'autres cabinets. Il existe cependant plusieurs freins qui ont été soulevés lors des entretiens :

Dans un premier temps, il est évoqué le **manque de moyens financiers et de personnel soignant disponible**. Actuellement, pour l'équipe de Saint Nazaire, il ne semble pas possible de déployer le programme des consultations avancées dans d'autres maisons de santé. Comme il a été évoqué dans la partie V) A.1, les équipes de psychiatrie souhaiteraient des subventions supplémentaires pour enrichir le dispositif de temps de formation et s'étendre vers d'autres structures.

PSY 1 : « Effectivement, si on avait des moyens supplémentaires, ce serait plus confortable ! [...] Dans l'idée, on aimerait faire en sorte d'apporter une solution sur d'autres maisons de santé. Dans l'état actuel des choses, on n'a pas les moyens de développer ce programme ailleurs. »

PSY 5 : « Il ne faut pas qu'il y ait un surcoût pour l'hôpital. L'idée c'est que l'hôpital apporte des moyens au cabinet, mais le cabinet apporte aussi des moyens à l'hôpital, notamment les infrastructures, le secrétariat... »

L'équipe de Saint Nazaire souligne par ailleurs le risque de déshabiller les moyens intra-hospitaliers au profit du virage ambulatoire, alors que certains patients nécessitent tout de même une prise en charge hospitalière.

PSY 1 : « On a des patients à prendre en charge dans l'hôpital. Actuellement on essaie de garder les soins intra-hospitaliers tout en essayant de mobiliser les soins ambulatoires. On est dans une équation difficile à régler. »

Dans un deuxième temps, les **conditions de mise en place doivent être relativement rigoureuses.**

Il faut rappeler que le dispositif des consultations avancées est une rencontre de propositions qui s'articulent entre plusieurs soignants. Son fonctionnement est meilleur dans des cabinets qui ont une culture de la pluridisciplinarité, notamment dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Il est important d'avoir l'habitude de travailler en équipe.

PSY 5 : « Ce n'est pas quelque chose qui s'impose. [...] Cela marche bien dans les cabinets qui ont déjà une culture de travail en pluridisciplinarité, et une envie de s'ouvrir à d'autres professionnels, qui ont confiance. [...] J'ai eu des médecins généralistes qui ne voulaient pas de ce dispositif chez eux, et qui voulaient plutôt avoir un psychiatre au bout du fil pour se sortir d'une situation de crise. »

PSY 3 : « Il faut que ce soit une demande et une rencontre de besoins, de propositions qui s'articulent... L'idée de déployer est intéressante mais il y a des préalables à envisager. »

PSY 6 : « On ne peut pas généraliser le dispositif si les médecins généralistes n'y voient pas un intérêt. Cela ne marcherait pas. »

Il faut aussi un filet de sécurité pour l'infirmière de psychiatrie qui se rend au cabinet.

PSY 5 : « Je veux que l'intervenant de l'équipe se sente en sécurité au sein du cabinet. A 13h, quand tout le monde est parti déjeuner, je ne veux pas qu'il se retrouve seul à gérer une situation de crise, ce n'est pas le but. C'est important de le dire. »

Le dispositif doit s'inscrire dans un réseau, afin d'avoir un relais possible en cas d'insuffisance.

PSY 5 : « Il ne faut pas le mettre en place dans n'importe quelles conditions. Il faut un filet de sécurité pour l'infirmière qui se déplace. Il faut être rigoureux. [...] Il faut s'interroger : 'Dans quel dispositif plus global ou travail en réseaux ça s'inscrit ?' »

En somme, le déploiement est possible, à condition que plusieurs facteurs favorisants soient réunis.

Le troisième point évoqué par les professionnels de la santé mentale est que **la consultation avancée n'est pas la seule réponse possible**. En effet, elle ne répond pas au besoin de tous les territoires.

Dans certains secteurs, il existe des expériences de collaboration déjà présentes entre les soins psychiatriques spécialisés et la médecine de ville, qui fonctionnent relativement bien.

PSY 4 : « Il y a des territoires de santé et des lieux où il n'y a pas besoin des consultations avancées car cela fonctionne déjà bien avec ce qui existe. »

PSY 5 : « Les consultations avancées ne sont pas la seule solution. Elles ne peuvent répondre aux besoins de tous les territoires. On ne va pas aller écraser des expériences déjà en place qui fonctionnent. »

En outre, il faut un nombre suffisant de patients pour remplir les créneaux d'une consultation voulue. Pour exemple, la maison de santé du Bignon explique avoir mis en place une consultation de psycho-gériatrie qui n'a pas prospéré.

MG 6 : « On accueille des consultations avancées de psycho-gériatrie depuis 2 ans [...] mais pour le coup, on n'a pas assez de patients. »

MG 3 : « Ça peut être intéressant car la distance c'est un gros frein pour les personnes âgées pour se rendre sur leur lieu de consultation. »

MG 6 : « C'est intéressant sur le papier mais au bout du compte on a vite épuisé nos demandes. »

Dans certains domaines, il existe déjà des professionnels qui ont mis en place d'autres solutions efficaces.

Un médecin généraliste de Saint Nazaire a très peu adressé de patients via le dispositif de consultations avancées car une psychologue était déjà présente au cabinet pour consulter, et cela suffisait à sa patientèle.

MG : « Avec Valérie, la psychologue du cabinet, les délais sont encore plus courts. On l'appelle et elle nous dit si c'est de son ressort ou non, s'il y a besoin d'un avis d'un psychiatre ou pas. »

Sur la thématique de l'addictologie, la maison de santé Laennec à Saint Nazaire a créé une consultation avancée avec un médecin addictologue alors que sur le secteur de Clisson, il existe déjà un centre influent, les APSYADES. Il n'y aurait donc pas d'intérêt de mettre en place une consultation avancée complémentaire.

MG 4 : « Pour l'addictologie, il y a les APSYADES qui gèrent, on n'aurait pas spécialement besoin d'une consultation avancée d'addictologie. Il y a plusieurs autres pôles spécialistes à Clisson sur ce thème. »

PSY 5 : « Sur notre territoire il y a une équipe mobile de pédo-psychiatrie PEGASE qui vient de se monter de manière toute récente. On peut travailler de différentes façons avec les généralistes. »

B. 2. L'avis des médecins généralistes

Les médecins généralistes sont partagés à l'idée d'accueillir d'autres consultations avancées au cabinet.

Il apparaît pour certains que ce serait confortable et rassurant d'avoir un panel de spécialistes disponibles.

MG 3 : « Oui, ce serait vraiment bien d'avoir un cardiologue ou un pneumologue... »

MG 8 : « Ce serait bien d'avoir de la dermatologie. »

MG 1 : « Ce serait rassurant d'avoir un spécialiste sous la main à qui poser ses questions. Ce serait confortable ! »

D'autres sont plus nuancés, du fait des ressources déjà présentes au cabinet qui leur semblent suffisantes, et parce qu'il faudrait trouver un bénéfice réel à organiser une consultation avancée supplémentaire :

MG 8 : « En termes de faisabilité et d'intérêt réel pour le patient, je ne vois pas trop quelles consultations avancées supplémentaires on pourrait proposer. »

MG 3 : « Il y a déjà de nombreuses possibilités au cabinet. »

Plusieurs médecins signalent que le but d'une maison de santé n'est pas de se transformer en hôpital en rassemblant trop de spécialités au cabinet.

MG 8 : « A moins qu'on ne se transforme en hôpital, on ne peut assurer toutes les spécialités au cabinet. »

MG 4 : « Notre but n'est pas de créer un hôpital. On est médecin généraliste, on est là pour faire le job. »

En somme, développer d'autres consultations avancées peut s'envisager, à conditions de s'intéresser à des thématiques qui ne soient **pas accessibles en ville** facilement, notamment au vu des délais de consultation longs (par exemple la dermatologie ou la pédopsychiatrie, qui posent problème) ou pour **lever un frein psychologique** sur les sujets tabou (par exemple les problèmes d'obésité ou de nutrition).

PSY 6 : « En termes d'évolution je me dis que c'est un dispositif qui aurait un intérêt majeur en pédopsychiatrie. »

PSY 3 : « Oui, en regard des délais de rendez-vous énormes dans ce secteur. »

MG 7 : « Il faudrait cibler les patients qu'on adresse. »

MG 2 : « Je trouve que ce serait bien d'avoir des consultations avancées pour la pédopsychiatrie parce qu'il y a un gros manque. »

MG 12 : « A la limite, on pourrait prévoir des consultations pour l'obésité. Je trouve qu'un des buts du système de consultation avancée c'est aussi de lever le frein « psychologique », quand les patients ont dû mal à commencer une démarche de suivi. L'obésité c'est tabou et on n'a pas de recours pour ce problème, en dehors de la nutritionniste. On fait juste un courrier et on croise les doigts pour que les patients aillent consulter... [...] et des soucis de prise en charge financières car les diététiciennes sont comme les psychologues : non remboursées en ville. »

Les consultations avancées pourraient être une solution à la pénurie de certaines spécialités (21).

DISCUSSION

I) Analyse de la méthodologie

A. Etude qualitative : forces et faiblesses

A. 1. Choix de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative car celle-ci permet d'étudier des pratiques, à partir du point de vue de l'acteur et de son expérience. Cela nous a semblé plus adapté pour répondre à la problématique de la thèse.

L'expression libre de tous les participants est un avantage du focus groupe. Les différents professionnels de santé ont semblé réellement motivés par le sujet, l'ambiance était positive et énergique, d'autant plus que les participants se connaissaient et étaient à l'aise les uns avec les autres. Cette dynamique de groupe a permis de construire un débat riche, avec des opinions divergentes et une liberté de parole. Les données étaient anonymes, ce qui a rassuré et favorisé l'expression de tous.

Sur la maison de santé de Saint Nazaire, plusieurs internes ou médecins généralistes avaient déjà organisé des focus groupes, dans le cadre d'une thèse ou d'une étude. Les professionnels de santé de la MSP avaient déjà une expérience de cet exercice.

Nous avons constaté que certaines personnalités ont plus parlé que d'autres, mais dans l'ensemble tous les participants ont exposé leurs idées.

Lors des entretiens avec les équipes de psychiatrie, nous avons la crainte que les infirmières et psychologues osent moins s'exprimer devant les médecins psychiatres, par effet hiérarchique, mais nous n'avons pas eu le sentiment que cela a été le cas. Tout le monde a régulièrement pris la parole.

Malgré la durée d'une bonne heure accordée aux entretiens, il nous a manqué d'un peu de temps pour développer certaines idées, notamment avec l'équipe de psychiatrie du CH de G. Daumézon, où il a fallu accélérer les dernières questions. Un petit quart d'heure supplémentaire aurait peut-être permis de revenir sur certains points.

A. 2. Biais

Les entretiens ont été animés par les auteurs, favorables au dispositif, ce qui a pu influencer les réponses et créer un **biais d'investigation**.

Nous avons constaté que peu de critiques négatives sont ressorties des entretiens collectifs. On peut ainsi s'interroger : Les questions étaient-elles correctement formulées sans orienter les réponses ? Les participants ont-ils osé exprimer toutes leurs critiques devant les autres ?

L'entretien individuel permet de supprimer la réticence de parler devant un collègue mais pas devant l'investigateur.

On peut également supposer que les médecins généralistes qui ne participaient pas au dispositif ou adressaient peu de patients n'étaient pas présents pour donner leur avis. Pour étayer cette hypothèse, il aurait été intéressant de comparer le nombre de patients adressés par chaque médecin généraliste interrogé.

Comme le dispositif des consultations avancées fonctionne de manière satisfaisante d'un point de vue général entre les acteurs, peut-être que, tout simplement, il n'y avait pas beaucoup de critiques à formuler à l'encontre de ce système.

Au cabinet médical de Saint Nazaire, lors du focus groupe, un médecin généraliste présent lors de l'entretien n'a quasiment jamais adressé de patients. Cela peut s'expliquer par plusieurs hypothèses :

- Du fait de son âge et de son expérience, son réseau de soins spécialisés était déjà développé et acquis au fil du temps,
- Il ne ressentait pas le besoin d'une aide pour la prise en charge ou l'orientation de ses patients,
- Ses patients avaient moins de problèmes de santé mentale que ceux des autres médecins généralistes, ou alors ce médecin s'investissait moins dans ce type de pathologies.

Il aurait pu être intéressant de comparer sa patientèle avec celle des autres médecins généralistes du cabinet, en reprenant par exemple les motifs de consultation. Comme début d'élément de réponse, ce médecin nous a confié régler ses incertitudes avec la psychologue libérale déjà présente au cabinet.

Par ailleurs, il existe un **biais d'interprétation** car l'étude qualitative implique une certaine subjectivité dans l'analyse de contenu. La retranscription du verbatim et l'interprétation des idées ont été réalisées par une seule personne. Les résultats ont été traités de manière sémantique et empirique, sans logiciel de traitement de texte statistique, en analysant le sens des mots employés et leur fréquence. Il n'y a pas eu d'analyse en double lecture.

A. 3. Significativité des résultats

Parce que les résultats sont par définition qualitatifs et non quantitatifs, l'étude réalisée ne permet pas d'apporter de preuve statistique de l'efficacité du programme sur la prévention de la souffrance psychique et du suicide. Elle peut cependant servir de point de départ pour élaborer un questionnaire dans le cadre d'une étude quantitative. On pourrait, par exemple, comparer l'évolution du risque relatif de suicide entre des communes qui bénéficient de l'intervention des équipes de psychiatrie versus celles qui n'en bénéficient pas.

Néanmoins, plusieurs facteurs montrent un effet positif, même s'ils sont indirects : tous les médecins signalent une meilleure prise en charge pour leurs patients, une plus grande adéquation des traitements et une collaboration renforcée. Les médecins généralistes sont désormais plus à l'aise dans leur discours durant la consultation, notamment en ce qui concerne le risque suicidaire. L'opinion générale est très favorable envers les consultations avancées, dans l'ensemble des cabinets interrogés.

En outre, la taille correcte de l'échantillon permet de donner de la force aux résultats. Nous avons interrogé trois maisons de santé et les deux équipes de psychiatrie qui y interviennent, afin d'avoir une population variée de professionnels de santé (et par conséquent de patients). Pour augmenter encore l'échantillon et ainsi la représentativité de l'étude, il aurait pu être intéressant de réaliser des focus groupes supplémentaires auprès de l'ensemble des médecins généralistes qui participent au dispositif avec le centre hospitalier de G. Daumézon. Nous aurions ainsi obtenu des données additionnelles. Néanmoins, nous avons noté un début d'épuisement des informations avec des idées partagées entre les participants qui revenaient régulièrement dans les réponses aux questions. Peut-être aurait-il juste fallu un focus groupe supplémentaire pour atteindre avec certitude l'épuisement des données.

B. Caractéristiques de l'échantillon interrogé

B. 1. Les médecins généralistes

Nous avons choisi de nous rendre dans plusieurs MSP, afin d'avoir un échantillon plus large de médecins à interroger.

Tous les médecins généralistes de la maison de santé de Saint Nazaire étaient présents (à l'exception d'une personne en congé maternité), soit un taux de participation de 90%.

Lors du deuxième focus groupe, deux médecins sur quatre étaient présents pour le cabinet médical du Bignon, comme quatre médecins sur sept pour le Pôle santé de Clisson, soit un taux de participation de 55%.

Cette différence entre Saint Nazaire et Clisson/Bignon peut s'expliquer par le fait que le directeur de thèse, Dr Prin, appartienne à la MSP Laennec, ce qui a sans doute influencé la participation des professionnels de santé à Saint Nazaire.

En outre, la date du focus groupe au pôle santé de Clisson a dû être décalée à deux reprises du fait de l'épidémie de Coronavirus.

L'échantillon de médecins est relativement représentatif en **genre**.

A Saint Nazaire, 2 femmes et 6 hommes ont participé. A Clisson et au Bignon, 4 femmes et 2 hommes ont participé. Nous avons donc 8 hommes (57%) et 6 femmes (43%), pour un total de 14 médecins généralistes.

En 2020, dans les Pays de la Loire, 49% des médecins généralistes sont des femmes, ce qui est assez similaire à notre échantillon. (33)

Concernant l'**âge** :

L'âge moyen des généralistes dans les pays de la Loire est 48,7 ans en 2020. (33)

Dans notre étude, l'âge moyen de l'échantillon interrogé, calculé à partir des années de naissance, est 44,5 ans, ce qui reste plutôt comparable.

B. 2. Les équipes de psychiatrie

Concernant les équipes de psychiatrie, tout le monde a répondu présent, à l'exception de deux infirmières de psychiatrie pour le centre hospitalier de Saint Nazaire.

57% des médecins spécialistes en psychiatrie sont des femmes en 2020 dans les Pays de la Loire. Ces données ne prennent pas en compte les infirmiers et infirmières de psychiatrie. Il est donc difficile de comparer avec les personnes interrogées dans notre étude. Parmi les médecins psychiatres, un homme et une femme étaient présents, ainsi que trois infirmières de psychiatrie et une psychologue participant au dispositif, soit 83 % de femmes.

L'âge moyen des psychiatres est 49,7 ans. 30% des médecins psychiatres ont plus de 60 ans en 2020.

Les données sur l'âge des professionnels de santé de psychiatrie n'ont pas été récoltées dans notre étude.

Le secteur géographique dans lequel intervient l'équipe de prévention du suicide de GD est en milieu rural et semi-rural. A Saint Nazaire, les équipes interviennent dans un environnement plutôt urbain, avec une population de patients provenant d'un milieu socio-économique plus précaire.

II) Etude des résultats

Cette étude est enthousiasmante car elle est ancrée dans l'évolution contemporaine des soins primaires, avec le développement de l'exercice coordonné ville-hôpital, et parce qu'elle appuie le désir de virage ambulatoire de la psychiatrie.

D'un point de vue commun entre les participants de l'étude, le projet de consultations avancées permet de répondre à plusieurs **attentes**.

A. Réponse et avantages pour les patients

Les consultations avancées permettent un accès plus facile aux soins spécialisés, en participant à la déstigmatisation de la psychiatrie, en réduisant les délais de consultation et en supprimant le frein de la distance avec l'hôpital. (34)

Ces données rejoignent celles de la littérature. Une étude américaine randomisée a comparé en 2004 la prise en charge de patients âgés présentant des troubles psychiatriques au sein d'un centre de santé primaire et à l'extérieur au sein d'un centre spécialisé. (35) Il apparaît que les patients ont accepté de manière significativement plus importante les soins et la prise de rendez-vous lorsqu'ils étaient pris en charge dans le cabinet médical de santé primaire. Cela appuie l'hypothèse que le cabinet de médecine générale est le lieu le plus adapté pour une prise en charge optimale des patients souffrant de troubles mentaux et qui ne nécessitent pas d'être hospitalisés.

L'étude de l'IRDES montre également que les patients éloignés de l'offre de soins ont tendance à recourir moins fréquemment à un spécialiste. (36)

La présence d'un professionnel de santé à une distance raisonnable du domicile ne garantit pas son accessibilité ; il faut aussi que ce professionnel puisse accorder un rendez-vous dans un délai acceptable. Si la consultation avancée n'a pas pour objectif de répondre à un problème médical aigu, comme l'explique les intervenants de psychiatrie dans notre étude, elle permet de réduire les délais de consultation de manière conséquente. Les médecins généralistes nous ont confié obtenir des rendez-vous avec l'IDE de psychiatrie en deux à trois semaines. Ce délai estimé est inférieur au délai retrouvé dans l'enquête réalisée par l'IFOP, qui est de 32 jours en moyenne en 2017 pour l'obtention d'un rendez-vous chez un psychiatre libéral et de 61 jours pour un rendez-vous chez un médecin toutes spécialités confondues (37). Le cabinet Jalma a par ailleurs développé un simulateur en ligne qui permet aux internautes d'estimer leur temps d'attente par spécialité avant d'obtenir un rendez-vous : il est de 21 jours d'attente probable pour un psychiatre en Loire-Atlantique. (38) Or les délais d'attente constituent la première cause de renoncement aux soins de spécialistes pour 65 % des Français selon le baromètre de Jalma. (39)

Il serait intéressant, à travers une nouvelle étude, d'évaluer dans quelle mesure un long délai de consultation pourrait avoir une incidence sur la morbidité à long terme.

Ainsi, la consultation avancée offre une expertise psychologique rapide mais aussi gratuite, pour des personnes en difficultés sur le plan social, professionnel et financier. Le coût de certaines psychothérapies dans le secteur libéral auprès des psychologues est un facteur limitant. (40) En effet, une consultation psychologue classique n'est pas remboursée par l'assurance maladie sauf si elle a lieu dans le cadre du parcours de soins coordonnés et que le psychologue exerce dans un hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP). Pourtant, les psychothérapies ont une efficacité démontrée dans le traitement des problèmes de santé mentale (41), (42) et c'est notamment l'option thérapeutique de première intention recommandée par la HAS. (43)

Toutefois, il est difficile de conclure sur l'opinion des patients concernant les consultations avancées car cela n'était pas le sujet de cette thèse.

Plusieurs médecins généralistes ont néanmoins souligné durant les entretiens avoir eu des retours très positifs de la part de leur patientèle. Les malades sont à priori très demandeurs.

Une thèse sur la MSP de Hagetmau (44), réalisée en 2018, a permis d'évaluer le point de vue des patients, en interrogeant un échantillon de malades avec un questionnaire au bout d'un an de consultations avancées. Il apparaît que le sentiment général est satisfaisant. La proximité du lieu de vie et la diminution du délai de prise en charge semblent être des éléments primordiaux dans le choix de venir consulter un spécialiste à la maison de santé plutôt qu'ailleurs. Le patient adhère ainsi plus facilement au projet de soins.

Cependant, dans cette étude quantitative transversale descriptive, seuls 5 patients sur 136 ayant pu bénéficier de consultations avancées de *psychiatrie* ont été inclus (la MSP accueillant des consultations avancées de plusieurs spécialités : cardiologie, néphrologie et gynécologie).

En outre, il pourrait être judicieux d'interroger les patients à distance, l'étude ayant été réalisée seulement au bout d'un an de la mise en place du dispositif.

Par ailleurs, même si le patient reste dans la filière de son médecin traitant habituel, nous avons peu de données épidémiologiques sur le devenir des personnes prises en charge. Se sont-elles saisies de ce qui a été proposé par les équipes ? D'un point de vue méthodologique, cette évaluation est difficilement réalisable dans l'ordre actuel du fonctionnement des consultations avancées.

Le Pôle santé de Clisson, selon une directive récente de l'ARS, a commencé à notifier les orientations dans le dossier informatisé. Depuis 2020, un entête établissant le devenir du

patient apparaît dans le logiciel métier, dans chaque dossier médical. Une alerte à 1 an post-consultation avancée a aussi été instaurée, afin que les médecins généralistes pensent à inscrire une nouvelle information sur l'évolution du patient.

L'étude de S. Rérat, réalisée en 2017 sur le secteur de Clisson (45), souligne que chez plus de la moitié des patients, une intervention brève (moins de 2 actes par patient en moyenne) semble aboutir à une amélioration de l'état de santé mentale, devant l'argument qu'aucune orientation future n'est proposée, et parce que le nombre de perdus de vue est très faible.

Ainsi, récolter des données intéressantes de manière plus systématique, afin de permettre des analyses quantitatives plus poussées, serait une possibilité pour juger l'efficacité de ce programme. Il s'agirait, par exemple, de noter les orientations des patients dans chaque dossier, de garder une trace automatisée des hospitalisations, des traitements, voire de quantifier les éventuels décès par passage à l'acte. On pourrait se servir des logiciels des centres hospitaliers, de l'assurance maladie, et éventuellement des bases de données de décès de l'Inserm. Si cela peut poser des problèmes éthiques, l'étude pourrait être supervisée par l'ARS.

Avec l'aide de l'Assurance maladie, on pourrait comparer l'évolution de plusieurs données épidémiologiques : nombre de décès par suicide et liés à l'alcool, ou encore l'admission en ALD pour maladie psychiatrique sur une zone géographique prédéfinie.

Ceci permettrait d'avoir une idée de l'action des consultations avancées à plus long terme.

B. Réponse aux attentes des professionnels de santé

La mise en place des consultations avancées de psychiatrie semble répondre aux attentes formulées par les médecins généralistes.

Ces attentes ont été mise en évidence dans l'étude réalisée par C. Kaiser en 2017 (46). Des entretiens semi-dirigés ont été réalisé auprès de 14 médecins dans le sud de la Meuse pour souligner les problèmes de prise en charge de la santé mentale : longs délais de consultation des professionnels de psychiatrie, manque de collaboration avec les soins spécialisés (absence de retours), manque de connaissances des médecins généralistes sur les pathologies mentales et frein financier des psychologues.

Ces difficultés anciennes et connues ont également été signalées par les participants de notre étude. Ainsi, une des attentes majeures des médecins généralistes était d'améliorer la **collaboration** entre les professionnels de psychiatrie et les soins primaires.

En outre, les médecins généralistes souhaitaient aussi être plus à l'aise avec la gestion des pathologies psychologiques et psychiatriques, notamment via des **formations**, et avoir une solution plus précoce à proposer aux patients pour les sortir de certaines impasses.

B. 1. Collaboration interprofessionnelle

Plusieurs études ont également mis en évidence ces soucis de communication (47), (48), (49).

En effet, malgré les recommandations de l'HAS sorties en 2012 sur les échanges de courriers, les retours d'informations ne sont pas systématiques. (50) Les médecins généralistes sont peu informés du suivi proposé au patient, des traitements qui ont été délivrés en consultation et des avancées de la maladie. Dans la littérature, les psychiatres et psychologues sont par ailleurs perçus comme étant peu accessibles : l'accès par téléphone est très difficile pour obtenir un avis, les délais d'attente sont importants et les psychothérapies dispensées en ville par des psychothérapeutes non médecins restent non remboursées.

En outre, pour les professionnels de la santé mentale, les demandes des médecins généralistes ne sont pas toujours formulées de manière claire et explicite. Les critiques concernant les courriers qu'on leur transmet sont nombreuses. Ce point ressort aussi de notre étude.

Les psychiatres ont besoin des médecins généralistes pour une prise en charge de leurs patients lors de la survenue d'un trouble somatique, pour la mise en œuvre de stratégies de dépistage ou pour assurer un relais à la sortie d'une hospitalisation. Améliorer cette collaboration était aussi un des objectifs principaux des professionnels de la psychiatrie.

Une thèse, réalisée en 2017, a choisi d'interroger des psychologues libéraux dans la région Midi-Pyrénées sur le sujet (51). Les résultats ont montré que les interactions et les échanges d'informations entre les médecins généralistes et les psychologues étaient quantitativement faibles : les proportions de patients pour lesquels il existe des échanges d'information étaient en moyenne de 14 %, dans un sens comme dans un autre. Enfin, les proportions de psychologues qui rapportaient une absence d'échange d'information étaient

élevées : 40% des répondants ont dit ne jamais recevoir d'information d'adressage de la part des MG, et 27% ont dit ne jamais rapporter de feedback à un MG concernant leur prise en charge.

Des études ont également démontré que les patients souhaitent une amélioration de la communication entre les psychiatres et leur médecin généraliste, comme l'illustre cette thèse soutenue en 2014 (52).

En 2012, la thèse de P.H. Catherine a interrogé des psychiatres sur ce même thème, afin de trouver des explications à ce manque d'échanges (53). Il en ressort que la méconnaissance des interlocuteurs, de leur rôle et de leurs attentes, est un obstacle sérieux à la communication.

L'HAS, dans son document publié en septembre 2018 (54), décrit plusieurs freins à cette communication, dont la méconnaissance des rôles réciproques, l'évolution et la complexité de la législation, la réticence au partage d'informations et au changement, le manque de temps pour la coordination, et la précarité des financements.

Or, un partage d'informations insuffisant entre ces professionnels entraîne des erreurs de prescriptions à l'origine de risques iatrogènes, des redondances dans la mise en œuvre de stratégies thérapeutiques (par exemple, par duplication d'exams et de traitements) et la transmission d'informations contradictoires au patient. Cela peut être à l'origine d'une perte de confiance du malade, d'une faible adhésion au projet de soins, voire d'une rupture de suivi.

De plus, un manque de connaissance des médecins généralistes sur les troubles à repérer peut soit les faire passer à côté de certaines situations qui pourraient s'aggraver, soit au contraire entraîner une « sur psychiatrisation » des situations.

Avec les consultations avancées, l'accent a donc été mis sur les **échanges** entre les psychiatres et les médecins généralistes. Nous avons vu que, de l'avis général, le dispositif a permis une avancée considérable dans la collaboration entre les professionnels.

Le regroupement dans un même lieu est identifié comme un facteur favorisant la communication et la coordination interprofessionnelle dans le cadre de la prise en charge des troubles mentaux, notamment en raison d'une moindre stigmatisation, d'un accès facilité aux soins spécialisés et du développement de liens entre les soignants. L'association d'une prise en charge ambulatoire et hospitalière est aussi le modèle recommandé par l'OMS.

Toutefois l'exercice dans un même lieu ne suffit pas à garantir une coordination interprofessionnelle. Il doit s'accompagner de modalités de communication organisées, telles que des réunions cliniques pluriprofessionnelles et des systèmes d'information partagés. En outre, l'investissement de tous est nécessaire pour le bon fonctionnement du dispositif.

Depuis la mise en place des consultations avancées, des staffs réguliers sont organisés entre les soignants, favorisant le partage et le lien entre tous.

Au cabinet médical de Saint Nazaire, les équipes font un listing de cas cliniques ayant posé problème et en rediscutent ensemble, sur le même mode d'exercice que les Groupes de pairs. Le psychiatre présent donne des conseils et des astuces pour la prise en charge des pathologies psychologiques et psychiatriques.

Au sein du pôle santé de Clisson, à l'inverse, les réunions sont plutôt axées sur le fonctionnement de la collaboration. Elles ne permettent pas de discuter de tous les cas cliniques à l'origine des difficultés. Par contre, des temps d'échanges informels sont possibles entre les rendez-vous et sur les temps de pause, et l'occasion d'échanger sur les prises en charge difficiles. Certains aspects de la pratique peuvent être évoqués en tête à tête, renforçant les liens entre professionnels de santé.

En somme, les consultations avancées de psychiatrie sont dans la région un exemple de collaboration MG-Psy qu'il serait intéressant de diffuser.

B. 2. Formation médicale

La formation à la santé mentale des médecins généralistes est jugée insuffisante. Dans la littérature, les soignants de premier recours expriment des difficultés à la prise en charge des pathologies psychiatriques et psychologiques (55). Dans cette étude, sur 2087 répondants, à peine un praticien sur cinq avait effectué un stage de psychiatrie au cours de sa formation initiale, appuyant le fait que la prise en charge pratique de la dépression occupe une place marginale dans le programme des études médicales. En outre, les médecins de l'étude formés à la prise en charge de la dépression étaient plus nombreux à déclarer utiliser les options thérapeutiques non médicamenteuses et étaient moins nombreux à ressentir les limites de leur compétence pour évaluer la gravité des patients dépressifs. Ceci suggère l'utilité de la formation en santé mentale.

Sur le même thème, des internes de médecine générale à Grenoble ont été interrogés pour les besoins d'une thèse en 2019. (56) Ils expriment un besoin de connaissances théoriques notamment sur la gestion des psychotropes, les situations d'urgences ou encore les réseaux de soins. Selon eux, ce type d'enseignement gagnerait à être dispensé par des spécialistes des troubles mentaux comme par exemple les médecins psychiatres. Grâce à cette formation, les internes de médecine générale estiment qu'ils pourraient développer une meilleure compréhension et ainsi améliorer leur prise en charge des pathologies psychiatriques.

Lors de nos focus groupes, également, plusieurs médecins généralistes ont évoqué des difficultés dans la gestion et la compréhension des troubles psychologiques, ce qui rejoint les données de la littérature.

Avec les consultations avancées de psychiatrie, la prise en charge des patients semble relativement meilleure car elle est plus adaptée, notamment sur le plan thérapeutique, conséquence de la formation des médecins généralistes via le dispositif et d'une meilleure compréhension des éléments de vie du patient. C'est quelque chose que perçoivent les médecins généralistes ; ils se sentent effectivement plus à l'aise pour gérer certaines pathologies psychiatriques et psychologiques. Grâce aux consultations avancées, ils ont des clés supplémentaires pour réagir face à la souffrance des patients. Dans notre étude, les équipes de psychiatrie ont également noté un changement, notamment dans le réinvestissement des médecins généralistes sur la question des troubles mentaux. Ils ont constaté une progression des connaissances de ces mêmes médecins, et citent pour exemple les motifs d'adressage qui deviennent de plus en plus complexes et précis.

Dans le mémoire de L. MOHLER sur les consultations avancées d'addictologie ayant lieu à la MSP Laennec de Saint Nazaire, il est constaté aussi que les connaissances pratiques et théoriques des médecins généralistes ont évolué grâce à ce système (57).

Pour conclure de manière certaine sur la question de la formation médicale, il serait intéressant d'évaluer les compétences nouvellement acquises de façon plus concrète. Un questionnaire, avec d'éventuels exercices posés aux médecins généralistes, pourrait prouver d'une meilleure formation.

C. Réponse et bénéfices pour la société

Nous l'avons vu précédemment, les troubles psychologiques et psychiatriques sont responsables d'isolement social et d'un **coût économique** non négligeable pour la société.

Dans notre étude, on distingue plusieurs bénéfices secondaires aux consultations avancées, dont une meilleure utilisation des services de soins spécialisés et la diminution des coûts imputables aux problèmes de santé mentale.

En effet, il ressort qu'elles peuvent permettre :

- De désamorcer de manière précoce les situations qui peuvent mener à l'urgence ou aux hospitalisations.

- Une économie du psychiatre, qui ne peut pas répondre à toutes les demandes, en proposant dans un premier temps une évaluation avec une infirmière de psychiatrie qualifiée.
- Une diminution de la prescription des benzodiazépines et des psychotropes, au profit des psychothérapies.

Même s'il est impossible de le dire de manière certaine, par manque de preuve statistique, on peut suspecter que ce dispositif permet de réduire de manière indirecte une partie des coûts de la sécurité sociale. Il faudrait pour conclure des analyses quantitatives beaucoup plus poussées, s'intéressant aux chiffres et aux dépenses liées aux problèmes de santé mentale.

Nous avons trouvé des exemples dans la littérature, évoquant ces dépenses.

Dans plusieurs pays, la dépression majeure est associée à des coûts importants pour la société dus à l'absentéisme, au chômage et à la diminution de la performance au travail. (12)

L'IBET ou Indice de Bien-Etre au Travail, en 2019, présenté par le Groupe APICIL et le cabinet Mozart Consulting, est de 0,73, en baisse par rapport à 2018 (0,75), ce qui traduit une performance d'engagement réciproque employeur/collaborateur qui se dégrade. Le coût de désengagement des salariés est en effet plus élevé en 2019 : 14 580 euros par an et par salarié. (58).

Un rapport publié en juillet 2020 par l'Assurance Maladie détaille les coûts de prise en charge de la santé mentale. Deux groupes de population sont distingués dans cette évaluation économique : les maladies psychiatriques associées à un diagnostic dans la cartographie médicalisée de l'Assurance maladie (dont les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques) et les personnes recevant un traitement chronique par psychotropes (incluant les neuroleptiques, les antidépresseurs, le lithium, les anxiolytiques et hypnotiques), sans marqueur diagnostique retrouvé. Ainsi, 20,6 milliards d'euros ont été remboursés par le régime général pour la santé mentale en 2018, soit 14,5 % des dépenses totales de l'Assurance maladie. La dépense annuelle moyenne par patient atteint de maladie psychiatrique est évaluée à 6601 euros, et 1 191 euros par an pour une personne sans diagnostic recevant un traitement psychotrope. Ce chiffre important découle principalement des dépenses des séjours hospitaliers, en établissement psychiatrique notamment. (59) Le rapport s'intéresse aussi aux indemnités journalières (arrêts de travail) et aux prestations d'invalidités qui sont des points de dépense assez marqués.

Une façon d'évaluer de manière indirecte la diminution des coûts avec le dispositif des consultations avancées serait possiblement d'évaluer la réinsertion sociale dans le

milieu professionnel des patients en ayant profité. On pourrait encore comparer le nombre d'hospitalisations entre un secteur bénéficiant du dispositif et un secteur n'en bénéficiant pas. Ces études pourraient permettre d'étayer notre hypothèse.

Depuis quelques années, les autorités de santé publique visent à renforcer le rôle des soins de proximité, comme le recommande l'OMS dans son modèle. L'intégration de la santé mentale aux soins primaires fait écho à la politique actuelle de désinstitutionalisation de la psychiatrie.

Cette dynamique initiée en France se manifeste également par l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) qui visent à renforcer la coordination entre les professionnels de santé. Ce PTSM fait l'objet d'un contrat avec l'ARS pour sa mise en œuvre : Contrat territorial de santé mentale (CTSM). En Loire-Atlantique, le PTSM a été signé le 19 décembre 2019 par le directeur général de l'ARS. Depuis, des collectivités territoriales et des établissements de santé mentale peuvent créer des Conseils locaux de santé mentale (CLSM), qui sont au nombre de 4 dans la région : Mayenne, Laval, Nantes, Cholet.

Ainsi, le Plan Psychiatrie et Santé mentale 2022 soutient les expérimentations territoriales destinées à compléter l'offre de ville. Plusieurs tests de collaboration interprofessionnelle sont conduits en France au niveau local. Un document de l'HAS dresse un état des lieux de ces projets en cours. (54) Nous pouvons voir que plusieurs centres de soins de premier recours ont développé des partenariats avec des CMP (Centre de Santé André-Roussin avec le CH Edouard Toulouse, Pôle santé Paris 13 avec le CMP de l'ASM 13, Etablissement public de santé mentale de Lille-Métropole avec un cabinet médical de 6 médecins généralistes...) et certaines MSP ont choisi d'accueillir des consultations avancées de plusieurs spécialités, comme à Hagetmau et à Mimizan.

Pour favoriser l'accès aux soins, la possibilité de rembourser les consultations de certains psychologues cliniciens, selon des conditions d'éligibilité, est à l'étude (60). Une étude réalisée en 2016 en France suggère qu'un programme de remboursement partiel des psychothérapies s'avérerait être un investissement rentable pour la collectivité à court et long terme. (61)

III) Quelques pistes pour optimiser l'offre de soins

Afin d'améliorer le système des consultations avancées, plusieurs points peuvent être soulevés.

Il faudrait, tout d'abord, familiariser le patient avec le dispositif, pour que la prise en charge soit encore moins stigmatisante et plus acceptable.

Plusieurs possibilités peuvent être mise en place :

On pourrait améliorer **l'information du patient** en amont, avec par exemple des affiches ou des prospectus sur les consultations avancées dans la salle d'attente, qui avertiraient sur la possibilité de rencontrer facilement une psychologue ou une infirmière de psychiatrie au sein du cabinet médical.

Une autre possibilité serait de **renforcer l'éducation thérapeutique**. En effet, la dépression et la maladie psychiatrique sont des maladies chroniques, au même titre que la diabète, l'asthme ou l'obésité. L'objectif est de rendre le patient acteur de ses soins, d'améliorer sa qualité de vie et de diminuer le nombre de rechutes, en favorisant l'acceptation du traitement et en agissant sur les périodes aiguës sources de mal être et d'inactivité professionnelle. Dans ce but, l'équipe de prévention du Suicide du CH de GD a mis en place en 2010 un programme d'éducation thérapeutique. D'autres professionnels de santé pourraient être sollicités pour participer à la démarche de prévention et d'éducation thérapeutique, notamment les infirmières ASALEE du cabinet de Saint Nazaire. Cette participation des professionnels de santé mentale à d'autres projets de suivi des patients renforcerait la coordination des équipes.

Un point supplémentaire à évoquer serait d'**impliquer les proches** des patients dans l'accompagnement de la crise psychique, par des programmes de formation, ce qui participerait à une déstigmatisation des troubles psychiatriques. Le fait de changer le regard porté sur ces maladies permet d'agir positivement auprès des personnes concernées, en favorisant leur rétablissement et leur intégration.

Ensuite, on pourrait optimiser le temps consacré aux rencontres entre équipes soignantes. C'est un point sur lequel médecins généralistes et équipes de psychiatrie s'accordent. Plusieurs d'entre eux souhaiteraient augmenter le nombre de réunions communes et **accentuer la formation**, afin d'améliorer les compétences de chacun. La condition serait de trouver des modes de rémunération définis pour valoriser ce temps dispensé en dehors des consultations. Ces actions de formation participent aussi au renforcement de la coopération entre professionnels de santé mentale et médecins généralistes.

En outre, les staffs cliniques gagneraient à être mieux structurés, afin de trouver un juste équilibre entre revue de dossiers et formation médicale continue.

Il pourrait être envisageable d'**étendre les champs d'action** de la consultation avancée, notamment dans le milieu du travail. En effet, source de conflits et de mal-être pour une partie de la population, l'entreprise n'est désormais plus un facteur protecteur vis-à-vis de la souffrance psychique. Réfléchir à une collaboration avec le médecin du travail, voire intervenir directement sur place, permettrait de mieux intégrer la dimension professionnelle à la prise en charge globale du patient et de lutter contre la désinsertion. Un exemple d'intervention de ce type existe dans la littérature (62). Mises en place par le Service médical d'assurance maladie des Industries électriques et gazières (IEG), des actions de dépistage et d'incitation aux soins sont réalisées par des médecins conseils lors de visites systématiques de salariés arrêtés ou accidentés. Cette étude montre qu'il est possible d'améliorer à la fois le diagnostic et le pronostic des épisodes dépressifs, des troubles phobiques et des troubles paniques, grâce à une démarche de conseil dans le milieu du travail.

CONCLUSION

La problématique des troubles psychologiques et psychiatriques au cabinet médical est omniprésente depuis quelques années, et d'autant plus avec le contexte sanitaire actuel autour de l'épidémie de SARS-CoV-2 qui impacte la santé mentale des individus.

En somme, cette étude qualitative a révélé que les consultations avancées sont un modèle de collaboration pluriprofessionnelle, profitable à tous ceux qui sont inclus dans le dispositif. Elles semblent répondre aux besoins des différents professionnels de santé. L'avis général est très positif sur l'intérêt et la pérennité de cette consultation, qui pourrait être généralisée à d'autres cabinets voire d'autres structures si les conditions de mise en place étaient réunies.

Ainsi, les médecins généralistes et les équipes de psychiatrie sont favorables à l'extension de ce programme dans les territoires où la demande est présente, si des moyens de rémunération adéquats sont mis en place pour valoriser ce temps supplémentaire qui est dispensé par les soignants.

D'autres bénéfices secondaires à la consultation avancée mis en évidence dans cette thèse pourraient être une meilleure utilisation des services de soins spécialisés et la diminution des coûts imputables aux problèmes de santé mentale, ce qu'il faudrait analyser de manière plus concrète dans des études complémentaires.

Ce dispositif est un moyen de lutte contre les inégalités d'accès aux soins, une autre problématique importante de santé publique. Il apparaît comme performant dans son fonctionnement et pertinent pour soutenir, former et impliquer les médecins généralistes dans leur pratique auprès des patients souffrant de troubles psychologiques.

Le programme des consultations avancées gagnerait à être encore amélioré, notamment sur l'évaluation du devenir des patients pour juger de l'efficacité à long terme, l'intégration d'autres acteurs de santé comme les infirmières des MSP et la mise en place d'outils de formation et d'évaluation des compétences des médecins généralistes.

Ces changements innovants, comme le développement du dispositif, nécessiteraient des subventions supplémentaires à discuter avec les instances de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Valérie Carrasco, Monique Carrière, Diane Desprat et Valérie Ulrich (DREES). Suicide : Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information - Synthèse. 2020.
2. Magali Coldefy, Coralie Gandré (IRDES) Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée.
3. Boccara PE. Tabac et Psychiatrie : étude en CMP des caractéristiques, enjeux, et perspectives du sevrage tabagique [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine]. Université du droit et de la santé - LILLE 2; 2017.
4. James G Jacksona, Francisco J Diazb, Lucelly Lopez, Jose de Leon. A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. Publ John Wiley Sons Ltd. 2015; Bipolar Disord 2015; 17: 575-597. © 2015 John Wiley & Sons A/S.
5. Loïck Locatelli, Alain Golay. Psychotropes et poids. Rev Med Suisse 2018 14 605-9.
6. Feuille de route santé mentale et psychiatrie. 2018.
7. CREDES. Enquête URCEco pour la fondation FondaMental. 2012.
8. Ameli.fr. Tableau Effectifs, prévalence et caractéristiques des personnes en ALD en 2017.
9. Richard N. Rapport ANSM : État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2017.
10. Durr J. Vécu de la stigmatisation des femmes atteintes de dépression majeure au Québec : une étude qualitative. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine]. 22 mars 2019, Université de Montréal
11. Habib J. Relations entre la stigmatisation et la qualité de vie des personnes atteintes de schizophrénie. [Thèse pour le DES de psychiatrie]. Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2020.
12. Brouwers EPM, Mathijssen J, Bortel TV, Knifton L, Wahlbeck K, Audenhove CV, et al. Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries.
13. Rapport de l'institut de santé publique du Québec. 2008.
14. S. Clement, O. Schauman, T. Graham, F. Maggioni, S. Evans-Lacko, N. Bezborodovs, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Camb Univ Press. 21 févr 2014; D
15. Anya Kaushik, Marinos Kyriakopoulo, Evgenia Kostaki. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review, Psychiatry Research. 2016;243:Pages 469-494,.

16. OCDE. Mal-être au travail ? : Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi, Santé mentale et emploi [Internet]. Paris; 2012. Disponible sur: https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mal-etre-au-travail-mythes-et-realites-sur-la-sante-mentale-et-l-emploi_9789264124561-fr#page1
17. OMS Rapport sur la santé dans le monde – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001.
18. Maliki L, Tazi I. Le retard diagnostique dans la schizophrénie. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine] Université CADI AYYAD, faculté de médecine et de pharmacie Marrakech; 2010.
19. Joëlle Favre-Bonté. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. Haute Autorité de Santé. 2014.
20. Nabih FO, Benali A, Adali I, Manoudi F, Asri F. Les masques trompeurs de la bipolarité: étude de 100 cas. Pan Afr Med J. 28 août 2015;21(313).
21. Observatoire Régional de la Santé, Pays de la Loire, URLM Pays de la Loire. Les médecins généralistes libéraux face aux évolutions de la démographie des professionnels de santé: Perceptions et pratiques dans les Pays de la Loire. 2020.
22. La prise en charge de la dépression en médecine générale dans les Pays de la Loire. N° 5. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale | ORS Pays de la Loire. URPS-médecins libéraux Pays de la Loire. 2013
23. Démographie des médecins en Pays de la Loire. Psychiatres. Situation 2020 et évolution | ORS Pays de la Loire. 2020
24. Giiordano G, Depinoy, Dominique. Diagnostic territorial partagé en santé mentale en Loire-Atlantique. 28 mai 2019;117.
25. Thiesse A. Le médecin généraliste et la santé mentale : vers quel recours serait adressé le patient [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Lorraine; 2018.
26. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Troubles de la santé mentale dans les Pays de la Loire : Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. 2020 févr p. 20.
27. SPF. Bulletin de santé publique Conduites suicidaires Pays de la Loire. Février 2019.
28. Dr Jean-François Buyck, Dr Anne Tallec avec la contribution du Dr Denis Leguay, psychiatre. Troubles mentaux et du comportement. ORS Pays de la Loire : La santé des habitants des Pays de la Loire.; 2017.
29. ARS Pays de la Loire. Dossier de presse Santé mentale : une ambition forte en Pays de la Loire pour répondre à un enjeu majeur de santé publique. 2020.
30. Chan Chee C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), éditeurs. La dépression en France: enquête Anadep 2005. Saint-Denis: INPES; 2009. 203 p. (Études santé).
31. Howell S, Yarovova E, Khwanda A, Rosen SD. Cardiovascular effects of psychotic illnesses and antipsychotic therapy. Heart Br Card Soc. déc 2019;105(24):1852-9.

32. Royer B, Gusto G, Vol S, D'Hour A, Arondel D, Tichet J, et al. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé. *Prat Organ Soins*. 2010;41(4):313.
33. ORS Pays de la Loire. Démographie des médecins en Pays de la Loire. Médecins généralistes. Situation 2020 et évolution. 2020.
34. Piel-Desruisseaux Dalby A, Yebbal K. Prévention du suicide: mise en place d'une consultation avancée de psychiatrie en soins primaires. [Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en médecine] France; 2011.
35. Bartels SJ, Coakley EH, Zubritsky C, Ware JH, Miles KM, Areán PA, et al. 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*. août 2004;161(8):1455-62.
36. Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli, Aurélie Pierre (Irdes), Avec la collaboration de Magali Coldefy (Irdes). Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. juin 2016;Question Economie de la santé(219).
37. Renault MC. Explosion des délais pour avoir un rendez-vous chez le médecin. *LE FIGARO*. 2017
38. Simulateur en ligne Cabinet Jalma [Internet]. Disponible sur: <http://apps.smartsante.com/barometre-acces-soins/>
39. Long S. Le quotidien du Médecin : 61 jours pour un spécialiste, 8 pour un généraliste : les délais d'attente se sont aggravés depuis 2012. *Le Quotidien du médecin*. 2017
40. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *Inf Psychiatr*. 12 juin 2014;Volume 90(5):311-7.
41. Karyotaki E, Amsterdam V, Smit Y, Amsterdam V, Cuijpers P, Amsterdam V, et al. The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression. 2 oct 2014;76.
42. Zimmermann G, De Y, Despland N. Efficacité, économicité et caractère approprié de la psychothérapie: état de la question. *Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother*. 5 mars 2008;159(03):119-26.
43. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours : synthèse de la recommandation de bonne pratique. Haute Autorité de Santé. 2017
44. Lestage A, Madame le Docteur Annie BARTHOLOMEUS. Un an de consultations avancées à la maison de santé d'Hagetmau dans les Landes: le bilan. [Thèse d'Exercice] Université de Bordeaux; 2018.
45. Rérat S. Prise en charge de la dépression par les médecins généralistes, apports et évaluation d'un programme de consultations avancées de l'équipe intersectorielle de prévention du suicide, dans le sud de la Loire-Atlantique [Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en médecine]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2017.

46. Kaiser C. Consultations avancées de psychologie au sein des maisons de santé en Meuse: représentations et attentes des médecins généralistes [Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en médecine]. [France]: Université de Lorraine; 2017.
47. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract.* 2 mai 2005;6(1):18.
48. Younès N, Hardy-Bayle M, Falissard B, Kovess V, Chaillet M, Gasquet I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health.* 7 oct 2005;5(1):104.
49. Tatevi Bazinian-Mournet. Etude des échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole. [Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en médecine] Université du droit et de la santé - Lille 2 HENRI WAREMBOURG; 2014.
50. Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. Haute Autorité de Santé.
51. Vergès Y. Collaboration entre médecins généralistes et psychologues : le point de vue des psychologues. [Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en médecine]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017
52. Denis-Gaubert A. Quelle communication les patients désirent-ils entre leur psychiatre et leur médecin généraliste ? [Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en médecine]. U.F.R. de Médecine-Pharmacie de Rouen; 2014
53. Catherine P-H. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative. [Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en médecine] U.F.R de Médecine-Pharmacie de Rouen; 2012.
54. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. Haute Autorité de Santé. 2018
55. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale.* 1 juin 2010;36:D73-82.
56. Armand A, Mauchamp V. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale de Grenoble : expériences vécues et attentes. [Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en médecine] Université Grenoble Alpes; 2019.
57. Laurence M. Consultation avancée d'addictologie au sein de la Maison de Santé Laennec de Saint-Nazaire : patients accueillis et évolution des pratiques des médecins généralistes dans l'accompagnement des patients souffrant de trouble de l'usage de substances psychoactives. 2018. 1 vol. (64.).
58. IBET - IBET - Désengagement des salariés : un coût de 14580€/an/salarié [Internet]. Groupe Apicil.
59. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. 2020 juill. Report No.: Rapport au ministre chargé de la

Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2021 (loi du 13 août 2004).

60. Emmanuelli J, Schechter F. IGAS : Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution.

61. Dezetter A, Briffault X. Coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès des Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux. Santé Ment Au Qué. 5 avr 2016;40(4):119-40.

62. Catherine Godard, Anne Chevalier, Charles Gouffier. Améliorer le diagnostic et la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs en population active : l'expérience du programme Aprand, France. 1 / Industrie électrique et gazière, Service général de médecine de contrôle, Paris, France 2 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France; 2009.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE FOCUS GROUPE 1 AVEC LES MEDECINS GENERALISTES

Bonjour à tous,

Je tiens à vous remercier de votre présence à ce focus groupe. Ma thèse concerne les consultations avancées de psychiatrie mises en place en 2009 dans la maison de santé de Clisson et en 2012 au Bignon, en lien avec l'équipe de prévention du suicide de l'hôpital Daumézon. Nous avons souhaité réaliser une étude qualitative. Ainsi, je vous convie aujourd'hui afin de recueillir votre ressenti sur ce dispositif. Il est important que chacun puisse s'exprimer sur toutes les questions qui vont suivre.

Le Docteur Daniel Prin va animer le focus groupe en veillant au respect du temps de parole de chacun.

La réunion d'aujourd'hui sera donc enregistrée, avec votre accord, pour une meilleure retranscription par la suite.

1. Comment avez-vous accueilli le dispositif des consultations avancées de psychiatrie au cabinet ?

Relances : Auriez-vous aimé plus d'informations sur le fonctionnement des consultations avancées en amont ?

Avez-vous tous utilisé ce programme ? Si non, pourquoi ?

2. Depuis la mise en place des consultations avancées, trouvez-vous que la relation médecine de ville / professionnels de psychiatrie est différente ?

Relances : Que pensez-vous de la collaboration avec les soins psychiatriques spécialisés ?

Avez-vous eu des retours sur vos patients ? (courriers, coups de téléphone ...)

Que pensez-vous du délai de prise en charge des patients avec ce dispositif ?

Avez-vous constaté un changement dans le suivi des patients complexes ?

3. Ce dispositif a-t-il changé votre pratique ?

Relances : Abordez-vous différemment les patients atteints de ce type de pathologie ?

Etes-vous plus à l'aise dans l'orientation et le suivi de vos patients atteints de pathologies psychiatriques ? Avez-vous l'impression d'une meilleure formation ?

4. Que changeriez-vous sur le fonctionnement actuel des consultations avancées de psychiatrie ?

Relances : Quelles améliorations seraient à prévoir ?

Auriez-vous envie d'accueillir d'autres consultations avancées dans la maison de santé ?

Quels en seraient les freins ?

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ENTRETIEN SEMI-DIRIGE AVEC LES EQUIPES DE PSYCHIATRIE

Bonjour à tous,

Je tiens à préciser qu'il s'agit d'un entretien enregistré mais anonyme. Ma thèse concerne les consultations avancées de psychiatrie mises en place à la maison de santé de Clisson et du Bignon et votre ressenti à ce sujet. L'objectif est de faire un bilan de ces consultations et de voir si le dispositif est pérenne dans le temps.

Je vais donc vous poser des questions ouvertes sur le fonctionnement des consultations avancées, à vous d'y répondre selon votre expérience et votre impression. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Avec votre accord, l'entretien est enregistré pour une meilleure retranscription par la suite.

- 1. Quelle est votre opinion générale sur le dispositif des consultations avancées ?**
- 2. Comment avez-vous accueilli cette activité supplémentaire ? Trouvez-vous que c'est du temps utile en dehors des lieux habituels de consultation ?**
- 3. Les motifs d'adressage par les médecins généralistes sont-ils toujours adaptés ?**
- 4. Quels types de patients avez-vous pris en charge avec ce dispositif ?**
- 5. Trouvez-vous que les consultations avancées permettent un repérage plus précoce des pathologies complexes ? Une prise en charge plus rapide ?**
- 6. Que pensez-vous de la collaboration actuelle avec les soins primaires ?**
- 7. Avec les consultations avancées, avez-vous plus d'informations en amont et en aval sur les patients ?**
- 8. Avez-vous remarqué un changement dans la pratique des médecins qui vous adressent des patients dans le cadre de ce dispositif ?**
- 9. Quels sont les points négatifs de ce programme ? Quelles seraient les améliorations à prévoir pour l'avenir ?**
- 10. Auriez-vous besoin de financements supplémentaires ? Pourrait-on généraliser ce dispositif ?**

ANNEXE 3 : VERBATIM du FOCUS GROUPE numéro 1

Avec les médecins généralistes du Pôle santé de Clisson et de la Maison de santé du Bignon

Question 1 : Comment avez-vous accueilli le dispositif de consultations avancées de psychiatrie au cabinet ?

Médecin 1 : « Très bien, enthousiaste à cette idée-là, ça me semblait intéressant d'avoir des psychologues et des psychiatres prêts de nous, disponibles, prêts à répondre et pour pouvoir échanger plus facilement avec eux. »

Médecin 2 : « C'est rassurant de se dire que l'on n'est pas seul face à des problèmes psychologues et psychiatriques ou psychothérapies de soutien. Avoir des consultations avancées c'était très bien. »

Médecin 3 : « J'ai découvert ce dispositif en tant qu'interne lors de mon stage de SASPAS puis remplaçante, j'ai trouvé que les consultations avancées étaient utiles et pratiques. Les consultations avancées ont commencé quand je suis arrivée. »

Médecin 4 : « Au Pôle Santé on a tous eu un a priori très positif sur cette nouveauté. En matière de consultation spécialisée en psychiatrie, c'est toujours compliqué pour les médecins généralistes d'adresser des patients avec les délais qu'on connaît tous. C'était une avancée très positive. »

Médecin 5 : « Je fais écho à ce qu'exprime ma collègue, découverte en tant qu'interne, et désormais en tant que médecin remplaçante, seul cabinet où j'ai remplacé où ce dispositif était présent. Je trouve que c'est d'une grande aide. Ce n'est pas toujours facile de réussir à adresser les patients avec des problèmes psychologiques. Ça facilite la collaboration avec les psychiatres. »

Médecin 6 : « On a très bien accueilli cette proposition qui nous a été faite, important d'avoir une consultation sur notre lieu de consultation habituel, ça peut être difficile d'avoir des accès à la psychiatrie, car ça peut être un frein pour les patients d'aller à l'hôpital. C'était intéressant sur le papier que ce soit mis en place dans nos cabinets. »

Relances : Auriez-vous aimé plus d'informations sur le fonctionnement des consultations avancées en amont ? Est-ce que ça vous a bien été présenté ? Avez-vous tous utilisé ce dispositif rapidement ?

Médecin 2 : « Oui, au cabinet du Bignon on a su que le dispositif fonctionnait à la maison de santé de Clisson, ça nous a donné envie de démarrer. On a voulu faire la même chose chez nous et puis voilà ! »

Médecin 6 : « Le dispositif étant déjà en place quelque part, ils ont été en mesure de bien nous expliquer comment ça allait fonctionner. On a affiné différentes choses au fur et à mesure de notre expérience. C'était un projet commun entre les médecins et l'équipe de psychiatrie. Il y a une adaptation commune. »

Médecin 4 : « En effet, il y a eu une adaptation des indications et motifs de venue des patients. Initialement beaucoup de problèmes de prévention de suicide puis doucement l'éventail des patients et des motifs de consultations s'est un peu élargi. Pour les médecins du cabinet, c'était un vrai confort, un vrai soutien. On s'est vite approprié la consultation, dans les semaines qui ont suivi, à tel point qu'il y a désormais du délai chez nous pour avoir des créneaux. Et les patients sont très contents du dispositif. »

Médecin 3 : « J'ai eu la chance d'assister à une réunion de présentation à la maison de santé, avec les psychologues de Daumézon qui sont venues expliquer ce qu'elles faisaient. Ça été assez concret pour moi. Avec notre logiciel on peut faire une fiche qui est intégrée au dossier du patient. On peut faire une demande claire avec des informations sur le patient. Dès que j'en ai eu connaissance, je me suis lancée. Les outils sont assez pratiques à mettre en place. »

Médecin 5 : « Je ne peux pas trop répondre à la question car je suis arrivée en tant qu'interne initialement, j'ai eu des infos par les collègues. »

Médecin 6 : « Rien de plus à ajouter au reste. »

Question 2 : Depuis la mise en place des consultations avancées, trouvez-vous que la relation médecine de ville et professionnels de psychiatrie est différente ?

Médecin 4 : « La relation est devenue différente avec nos interlocuteurs directs (c'est-à-dire les spécialistes de Daumézon). Personnellement j'ai le coup de fil plus facile avec notamment le Dr YEBBAL, les infirmières psy et la psychologue. Elles font le lien avec l'aide de notre logiciel : les médecins posent les indications sur la fiche et elles répondent directement sur leur ordinateur. On se croise également dans les couloirs du cabinet pour convenir d'un rendez-vous. J'ai eu l'exemple il y a peu avec un patient qui posait problème, j'ai eu rapidement l'avis de Dr YEBBAL pour avoir de ses conseils et qu'elle intervienne. »

Médecin 6 : « Le fait que l'équipe de psychiatrie vienne nous présenter son travail, ça nous permet de mieux connaître le fonctionnement de la psychiatrie dans ce secteur. Je croise des gens qui ne connaissent pas les consultations avancées, pour eux ce n'est pas très clair le fonctionnement de la psychiatrie. Grâce aux consultations avancées on est plus à l'aise avec le fonctionnement du système de la psychiatrie. Nos demandes sont plus adaptées. Lorsqu'on connaît le système, on interpelle les psychiatres avec de meilleures indications. On interpelle les psychiatres avec des meilleures indications. »

Médecin 1 : « Je suis d'accord, on appréhende mieux l'organisation du système de la psychiatrie. Le système de la psychiatrie est un peu nébuleux quand on n'a pas de lien direct avec les services de psychiatrie. On découvre d'année en année des choses nouvelles sur le fonctionnement... Avec Daumézon on a de la chance car les psychiatres sont assez sympas. »

Médecin 4 : « Comme tu dis, ça reste assez nébuleux malgré tout. En ce qui me concerne, l'organisation générale de la psychiatrie reste un peu floue... »

Relance : Que pensez-vous de la collaboration avec les soins psychiatriques spécialisés ?

Médecin 3 : « Il est facile de discuter avec les psychologues du cabinet. Les patients que je leur ai adressés n'avaient pas de suivi psychiatrique auparavant. Ça ne change pas vraiment mon lien avec le psychiatre de secteur car pas de pathologies psychiatriques pour le moment. »

Médecin 1 : « Je trouve que les consultations avancées facilitent le contact avec les psychiatres et la découverte de leur milieu. Ça permet d'appréhender avec plus de facilités les pathologies psychiatriques et la manière dont elles sont prises en charge. »

Médecin 2 : « Les infirmières sont une bonne ressource, elles donnent facilement leur avis quand on est un peu perdu avec un patient. Même avec les gens qu'elles n'ont pas vu en consultation, elles sont très aidantes. »

Relance : Avez-vous eu des retours pour vos patients (courriers, coups de téléphone) entre les consultations avancées et le reste de la psychiatrie ?

Médecin 6 : « Dans le système de consultations avancées c'est prévu d'avoir un retour, on a mis en place une fiche où le médecin présente la personne et l'infirmière de psychiatrie fait une réponse. Tout cela est scanné dans le dossier. On prévient le patient qu'il y a une liaison entre le médecin et l'infirmière. Ça fait partie du dispositif, le retour on l'a tout le temps. Il se fait aussi par des échanges informels. »

Médecin 4 : « Oui dans les couloirs, on sait qu'elles sont présentes. C'est vrai que le retour on l'a immédiatement avec les psychologues et les IDE psy du cabinet. Le but d'une consultation avancée c'est de la prévention, c'est d'intervenir avant la prise en charge psychiatrique spécialisée. »

Médecin 6 : « Par contre, les retours de psychiatres libéraux sont très épisodiques. Les courriers sont rares, il faut les réclamer. »

Médecin 3 : « On a un retour aussi plutôt positif des patients, qui nous informent si ça leur a été utile. Généralement c'est positif. »

Médecin 2 : « On a plus de retours quand les patients sont pris en charge dans ce contexte-là, versus CMP. Cela dit par rapport à ce que c'était à une époque, et à ce qui peut exister ailleurs, on a quand même des retours avec l'hôpital de Daumézon. Ça n'a pas toujours été le cas. »

Médecin 4 : « Ce qui a de bien également, c'est l'évaluation annuelle. Elle permet de faire le point. L'équipe de psychiatrie nous fait des piqûres de rappel sur l'organisation des structures de la psychiatrie selon les indications et les âges. C'est plutôt pas mal. »

Relance : Est-ce que le délai de prise en charge des patients a été modifié ?

Médecin 6 : « Initialement, quand on a commencé, le délai de consultation était très rapide. C'était très appréciable d'avoir une proposition rapide de consultation, dans un délai court, surtout qu'on adressait surtout des pathologies aiguës. »

Médecin 3 : « Ce qui facilite les choses, c'est que le patient va voir directement avec la secrétaire pour prendre le rendez-vous rapidement. Cela supprime le délai où le patient hésite longtemps. »

Médecin 6 : « Après, le délai de réflexion peut être intéressant malgré tout. Il y a des gens qui ne viennent pas car la décision a été trop précipitée. On préfère que la démarche soit plus active pour le patient. »

Médecin 3 : « Oui, c'est vrai. »

Relance : Avez-vous constaté un changement dans le suivi des cas complexes de psychiatrie ?

Médecin 1 : « L'équipe de psychiatrie qui réalise les consultations avancées cible les personnes qu'on avait dû mal à adresser en psy, car ils refusaient d'y aller, et sur les familles atteintes de problèmes sociaux et psychologiques. Ce n'est pas toujours des cas complexes. Ce sont souvent des patients qui ont un passage difficile, besoin d'un soutien. Mais quand il y a une situation psychiatrique, ça facilite vraiment. J'ai eu un patient dont le diagnostic de

schizophrénie était passé à l'as, et finalement en entrant dans le dispositif il a pu être pris en charge dans la filière. »

Médecin 6 : « Si les patients n'étaient pas dans cette consultation avancée, on aurait sûrement géré avec moins de compétences et de manière moins facile leurs problèmes psy, cette opportunité de consultation avancée est très intéressante. »

Médecin 2 : « C'est rassurant pour le patient et le médecin d'organiser un suivi de 3 consultations avancées. C'est sécurisant. Même plus tard, lors d'un nouveau coup dur, les patients savent qu'ils peuvent y faire appel à nouveau. »

Question 3 : Ce dispositif a-t-il changé votre pratique ? Est-ce qu'il vous a fait évoluer dans votre façon de faire quotidienne ?

Médecin 4 : « Oui c'est formateur, pour moi ça fait partie de la formation continue, comme un courrier que l'on peut avoir avec des spécialistes. Ça eu un impact sur notre prise en charge. »

Médecin 1 : « De plus, c'est accompagné de topos et de conseils qui nous aident dans la prise en charge des patients dépressifs. Ça m'avait énormément apporté et aidé à approfondir la manière d'aborder ce genre de choses, quelles questions sont intéressantes et pertinentes à poser ? quelles sont les échelles de dépression ? »

Médecin 6 : « Nous aussi on a organisé avec l'équipe des formations pour l'équipe pluri pro sur la prévention du suicide et la bipolarité. Et également, avec tous les échanges qu'on a eu avec les infirmières, on a pu dire que ça nous avait formé. Pendant un moment, on s'est senti plus autonomes sur la prise en charge, on adressait aux IDE psy des cas plus complexes. Il y a même eu une baisse d'activités pour les IDE car on était plus autonomes. »

Relance : Etes-vous plus à l'aise dans l'orientation et le suivi de vos patients de psychiatrie ?

Médecin 2 : « Je connais beaucoup mieux le réseau local de psychiatrie, à force de poser les questions aux infirmières de consultation avancée. Je sais désormais quelles sont les structures de premier et de second recours. »

Médecin 4 : « Effectivement, grâce aux consultations avancées, on a des interlocuteurs qui sont de premier recours dans le système psychiatrique, les infirmières de psychiatrie nous aiguillent beaucoup. »

Médecin 6 : « Elles ont un réseau d'association. C'est des personnes ressources pour le réseau. »

Médecin 4 : « Oui, que ce soit pour les problèmes familiaux ou la souffrance au travail, notamment cette dernière qui prend une part de plus en plus importante dans les consultations, les infirmières peuvent nous conseiller des réseaux ou des associations. »

Médecin 5 : « Rien de plus à ajouter. »

Question 4 : Que changeriez-vous sur le fonctionnement actuel des consultations avancées de psychiatrie ? Quelles seraient les améliorations à prévoir ?

Médecin 4 : « On rediscute régulièrement chaque année avec l'équipe de psychiatrie. Il s'avère que le dispositif roule assez bien. Je ne vois pas de modifications majeures à apporter au système. »

Médecin 1 : « Par contre, parfois, on est bloqués dans les disponibilités des rendez-vous... »

Médecin 4 : « Oui, les consultations avancées sont victimes de leur succès ! En effet, elles se passent au sein du cabinet, dans un lieu familier pour le patient, ils attendent dans leur salle d'attente habituelle... tout ça participe au bien-être du patient. Sur les points à améliorer, je n'ai pas particulièrement d'idées... »

Médecin 6 : « Comme il y a une évaluation annuelle avec l'équipe, on discute des détails qui ne vont pas. Par exemple, par rapport à la disponibilité des rendez-vous, tous les ans on augmente les créneaux ou les on diminue en fonction de la demande. Les choses s'adaptent parce que le contact est facile avec l'équipe. »

Médecin 2 : « Pour les problèmes urgents, ils nous interpellent directement. Pour les choses moins urgentes, on remplit tranquillement la fiche. »

Médecin 1 : « Concernant la fiche, pour nous, il y a eu un temps d'adaptation et un temps d'ajustement des détails. Par exemple, faut-il scanner ou non les documents par la secrétaire ? Papier ou non papier ? Il y a eu besoin de faire des ajustements sur le plan pratique. »

Médecin 4 : « Certes, il y a eu quelques problèmes pratiques ou matériels... C'était plutôt une question de mises en place des bons outils de communication. »

Médecin 6 : « Il faut souligner la place de la secrétaire des médecins dans la mise en place des rendez-vous. Elles rappellent la veille les patients avant leurs rendez-vous... Les secrétaires ont une place privilégiée dans le dispositif pour le faire fonctionner. »

Médecin 1 : « Oui, le fait de rappeler pour les rendez-vous non honorés, c'est quelque chose qui ne se faisait pas au départ, qu'on a rajouté par la suite. »

Médecin 3 : « Je trouve qu'il n'y a pas énormément de rendez-vous non honorés, grâce au rappel des secrétaires. Les aménagements faits ont dû jouer. »

Médecin 4 : « Les statistiques restent assez superposables d'une année sur l'autre, quand on fait le bilan. Sauf la souffrance au travail qui prend un peu plus de place, et la part des hommes qui consultent. La mission des consultations avancées était justement de faire venir des patients qui au départ n'osaient pas consulter sur le plan psychiatrique, notamment les hommes d'âge mur et les personnes âgées. On les a captés par ce biais-là. »

Relance : Auriez-vous envie d'accueillir d'autres consultations avancées dans la maison de santé ? Quels en seraient les freins ?

Médecin 3 : « Oui, ce serait vraiment bien d'avoir un cardiologue ou un pneumologue... après, il faut voir ce qui est envisageable... Et on est déjà une équipe pluriprofessionnelle, avec une diététicienne... il y a déjà de nombreuses possibilités au cabinet. »

Médecin 4 : « D'un autre côté, notre but n'est pas de créer un hôpital. On est médecin généraliste, on est là pour faire le job. Et il y a plusieurs freins ce sont les locaux, les plages horaires, le secrétariat... »

Médecin 1 : « Oui mais ce serait rassurant d'avoir un spécialiste sous la main à qui poser ses questions. Ce serait confortable ! »

Médecin 6 : « Nous on accueille des consultations avancées de psycho-gériatrie depuis 2 ans, pour dépister les troubles cognitifs en amont, et éviter les situations qui deviennent trop complexes. La personne qui s'en occupe vient une fois par mois. Mais pour le coup, on n'a pas assez de patients. On a essayé de faire en sorte que ce soit sur plusieurs communes. C'est un infirmier de l'équipe de psycho gériatrie qui vient sur place pour faire le repérage, il réalise des tests mémoires et de dépression. »

Médecin 3 : « Ça peut être intéressant car la distance c'est un gros frein pour les personnes âgées pour se rendre sur leur lieu de consultation. »

Médecin 6 : « C'est intéressant sur le papier mais au bout du compte on a vite épuisé nos demandes. »

Médecin 5 : « Oui les consultations avancées facilitent l'échange, donc oui plutôt oui ! »

Médecin 4 : « Pour l'addictologie, il y a les APSYADES qui gèrent, on n'aurait pas spécialement besoin d'une consultation avancée d'addictologie. Il y a plusieurs autres pôles spécialistes à Clisson sur ce thème. »

Médecin 2 : « Je trouve que ce serait bien d'avoir des consultations avancées pour la pédo-psychiatrie parce qu'il y a un gros manque. Le dispositif actuel de consultation avancée prend quelques adolescents, mais c'est un secteur compliqué, dont les délais sont impressionnants. Ce serait chouette d'avoir des consultations avancées de pédo-psychiatrie ! »

Médecin 3 : « Oui, on est en peine avec les problématiques des adolescents. »

Avez-vous exprimé tout ce que vous vouliez dire ?

Médecin 4 : « Oui, C'est une belle réussite pour moi ! Dans le pluri-pro, c'est une des premières choses qui a vraiment très bien marché. »

Médecin 1 : « Quand on en parle, on est vraiment tous satisfait de ce dispositif. »

ANNEXE 4 : VERBATIM du FOCUS GROUPE numéro 2

Avec les médecins généralistes de la Maison de santé Laënnec à Saint Nazaire

Question 1 : Comment avez-vous accueilli le dispositif des consultations avancées de psychiatrie au cabinet ?

Médecin 7 : « Avec grande bienveillance ! C'est agréable d'avoir accès rapidement à un référent, pour avoir des réponses à nos questions et qui avait du temps disponible pour nos patients qu'en tant que médecin généraliste on n'avait pas forcément, avec une grande facilité d'accès, et un bon retour. C'était plutôt trop bien. »

Médecin 8 : « C'était un des premiers projets qui nous a semblé évident sur Saint Nazaire, vu la population un peu précaire, qui a notamment besoin de soins psychologiques. Ce qui était intéressant, comme l'a dit mon collègue, c'était la rapidité d'accès et la simplicité pour nous, parce qu'on communiquait avec eux facilement, grâce au carnet de rendez-vous. Il y avait un côté rassurant pour les patients de connaître la structure, de connaître le cabinet, et de pouvoir rencontrer une nouvelle personne dans cet environnement familial. »

Médecin 9 : « Ça facilite l'accès des patients à la psychiatrie. »

Médecin 10 : « Ce qui est intéressant pour nous également, c'est d'avoir un suivi psychologique des patients, d'avoir l'avis d'un psychologue, ce qui n'est pas forcément facile en libéral. »

Médecin 11 : « Il faut rappeler les délais d'accès de rendez-vous à un psychiatre : 2-3 mois, avec de longues listes d'attente. Avec les consultations avancées, c'était très pratique, une bonne ouverture sur la psychiatrie. Il y avait un débriefing sur nos patients très intéressant dans les suites. »

Médecin 12 : « J'ai accueilli le dispositif très favorablement, car ça nous apportait beaucoup pour la pratique, et autre chose ça crée un lien avec la structure du CMP. Ça permet de discuter des prises en charge. On ne peut être que favorable d'avoir accès à autant d'avantages, je dirais, sur la maison de santé. »

Relance : Auriez-vous aimé plus d'informations sur le fonctionnement des consultations avancées en amont ? Avez-vous utilisé ce programme et si non, pourquoi ?

Médecin 13 : « J'ai peu pratiqué avec ce dispositif et j'ai assisté à peu de réunions, car je n'avais pas de patient à adresser. Alors pourquoi ? Peut-être que je travaillais autrement, j'avais une patientèle entre guillemets plus équilibrée, je ne voyais pas tellement une patientèle trop précaire... Par contre je n'ai rien contre le dispositif. »

Médecin 14 : « Depuis 5 ans que les consultations avancées ont commencé, c'est plutôt une réussite. Au départ c'était prévu sur 1 an ou 2 avec l'hôpital, et comme ça fonctionnait très bien, on a poursuivi les choses. »

Médecin 11 : « La gratuité des consultations avancées est aussi un atout important. Par rapport à une consultation libérale de psychologue, où beaucoup de personnes ne peuvent pas se les payer... Les consultations avancées sont une bonne alternative, aussi bien pour les situations précaires que les gens qui ont des revenus moyens. Engager un suivi psy demande dès fois des consultations répétées, c'est un budget. Des gens nous avouent faire l'impasse sur leur suivi pendant deux-trois mois car ils n'avaient pas le pognon pour continuer. De nombreux patients ont tendance à arrêter leur suivi par manque d'argent. D'où l'atout des consultations avancées. »

Question 2 : Depuis la mise en place des consultations avancées, trouvez-vous que la relation médecine de ville – professionnels de psychiatrie est différente ?

Médecin 12 : « Avec les psychiatres qui sont dans le dispositif des consultations avancées, oui, il y a un changement. Avec les autres, qui ne sont pas dans le dispositif, non, pas de lien... Le psychiatre notamment qui participe au système des consultations avancées est très enthousiaste et échange facilement. Les consultations avancées ont vraiment bouleversé l'échange avec lui. Pour les autres professionnels du CMP, je n'ai aucun retour, aucun contact, aucun courrier. Cela modifie avec les personnes parties prenantes du dispositif.

Je veux juste revenir sur la question précédente qui concerne la communication en amont du début du dispositif : La communication s'est faite facilement sur la maison de santé, pour preuve les remplaçants ont utilisé facilement le dispositif dès qu'on leur en a parlé. Pas forcément besoin d'un gros investissement, tout le monde se l'approprie parce que c'est très utile.

Le reste de la psychiatrie continue à ne pas nous appeler quand ils changent quelque chose, continue à faire comme si on n'était pas là. »

Médecin 8 : « Pour en revenir sur la question précédente, il y a une chose que j'ai comprise au bout de quelques semaines. Lors de la première réunion avec l'équipe de psychiatrie pour faire le point, j'ai appris notamment que les patients qui voyaient l'IDE psy au cabinet pouvaient très bien être réorientés par la suite vers la psychologue du CMP voire le psychiatre s'ils décelaient des éléments pathologiques. Au départ je pensais que c'était juste une intervention psychologue pour un premier contact et voir si ça aidait un peu les gens. C'est pratique, car parfois nous quand on rencontre les patients, on ne sait pas vraiment si on est dans la maladie psychiatrique pathologique ou si c'est juste un coup de pouce temporaire dont le patient a besoin. Les IDE psy effectuent ce travail de tri. En ville, il y a tant de délai entre le psychologue dont la consultation n'est pas remboursée et le psychiatre libéral qui n'est jamais disponible... Les consultations avancées permettent d'avoir une meilleure prise en charge du patient.

Pour renchérir sur ce que dit mon collègue, j'ai encore râlé au téléphone l'autre jour car les psychiatres savent nous trouver quand ils ont besoin d'informations, mais dans l'autre sens on n'a aucune communication. Quand on se sent en difficultés avec un patient complexe, la psychiatrie est tellement sectorisée sur Saint Nazaire, et il y a tant de délais, qu'on ne peut pas répondre à la demande de patient qui se sent dans l'urgence. Pour nous, médecins généralistes, il y a une pression énorme sur la prescription des psychotropes et autres traitements (anti-dépresseurs, etc.) C'est compliqué à gérer. »

Médecin 7 : « Je suis d'accord, depuis que je travaille avec le CMP via le dispositif des consultations avancées, j'ai l'impression de mieux connaître le fonctionnement de la psychiatrie. J'ai découvert tout bêtement qu'à Saint Nazaire il y a une permanence ouverte le matin et l'après-midi sans rendez-vous, des trucs comme ça. J'ai découvert cela via le biais des consultations avancées. Je trouve qu'avec nos interlocuteurs habituels de psychiatrie, ça tourne bien, mais pour les autres... je n'ai pas le sentiment que ça a simplifié nos relations. Par contre, le dispositif a revalorisé le CMP. En plus, grâce au fait que le CMP vienne ici, on a réussi à fixer des patients qui n'auraient pas continué le suivi en temps normal. Quand on leur proposait de se rendre au CMP, leur réponse était catégorique et négative, mais là, puisque c'est au cabinet, certains patients ont bien voulu essayer, et on les a accrochés de cette façon. »

Médecin 14 : « C'est effectivement un grand avantage de faire venir la psychiatrie au sein de la MSP. »

Médecin 11 : « Après, en ce qui concerne les horaires des consultations avancées, j'ai remarqué que certains patients ont eu dû mal à se libérer ou ils ont dû décommander au dernier moment, parce que les plages horaires étaient sur des demi-journées, notamment les personnes qui travaillent ne pouvaient pas venir... Petit point technique à souligner. »

Relance : Que pensez-vous du délai de prise en charge des patients avec le dispositif des consultations avancées ?

Médecin 11 : « En ce qui me concerne, j'accompagne les patients à l'accueil pour qu'ils prennent leur rendez-vous. Je préviens les patients, s'ils s'engagent à venir, de bien prévenir à l'avance en cas d'imprévu, pour libérer de la place pour d'autres personnes qui seraient intéressées.

Concernant le délai de prise en charge, ça me paraît acceptable d'avoir un délai de 3 semaines-1 mois, on est rarement dans l'urgence ... l'important c'est d'avoir un créneau horaire, une date fixée dans le mois, moi ça me paraît bien. »

Médecin 10 : « Moi les délais me paraissent très bien, j'ai encore pris un rendez-vous ce matin pour un patient dans 15 jours. Les délais ne sont pas très longs. Si le rendez-vous est dans 1 mois, on peut se permettre de revoir le patient nous-mêmes pour voir comme ça va. »

Médecin 13 : « Les délais sont relativement courts pour avoir accès aux consultations avancées. »

Médecin 9 : « Parfois en consultation, on voit des gens qui sont quand même en grande détresse psychologique, on est inquiet, ils sont en souffrance... je tempérerais un peu sur les délais. Parfois j'aurais quand même aimé avoir un délai encore plus rapide. Certains ont besoin d'être aidés plus vite. Quand on se dit qu'il faudrait une hospitalisation, on aimerait rapprocher encore le rendez-vous. Mais dans l'ensemble, le délai des consultations avancées est très correct. »

Médecin 11 : « Ce dispositif permet de cibler la population qu'on oriente vers les consultations avancées. Moi la personne qui m'inquiète, qui n'est pas bien, j'envoie directement aux urgences et j'appelle l'infirmière de psy des urgences. Je préfère que ce soit

eux qui évaluent pour avoir une réponse à court terme. Tandis que nous, si on est jeudi, dans le meilleur des cas on aura une place pour le mardi. »

Médecin 14 : « Le CMP est ouvert tous les jours, on peut leur adresser directement des patients. »

Médecin 7 : « Globalement on est satisfait des délais de rendez-vous des consultations avancées, mais de temps en temps, c'est vrai qu'on aimerait qu'ils soient encore plus rapprochés... dans certaines situations tendues... »

Médecin 9 : « L'idée c'est aussi de faire fonctionner notre structure, on a envie de valoriser le fonctionnement des consultations et de prioriser l'intervention du CMP chez nous. »

Médecin 7 : « Ouais, si on avait encore plus de moyens, on pourrait encore raccourcir les délais. »

Médecin 13 : « Quand je ne suis vraiment pas à l'aise avec une situation, un patient à risque élevé de suicide par exemple, je téléphone directement aux urgences. »

Médecin 12 : « Généralement on a des rendez-vous dans les 15 jours. Au-delà de la quinzaine, ça commence à être un frein, on perd l'accroche avec le patient, ça commence à être long. Ce dispositif de consultations avancées permet de lever le frein du délai dans la plupart des cas. C'est bien de pouvoir apporter une réponse dans la semaine ou celle d'après. On a raccroché des gens sur des suivis chroniques de cette façon. »

Médecin 8 : « Les délais sont certes très corrects, mais ça m'est arrivé de me dire que si on avait une permanence toutes les semaines au lieu de tous les quinze jours, ce serait confortable. Pour certaines personnes que l'on sent en souffrance, on aimerait proposer un rendez-vous dans les 2-3 jours qui suivent. 15 jours plus tard, il y a un risque de perdre l'accroche avec le patient, d'où sans doute les « lapins » et rendez-vous non pourvus qui surviennent. La population qui est précaire peut vite oublier notre consultation et ne pas venir 15 jours plus tard. »

Question 3 : Ce dispositif a-t-il changé votre pratique ? Etes-vous plus à l'aise dans le suivi et l'orientation de vos patients ? Abordez-vous différemment les patients atteints de pathologie psychiatrique ?

Médecin 11 : « Non, cela n'a pas changé ma pratique. »

Médecin 10 : « Moi oui, car c'est intéressant d'avoir des discussions avec les psychologues et du psychiatre, notamment sur la thérapeutique et la prise en charge psychologique, ils nous donnent des petits conseils... »

Médecin 14 : « Oui, car on accompagne plus nos patients. On a un retour sur nos patients, des courriers, ça forme. »

Médecin 12 : « Oui habituellement, en dehors des consultations avancées, on n'a pas de retour systématique. Avec ce dispositif, on a un retour et des éléments de discussion. On approfondit le cas avec le psychiatre. Les psychologues vont plus loin dans la recherche des éléments de vie, ce qu'on n'a pas le temps de faire en consultation. Ça m'a permis de comprendre des liens familiaux. Avec ces informations supplémentaires, ça modifie la prise

en charge qui suit. Dans la gestion des traitements également, on a des connaissances plus approfondies. Et dans la gestion du patient, on sait qu'on a une possibilité de les adresser en consultation avancée, car on a des délais moins longs. Ça modifie quand même la stratégie de prise en charge. »

Médecin 8 : « Ça change la façon dont on appréhende la consultation. On est moins démuni face à certaines situations. Ça aide de se dire qu'on a l'outil des consultations avancées pour aborder le sujet psychologique avec le patient au cabinet, on a quelque chose à leur proposer si besoin. »

Médecin 13 : « Avec Valérie, la psychologue du cabinet, les délais sont encore plus courts. On peut lui passer un coup de fil et elle nous dit si c'est de son ressort ou non, le nombre de séances, et s'il y a besoin d'orienter le patient vers un psychiatre ou pas. »

Médecin 7 : « Cela n'a pas profondément changé ma pratique car j'adresse toujours mes patients en consultation avancée, car j'aime avoir une évaluation plus poussée d'un psy. Quelque part, ça a quand même changé les choses, car on progresse malgré tout grâce aux retours sur nos patients et on gagne en expertise sur le type de traitement, s'il faut temporiser ou non. Je ne sais pas creuser les histoires de vie et amener les questions comme font les psy. Tu as des compléments d'infos sur l'histoire personnelle des gens que tu n'aurais pas soupçonné grâce à ce dispositif. »

Relance : Avez-vous l'impression d'une meilleure formation ?

Médecin 9 : « Oui, ça nous aide, ça nous forme. Je trouve qu'il y a un côté formation continue dans les rencontres trimestrielles que l'on fait avec le psychiatre, notamment quelles molécules utiliser (lesquelles sont plus euphorisantes ? plus sédatives ? plus anxiolytiques ? etc.), on est plus formé là-dessus. »

Médecin 10 : « Ce qui est bien également, c'est d'avoir les exemples de nos confrères lors des rencontres trimestrielles, ça permet d'avoir encore plus de cas et d'expérience, c'est important. »

Médecin 8 : « L'apport du psychiatre est important et c'est nécessaire qu'il participe au débriefing. Il nous apporte plein de conseils d'un point de vue médical. »

Médecin 7 : « Je suis d'accord que l'avis du psychiatre lors de ces réunions est essentiel. »

Médecin 11 : « Oui les psychiatres ont cette façon de bosser, de façon pluriprofessionnelle. Ils ont une grande expérience dans le domaine psychologique, ils font de nombreuses réunions de concertation entre eux, ils ont l'habitude de travailler de cette façon.

Dans une consultation psy, il y a une charge émotionnelle qu'on a besoin de partager, et c'est notamment ce que permettent de faire les réunions trimestrielles des consultations avancées. Je trouve que c'est un plus. »

Médecin 14 : « Je voudrais rajouter qu'on a de la chance d'avoir un psychiatre qui est très à l'écoute, ses réponses sont claires, je trouve que c'est grâce à la personnalité du psychiatre que ça marche bien. »

Médecin 12 : « Il y a la formation continue médicamenteuse, mais aussi l'identification des troubles de la personnalité, le diagnostic, la sémiologie de certaines pathologies

psychiatriques, les symptômes qu'on a dû mal à décrire... ça nous donne des astuces sur les symptômes à identifier. On va plus les rechercher lors d'une prochaine consultation. Le retour du psychiatre est adapté à notre pratique. S'il n'y avait que des cas cliniques, ce ne serait pas suffisant dans les réunions trimestrielles. On part de la pratique pour identifier les difficultés qu'on a les uns les autres. »

Médecin 14 : « Le psychiatre nous tient également au courant de la législation, des modifications des textes de lois... »

Question 4 : Changeriez-vous quelque chose sur le fonctionnement actuel des consultations avancées. Quelles améliorations seraient à prévoir ?

Médecin 8 : « Avoir encore plus de créneaux horaires. Et pourquoi pas partager le fruit de cette expérimentation avec l'hôpital pour qu'ils améliorent leur communication. »

Médecin 12 : « Le fonctionnement du CMP en dehors des consultations avancées reste opaque, on aimerait avoir plus de retours de leur part, même juste savoir si les patients ont été vus ou non... ce serait déjà un début. »

Médecin 10 : « Je pense aux rendez-vous non honorés, comment pourrait-on améliorer ça ? Je sais que les secrétaires rappellent déjà l'avant-veille du rendez-vous... Ce sont des patients en grande souffrance psychologique, est-ce qu'ils ne viennent pas parce qu'ils n'ont pas le courage ? Je ne sais pas ce qu'on pourrait encore envisager pour changer ce problème. »

Médecin 7 : « Ça n'excuse pas les pas venus pas prévenus, mais je sais que les psychiatres ont l'habitude des « lapins », ça fait partie de leur quotidien, ils anticipent. »

Médecin 11 : « Oui, j'ai des amis proches psychiatres, ils composent avec les lapins. Ils prévoient toujours un lapin dans la journée... Nous ça nous énerve, mais eux ça fait vraiment partie de leur vie, ça ne les énerve même plus. »

Médecin 8 : « Je trouve que lorsque le patient est actif de sa prise en charge, il y a moins de rendez-vous ratés. Je leur propose la consultation avancée et je les laisse prendre eux-mêmes leur rendez-vous pour qu'ils adhèrent au projet. »

Médecin 11 : « Au contraire, quand j'accompagne le patient à l'accueil, que je sors le cahier de rendez-vous devant le patient au secrétariat, il y a plus de chances qu'il vienne au rendez-vous. Quand je suis plus incitatif, je trouve que ça marche mieux. Je les mène plus facilement car ce sont des gens qui ne sont pas bien, contrairement à l'addictologie où c'est leur problème et où je les laisse être acteur de leur prise en charge. »

Médecin 9 : « Je fais comme ma collègue 8, je dis au patient que le cahier est à l'accueil, et en réfléchissant je me dis que je devrais être plus incitatif. »

Médecin 10 : « Moi aussi je préfère les accompagner car je trouve que ça leur montre l'importance qu'on leur porte. Certains patients ont peur de faire le premier pas. Dans des milieux sociaux précaires, c'est un grand mot d'aller voir un psychiatre, ça peut être mal vu, ça peut vouloir dire qu'on est fous... Finalement de les accompagner ça dédramatise le rendez-vous. »

Médecin 11 : « J'ai l'exemple d'une jeune femme de trente ans, en fin de consultation, alors qu'elle avait déjà la main sur la poignée, que je soupçonnais de se faire violenter par son compagnon. C'était important pour moi de l'accompagner à l'accueil pour prendre son rendez-vous. Après coup, j'ai eu le débrief par l'infirmière, son histoire c'était du lourd. Quand tu laisses partir un patient qui est dans l'émotion, ou qui n'est pas bien, je trouve qu'il y a plus de risques que le patient shunte le passage devant le secrétariat et n'aille pas prendre son rendez-vous. »

Relance : Auriez-vous envie d'accueillir d'autres consultations avancées dans le cabinet ? Quels en seraient les freins ?

Médecin 12 : « Il y a un frein important, les locaux ! »

Médecin 8 : « Ce serait bien d'avoir de la dermatologie. »

Médecin 9 : « On avait aussi évoqué des consultations ORL pour faire des dépistages de petites lésions... »

Médecin 7 : « Ouais, la dermato ce serait bien, mais il faudrait cibler les patients qu'on adresse. On ne va pas mettre de la surveillance de naevi. »

Médecin 10 : « Oh, du suivi du naevus notamment, ça peut être bien, car les dermatologues de ville ont de moins en moins le temps de faire... »

Médecin 7 : « Ça pourrait même se faire sous un mode de photos, un mode dématérialisé par exemple, une fois par semaine on explique le cas et on a une réponse. »

Médecin 14 : « Oui, cela nécessiterait peu de moyens, juste un bureau et un dermatoscope. »

Médecin 13 : « Eventuellement aussi, de la gérontologie, des bilans mémoires... car pour avoir une consultation en HDJ, c'est très long. »

Médecin 8 : « Je réfléchis, mais j'ai dû mal à trouver. A moins qu'on ne se transforme en hôpital, on ne peut pas assurer toutes les spécialités au cabinet. En termes de faisabilité et d'intérêt réel pour le patient, je ne vois pas trop quelles consultations avancées supplémentaires on pourrait proposer. Je pense à certains enfants qui prennent le chemin de l'obésité, mais il reste encore des diététiciens accessibles en ville... »

Médecin 12 : « A la limite, on pourrait prévoir des consultations pour l'obésité. Je trouve qu'un des buts du système de consultation avancée c'est aussi de lever le frein « psychologique », quand les patients ont dû mal à commencer une démarche de suivi. L'obésité c'est tabou et on n'a pas de recours pour ce problème, en dehors de la nutritionniste. On fait juste un courrier et on croise les doigts pour que les patients aillent consulter. »

Médecin 7 : « Sur le même thème, on pourrait faire des consultations concernant l'activité physique, en termes de prévention... »

Médecin 12 : « La dermatologie ça a du sens du fait des délais de consultation dans la région, et l'obésité ça a du sens parce qu'il y a un frein psychologique et des soucis de prise en charge financières car les diététiciennes sont comme les psychologues : non remboursées en ville. »

Médecin 8 : « Oui, on pourrait faire une matinée de prévention et une après-midi plus axée sur le sport... il y aurait des choses à faire. »

ANNEXE 5 : VERBATIM de l'entretien numéro 1 ***Avec l'équipe de psychiatrie de Saint Nazaire***

Question 1 : Quelle est votre opinion générale sur le dispositif des consultations avancées de psychiatrie ?

Psy 1 : « J'ai découvert les consultations avancées en arrivant fin 2015 sur le pôle de psychiatrie à Saint Nazaire. L'idée initiale était de pouvoir proposer à une population du bassin Nazérien et suivie par la maison de santé, des évaluations plus faciles, vis-à-vis de la pénurie connue du réseau spécialisé de psychiatrie, et puis la possibilité d'aller sur place directement au plus près des patients qui sont adressés par les médecins généralistes. L'idée était de permettre une meilleure prévention, meilleure évaluation, meilleure thérapeutique et meilleure prise en charge globale sur les populations ciblées. La maison de santé avait ce souhait-là aussi de développer ce partenariat. Il y avait une convention qui avait été déjà signée, mais qu'il a fallu relancer un peu car le dispositif avait tendance à s'essouffler par manque de professionnels de psychiatrie de notre côté, il a fallu relancer le projet avec une équipe mobilisée et motivée. »

Psy 2 : « Je trouve que ce programme est très positif. »

Psy 1 : « L'idée était vraiment le repérage précoce et d'apporter une solution à moyen terme aux personnes qui sont dans l'impasse. Souvent les médecins généralistes sont confrontés à des situations de souffrance psychique qu'ils ne peuvent pas évaluer suffisamment ou parce qu'ils n'ont pas dans la possibilité d'apporter une solution immédiate. Nos collègues psychiatres libéraux sont trop peu nombreux pour leur apporter une réponse. »

Question 2 : Comment avez-vous accueilli cette activité supplémentaire ? Est-ce du temps utile en dehors des lieux habituels de consultation ?

Psy 2 : « J'interviens depuis 2 ans dans le cadre de ce dispositif ; il était déjà mis en place quand je suis arrivée. Globalement c'est très bien accueilli par le personnel soignant. C'est très identifié que sur le CMPi il y a cette possibilité. En arrivant je savais déjà que ce dispositif m'intéresserait, en termes d'interventions, parce que c'est très différent comme façon de travailler, c'est novateur... Les entretiens restent les mêmes mais c'est une prise en charge spécifique du fait que ce soit dirigé par les médecins généralistes. Alors oui, je trouve que c'est du temps utile. »

Psy 1 : « Habituellement ici, on voit des personnes qui viennent pousser la porte du CMP avec leur courrier. Les personnes qui sont vues sur le cabinet Laennec sont des personnes qui n'auraient pas fait la démarche de venir au CMP, qui sont réticents ou un peu méfiants, et qui se sentent en sécurité dans leur cabinet habituel. Le fait que la consultation de psychiatrie soit dans un lieu familial, c'est plus accepté par les patients. C'est notre mission de faire accepter au plus grand monde une évaluation et des soins. En plus les consultations avancées correspondent à notre territoire d'action autour du bassin Nazérien. Je pense qu'effectivement ce temps est utile. C'est du travail en plus, bien sûr, mais l'idée est aussi de voir les situations plus précocement avant que ça ne se dégrade trop et d'arriver dans des situations d'urgence, voire même des hospitalisations. On espère apaiser les choses plus facilement et qu'on apporte une solution plus pertinente. »

Question 3 : Trouvez-vous que les motifs d'adressage par les médecins généralistes sont toujours adaptés ?

Psy 2 : « Hum... pas toujours ! Globalement ils le sont, mais pas toujours. Ça nous est arrivé, pendant une période de quelques mois, que certaines indications ne soient pas toujours très bien ciblées. Après, grâce aux réunions que l'on fait 2 fois par an avec les médecins généralistes de Laennec, on en a parlé. Par exemple, ils nous ont adressé des patients plus dirigés pour l'addictologie... »

Psy 1 : « On a rencontré certaines personnes qu'on a finalement orienté vers l'addictologie à la Rose des Vents. On leur a fait raconter leur histoire et leur parcours, à des personnes qu'ils ne connaissaient pas, pour finalement les orienter ailleurs... C'est un peu délicat de dire en fin d'entretien que ce n'est pas de notre ressort mais qu'il leur faut plutôt une consultation d'addictologie. En premier recours cela aurait pu être orienté directement vers la Rose des Vents.

Il y a aussi l'exemple de la détresse psycho-sociale, des situations de misère sociale complexes, sans qu'il n'y ait à proprement parler des troubles de l'humeur ou psychotiques, pour lesquelles un accompagnement social ou éducatif avec des associations serait plus pertinent. Ce n'est pas du ressort à proprement parler de la psychiatrie. Il y a certes une souffrance psychique mais qui est plutôt sociale. C'est terrible mais on n'a pas les moyens et les objectifs de soigner les gens qui n'ont pas de vraie maladie psychiatrique. On peut certes leur apporter un temps d'écoute mais ce n'est pas le but. »

Psy 2 : « Du fait de la précarité du secteur de Saint Nazaire, le médecin traitant nous adresse des situations familiales de détresse dans lesquelles il est empêtré... Ça m'est arrivée d'avoir en consultation tous les membres d'une même famille les uns après les autres... Comme les rendez-vous sont déjà programmés, on ne peut pas les refuser ou différer la consultation, alors qu'au CMP on n'a pas forcément l'habitude de travailler de cette façon. »

Psy 1 : « C'est un fonctionnement différent. Les médecins généralistes sont des médecins de famille. Or nous, dans les moments de conflit, par exemple de rupture ou de séparation, ce n'est pas dans notre habitude de voir les deux personnes. Si on accompagne l'un et l'autre, ça peut donner un conflit de loyauté. Au CMP chaque soignant intervient avec un seul membre de la famille. On est dans l'accompagnement individuel. On préfère ne pas être à plusieurs niveaux dans une situation conflictuelle au sein d'une même famille. On préfère que Madame soit vue par quelqu'un, et Monsieur par une autre personne. On a conseillé aux médecins généralistes de différencier les espaces, afin d'apporter une vision plus claire à la situation d'ensemble.

Il y a un autre point dans les difficultés d'adressage... mais ce n'est pas la faute du médecin traitant... c'est quand la personne vient uniquement pour faire plaisir à son médecin, suite à une injonction de sa part, et qui nous dit en passant le pas de la porte « Je viens mais je n'ai rien à vous dire... » Après c'est normal, on est habitué d'avoir ce type de choses dans notre métier. On aimerait que les patients viennent en étant volontaires et s'investissent dans leur prise en charge. Parfois, ça marche, on a une accroche, mais pas toujours avec ce type de patients. »

Question 4 : Quel type de patients prenez-vous en charge avec ce dispositif ?

Psy 2 : « Il y a différentes populations. Globalement, des états dépressifs, des troubles anxieux, des accidents de travail avec un vécu traumatique de l'accident de travail... des patients douloureux... quelques patients avec des troubles psychotiques mais c'est loin d'être la majorité car en général ce type de patients n'ont pas de médecin généraliste. »

Psy 1 : « On est plutôt dans le registre des névroses. On reçoit des situations de précarité et de demandeurs d'asile. Souffrance relationnelle dans le système familial, souffrance au travail... On est majoritairement dans des états dépressifs. »

Relance : En dehors de la MSP Laennec, intervenez-vous à d'autres endroits dans le cadre des consultations avancées de psychiatrie ?

Psy 2 : « Non. »

Psy 1 : « Un soignant de l'équipe mobile de précarité intervient au CCAS. C'est une sorte de consultation avancée. On intervient sur des situations ciblées avec des partenaires ciblés. Ce n'est pas dans le cadre du dispositif des consultations avancées, ce n'est pas dans le cadre de la convention. »

Question 5 : Trouvez-vous que les consultations avancées permettent un repérage plus précoce des pathologies complexes ? Une prise en charge plus rapide ?

Psy 2 : « Oui, prise en charge plus rapide, oui. »

Psy 1 : « Plutôt que de dire à son patient « Présentez-vous au CMP pour voir quelqu'un », dans un lieu inconnu, avec une personne inconnue, le médecin peut dire « Venez au cabinet pour un entretien avec une infirmière que je connais bien ». Le patient a tendance à venir plus facilement. Au CMP on a des patients qui viennent avec des courriers de médecins qui datent d'il y a 6 mois, parce qu'ils ont beaucoup hésités, ils tournaient autour de leur courrier sans se décider... et souvent la situation s'est bien souvent dégradée. Là, avec les CA, on est sur des délais qui sont plutôt en terme de semaines. Ça permet de faire un point plus tôt. Dans des situations complexes, on peut apporter une solution plus tôt. Plus l'évaluation initiale est précoce, plus l'accès à un rendez-vous médical avec un médecin psychiatre sera précoce. »

Psy 2 : « Ce qui est intéressant dans cette prise en charge, c'est qu'on fait rapidement un compte-rendu qu'on faxe au médecin traitant. Il peut ainsi revoir assez rapidement le patient derrière la consultation infirmière en attendant l'évaluation avec le psychiatre. Autre point... J'ai eu une consultation mercredi dernier qui s'est mal passée, et j'ai vu directement le médecin dans le couloir pour en discuter de suite. Il était déjà au courant de la situation, c'était bien, c'est plus efficace. »

Question 6 : Que pensez-vous de la collaboration actuelle avec les soins primaires ?

Psy 1 : « On se heurte en France, à Saint Nazaire comme partout ailleurs, à une demande importante de soins psychiatriques sur des choses qui sont psychiatisées aujourd'hui et qui ne l'étaient pas forcément il y a quelques années... On a des demandes sur le plan social, de la précarité, sur le plan judiciaire... On a des délais assez importants, on en a conscience. La possibilité d'accompagner le réseau de soins primaires permet une meilleure évaluation avec l'infirmière en terme de prévention, sans forcément qu'il y ait de recours au psychiatre.

L'autre point, c'est qu'on a toute une population de patients qui n'accèdent pas à des soins primaires, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de médecin traitant déclaré. C'est très inquiétant, plus de la moitié de notre patientèle n'ont pas de médecin généraliste, alors que nos patients sont poly pathologiques, avec un risque cardio-vasculaire élevé, une sédentarité, des consommations de toxiques, une situation financière très délabrée... On essaie d'accompagner nos patients dans leurs démarches mais bien souvent on a des refus de la part de la médecine générale. L'idée était aussi d'améliorer la collaboration avec les soins primaires, en apportant notre expertise sur le plan psychique, et en contre-partie ces patients particulièrement vulnérables ont un accès plus facile à un médecin traitant. On sait que les médecins généralistes sont aussi débordés. On a régulièrement des problématiques somatiques qui interfèrent avec des problématiques psychiatriques. »

Psy 2 : « Cette collaboration se fait grâce aux consultations avancées. Je sais que je sollicite parfois le cabinet Laennec pour que d'autres patients que je vois aient un médecin traitant, et c'est vrai que ça fonctionne relativement bien, le secrétariat réagit plus vite, ils ont un rendez-vous. Ma demande est plus prise en compte. Alors que si le patient appelait directement le cabinet pour avoir un rendez-vous... En argument que le patient est bien suivi au CMP, on arrive à leur avoir des rendez-vous avec les médecins, c'est facilitant.

Grâce aux consultations avancées, on voit la différence, on a une meilleure collaboration. On rencontre les médecins généralistes de Laennec régulièrement lors des réunions bi-annuelles, et le fait qu'on les connaisse physiquement, qu'on leur écrive régulièrement des courriers... Oui, c'est sur on n'a pas le même rapport avec les autres cabinets... »

Psy 1 : « On a conscience qu'on n'est pas suffisamment dans le lien avec la médecine de ville. Avec certains médecins généralistes, on a pas mal d'échanges, que ce soit par mail, par courrier ou par téléphone, avec d'autres médecins moins. L'autre fois, j'étais un peu surpris, une infirmière m'a demandé si elle pouvait appeler un médecin généraliste, avec une crainte : la peur de se faire rembarrer. »

Psy 2 : « Oui c'est vrai... A l'hôpital, quand on veut plus d'éléments sur une situation, on est un peu réticent à appeler le médecin... ce n'est pas dans nos pratiques, du moins sur les lits d'hospitalisation. Quand on arrive ici, au CMP, c'est une autre démarche. Ça se fait plus de prendre le téléphone. Avec le temps, on sait avec quels médecins il est plus facile d'échanger, en fonction de leur caractère... On sait qui va nous rabrouer... On a des codes de communication. Avec notre statut d'infirmier, ce n'est pas toujours confortable d'appeler un médecin généraliste et de lui suggérer d'instaurer un traitement anti-dépresseur. Parfois, il le prend un peu mal... Pourtant, ça permettrait de gagner quelques semaines avant la consultation avec le psychiatre. »

Psy 1 : « Actuellement on essaie de développer des infirmières de pratique avancée pour développer une relation avec la médecine de ville sur des prises en charge spécifiques. L'un

des objectifs est la communication avec les soins primaires, en particulier sur le plan somatique. Il y a quelques accompagnements médicaux sur le CMP. »

Question 7 : Avec le dispositif des CA, avez-vous plus d'informations en amont et en aval sur les patients ?

Psy 1 : « Oh oui ! Parfois, au CMP, on a des patients qui viennent sans courrier à la permanence infirmière, pour se faire évaluer, parce que leur médecin, leur assistante sociale ou quelqu'un de la famille leur a suggéré de venir. On a des situations très diverses... Parfois, suite à une hospitalisation, ou reprendre un suivi suite à un déménagement, ou pour une consultation adressée par leur docteur traitant. Certains mots de médecins sont très succincts. Sur une ordonnance, encore dernièrement, j'ai reçu un simple mot « Nécessité de suivi psychiatrique. », sans aucune autre information, ni sur l'histoire ou les besoins, rien... Est-ce que c'est parce que c'est trop difficile de livrer des données sur un papier que l'on donne au patient ? Est-ce qu'il y a eu une impossibilité sur le sujet ? Je ne sais pas... Parfois on a le droit à une ligne, trois lignes, ou à un peu plus d'informations... Au CMP, l'accès à la consultation médicale est différencié en fonction du courrier qui adresse. J'ai donné comme indication que si le courrier est pauvre, non circonstancié, il faut que la première évaluation soit faite par la permanence infirmière. Si le courrier est plus complet, avec les antécédents, les traitements, l'histoire de vie, et qu'il stipule qu'il faut une évaluation psychiatrique, on pose directement le rendez-vous sans attendre l'évaluation infirmière. Cela permet de gagner du temps.

Quand on est sur la consultation Laennec, il y a un descriptif sur la situation initiale beaucoup plus complet. Il y a aussi la possibilité d'accéder directement au médecin s'il y a besoin. »

Psy 2 : « Oui, c'est très pratique. Après, ça dépend des médecins. L'avantage c'est qu'on a accès sur l'ordinateur au dossier patient, grâce au logiciel, afin d'avoir des informations supplémentaires. Et on peut voir directement le médecin sur le lieu même. Mais parfois, même sur la MSP Laennec, il y a quelques comptes-rendus qui restent timides... »

Psy 1 : « Mais il y a une plus grande facilité d'échanges quand même ! »

Psy 2 : « Oui, voilà, c'est vrai. »

Question 8 : Avez-vous remarqué un changement dans la pratique des médecins qui vous adressent des patients dans le cadre de ce dispositif ?

Psy 2 : « Je n'ai peut-être pas assez de recul pour répondre à cette question... Mais d'après ce que j'ai entendu des collègues, plutôt oui. »

Psy 1 : « Certains médecins adressent beaucoup, d'autres peu à la MSP Laennec. Certains médecins n'adressaient pas du tout et commencent doucement à adresser. L'autre jour j'ai eu un appel d'un médecin qui me disait : *J'ai adressé telle personne, cela avait bien fonctionné, et comme je suis devant quelqu'un qui a un profil un peu similaire, je vais l'adresser aussi.* Les médecins gagnent aussi de l'expérience. Les pratiques évoluent en fonction des situations qu'on a traversé ensemble, par exemple on a ajusté les indications comme dit tout à l'heure. »

Psy 2 : « Je trouve dans l'ensemble que les médecins qui nous dirigent le plus de patients ont bien compris l'objectif de la consultation avancée. Ça dépend. »

Psy 1 : « Régulièrement, quand on se rencontre, ils nous interrogent sur ce qui a bien marché, si la personne continue d'être suivie. Lors des réunions, ils se tournent régulièrement vers moi pour me demander ce que j'aurais fait dans telle situation, si j'aurais mis un traitement anti-dépresseur si j'avais été à leur place, quel type de médicament et pourquoi. En fonction de ma réponse, ils adaptent leur prise en charge, et qu'ils nous adressent moins de situations simples. Effectivement, je pense que leur connaissance réciproque évolue, et qu'on arrive sur des situations plus complexes. »

Question 9 : Quels sont les points négatifs de ce programme ? Est-ce qu'il y aurait des améliorations à prévoir ?

Psy 2 : « Oui il y aurait des améliorations... Notamment le manque de temps, parce que ça nous demande beaucoup de travail. Je trouverais intéressant qu'on fasse plus de 2 réunions par an. A chaque fois qu'on vient, on fait un listing de patients, mais on n'a pas le temps de traiter de tous les patients. C'est un peu dommage. On pourrait imaginer de programmer des réunions pour parler de la psychiatrie en générale, de nos pratiques, des réunions dites plus « de formation ».

Psy 1 : « Les médecins généralistes sont assez demandeurs. Il y a un côté un peu mystérieux de la psychiatrie et des soins qu'on peut apporter. C'est vrai qu'on pourrait faire des réunions de « formation ». Mais le temps qui est dédié à ça n'est pas comptabilisé par l'hôpital. On le fait à la place d'autres consultations, au même titre que les médecins généralistes prennent ce temps de réunion sur leurs consultations... Tout est affaire d'optimisation, de pouvoir donner plus sur un temps qui est déjà décompté, et de pouvoir répondre à nos autres missions. Après on est sur des politiques publiques... et sur des temps qui sont plus ou moins valorisés.

On s'adapte assez bien pour les horaires, les coûts. Il n'y a pas grand-chose à dire là-dessus.

Dans l'idée, on aimerait faire en sorte d'apporter cette solution sur d'autres maisons de santé. Dans l'état actuel des choses, on n'a pas les moyens de développer ce programme ailleurs. On essaie donc de stabiliser quelque chose qui est existant et qui fonctionne bien. A l'avenir, si d'autres choses se développent, on rediscutera de nos possibilités, et de nos temps de consultation. »

Relance : Auriez-vous besoin de financements supplémentaires ?

Psy 1 : « Pour nous c'est du temps soignant, du temps infirmier, de la coordination par rapport aux permanences et aux missions de chacun, c'est du temps médical... effectivement, si on avait des moyens supplémentaires, ce serait plus confortable ! En raison du manque de moyens, je ne peux pas développer ce dispositif dans d'autres maisons de santé. Dans la première convention qui avait été rédigée, il y avait un temps de synthèse sur dossier organisé mensuellement ! Cela n'a jamais été tenu. Et pendant des années, il n'y avait pas le psychiatre qui intervenait lors des réunions avec les médecins... »

Question 10 : Pourrait-on généraliser ce dispositif ?

Psy 2 : « Oui, on aimerait bien... »

Psy 1 : « Notre mission est de coordonner le réseau ambulatoire de psychiatrie avec le réseau de ville. Le virage ambulatoire est dans l'air du temps. Oui, logiquement, on voudrait généraliser ce dispositif. On ne peut pas non plus déshabiller les moyens hospitaliers au

profit du réseau de ville. On a des patients qui seront à prendre en garde dans l'hôpital. Actuellement on essaie de garder les soins intra-hospitaliers tout en essayant de mobiliser les soins ambulatoires. On est dans une équation difficile à régler. Oui, il faudrait pouvoir généraliser ce dispositif, mais est-ce qu'on pourrait le faire aujourd'hui ? Je considère que non malheureusement à l'heure d'aujourd'hui. »

Relance : Auriez-vous d'autres choses à ajouter sur les consultations avancées ?

Psy 2 : « En conclusion, je trouve que c'est un travail enrichissant et intéressant. C'est une autre approche. »

Psy 1 : « Oui, c'est un autre point d'accès pour les patients à des soins psychiques. Ça permet de faire en sorte qu'on ne soit pas dans la stigmatisation de la personne « folle » qui va au CMP. C'est une coordination pluriprofessionnelle entre le médecin, le psychiatrie et l'infirmier, pour apporter des solutions sur un mode médical, psychologique et social. »

Psy 2 : « Il y a une avancée par rapport aux dernières années. On sent que le médecin généraliste est sensible à l'approche psychologique et sociale du patient, je trouve qu'on le sent dans son discours. Ils ont cette envie de vouloir trouver des solutions. C'est intéressant de faire ça ensemble, en partenariat. En temps qu'infirmier, on se sent entendu et soutenu dans nos missions. La manière de faire l'entretien est différent. On va à la maison de santé et on sent que le patient est dans un lieu connu et rassurant. On est un peu comme des invités, ça demande aussi de l'adaptation. Professionnellement, je trouve que ça amène autre chose. Et ça permet de déstigmatiser l'image de la psychiatrie car on sort de notre lieu habituel de pratique. »

ANNEXE 6 : VERBATIM de l'entretien numéro 2

Avec l'équipe de psychiatrie du Centre Hospitalier Georges Daumézon

Question 1 : Quelle est votre opinion générale sur le dispositif des consultations avancées ?

Psy 3 : « Je dirais... qu'elles sont pertinentes. »

Psy 4 : « C'est un dispositif qui fonctionne très bien, quand il est bien rôdé, et qui permet de recevoir des personnes de façon précoce, notamment pour les gens qui n'iraient pas dans des dispositifs de soin fléchés « psychiatrie », grâce au fait que cela se passe au sein des cabinets des médecins généralistes. »

Psy 3 : « On est plutôt dans la crise psycho-sociale, mais on prévient aussi la crise psychiatrique. Cela s'est modifié au fil des ans. Les médecins généralistes, avec les temps d'échange et de liaison, ont pu se saisir de notre façon de travailler, en connaissant mieux les réseaux de soins psychiatriques et en orientant eux-mêmes les patients vers les dispositifs adaptés. Les situations sont plus complexes aujourd'hui qu'au début. »

Psy 4 : « Sans doute aussi parce les médecins généralistes font aussi par eux-mêmes ce qu'ils avaient moins l'habitude de faire au début. »

Psy 5 : « Je ne vais pas dire que ce n'est pas bon, car on l'a mis en place. Je soutiens forcément ce travail, après il ne faut pas le mettre en place dans n'importe quelles conditions. Il faut un filet de sécurité pour l'infirmière qui se déplace. Il faut être rigoureux. Derrière le mot « consultation avancée », il y a plusieurs réalités. C'est important de définir l'objectif de ces consultations, ce qu'on y fait, pour quel type de population... et surtout, s'interroger : Dans quel dispositif plus global ou travail en réseaux ça s'inscrit ? C'est bien beau de faire de la consultation avancée, mais si après il n'y a pas de relais... s'il n'y a rien en termes de soutien... J'ai déjà entendu des personnes qui m'ont dit que ce n'était pas très pertinent. »

Psy 6 : « Cela nécessite du temps pour que les médecins généralistes en comprennent l'intérêt et s'y engagent. C'est quelque chose qui se co-construit, avec la nécessité de faire des bilans tous les ans, d'avoir des temps informels. C'est un dispositif qui permet d'aller vers cette population de patients qui n'iraient pas spontanément vers d'autres dispositifs de soin... Et pour les médecins généralistes, on se rend compte qu'ils ont une vision très limitée du soin spécialisé. Ils connaissent les dispositifs de secteur mais moins le réseau associatif et le dispositif libéral. Il y a vraiment des informations qu'on transmet. On y va pour rencontrer les patients mais pas que, il y a aussi tout le soutien et le travail en réseau. »

Psy 5 : « Il y a des effets collatéraux de la consultation, c'est-à-dire le lien avec les équipes de médecins généralistes de notre territoire, il y a une action de formation de ces médecins, parce qu'ils se forment en voyant le travail de notre équipe via ce dispositif, ça participe à leur formation, et puis ils se voient inscrits dans un réseau sur le territoire. Ils peuvent appeler ici pour avoir un avis, ils savent s'appuyer sur un lieu ressource. Ça demande du temps, ce n'est pas quelque chose qui s'impose, on ne peut pas décréter comme ça qu'on va créer une consultation avancée dans tel cabinet. Cela marche bien dans les cabinets qui ont déjà une culture de travail en pluridisciplinarité, et une envie de s'ouvrir à d'autres professionnels, qui ont confiance. Il y a un ensemble de paramètres qui entrent en compte pour favoriser la mise en place des consultations avancées dans de bonnes conditions. J'ai eu des médecins généralistes qui ne voulaient pas de ce dispositif chez eux, et qui voulaient plutôt avoir un psychiatre au bout du fil pour se sortir d'une situation de crise. »

Psy 4 : « Le cadre est co-construit, et il doit être mis en place de façon rigoureuse, pour ne pas oublier l'objectif qui est le nôtre. C'est assez codifié, sans que ce ne soit rigide, car on garde quand même une certaine souplesse, mais c'est une souplesse limitée dans un cadre bien défini. Depuis un certain temps, au moins 5 ans, il faut régulièrement réexpliquer, réajuster, sans s'écarter de ce qui avait été initialement pensé pour le dispositif. »

Psy 5 : « On veut que le médecin généraliste s'implique dans la prise en charge du patient, qu'il reste référent, afin de diminuer les perdus de vue. Si l'infirmière ne voit plus le patient, ce n'est pas trop grave. Si le médecin traitant continue à voir les patients, au moins ils ne seront pas perdus de vue. Pour cela, il faut vraiment impliquer le médecin généraliste. On n'est pas un CMP bis, j'insiste beaucoup là-dessus. On n'a pas vocation à être un accueil de crise. On est vraiment dans l'idée de la prévention et du repérage très précoce des situations de souffrance, quelle que soit leur évolution (psychose ou autre...). C'est ça l'esprit des consultations avancées. »

**Question 2 : Comment avez-vous accueilli cette activité supplémentaire ?
Trouvez-vous que c'est du temps utile en dehors des lieux habituels de consultation ?**

Psy 4 : « Accueilli n'est pas vraiment le bon terme car le projet a été porté par l'unité. Ce n'est pas une activité qui nous a été imposée. »

Psy 5 : « Oui, c'est nous qui avons fait la proposition, qui avons travaillé et réfléchi à l'intérêt d'y aller. C'était plus une démarche de notre part d'investir ces lieux-là, dans ces « espaces de première ligne » peut-on dire. L'idée était d'aller au plus près de l'environnement quotidien du patient, là où il va le plus facilement consulter. Cela nous paraissait important en termes de santé publique et de prévention. »

Psy 3 : « On n'est pas un « secteur de psychiatrie ». Depuis 2001, on finalise notre projet. »

Psy 6 : « Oui, poursuivre le projet, le continuer... »

Psy 5 : « Oui, c'était quelque chose de naturel... cela faisait partie des « axes » de l'équipe. »

Psy 4 : « L'épidémiologie nous montrait que dans les semaines ou les mois qui précèdent un passage à l'acte, le médecin généraliste est celui qui est sollicité en premier par la personne en souffrance. On s'est demandé où est-ce qu'il fallait qu'on soit pour « attraper », disons cela comme cela, et faire de la prévention. Il y avait toute cette dimension de connaissance épidémiologique territoriale et nationale qui a aidé à forger la construction du projet de consultations avancées. »

Psy 6 : « On voulait accéder à une population spécifique, qui consulte peu, notamment les hommes et les personnes âgées. »

Psy 4 : « On a toujours une majorité de femmes, mais au fil des ans on a vu grossir la présence masculine, jeune et moins jeune, qui est la population la plus difficile d'accès pour les soins spécialisés de psychiatrie en termes de prévention de la souffrance psychique. »

Question 3 : Les motifs d'adressage par les médecins généralistes sont-ils toujours adaptés ?

Psy 3 : « Oui, la plupart du temps. »

Psy 6 : « Dans les premiers temps de la mise en place de la consultation avancée, il y a eu quelques réajustements à faire. En général les médecins généralistes identifient très bien quels patients nous adresser et lesquels orienter vers le CMP. Quand ils ont besoin directement de l'avis du psychiatre, ils savent où adresser. Finalement les motifs sont bien ciblés. Ce qui est intéressant, c'est qu'entre le motif d'adressage du médecin et celui du patient, il y a quelques fois un décalage. On s'attendait à un contexte professionnel et finalement la personne nous parle d'autre chose. On a défini que la population qu'on recevait serait celle qui n'avait pas déjà une prise en charge par le soin spécialisée. »

Psy 5 : « Cette question des indications, on la travaille au moment des bilans. On écoute les problématiques rencontrées par les médecins généralistes. Cette problématique peut notamment évoluer. Quand on fait ces bilans-là, on revoit avec eux quelles situations ils ont rencontrées. C'est arrivé qu'ils nous envoient une situation de crise car ils ne savaient pas où orienter tel patient. On a rappelé qu'il existait notamment le CAPSI pour recevoir ces patients. Il y a eu tout un travail pour réajuster l'orientation. Les médecins finissent par repérer le réseau et à l'utiliser directement. »

Psy 6 : « Quelques fois quand les médecins ont un doute, ils nous demandent en amont. Sur nos temps de permanence au cabinet, il y a des temps de transmission, et les médecins peuvent nous interpeller, et nous demandent vers quel dispositif orienter. De plus en plus les médecins généralistes nous laissent un mot ou demandent à leur secrétaire de nous parler. »

Psy 3 : « Au fur et à mesure il y a une collaboration qui s'installe. »

Psy 5 : « Je le vois bien lors des bilans, l'infirmière ou la psychologue qui intervient fait partie de l'équipe, dans la majorité des cabinets, on peut le dire. »

Question 4 : Quel type de patients avez-vous pris en charge avec ce dispositif ?

Psy 4 : « Cela varie d'un cabinet à un autre car on n'est pas toujours sur les mêmes territoires. On ne touche pas le même type de population en fonction du territoire, autant en termes d'âge que social. En terme socio-économique, concernant le territoire de Clisson, on voit des gens avec des moyens économiques très corrects, contrairement au territoire de Lege par exemple, où il y a plus de précarité. L'expression de la souffrance psychique et les problématiques identifiées ne sont pas toujours les mêmes. A Clisson, les tranches d'âge sont surtout de milieu de vie, mais on a quelques adolescents, et quelques personnes âgées. Le motif de recours au soin, sur Clisson en tout cas, est celui que le médecin nous inscrit. Le premier, « syndrome anxio-dépressif », est un peu fourre-tout, mais souvent il y a un axe autour d'une difficulté familiale ou professionnelle, voire les deux... Nous, dans les consultations, on vient détailler tout ça. C'est très variable. »

Psy 5 : « Ça peut aller du trouble de l'adaptation (par exemple un jeune de 20 ans qui démarre des études et quitte sa famille, ou une personne qui déménage dans une région), avec des éléments de troubles anxieux, des éléments dépressifs, contexte de souffrance au travail, on a aussi des contextes de remaniements familiaux type une séparation, un divorce, deuil, des épuisements de l'aidant... des troubles de l'adaptation avec les aspects qui en découlent : troubles du sommeil, troubles anxieux, syndromes dépressifs. Il peut aussi arriver qu'on reçoive une personne repliée sur elle-même depuis des années et qu'on découvre des éléments de psychose. »

Psy 6 : « C'est vrai, on a quelques cas de personnes dont la souffrance psychique existe depuis des années, et qui font avec nous la première démarche de soins vers les soins spécialisés. C'est la première fois qu'ils expriment leur souffrance pour certains. »

Psy 3 : « Il faut souligner que les consultations psychiatriques favorisent l'accès aux soins psychiatriques, le fait que ce soit au sein du cabinet du médecin généraliste ce n'est pas stigmatisant pour les patients, c'est tout public, le fait d'être sur place ça favorise vraiment l'accès pour eux. »

Psy 5 : « On peut peut-être paraître rigide mais d'autres cabinets de médecins généralistes nous ont contacté pour nous demander s'ils pouvaient nous adresser leurs patients dans le cabinet où on se déplaçait, mais on a refusé, on n'a pas dérogé à cela. Nous ce qu'on veut c'est travailler en lien avec le médecin généraliste qui suit le patient. Ça réduit les possibilités pour d'autres cabinets mais tant pis, l'idée n'est pas de faire un CMP bis. L'idée c'est de pouvoir rencontrer le médecin généraliste et que nos infirmiers de l'équipe bossent sous la responsabilité du généraliste. Je veux que l'intervenant de l'équipe se sente en sécurité au sein du cabinet. A 13h, quand tout le monde est parti déjeuner, je ne veux pas qu'il se retrouve seul à gérer une situation de crise, ce n'est pas le but. C'est important de le dire. »

Psy 6 : « Cela fonctionne car en amont c'est le médecin généraliste qui explique le dispositif au patient, parfois depuis plusieurs mois. La secrétaire, qui est une interlocutrice extrêmement importante pour nous, propose le rendez-vous, gère l'agenda, et elle donne des informations supplémentaires au malade. Quand on rencontre le patient, il a déjà plein d'informations sur le dispositif. »

Psy 5 : « Ta remarque est importante. Il ne suffit pas d'une seule rencontre pour les patients, car en général ça ne marche pas. Il faut travailler cette orientation. Il ne faut pas que les consultations avancées soient une solution pour botter-en-touche par le médecin traitant, car cela ne fonctionne pas, le patient ne se rend jamais à la consultation. »

Psy 3 : « On constate que nous avons de petits délais pour avoir un rendez-vous, ce qui est très appréciable. Souvent, il y a quelque chose qui a bougé dans l'esprit du patient, entre le moment de la prescription et le jour où on les voit. Il se mettent au travail avant même de

venir à la consultation. S'il y a de l'urgence, les consultations avancées ne sont pas la solution. S'il y a urgence, il existe le CAPSI et les urgences médico-psychologiques. On ne répond pas à l'anxiété en donnant une solution immédiate. »

Psy 4 : « Certains patients prennent conscience que ce qu'ils traînent dans leur esprit depuis des mois ou des années commencent à avoir des effets délétères sur leur organisation de vie, il y a une réelle prise de conscience pour les patients. Cette consultation avancée amène aussi cette réflexion-là. »

Question 5 : Trouvez-vous que les consultations avancées permettent un repérage plus précoce des pathologies complexes ? Une prise en charge plus rapide ?

Psy 5 : « On ne s'est pas positionné sur le créneau des situations complexes initialement. Maintenant, on en a eu forcément, en reprenant l'histoire depuis l'adolescence, il y a des gens qu'on n'aurait sans doute jamais vu sans ce dispositif ou alors on les aurait vus arriver en crise en hospitalisation, au moment où ils ont perdu toutes leurs ressources. Le but à l'origine n'était pas de désamorcer des situations complexes, mais ça nous arrive d'en rencontrer. »

Psy 4 : « Comme on travaille en réseau, on peut orienter. Quand on est face à un motif en porte d'entrée dans le dispositif « trouble anxieux » et qu'on réalise au bout de deux-trois consultations qu'on est devant une situation complexe de pathologie psychiatrique, on peut orienter assez rapidement. C'est plutôt au décours. L'habitude du travail en réseau va faciliter les choses. »

Psy 6 : « En termes de prévention, on se rend compte de l'évolution possible en observant le nombre de patients qui reviennent vers le dispositif de consultations avancées quelques années plus tard, ceux qui sont réadressés par leur médecin traitant. En moyenne, on fait trois entretiens. Ces patients-là, ceux qui reviennent, on va les revoir seulement une fois. Et on constate qu'ils vont revenir avec des signes de souffrance moins importants que ce qu'ils avaient la première fois. Ça fait expérience. Les patients sont plus attentifs. C'est le patient souvent qui fait lui-même la demande auprès de son médecin traitant de revenir vers nous. »

Psy 5 : « On a monté ces consultations-là plus dans l'esprit de l'intervention précoce que dans la prise en charge des situations complexes. »

Psy 4 : « On peut se retrouver devant des situations compliquées, mais ce n'est pas nous qui les traitons. On les repère et en travaillant avec le réseau, on va vite réorienter. Ce n'est pas notre objectif. »

Psy 5 : « Par contre on peut aussi faire bénéficier le médecin généraliste de notre réseau et de nos connaissances pour orienter plus facilement. »

Psy 6 : « En termes de précocité, les quelques situations où on s'est dit qu'il fallait orienter vers un CMP, on appelle directement la secrétaire pour qu'il soit vu rapidement. On soutient l'orientation. »

Psy 3 : « Sur l'unité, il y a beaucoup d'évaluations médicales, mais il y a aussi de la psychothérapie. »

Psy 5 : « Les patients ne passent pas forcément par l'infirmière qui est dans la maison de santé, mais les médecins peuvent se saisir de cette consultation avancée pour demander un avis ou une évaluation pour certaines situations complexes. »

Psy 4 : « Sur le côté de la précocité, ce que j'aimerais souligner également, c'est que les médecins, avant de prescrire un traitement, attendent que nous ayons reçu le patient pour faire le point sur la nécessité d'introduire un traitement ou non. C'est un gain pour le patient d'avoir un traitement mieux prescrit. Le patient traverse une situation inconfortable mais il n'est pas toujours démuné au point de ne pas pouvoir s'en sortir sans médicament. C'est quelque chose qu'on a vu arriver avec l'expérience. »

Psy 6 : « Parfois, quand les médecins introduisent un traitement et qu'on voit les patients en consultation à quinze jours, on se rend compte qu'il y a souvent nécessité de réexpliquer au malade le traitement. Parfois le patient ne l'a pas pris pour diverses raisons et n'en a pas parlé à son médecin. On informe le médecin généraliste et il peut en rediscuter la consultation suivante avec son patient. Il y a un partage. Et ça évite qu'une dégradation thymique se renforce ou s'accroisse. Il y a beaucoup d'éducation thérapeutique. »

Psy 3 : « Tout à fait. Et il faut travailler également les représentations des patients et de leurs familles vis-à-vis du traitement psychotrope. Leur famille leur dit « Tu ne vas pas prendre ça, tu vas être dépendant... » Il y a des représentations à l'œuvre qui empêchent l'observance. On peut travailler cela dans les consultations avancées. »

Psy 4 : « On a un créneau d'une heure, ce qui fait qu'on a du temps quand certaines choses sont difficiles, on peut prendre le temps d'expliquer au patient, là où on sait bien que le médecin généraliste ne peut pas se permettre de prendre une heure avec chaque patient. Sur la question thérapeutique, parfois le patient n'a pas tout compris lors de la première consultation avec son médecin, c'est vraiment intéressant de s'accorder de l'espace et du temps avec le patient autour de ses questions. »

Psy 3 : « Il y a une vraie relation de confiance qui se crée avec le médecin traitant du patient. Il se fie à notre évaluation. Et puis c'est agréable parce que les médecins généralistes avec lesquels on travaille via les consultations avancées sont très réactifs. C'est fluide, c'est confortable. En même temps, chacun a sa place. »

Question 6 : Que pensez-vous de la collaboration actuelle avec les soins primaires ?

Psy 5 : « Pour le coup, on y a répondu ! »

Question 7 : Avec les consultations avancées, avez-vous plus d'informations en amont et en aval sur les patients ?

Psy 5 : « Ah oui ! »

Psy 6 : « Il y a une fiche de liaison faite par le médecin généraliste, et en retour nous aussi on en réalise une. On explique bien au patient quand il arrive qu'on transmettra les informations importantes et nécessaires à son médecin. On peut dire que c'est un secret médical partagé et c'est sécurisant pour tout le monde. »

Psy 5 : « Avec les médecins de ces consultations avancées, on a un courrier médical plutôt détaillé, avec des questions qui deviennent de plus en plus précises au fil du temps. Les médecins ont fait une première étape de débroussaillage de la situation. Le patient sait que notre consultation est en lien avec le généraliste, souvent je dicte le compte-rendu pour le généraliste devant le patient. Il sait qu'il vient pour un temps, un suivi limité, et qu'il ne va pas rester *at vitam eternam* en psychiatrie. Le patient sait qu'ensuite il retourne vers son

médecin. Tout cela, ça déstigmatise l'accès aux soins psychiatriques car le patient reste dans la filière de son médecin habituel. Ça permet dans certaines situations d'arrêter le suivi car les choses sont stables, et on sait que le patient va continuer à voir son médecin, c'est rassurant, tout en sachant qu'on reste à disposition s'il y a un souci. On libère ainsi des créneaux de consultation. »

Psy 4 : « Les patients bénéficient de la relation de confiance qu'on a établi avec leur propre médecin. Comme on disait, on fait partie de l'équipe du cabinet. On a constaté qu'on doit beaucoup moins travailler l'alliance thérapeutique avec le patient durant le premier entretien. La confiance réciproque favorise le fait que les gens viennent et reviennent en psychiatrie et acceptent les orientations quand il y en a. Je trouve qu'on gagne du temps. »

Psy 6 : « On n'a pas accès aux mêmes informations, non plus. On échange avec le médecin généraliste, et entre ce que le patient lui confie et les données supplémentaires que l'on peut apporter... Selon les lieux, les patients ne racontent pas toujours la même chose. On obtient de notre côté des informations importantes, notamment des antécédents, dont le patient n'avait pas parlé à son généraliste. »

Psy 3 : « Dans les fiches d'orientation, on a un motif contextuel et quelques éléments de souffrance. Notre rôle c'est d'aller creuser davantage. On a accès au terrain de l'individu c'est-à-dire l'histoire de vie plus ancienne, car on a le temps de le faire et du fait de notre statut d'intervenant spécialisé. C'est très complémentaire. »

Psy 4 : « : La fiche de liaison est directement dans le dossier du patient. On a accès au dossier médical de la personne. Pour des raisons de pratique, le cabinet nous a demandé d'intégrer informatiquement la fiche dans le dossier. Je trouve que c'est un gage de confiance. »

Question 8 : Avez-vous remarqué un changement dans la pratique des médecins qui vous adressent des patients dans le cadre de ce dispositif ?

Psy 3 : « Il y a des situations que les médecins ne vont plus nous envoyer car ils sauront faire, avec l'expérience des précédentes consultations, et de part tous les échanges qu'on a eus ensemble, et parce qu'ils connaissent désormais mieux le réseau de soins spécialisés. On reçoit des situations un peu plus complexes aujourd'hui car les généralistes gèrent mieux les problèmes les plus délicats. Ils nous le confient dans le bilan annuel, d'ailleurs.

Ils se donnent un peu plus le temps d'orienter. Dans un cabinet, les médecins s'étaient rendus compte d'une diminution des prescriptions de traitements anxiolytiques, car ils donnaient plus de place aux espaces de parole qu'aux traitements médicamenteux. Ils se donnaient un peu plus de temps.

Grâce à la consultation avancée, on prescrit moins mais on prescrit mieux, car on se laisse le temps d'attendre. C'est un coût en moins pour la sécurité sociale. »

Psy 6 : « Je trouve que ça évolue aussi dans les populations que les médecins nous orientent. On voit des personnes âgées en deuil, des hommes, une population qu'ils ne nous auraient pas forcément envoyé dans les premières années. »

Psy 5 : « Il y a une évolution sur la connaissance des pathologies, sur la sémiologie de repérage, une meilleure connaissance des possibilités de soin, sur la thérapeutique... Les médecins sautent moins sur certains traitements. Il y a un message qui est passé sur le risque de dépendance des benzodiazépines, sur la moindre dangerosité des anti-dépresseurs prescrits à bonne dose en attendant la période d'action des trois semaines. Il y a un travail véritable de formation des médecins généralistes. »

Psy 6 : « Au Bignon, ils avaient demandé à se former sur les troubles bipolaires, sur le deuil... Oui, on a fait des temps de formation et de sensibilisation ensemble. »

Psy 5 : « Les médecins sont désormais tous formés au repérage de la crise suicidaire par exemple. »

Psy 3 : « On a fait du travail de réseau ensemble, on avait reçu le CLIC de Clisson avec eux, on a eu des contacts ensemble avec le GPS... »

Psy 6 : « Après, au sein d'un même cabinet, il y a des médecins généralistes qui n'adressent pas du tout de patients ou qui ne le font que très progressivement après plusieurs années. Il y a besoin de temps. Parfois certains ont aussi des représentations de la psychiatrie... »

Psy 3 : « Il y a une dimension culturelle de la psychiatrie. C'est pour ces raisons qu'on ne peut pas amener la consultation avancée comme cela n'importe où, il faut que ce soit une demande et une rencontre de besoins, de propositions qui s'articulent... L'idée de déployer est intéressante mais il y a des préalables à envisager. »

Question 9 : Quelles seraient les améliorations à prévoir pour l'avenir ?

Psy 6 : « C'est une question qu'on pose chaque année dans les bilans. »

Psy 5 : « Il y a un réajustement qui est fait en fonction des besoins et des patients qui sont orientés. »

Psy 6 : « Tous les ans, on discute, et il y a de part et d'autre des demandes. »

Psy 3 : « En termes de traçabilité, on a fait des progrès... »

Psy 5 : « On a travaillé notamment sur le problème des patients qui ne venaient pas au premier rendez-vous, on a décidé de rappeler les patients la veille du rendez-vous, et on a vu qu'ainsi on a diminué le nombre d'absences. La lettre de liaison est arrivée aussi suite à nos discussions communes. »

Psy 3 : « Sur l'informatique, on note en gras si on a une orientation, c'est lisible tout de suite par le médecin. »

Psy 4 : « On s'interroge aussi sur ce que deviennent les patients. A la fin de la prise en charge, outre l'indication de l'orientation qu'on note en gras dans le dossier, par exemple sur le cabinet de Clisson on met une note dans le calendrier à 6 mois ou à 1 an, afin de faire un petit focus pour que le médecin pense à rappeler le patient au bout d'un an... C'est quelque chose qu'on s'est dit récemment, que deviennent les patients ? »

Psy 6 : « Oui, est-ce que les patients se sont saisis de ce qui a été proposé ou pas ? Sur le devenir des patients au long cours notamment, on peut apporter des axes d'amélioration. »

Question 10 : Auriez-vous besoin de financements supplémentaires ? Pourrait-on généraliser ce dispositif ?

Psy 5 : « Je ne vais pas vous dire non... »

Psy 3 : « Les locaux. A Clisson, même s'il y a eu des améliorations, on travaille dans la salle de pause pour voir les patients, ce n'est pas l'idéal... »

Psy 5 : « Oui, la question des locaux reste présente. Dans certains cabinets, tout est déjà occupé... Au Bignon, à Gétigné, on a un vrai bureau, un local dédié. »

Psy 6 : « Effectivement, il y a des endroits plus confortables que d'autres. »

Psy 5 : « Il ne faut pas qu'il y ait un surcoût pour l'hôpital. L'idée c'est que l'hôpital apporte des moyens au cabinet, mais le cabinet apporte aussi des moyens à l'hôpital, notamment les infrastructures, le secrétariat... Il n'y a pas d'échanges d'argent mais un échange de service rendu. »

Psy 3 : « On mutualise les moyens. »

Psy 4 : « Cependant il me semble que les cabinets de médecin généraliste ont déployé des demandes de subvention. Par notre utilisation des locaux, certains cabinets récupèrent de l'argent, ça dépend des cabinets. »

Psy 6 : « On ne peut pas généraliser le dispositif si les médecins généralistes n'y voient pas un intérêt. Cela ne marcherait pas. Il faut que les médecins soient preneurs, ce n'est pas quelque chose qui s'impose. »

Psy 4 : « Il y a une culture de territoire. Dans certains endroits, il y a déjà une bonne collaboration avec le CMP, ou s'il y a déjà une psychologue déjà présente au cabinet... Il y a plusieurs réponses possibles. Il y a des territoires de santé et des lieux où il n'y a pas besoin des consultations avancées car cela fonctionne déjà bien avec ce qui existe. »

Psy 5 : « Les consultations avancées ne sont pas la seule solution. Elles ne peuvent pas répondre aux besoins de tous les territoires. On ne va pas aller écraser des expériences déjà en place qui fonctionnent ou des bonnes collaborations entre CMP et médecine de ville, sur certains secteurs. On a fait le choix d'implanter les consultations avancées sur des zones éloignées de la zone urbaine où le seul accès au soin psychiatrique était l'hôpital. A l'époque, quand on s'est installé, il n'y avait rien par endroits. L'idée était d'aller là où l'offre de soins psychiatrique était la moins fournie. »

Psy 6 : « En termes d'évolution je me dis que c'est un dispositif qui aurait un intérêt majeur en pédo-psychiatrie. »

Psy 3 : « Oui, en regard des délais de rendez-vous énormes dans ce secteur notamment. »

Psy 5 : « Sur notre territoire il y a une équipe mobile de pédo-psychiatrie PEGASE qui vient de se monter de manière toute récente. On peut travailler de différentes façons avec les généralistes. En tout cas c'est une façon de déstigmatiser les soins de psychiatrie. C'est une porte d'entrée vers un accès précoce aux soins primaires en santé mentale. »

Psy 6 : « Chaque année on reconduit le dispositif après s'être posée la question ensemble, il peut s'arrêter si cela ne convient plus de part et d'autre. Les choses ne sont pas figées. »

Psy 3 : « Et on amène un recueil épidémiologique. »

Vu, le Président du Jury,

**Monsieur le Professeur
Cédric RAT**

**Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur Daniel PRIN**

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : LE FLOCH
VIOLAINE

PRENOM :

Titre de thèse :

**ANALYSE QUALITATIVE DU FONCTIONNEMENT DES
CONSULTATIONS AVANCEES DE PSYCHIATRIE AU SEIN DE MAISONS DE
SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES EN LOIRE-ATLANTIQUE :
AVIS DES MEDECINS GENERALISTES ET DES EQUIPES DE
PSYCHIATRIE**

Résumé

Introduction : Les troubles mentaux soulèvent différentes problématiques de santé publique. L'objectif de ce travail est de dresser un bilan des consultations avancées de psychiatrie, afin de voir si le dispositif peut pallier aux difficultés de prise en charge des pathologies de la santé mentale et s'étendre dans d'autres maisons de santé.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été réalisée entre mars et octobre 2020 avec plusieurs entretiens collectifs et focus groupes pour recueillir l'opinion des professionnels de santé participant au dispositif des consultations avancées : les médecins généralistes de trois MSP (Saint Nazaire, le Bignon, Pole Santé Clisson) et les équipes de psychiatrie (Saint Nazaire, hôpital Georges Daumézon). Une retranscription verbatim et une analyse transversale descriptive ont été effectuées.

Résultats : Les consultations avancées favorisent la collaboration pluriprofessionnelle et la formation continue des médecins généralistes. Elles répondent aux besoins des soignants et de certains territoires.

Néanmoins, il existe quelques pistes d'amélioration à explorer pour un fonctionnement et une évaluation optimale du dispositif.

Conclusion : Les professionnels de santé sont satisfaits de ce programme, dont la pertinence et les effets permettent d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies psychologiques et psychiatriques.

Ils sont favorables à sa généralisation, sous certaines conditions.

Mots-clés

Médecine générale - Maison de santé Pluridisciplinaire – Consultation Avancée – Psychiatrie – Collaboration interprofessionnelle – Focus groupe – Evaluation