

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme interuniversitaire

Santé Mentale dans la communauté : Etude et Applications

Année 2013

MISE EN PLACE

DE L'EQUIPE MOBILE

D'INTERVENTION ET DE LIAISON INTERSECTORIELLE (EMILI) :

UNE DEMARCHE TOURNEE VERS LE PARTENARIAT

MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRIE DE SECTEUR.

Dr Isabelle ANDREU et Dr Catherine BOITEUX – CHSA (Paris)

Tuteur : Dr Marianne RAMONET, praticien hospitalier, EPSM Lille Métropole

TABLE DES MATIERES

I. POURQUOI LE CHOIX DU PARTENARIAT AVEC LES MEDECINS GENERALISTES ?

- 1- RECOMMANDATIONS DE L'OMS POUR L'ORGANISATION DES SOINS EN EUROPE
- 2- LE MEDECIN GENERALISTE, ACTEUR DE PREMIERE LIGNE POUR FACILITER L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES
 - 2.1- Le médecin généraliste face aux pathologies psychiatriques
 - 2.2- La psychiatrie face aux problèmes somatiques
 - 2.3- Communication entre médecins généralistes et psychiatres : une défaillance préoccupante

II. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DE L'EQUIPE MOBILE D'INTERVENTION ET DE LIAISON INTERSECTORIELLE

- 1- ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS SECTORIELLE DANS LE 15^{EME} ARR.
- 2- BESOINS DE SOINS EN SANTE MENTALE
 - 2.1- Enquête de besoins auprès des correspondants médicaux des CMP
 - 2.2- Recueil des besoins auprès des associations d'usagers UNAFAM et FNAPSY
- 3- EVALUATION DE L'ORGANISATION DES SOINS
 - 3.1- Evaluation du traitement des signalements
 - 3.2- Evaluation des visites à domicile
 - 3.3- Evaluation des hospitalisations
- 4- MISE EN PLACE D'UNE EQUIPE MOBILE D'INTERVENTION ET DE LIAISON INTERSECTORIELLE
 - 4.1- Concept d'équipe mobile en psychiatrie
 - 4.2- Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle, EMILI

III. LIEN MEDECINS GENERALISTES ET SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE DU 15EME ARR. DE PARIS

- 1- TYPE D'ETUDE / POPULATION ETUDIEE
- 2- DESCRIPTION DE LA MISE EN PLACE DE L'ETUDE
- 3- RESULTATS
 - 3.1- Description de l'échantillon

- 3.2- Coordination entre médecins généralistes et CMP du 15^{ème} arr. de Paris
- 3.3- Création d'EMILI : intérêt pour la pratique des médecins généralistes et implication potentielle

IV. ACTIONS D'AMELIORATION DU PARTENARIAT ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET EMILI

1 – ACTIONS D'AMELIORATION DE L'INFORMATION DES MEDECINS GENERALISTES

- 1.1- Information sur le dispositif de soins de psychiatrie de secteur du 15^{ème} arr. de Paris
- 1.2- Retour sur l'enquête auprès des médecins généralistes et information sur le dispositif EMILI

2- ACTIONS D'AMELIORATION DE LA COMMUNICATION AVEC LES MEDECINS GENERALISTES

- 2.1- Amélioration de la communication des CMP avec les médecins généralistes
- 2.2- Amélioration de la communication d'EMILI avec les médecins généralistes

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Ce mémoire se situe dans la continuité d'un travail engagé en 2008 par les équipes des Centres Médico Psychologiques (CMP) des 3 secteurs de psychiatrie générale du 15^{ème} arrondissement de Paris. Il s'agissait alors de penser l'avenir des soins psychiatriques de secteur au sein de cet arrondissement de Paris en tenant compte des caractéristiques de la population et de ses besoins, du territoire et de la réorganisation hospitalière en cours. L'évaluation de l'existant en matière de proposition de soins ambulatoires sectoriels et les enquêtes préalables ont été à l'origine du projet de mise en place de l'Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle (EMILI) dans un souci constant que ce projet réponde réellement aux attentes de nos partenaires – patients, familles, médecins généralistes. Reprenant un des axes de la santé mentale communautaire nous avons centré notre travail sur le partenariat avec les médecins généralistes du bassin de vie de la population, partenaires en 1^{ère} ligne auprès des patients comme médecins traitants. Un travail d'enquête précis a été conduit à la suite du travail de 2008 ; celui-ci a souligné, d'une part, un intérêt des médecins généralistes pour la psychiatrie et, d'autre part un manque de lien, d'information, de coopération entre médecins généralistes et équipes psychiatriques de secteur. A partir des constats tirés de cette enquête, nous avançons des actions d'amélioration du partenariat médecins généralistes – secteurs de psychiatrie générale, ainsi que leurs indicateurs de suivi, en profitant du contexte de la création de l'équipe mobile.

Tous nos remerciements au Dr. Jeanne LANOE pour son travail de thèse qui a grandement participé à notre démarche de partenariat avec les médecins généralistes du 15^{ème} arr. de Paris.

I. POURQUOI LE CHOIX DU PARTENARIAT AVEC LES MEDECINS GENERALISTES ?

1- RECOMMANDATIONS DE L'OMS POUR L'ORGANISATION DES SOINS EN EUROPE

Notre travail reprend les recommandations de l'OMS puisqu'il se situe sur deux axes qui figurent dans la conférence d'Helsinki [26] :

- axe « santé primaire » : coordination entre secteurs de psychiatrie générale et médecins généralistes du territoire,
- axe « soins dans le milieu » : mise en place d'une équipe mobile.

Les recommandations de l'OMS lors de la conférence d'Helsinki de 2005 concernant la santé communautaire désignent les acteurs de soins primaires comme les organisateurs principaux des soins : en France, les soins primaires sont assurés par les médecins généralistes.

Plus précisément, l'OMS recommande pour les soins en Europe les actions suivantes :

- 1- Mettre en place des services de proximité pour traiter et soigner les personnes ayant des problèmes de santé mentale dans la collectivité.
- 2- Mettre en place des équipes spécialisées pour traiter les groupes sensibles dans leur milieu. Ces services devraient être accessibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, et ils devraient être dispensés par une équipe multidisciplinaire mobile.
- 3- Offrir des services résidentiels
- 4- Fournir des services de prise en charge des urgences. (...) assurés par des équipes d'urgence mobiles ou rattachées aux hôpitaux.
- 5- Assurer la promotion, la prévention et l'information.
- 6- Etablir des relations entre les services de santé primaire et les services assurés dans le cadre des hôpitaux généraux.
- 7- Mener des activités de recherche et de formation en santé mentale communautaire
- 8- Liaisons intersectorielles. Santé, protection sociale, emploi, logement, justice, éducation, loisirs...

2- LE MEDECIN GENERALISTE, ACTEUR DE PREMIERE LIGNE POUR FACILITER L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

2.1- LE GENERALISTE FACE AUX PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

D'après l'OMS, les troubles de la santé mentale représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés, et la seconde dans les pays en voie de développement. La prévalence des troubles mentaux au cours d'une année se situe entre 4,3% et 26,4%, et seulement 40 à 60% des personnes utiliseraient les services de santé [27]. Les médecins généralistes représentent les acteurs sanitaires qui sont à même d'assurer le mieux la détection de ces troubles, par leur proximité, la continuité des soins qu'ils proposent, et leur rôle non stigmatisant. Environ 30% des consultations des médecins généralistes sont consacrées à des troubles psychiatriques (essentiellement troubles dépressifs et anxieux, troubles du sommeil, addictions) [17]. Le généraliste est le premier professionnel de santé consulté en cas de troubles mentaux, loin devant les psychiatres et les psychologues [20]. Au cours des 5 dernières années, 80% des généralistes ont été confrontés à une tentative de suicide, et près de la moitié à un suicide [29].

Selon une étude menée dans les Yvelines par l'équipe du RSPM78 (Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud), les psychiatres libéraux, les psychiatres du secteur public, et les médecins généralistes ne sont pas confrontés aux mêmes pathologies psychiatriques : les troubles anxieux et dépressifs sont principalement suivis par les généralistes et les psychiatres libéraux, les troubles psychotiques par le secteur public [29]. Mais cependant seuls 37,2% des patients ayant présenté un épisode dépressif majeur et ayant consulté un généraliste seraient traités de façon adéquate, derrière les psychiatres (65,1%) et derrière l'association généraliste-psychiatre (79,7%) [7]. La France est le premier prescripteur européen d'antidépresseurs et d'anxiolytiques, en partie à cause d'une surprescription médicamenteuse par les généralistes, quand l'HAS recommande pour des dépressions légères la psychothérapie en première intention [16].

Lors d'une étude réalisée par la DREES publiée en septembre 2012 [14], il est rapporté que 3/4 des médecins généralistes interrogés ont pourtant déjà suivi une formation sur la dépression, dont 1/3 au cours des 3 dernières années. Même si 84% des participants s'estiment suffisamment informés sur le diagnostic et la prise en charge de la dépression, ils sont néanmoins 82% à souhaiter des formations complémentaires sur les différents types de psychothérapie et leurs indications, 78% sur la pratique de la psychothérapie de soutien, 76% sur l'orientation des personnes souffrant de dépression, et 76% sur la gestion des demandes de

psychotropes par les patients. Les freins à l'accès aux psychothérapies cités par les médecins sont le non-remboursement des psychologues à 91%, les délais d'obtention d'un rendez-vous avec un psychiatre à 79%, et la réticence des patients à faire une psychothérapie à 76%.

Pour les pathologies psychiatriques plus lourdes, il est établi que la précocité de leur prise en charge est un enjeu majeur dans l'évolution. Souvent, les premiers troubles sont ignorés ou ont tendance à être banalisés, et la consultation d'un spécialiste survient tardivement. Le diagnostic d'un trouble bipolaire ou d'une schizophrénie prend des années, entraînant un retard considérable dans le traitement [23].

De ces résultats ressort que la coordination entre généralistes et psychiatres est indispensable, afin que les généralistes soient à même de dépister et de traiter correctement les troubles psychiatriques, de façon précoce, avec l'aide et l'appui de leurs confrères spécialistes.

2.2- LA PSYCHIATRIE FACE AUX PROBLEMES SOMATIQUES

La prise en charge en extrahospitalier des troubles somatiques des personnes suivies en psychiatrie s'avère problématique pour diverses raisons. Les caractéristiques sociales et cliniques des patients, leur difficulté de contact, leur adhésion aux soins souvent faible, leur relation complexe avec leur propre corps rendent de telles prises en charge complexes pour des praticiens aux emplois du temps chargés. Du point de vue du patient vivant avec un trouble mental grave et chronique dans un contexte social plus ou moins hostile, une comorbidité somatique peut sembler bien secondaire par rapport aux autres soucis de la vie quotidienne. Sa difficulté à confronter le regard d'autrui et la stigmatisation dont il est victime peuvent transformer la moindre visite à l'hôpital général ou à un cabinet de ville en une véritable épreuve. Enfin, la prise en charge d'éventuels troubles somatiques par le psychiatre, même si elle diminuerait sans doute les problèmes liés à l'accès aux soins et à la stigmatisation, n'est pas souhaitable et constituerait, in fine, une perte de chances pour le patient qui ne bénéficierait pas des compétences d'un omnipraticien. Ces patients sont fragiles : de nombreuses études internationales révèlent une plus grande fréquence des pathologies organiques chez eux, et notamment chez ceux atteints de psychose [1-3]. Cette surmorbidity, essentiellement d'ordre cardiovasculaire, respiratoire, infectieux et métabolique, serait responsable d'une surmortalité importante et plus précoce dans cette population [8-9-19].

Ces éléments renforcent l'idée de soutenir le développement d'une coordination entre médecins généralistes et psychiatres.

2.3- COMMUNICATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRES : UNE DEFAILLANCE PREOCCUPANTE

La loi du 13 août 2004 impose à tout français à partir de 16 ans de déclarer un médecin traitant, passerelle avant la consultation d'un médecin spécialiste. Cette réforme a pour objectif de centrer la santé et le dossier des patients autour d'un acteur central du parcours de soins : le médecin généraliste. Mais elle ne prend sens que si la communication entre généralistes et spécialistes est réciproque, que ce soit avec des spécialistes travaillant en libéral ou dans le secteur public.

Le manque de communication entre psychiatres et médecins généralistes semble être un point essentiel du défaut de leur coordination, entraînant une moins bonne prise en charge des malades. L'insuffisance de cette collaboration est un constat international, mais la France est le pays européen où elle est le plus marquée [27]. Les effets délétères de cette discontinuité sont majeurs : surcoûts importants (doubles prescriptions de médicaments et d'examens complémentaires...) mais surtout impact sur la prise en charge des patients soit retard de diagnostic, interruption des soins, non compliance au traitement, augmentation de la iatrogénie. La pathologie psychiatrique est méconnue des médecins traitants dans 56% des cas et la pathologie somatique méconnue des psychiatres dans 61% des cas, ce qui témoigne du manque de communication entre les différents acteurs médicaux, ceci débouchant sur des prescriptions croisées de psychotropes (35% de prescriptions faites en plus par les généralistes) et des interactions médicamenteuses [5]. Les psychiatres ont tendance à ne pas donner de retour d'information au médecin généraliste et celui-ci montre une implication limitée quand il s'agit de la pathologie psychiatrique d'un de ces patients, préférant rester somaticien [4].

Une étude réalisée au Centre Hospitalier de Maison-Blanche, à Paris, en 2004, [24] a déterminé qu'alors qu'une comorbidité somatique était repérée pour près de la moitié des 459 patients hospitalisés, seuls 26,4 % de l'échantillon et 29,1 % de ceux ayant une comorbidité somatique avaient un médecin traitant identifiable. La probabilité d'identifier un médecin était indépendante de la présence ou non d'une pathologie somatique connue. Trois facteurs – diagnostic psychiatrique, durée de séjour longue, et incapacité à répondre au questionnaire sans aide – étaient liés de façon significative ($p < 0,0001$) à l'impossibilité d'identifier un médecin traitant. L'étude prospective de 2007 dirigée par le Docteur Bohn [5] rejoint ces résultats : sur 143 patients suivis en CMP, seuls 33% ont un médecin traitant, dont le nom n'est retrouvé dans le dossier du CMP que dans 27% des cas, or 28% des patients ont une pathologie somatique chronique.

En 2005, une étude française [28] a cherché à explorer comment les médecins généralistes collaboraient avec les psychiatres pour des patients chez qui ils diagnostiquaient une psychose débutante, pathologie pour laquelle l'accès précoce aux soins présente un intérêt majeur en terme de morbidité. Leur première attitude était d'adresser leur patient à un confrère psychiatre, en soulignant les difficultés de convaincre le patient et d'obtenir un avis rapide. Une très large majorité ne savait pas à quelle équipe s'adresser, et signalait l'absence de retour sur le diagnostic et le traitement proposé à leur patient. Ceux qui avaient l'habitude d'avoir un contact régulier avec une équipe psychiatrique réussissaient à obtenir un rendez-vous plus rapide, permettant de limiter le retard dans la prise en charge de la psychose débutante, et avait par la suite un meilleur retour sur le cas.

L'étude du RSPM 78 citée plus haut montrait également que les généralistes et les psychiatres publics sont plus souvent demandeurs de plus de communication entre les acteurs de soins que les psychiatres libéraux, les généralistes étant les plus insatisfaits de leurs relations avec leurs confrères psychiatres [29]. Enfin, une enquête nationale est parue en 2012, menée conjointement par le CCOMS de Lille et le Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon sur la place de la santé mentale en médecine générale [22]. Les résultats de cette enquête montrent que :

- 61% des généralistes jugent l'évolution de l'offre de soin psychiatrique défavorable,
- 91% ont des difficultés à orienter un patient vers une prise en charge en santé mentale. La première raison est le délai d'attente trop important (55%), dans le privé ou le public, puis la réticence du patient, les coûts élevés des psychothérapies.
- 98% déclarent adresser un courrier pour une première consultation chez un psychiatre, mais seulement 23% en envoient lors d'une prise en charge chronique.
- 23% seulement déclarent recevoir un courrier des services de psychiatrie suivant leurs malades.

Compte tenu de ces éléments, il nous est apparu nécessaire d'accompagner la mise en place de l'équipe mobile EMILI par un renforcement du partenariat avec les acteurs de santé primaire que sont les médecins généralistes et ce pour une meilleure qualité de prise en charge des patients et pour une meilleure satisfaction des médecins eux même qu'ils soient médecins traitants ou psychiatres de secteurs

II. CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DE L'EQUIPE MOBILE INTERSECTORIELLE DE LIAISON ET D'INTERVENTION

Les soins de psychiatrie générale sont assurés dans le 15^{ème} arr. de Paris par 3 équipes de secteur différentes dépendant du Centre Hospitalier Sainte Anne (CHSA) :

- secteur 75G14, Pr. M. O KREBS : bande est de l'arr.
- secteur 75G15, Dr G. MASSE : quartier nord-ouest de l'arr.
- secteur 75G16, Dr F. De PECOULAS : quartier sud-est de l'arr.

La population de cet arrondissement est équivalente à celle de Bordeaux. Chaque secteur est distinct de l'autre du point de vue de la localisation géographique de ses structures extrahospitalières et du point de vue de l'organisation des soins dans les unités fonctionnelles qui le composent. Ils sont issus d'une histoire et d'une culture psychiatrique différente. Se retrouvent donc ensemble, au sein du territoire de l'arrondissement à l'échelle d'une ville, des unités fonctionnelles ou structures géographiquement dispersées, proposant des soins à trois territoires distincts de population. L'offre de soins de psychiatrie de secteur est riche mais héritière de cette organisation cloisonnée d'un secteur géodémographique à l'autre.

Au CHSA, la constitution des pôles a voulu respecter une organisation territoriale approximative : les secteurs de psychiatrie ont été regroupés par arrondissement pour la majorité. Les trois secteurs du 15^{ème} arr. ont donc été regroupés au sein d'un même et unique pôle associant aussi d'autres services non sectorisés. En 2008 le chef de Pôle a demandé qu'un projet soit mené, visant à réorganiser l'offre de soins psychiatriques extrahospitalière du 15ème arr..

Notre première démarche a été d'établir un état des lieux de l'offre de soins sectorielle puis, dans l'esprit de la santé mentale communautaire, ce projet ne pouvait se construire qu'en y associant nos partenaires. Nous avons donc consulté les patients, les familles et les médecins généralistes.

1. ETAT DE LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS SECTORIELS DANS LE 15EME ARDT.

Un état des lieux qualitatif, quantitatif et organisationnel a été réalisé en 2008, l'offre de soin de secteur comportait alors:

- un CMP par secteur soit 3 CMP,
- un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) par secteur soit 3 CATTP,
- un Hôpital de Jour (HDJ) pour les secteurs 15 et 16, soit 2 HDJ,

- un foyer pour le secteur 15 et d'un foyer intersectoriel pour les S14 et le S16 soit 2 foyers,
- une unité psychiatrique polaire d'accueil des urgences au sein des urgences de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP),
- différents dispositifs spécifiques à chacun des trois secteurs permettant l'accueil de consultation d'urgence ou programmée, au sein de leurs UF.

Certaines de ces unités étant sur un même site, il existait et existe toujours 7 points géographiquement distincts assurant les soins psychiatriques dans le 15ème arr.

L'état des lieux précisait aussi dans quel environnement de soins étaient implantés les secteurs notamment en ce qui concerne la médecine générale. L'offre de soins en libéral alors rapportée était la suivante:

- médecins généralistes : 160 médecins généralistes étaient recensés en 2005 par le conseil départemental de l'ordre des médecins dans le 15ème arr.
- psychiatres : 90 psychiatres et psychiatres option « Enfants et adolescents » selon la même source,
- psychologues : un peu plus de 80 psychologues seraient installés dans le 15ème arr. une soixantaine de psychologues ou psychiatres étant inscrits comme psychothérapeutes et une cinquantaine de psychologues, psychothérapeutes ou psychiatres étant inscrits comme psychanalystes.
- Infirmiers libéraux : 50 cabinets sont répertoriés dans le 15ème arr.

L'offre psychiatrique de soins en libéral sur Paris est par ailleurs dense, accessible au niveau géographique avec les transports en commun et sans restriction de secteur, laissée au libre choix du patient. Les patients rapportent néanmoins très régulièrement les difficultés relatives à cette prise en charge : délais pour obtenir un rendez-vous auprès d'un psychiatre libéral et cherté des tarifs auprès des psychiatres, psychologues, psychothérapeutes et psychanalystes.

Il n'existe pas de réseau de soins spécifique psychiatrique entre la ville et l'hôpital.

2. BESOINS DE SOINS DE SANTE MENTALE

Une enquête a été menée dès 2008 tant auprès des médecins généralistes qu'auprès des associations d'usagers avec l'idée naissante de renforcer les liens et les partenariats dans l'objectif d'améliorer l'offre et la qualité de soins.

2.1- ENQUETE DE BESOINS AUPRES DES CORRESPONDANTS MEDICAUX DES CMP

Ainsi une enquête auprès de 10 des correspondants médicaux les plus réguliers de chaque CMP a été réalisée. Un questionnaire (annexe 1) a donc été adressé à 30 médecins généralistes. Une majorité (66%) a répondu et renvoyé le questionnaire (annexe 2). Ce questionnaire explorait 5 axes :

- ✓ Le mode de contact avec le CMP
- ✓ Les situations de recours au CMP :
- ✓ Leur satisfaction quant à la réponse obtenue du CMP en terme
 - de délais de prise en charge
 - de contact avec le correspondant
 - d'information donnée en retour
 - de prise en charge proposée
- ✓ Les informations concernant les soins psychiatriques des patients suivis par le CMP
- ✓ Les besoins en soins psychiatriques qu'ils identifiaient

A la lecture des réponses à ce questionnaire et vu le taux de retour, il apparaît que les médecins généralistes étaient en attente vis-à-vis des équipes de secteurs avec une demande de moyens et d'accueil que nous pouvions lire comme une attente de disponibilité accrue des équipes de psychiatrie générale. Les actions définies alors sont le fondement des travaux d'amélioration du partenariat médecins généralistes et secteur de psychiatrie générale :

- information des correspondants médicaux des CMP concernant l'accès aux soins psychiatriques de secteur,
- organisation du retour d'information au médecin traitant ou « adresseur », en accord avec le patient dans le respect de la loi du 4 mars 2002.

2.2 - RECUEIL DES BESOINS AUPRES DES ASSOCIATIONS D'USAGERS UNAFAM ET FNAPSY

Les représentants des deux associations d'usagers siégeant au Conseil d'Administration du CHSA ont été entendus en 2008. Cette rencontre informelle a précisé leurs demandes et attentes :

- l'accessibilité aux soins dans le cadre de l'urgence (urgence ressentie) en termes d'amélioration des délais et de possibilité de VAD : ils considéraient que les CMP du 15^{ème} arr. répondaient à cela de manière plutôt satisfaisante mais souhaitaient que toute action d'amélioration qui pourrait encore être engagée le soit,

- l'amélioration des conditions de préparation à la sortie et la mise en place de structures d'aval médico-sociales spécifiques : demande répercutée au sein du Pôle,
- la mise en place de GEM : les CMP du 15^{ème} arr. avaient rappelé alors leur soutien inconditionnel aux associations notamment auprès de la mairie d'arrondissement.
- un respect des droits du patient et un travail avec les familles de façon générale.

De ces demandes, le groupe avait retenu :

- ✓ la nécessaire amélioration de la lisibilité et de la communication quant à l'accès aux soins au sein des CMP et SAU du 15^{ème} arr.,
- ✓ la nécessaire organisation d'une équipe d'évaluation psychiatrique mobile.

3. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES CENTREES SUR L'ORGANISATION DES SOINS

Dans le souci d'inscrire le projet d'équipe mobile dans le travail de secteur, nous nous sommes interrogés sur les pratiques déjà effectives au sein des CMP en matière de traitement des signalements et de soins à domicile. En effet les CMP du 15^{ème} arr. avaient déjà intégré dans leurs pratiques le problème des patients non demandeurs de soins et vers lesquels le soin doit se déplacer, qu'il s'agisse :

- de signalements par des tiers (familles, médecins généralistes, voisins, partenaires),
- de patients déjà connus des secteurs en rupture de soins et présentant une probable rechute,
- ou de personnes dont les propos et/ou le comportement inquiètent le signaleur.

Par ailleurs et de longue date, il existe une tradition de visites à domicile (VAD) dites « de suivi », le plus souvent au décours d'une hospitalisation mais aussi en cours de suivi ambulatoire visant à maintenir le patient à domicile, prévenant le risque d'hospitalisation et/ou de perte de logement.

Trois enquêtes ont donc été réalisées.

3.1- EVALUATION DU TRAITEMENT DES SIGNALEMENTS

Cette évaluation [6] a consisté en :

- décrire le processus sous forme d'un logigramme (annexe 3)
- formaliser un support de recueil d'informations du signalement
- évaluer le processus en place et définir des actions d'amélioration

Concernant l'amélioration du traitement des signalements, il est apparu nécessaire de mettre en place une équipe disponible dans le temps (hors temps contraint des rdv de consultation programmés en CMP) et dans l'espace (au CMP mais aussi sur le lieu de vie des patients) pour recevoir les « signalants », analyser leur demande, leur parcours ainsi que celui du supposé patient puis rencontrer le supposé patient et mettre en place avec le signalant et le patient un projet de soin.

Concernant le partenariat médecins généralistes et secteur de psychiatrie, deux points saillants se dégagent de cette évaluation :

- L'information concernant le signalement était un courrier de médecin dans seulement 24% des cas ; dans les autres cas, il s'agissait en grande majorité de la fiche de recueil de données renseignée par l'équipe de secteur lors du signalement par l'entourage ou du dossier du patient s'il était en rupture de soins,
- L'évaluation ne cherchait pas si un recueil de l'existence et des coordonnées d'un médecin traitant était réalisé lors du signalement.

3.2- EVALUATION DES VISITES A DOMICILE

Une évaluation prospective des VAD [2] a fait suite au travail sur le signalement. Cette évaluation a duré 2 mois sur les 3 CMP du 15^{ème} arr. de Paris et a concerné 76 patients. Elle était centrée sur le type de patients bénéficiant de ces VAD et l'articulation de cet acte à une éventuelle hospitalisation.

Il apparaissait :

- d'une part que les VAD, actes du suivi du patient au même titre que la consultation de CMP, s'inscrivaient dans la prise en charge de patients connus et répondaient essentiellement à des objectifs de maintien de l'accès aux soins et de prévention du risque d'hospitalisation, de prévention du risque de perte du logement et de prévention de la stigmatisation.
- d'autre part que le dispositif actuel de VAD ne permettait pas de restaurer l'accès aux soins dans les situations subaiguës de ruptures de soins. Là encore apparaissait un champ non couvert par le dispositif en place laissant envisager le bien-fondé de la création d'une équipe mobile.

Il faut noter que le lien équipe psychiatrique de secteur – médecin généraliste n’a pas du tout été exploré dans cette enquête alors que ce type de soin dans le milieu du patient pour un maintien à domicile, bénéficierait très certainement d’une approche commune.

3.3- EVALUATION DES HOSPITALISATIONS

En 2011, suite aux 2 évaluations précédentes, une évaluation des hospitalisations a été mise en place afin de mieux connaître les filières empruntées par les patients hospitalisés et de définir les actions de l’équipe mobile en amont ou en substitution de cette hospitalisation.

L’évaluation a porté sur les 10 premiers patients hospitalisés dans chacun des 3 services de secteur du 15^{ème} arr. de Paris, admis sur un mois donné, en hospitalisation libre (HL), en Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d’un Tiers (ASPDT) ou en Admissions en Soins Psychiatriques à la Demande d’un Représentant de l’Etat (ASPDRE) et ayant une domiciliation effective sur le secteur (non inclus : les patients sans domicile ou ayant un domicile hors région parisienne, France et étranger, hospitalisés sur ces secteurs). Cette évaluation s’est appuyée sur

- une grille d’évaluation centrée sur le parcours du patient comportant aussi un relevé de l’avis des équipes hospitalières sur l’intervention d’une équipe mobile
- une grille d’évaluation de la satisfaction des proches et de leurs attentes quant à la mise en place d’une équipe mobile.

Ont pu ainsi être analysés 28 dossiers (2 dossiers non exploitables).

Dans le cadre de notre travail, nous retiendrons que les patients étaient majoritairement adressés par un des services d’urgence de proximité ou parisien : 28% par le Centre Psychiatrique d’Orientation et d’Accueil (CPOA), 24% par les urgences de l’hôpital général du 15^{ème} arr. (HEGP) et 12% par l’Infirmier Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris (IPPP) ; néanmoins, 20% des patients étaient adressés directement par le CMP de secteur. Les médecins généralistes n’étaient pas mobilisés dans le processus de l’hospitalisation spécialisée quelle que soit sa modalité.

Interrogée, les équipes d’hospitalisation pensaient que dans la moitié des cas l’existence d’une équipe mobile aurait permis d’éviter l’hospitalisation et/ou les soins intensifs lors de l’hospitalisation en favorisant l’accès, la reprise des soins de façon plus intensive ou en préparant l’hospitalisation. Dans les autres situations, l’intensité du tableau clinique et sa rapidité d’installation, le déni des troubles, la mauvaise tolérance aux traitements

psychotropes et l'opposition de l'entourage à des interventions à domicile étaient considérés comme des éléments rendant incontournable l'hospitalisation. Aucune d'entre elles ne mentionnaient le médecin traitant comme acteur et partenaire envisageable avant ou avec une équipe mobile psychiatrique.

Dix familles sur 28 ont accepté de répondre au questionnaire et nous l'ont retourné. L'entourage du patient avait pris contact avec un professionnel de santé avant l'hospitalisation dans 6 situations sur 10 : le CMP ou les urgences en premier lieu mais aussi le médecin généraliste et un psychiatre libéral. Sept familles sur 10 considéraient que l'état de santé de leur proche était compatible avec un maintien à domicile si des soins ambulatoires intensifs avaient existé. Les conditions requises pour la mise en place de ces soins ambulatoires à domicile étaient les suivantes d'après ces familles : VAD quotidienne pour délivrance du traitement, un fonctionnement 24h/24, une intervention précoce permettant une consultation au CMP plutôt qu'une hospitalisation, un repos au domicile avec des contacts. L'entourage acceptait de participer à une consultation à domicile dans 6 situations sur les 10 familles répondantes et au CMP 7 fois sur 10 ; il souhaitait participer à la gestion du traitement psychotrope 4 fois sur 10 enfin 6 familles souhaitaient participer à un groupe d'éducation thérapeutique pour les familles et aidants naturels.

Ces évaluations ont soutenu la décision de mise en place d'une équipe mobile de psychiatrie générale dans le 15^{ème} arr. La question de la coopération de la psychiatrie de secteur et des médecins généralistes est néanmoins la grande absente de ces études, symptôme d'une psychiatrie de secteur encore trop autocentrée et qui ne résiste pas à l'épreuve de la mise en œuvre d'EMILI.

4. MISE EN PLACE D'UNE EQUIPE MOBILE INTERSECTORIELLE DE LIAISON ET D'INTERVENTION

Ces différentes études préalables réalisées, il nous apparaissait donc que la création d'une équipe mobile de psychiatrie générale pouvait constituer une amélioration significative de l'offre de soins existante dans le 15^{ème} arr.

4.1- CONCEPT D'EQUIPE MOBILE EN PSYCHIATRIE

Les équipes mobiles en soins psychiatriques ont les objectifs de soins suivants:

- Evaluer une situation psychiatrique en examinant son contexte (logement, entourage), permettant d'affiner le diagnostic et les éléments de prise en charge, chose impossible lors d'une hospitalisation traditionnelle
- Eviter une hospitalisation, lorsque cela est possible et dans l'intérêt du patient, en intervenant de façon précoce,
- Réduire les coûts liés aux soins en hospitalisation, mais aussi en limitant les interventions des services sociaux ou de police face aux situations de crise [10].

L'hospitalisation transférant le fardeau de la maladie du patient de l'entourage vers les professionnels, l'opération en sens inverse proposée par les équipes mobiles n'est possible qu'en s'appuyant sur une alliance solide, avec le patient d'abord, son entourage, sa famille, son médecin généraliste, et les partenaires sociaux éventuels.

La plupart des équipes mobiles en soins psychiatriques existant actuellement ont pour objectif de répondre à la demande d'interventions dites de crise, en urgence. Elles sont fondées sur une demande croissante de la part des proches et des médecins d'intervenir rapidement dans des situations aiguës, d'y apporter un avis spécialisé, et si possible d'éviter une hospitalisation. Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recommandait en 2009 la prise en charge à domicile des états aigus de schizophrénie par des équipes spécialisées, ou leur intervention rapide au décours d'une hospitalisation, afin qu'elle soit raccourcie [25]. Le concept de « crise » apparaît dans les années 1960, il traduit à la fois le caractère aigu des manifestations symptomatiques, le danger vital encouru et l'incertitude de l'évolution du sort du patient [18]. Michel De Clercq décrit la situation de crise comme répondant aux critères suivants [11]:

- Demande urgente et pressante
- Demande adressée à des personnes à même d'y répondre, selon les cas : médecins, thérapeutes, travailleurs sociaux
- Demande portant sur des besoins psychiatriques, psychologiques ou sociaux

- Demande exprimée par le patient, sa famille, son médecin, le travailleur social ou les services de police, exigeant une réponse immédiate.

Il prône dès la première intervention de crise la mise en place d'une « alliance thérapeutique » entre le patient, le soignant et l'entourage, si celui-ci n'est pas hostile [12]. Cette alliance favorise la mise en place du suivi ultérieur du malade, se basant sur des objectifs communs du traitement, et sur le lien de confiance et l'engagement mutuel entre le patient et son thérapeute. Elle s'avère être le facteur le plus prédictif du choix entre hospitalisation psychiatrique et traitement ambulatoire, et augmente au fur et à mesure du suivi. Les équipes de visite à domicile sont donc tenues à une approche clinique, et à un soin particulier à apporter à la qualité de la relation à créer. Le patient est libre d'accepter les soins, mais aussi libre de les refuser : le consentement aux soins est une relation à construire.

Le médecin généraliste, acteur de santé primaire, occupe un rôle central dans la mise en place de cette alliance thérapeutique ; il en est un des acteurs et certainement un des garants en assurant la coordination entre le patient, l'entourage et l'équipe de secteur intervenant.

4.2- EQUIPE MOBILE D'INTERVENTION ET DE LIAISON INTERSECTORIELLE, EMILI

Dans un premier temps, de novembre 2011 à septembre 2012, l'équipe mobile se résumait à la mise à disposition d'un mi-temps médical pour les trois CMP du 15ème arr., pour des interventions psychiatriques à domicile auprès de patients connus ou non connus, refusant de se déplacer. Faute de moyens infirmiers propre à EMILI, les VAD se faisaient si possible avec une infirmière du CMP demandeur ou sans, faute de disponibilité.

Cette première période nous a permis de tester la démarche, de faire une première présentation du projet EMILI lors d'une réunion des médecins généralistes du 15ème (15 juin 2010) et de multiplier les rencontres avec les équipes mobiles déjà existantes (rencontre de l'équipe ERIC en février 2011, participation aux congrès des équipes mobiles en décembre 2010 à Paris et en juin 2012 à Rennes).

Cette période d'élaboration préalable associée à la pratique des premières interventions à domicile en situation « de crise », a permis de préciser des orientations de travail :

- ne pas dissocier dans nos interventions l'abord du patient de celui de son entourage, et rechercher systématiquement celui-ci quand le patient apparaît isolé,
- situer la prise en charge EMILI dans un contexte plus large d'accès aux soins où tous les partenaires sanitaires doivent être convoqués : le médecin généraliste, le secteur

psychiatrique concerné et tout autre partenaire sanitaire ou social concerné (infirmier de soins à domicile par exemple, assistante sociale de la mairie).

A partir de septembre 2012 deux infirmières ont rejoint EMILI, puis une troisième infirmière en juin 2013.

Le public concerné par l'intervention d'EMILI est le suivant:

- toute personne de plus de 16 ans ayant un domicile dans le 15ème arrondissement non encore connue des secteurs,
- tout patient déjà connu d'un des trois secteurs, pour lequel une unité du pôle sollicite l'équipe à un moment donné de sa prise en charge pour une évaluation ou un soin intensif à domicile.

L'équipe est constituée :

- de psychiatres : un praticien hospitalier responsable de l'unité fonctionnelle ou UF (3 ½ journées) et un assistant spécialiste (environ 6 ½ journées),
- de 3 infirmières soit 2,5 équivalent temps plein (ETP)
- d'un cadre de santé intervenant à temps partiel, essentiellement pour l'organisation et les questions logistiques.

Il n'y a pas de secrétaire, pas de psychologue ni d'assistante sociale.

Du point de vue matériel, EMILI dispose :

- du dossier médical informatisé du CHSA,
- d'une ligne téléphonique dédiée comportant fixe et portable avec bascule du fixe sur le portable,
- d'un répondeur indiquant clairement les plages horaires d'EMILI et orientant vers les différents services d'urgence en dehors de nos heures d'ouverture.
- d'un bureau aménagé au sein d'un des 3 CMP

Nous ne disposons pas de véhicule mais certains membres de l'équipe utilisent le réseau Vélib et un abonnement Autolib est à l'étude.

EMILI fonctionne 5 jours sur 7, du lundi au vendredi de 10h à 17h30, ces horaires étant susceptibles d'être adaptés au cas par cas selon les besoins et les situations. L'équipe assure pendant ces horaires :

- l'accueil téléphonique, les consultations avec ou sans patient, et les VAD. Elle se déplace également dans les unités d'hospitalisation pour rencontrer le patient et ses soignants quand elle est sollicitée pour favoriser le retour rapide du patient à son domicile.

- la prise de contact avec tout partenaire utile à l'évaluation de la situation signalée et en particulier le médecin généraliste du patient quand celui-ci en a un.
- Les interventions se font en binôme, médecin-infirmière ou deux infirmières.

Un staff organisationnel quotidien est organisé afin de superviser les situations en cours et les demandes d'intervention. Un membre de l'équipe EMILI participe au moins une fois par mois au temps de synthèse du CMP de chacun des 3 secteurs. Il s'agit d'une articulation essentielle pour ancrer EMILI dans le dispositif de soins sectoriel et préparer, au mieux pour le patient, le passage de la prise en charge EMILI vers des soins ambulatoires au plus long cours.

EMILI a pour objectif de rencontrer les personnes souffrant de troubles psychiques et en incapacité à cet instant d'élaborer une demande ou de faire la démarche de venir vers des professionnels. L'intervention débute à la demande de l'entourage et ne peut se faire sans lui. Cette première rencontre est nommée « consultation famille sans patient ». Dès cette première rencontre une attention particulière est portée à la dynamique familiale et permet, en précisant le rôle de chacun, de proposer l'intervention la plus adaptée au proche qui souffre. Il s'agit le plus souvent d'une visite de l'équipe au domicile du patient, avec le « signaleur », visites qui se renouvèleront en fonction de l'évolution clinique et des remaniements des interactions entre le patient et ses proches.

Les missions d'EMILI énoncées lors de sa mise en place sont :

- ✓ Recevoir et évaluer tout signalement ou demande de soins psychiatriques à domicile
- ✓ Effectuer l'évaluation psychiatrique à domicile
- ✓ Assurer des soins psychiatriques intensifs à domicile dans le cadre de la prise en charge d'états subaigus en alternative à une hospitalisation et en vue de mettre en place un suivi ambulatoire
- ✓ Coordonner et assurer les soins nécessaires à la préparation d'une hospitalisation si elle s'avère nécessaire.

Ainsi, les objectifs de l'Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle, EMILI, sont :

- ✓ D'optimiser le recours aux soins psychiatriques de patients dont l'ambivalence ne leur permet pas d'en faire la demande
- ✓ De dispenser des soins intensifs à domicile qui permettent :

- un traitement ambulatoire intensif de la crise qui touche le patient et ses proches
- une alternative à l'hospitalisation

EMILI propose un espace et un temps différents des structures de soins classiques. Le dispositif se caractérise par sa disponibilité et la densité de la réponse tant concernant le travail proprement clinique – consultations ou visites, longues et répétées – que concernant le nécessaire et chronophage travail de coordination des différents acteurs concernés.

La prise en charge, limitée dans le temps, a été fixée initialement à une durée maximale d'un mois permettant d'évaluer et d'orienter le patient vers les structures de soins les plus adaptées.

Afin d'inscrire EMILI dans une dynamique communautaire nous avons multiplié les rencontres avec les partenaires du réseau sanitaire et social (services d'urgence : CPOA, HEGP mais aussi partenaires de la filière personnes âgées : CLIC, PPE, Service de gériatrie de l'hôpital Vaugirard ; ou structures pour adolescents : SAMSAH, consultations d'addictologie...).

Par ailleurs nous avons fait une présentation de l'équipe mobile lors de l'assemblée générale plénière du CLSM de l'arrondissement le 19 mars 2013.

Comme nous l'avons vu dans la présentation de nos enquêtes préliminaires la nécessaire articulation avec les médecins généralistes reste une idée un peu formelle et non encore intégrée dans les pratiques du secteur. C'est avec le souci de corriger cette approche que nous avons proposé un sujet de thèse de médecine générale qui étudie précisément l'état de la collaboration médecins généralistes-psychiatrie de secteur sur notre territoire. Nous avons concrétisé cette démarche en présentant le projet EMILI et le projet de thèse lors de la rencontre avec les médecins généralistes organisée annuellement sur le site d'un des CMP du 15^{ème} arr. (23 juin 2011)

III. LIEN MEDECINS GENERALISTES ET SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE DU 15EME ARR. DE PARIS

Dans le cadre de la mise en place d'EMILI et de la thèse de médecine générale de Jeanne Lanoë [21], une enquête a été réalisée auprès des médecins généralistes du 15^{ème} arr. de Paris.

1. TYPE D'ETUDE/ POPULATION ETUDIEE

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative réalisée par le biais d'une enquête auprès de la population-cible suivante : les médecins généralistes installés en libéral dans le 15^{ème} arrondissement de Paris au 1^{er} janvier 2012. Ces critères constituaient les critères d'inclusion. Le site de la Sécurité Sociale (www.ameli.fr) recensait 226 médecins généralistes au 1^{er} janvier 2012 dans cet arrondissement. Après vérification, il s'est avéré que 53 d'entre eux étaient enregistrés comme généralistes, mais exerçaient en réalité exclusivement dans le cadre d'une surspécialité. Ces 53 médecins ont donc été exclus de l'enquête. L'exercice d'une discipline complémentaire en plus de la médecine générale n'a pas été considéré comme critère d'exclusion : 173 médecins généralistes ont donc été interrogés.

2. DESCRIPTION DE LA MISE EN PLACE DE L'ETUDE

L'enquête a été réalisée entre janvier et avril 2012, par correspondance dans un premier temps : un questionnaire accompagné d'un courrier explicatif (annexe 4) a été envoyé aux 173 médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion. Soixante questionnaires ont été retournés dans le premier mois, au bout duquel une relance téléphonique auprès des médecins a été faite ; 29 questionnaires de plus sont parvenus après cette relance, pour un total de 89 questionnaires sur 173 expédiés.

Après le recueil de données démographiques (sexe, âge, nombre d'années d'installation en libéral, mode d'exercice, discipline complémentaire), le questionnaire comporte 2 parties. Le temps de réponse estimé est inférieur à 10 minutes.

La première partie est composée de 10 questions. Elle cherche à faire l'état des lieux de la coordination entre les généralistes et les CMP du 15^{ème} arrondissement, par le biais de questions fermées OUI/NON ou de questions à choix multiples. La place pour une réponse ouverte est systématiquement laissée en fin de question dans le cadre d'un « commentaire libre ». Cette partie évalue l'intérêt des médecins du quartier pour la psychiatrie, leurs difficultés face à cette discipline, leur choix potentiel d'adresser préférentiellement à un confrère libéral ou au CMP, leurs raisons d'adresser un patient au CMP le cas échéant, et leur connaissance du fonctionnement du CMP.

La deuxième partie est constituée de 5 questions, et centre l'étude sur la question d'EMILI. Cette partie est destinée à savoir si la création d'EMILI répond à un besoin, une attente dans la pratique des médecins généralistes. Ont-ils déjà rencontré soit un patient soit une famille pour lesquels les soins proposés par EMILI auraient pu, ou pourraient-être la solution ? Ces questions permettront de voir pour quel type de patient ils pensent EMILI utile et d'évaluer leur potentielle motivation à s'impliquer dans la mise en place de ce projet en participant à une visite conjointe avec EMILI. Enfin le questionnaire permet de recueillir leurs attentes et leurs idées face à la création d'un tel dispositif.

3. RESULTATS

Le taux de retour est de 51,4% : réception de 89 questionnaires sur 173 envoyés. Les chiffres donnés ici sont donc rapportés à ces 89 réponses.

Néanmoins, les 84 non-réponses ont pu être caractérisées, et correspondent à :

- 38 médecins joints
 - 12 ne sont pas intéressés par le sujet, ou n'ont pas de relations avec les CMP
 - 10 ne répondent jamais aux thèses
 - 7 n'ont pas le temps d'y répondre
 - 9 devaient y répondre, mais ne l'ont finalement pas fait (malgré un deuxième rappel téléphonique)
- 46 médecins non joints
 - 20 pour lesquels un message à la secrétaire ou sur le répondeur a été laissé à deux reprises et qui n'ont pas rappelé
 - 26 se sont avérés injoignables (absents à 4 reprises sans répondeur, congé prolongé, arrêt maladie)

3.1- DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

La moyenne d'âge des médecins est de 52,7 ans pour une médiane de 54 ans. La moyenne du nombre d'années d'installation est de 21,2 ans pour une médiane de 22,5 ans. Les répondants sont des femmes à 57,3% et exercent en groupe à 50,7%. Une discipline complémentaire en

plus de l'exercice de la médecine générale est pratiquée par 31 médecins soient 34,8% des répondants. Parmi eux, 16 exercent une discipline que nous pouvons qualifier de « traditionnelle » (pédiatrie, gynécologie, médecine du sport, nutrition, gériatrie, addictologie, médecine d'urgence), et 15 exercent une discipline à visée « naturopathe » (homéopathie, acupuncture, anthroposophie, médecine énergétique psychocorporelle, mésothérapie).

3.2- COORDINATION ENTRE GENERALISTES ET CMP DU 15EME ARRONDISSEMENT DE PARIS

○ INTERET DES MEDECINS GENERALISTES POUR LA PSYCHIATRIE

Les médecins généralistes sont intéressés par la psychiatrie à 84,1% et 96,6% des répondants suivent des patients entre autres pour un problème psychiatrique.

○ MEDECIN GENERALISTE ET PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

Ils sont 92,1% à déclarer qu'ils rencontrent des difficultés dans la prise en charge psychiatrique de leurs patients :

- 28% déclarent rencontrer des difficultés uniquement dans l'urgence,
- 22% déclarent rencontrer des difficultés uniquement pour les pathologies chroniques,
- 50% rencontrent des difficultés dans les deux situations,
- 78,1% déclarent rencontrer des difficultés dans des situations d'urgence *exclusivement ou non*,
- 71,9% déclarent rencontrer des difficultés dans la prise en charge de pathologies chroniques *exclusivement ou non*.

Le questionnaire ciblait 5 types de difficultés:

- 77,5% sont confrontés à la réticence des patients à consulter un psychiatre,
- 47,2% trouvent ces consultations trop chronophages,
- 40,5% rencontrent des difficultés pour poser un diagnostic sur la pathologie, et autant sont limités par leurs connaissances de la thérapeutique de ces maladies,
- 28,1% ne savent pas à quel correspondant adresser leur patient.

Parmi les commentaires libres, 6 médecins citent aussi le déni de la pathologie par le patient, 6 citent le délai trop long pour avoir un rendez-vous avec un psychiatre, et 10 se demandent à

qui envoyer leurs patients en urgence en dehors du CPOA, et déplorent l'impossibilité d'avoir un rendez-vous *en urgence* chez un confrère psychiatre.

- COMMUNICATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRES

Concernant les liens et interactions avec les psychiatres, 83% des répondants souhaiteraient interagir d'avantage avec leurs confrères psychiatres. Les médecins déplorent à 27,4%, dans les commentaires libres, de ne pas avoir de retour au sujet des patients qu'ils adressent aux psychiatres. Il faut noter que 15 médecins ne souhaitent pas plus de contacts : 6 s'estiment suffisamment informés, 4 ne sont pas intéressés par plus de détails, et 3 n'ont pas le temps.

- ADRESSAGE EN PSYCHIATRIE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Une majorité des médecins généralistes adressent préférentiellement leurs patients en libéral. Ainsi, sur 88 réponses :

- 14 médecins soient 15,9% des répondants adressent exclusivement au CMP
- 39 médecins soient 44,3% des répondants adressent exclusivement en libéral
- 35 médecins soient 39,8% des répondants adressent à l'un ou l'autre, selon les cas
- 74 médecins soient 84,1% adressent en libéral, *exclusivement ou non*
- 49 médecins soient 55,7% adressent au CMP, *exclusivement ou non*.

Les motifs évoqués pour expliquer leur choix sont les suivants :

- 31 évoquent la question du coût de la consultation spécialisée, et des moyens de leurs patients :
 - 30/31 (96,7%) sont parmi les 49 adressant exclusivement *ou non* au CMP, dont 8 parmi les 14 adressant exclusivement au CMP : le problème de l'argent est pour eux un motif essentiel pour adresser au CMP.
 - 1/31 (3,3%) est parmi les 39 adressant exclusivement en libéral, car il connaît personnellement un psychiatre qui adapterait ses tarifs au patient.
- 29 évoquent la question du délai avant consultation spécialisée :
 - 27/29 (93,1%) sont parmi les 74 adressant exclusivement *ou non* en libéral, dont 13 parmi les 39 adressant exclusivement en libéral: le délai est pour eux plus court en libéral.
 - 2/29 (6,9%) sont parmi les 14 adressant exclusivement au CMP : le délai est pour eux plus court au CMP.

- 20 évoquent la disponibilité du psychiatre :
 - 17/20 (85%) sont parmi les 74 adressant exclusivement ou non en libéral, dont 14 parmi les 39 adressant exclusivement en libéral : les psychiatres libéraux sont pour eux plus disponibles.
 - 3/20 (15%) sont parmi les 14 adressant exclusivement au CMP : les psychiatres du CMP sont pour eux plus disponibles.
- 11 évoquent la gravité de la pathologie psychiatrique :
 - Ces 11 médecins appartiennent tous au groupe des 35 médecins qui adressent selon les cas en libéral ou au CMP : 7 expriment ce motif en faveur du CMP, 2 en faveur du libéral, 2 ne précisent pas leur pensée.
- 9 évoquent la qualité du suivi :
 - 8/9 (88,9%) sont parmi les 39 qui adressent exclusivement ou non en libéral : le suivi est pour eux meilleur chez leurs confrères libéraux.
 - 1/9 (11,1%) est parmi les 14 qui adressent exclusivement au CMP : le suivi est pour lui meilleur au CMP.

Une grande majorité des médecins répondants (86,5%) a déjà adressé un patient à un des CMP du 15^{ème} arrondissement. Pour ces médecins, il était proposé dans le questionnaire une liste de motifs pour étayer leurs raisons: la gratuité des soins (84,4%), suivie par le contexte social du patient (61%), est le principal motif évoqué par les médecins pour avoir adressé leurs patients au CMP. La gravité de la pathologie (48,1%), la complexité du cas (28,6%) et la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire (29,9%) n'arrivent qu'ensuite avec la demande même du patient (27%).

Une liste de motifs était aussi proposé aux 12 médecins n'ayant jamais adressé un patient au CMP: le principal motif évoqué pour ne pas adresser un patient au CMP est la gêne que la première consultation soit faite par une infirmière (33%), suivie du fait qu'ils ont une idée floue du fonctionnement d'un CMP (25%) puis d'une mauvaise image du CMP (16,7%) à savoir mauvaise organisation (8,3%) et service public (8,3%). Ils adresseraient un patient au CMP pour les mêmes motifs que leurs collègues déjà adresseurs à savoir la gratuité des soins et le contexte social du patient.

A noter que 41 médecins soient 46,1% des répondants ont déjà adressé au CMP une famille en difficulté face à la situation psychiatrique d'un proche.

Enfin, la moyenne d'années d'installation chez les médecins adressant exclusivement au CMP est de 12,6 ans, résultat significativement plus jeune que chez ceux adressant exclusivement en libéral où elle est de 20,1 ans ($p < 0,05$). Il est à espérer dans le futur une meilleure volonté de coopération avec le secteur psychiatrique chez ces plus jeunes médecins généralistes.

○ CONNAISSANCES DU FONCTIONNEMENT DU CMP PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Le questionnaire proposait 5 items évoquant les grandes lignes du fonctionnement du CMP, items à cocher en fonction de la connaissance du généraliste:

- 77,5% savent que la 1^{ère} consultation est faite par un infirmier psychiatrique, qui en réfère secondairement au psychiatre,
- 37,1% savent que le suivi psychiatrique des patients dont l'état le permet peut être assuré par une infirmière sous supervision médicale,
- 80,9% savent qu'assistantes sociales et psychologues exercent aussi au CMP,
- 74% ont connaissance de la possibilité de psychothérapies en CMP,
- 43,8% savent que le CMP reçoit les familles en difficulté avec un proche, si besoin avant même de connaître le patient.

Ainsi, le fait que les CMP accueillent des familles et que le suivi peut être principalement assuré par une infirmière sont les éléments les moins connus par les médecins généralistes.

Ces résultats soulignent la nécessaire information des médecins généralistes avec un double impact attendu : déstigmatisation de la psychiatrie et son corollaire social et permettre une prise en charge adaptée par une meilleure connaissance des soins et de leur organisation.

3.3- CREATION D'EMILI : INTERET POUR LEUR PRATIQUE ET IMPLICATION POTENTIELLE DES GENERALISTES

○ EMILI REpond-ELLE A UN BESOIN DANS LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES ?

Une majorité de médecin (70,8%) dit avoir dans sa patientèle des personnes qui ne font pas la démarche de soins ambulatoires et pour lesquels ils souhaiteraient qu'une équipe psychiatrique puisse faire une évaluation voire prodiguer des soins psychiatriques à domicile à partir de leur signalement.

De même, ils sont 72,7% à rencontrer des familles qui leur font la demande d'une évaluation psychiatrique pour un proche (jeune, ou grands-parents par exemple) et pour qui ils pensent que le recours à EMILI serait une solution.

Les médecins généralistes répondant sont 86,5% à voir l'intérêt d'une potentielle intervention d'EMILI pour un patient, soit directement soit à travers la demande d'une famille.

○ EMILI : POUR QUELS PATIENTS ?

Les médecins recevant dans leur patientèle un patient pouvant bénéficier des soins d'EMILI ont été interrogés sur le type de patient dont il s'agit, 4 catégories de patients ne pouvant au premier abord se rendre à une consultation en ambulatoire leur ont été suggérées et les interventions d'EMILI recueillent des réponses positives: à 81% dans les cas de psychose (hors Alzheimer) du sujet âgé, à 69,8% dans le cadre d'un contexte social particulier et/ou d'isolement, à 61,9% dans le cas de sujets jeunes (schizophrénie, idées suicidaires) et enfin à 46% dans les cas de handicap moteur. Seuls trois des médecins sur les 66 ont justement précisé dans les commentaires libres que le déni de la pathologie psychiatrique était une indication de recours à EMILI.

○ IMPLICATION POTENTIELLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS UNE VISITE A DOMICILE CONJOINTE AVEC EMILI

Seuls 42,7% des médecins répondants se disent intéressés par la participation à la visite initiale conjointe avec EMILI, VAD qui aurait pour but de mettre le patient en confiance, et d'établir les rôles de chacun. La présence du généraliste pour les visites ultérieures n'est pas retenue comme nécessaire, sauf si elle est souhaitée. Il faut noter que 57,3% des répondants ne souhaitent pas participer à cette visite commune.

Les craintes et remarques évoquées par les médecins généralistes autour de cette visite, qu'ils soient intéressés ou non, sont les suivantes :

- La question du manque de temps, et du caractère chronophage de ces visites pour 68,2% des répondants
- Les difficultés d'organisation autour d'une telle visite, la volonté qu'elle puisse être prévue en amont pour 15,7% des répondants

- 13,5% pensent en fait qu'une visite commune n'apporterait pas de bénéfices, mais que des visites dissociées avec une bonne communication entre les différents intervenants seraient souhaitables.
 - Enfin, certains médecins évoquent la question de la rémunération d'un tel acte pour eux : une visite de maintien à domicile estimée à 33 euros par la Sécurité Sociale leur semble déraisonnable dans un tel cas, où la visite promet effectivement d'être longue.
- ATTENTES DES GENERALISTES AUTOUR DU PROJET D'EMILI

Dans le questionnaire, la réponse à cette question était libre, aucune réponse n'était proposée : 62,9% des répondants y ont répondu. Leurs attentes se croisent, et peuvent être regroupées selon 5 thèmes :

- Une meilleure prise en charge pluridisciplinaire des patients à 31,5%
- Une communication facilitée et une disponibilité: 28,1%
- La réactivité dans l'urgence : 15,7%
- Une aide à la prise en charge de cas rares : 13,5%
- Un retour d'information sur les patients, sur le suivi et le traitement entrepris : 6,7%

Ainsi, les généralistes évoquent majoritairement dans leurs attentes l'intérêt des patients, et pensent que le dispositif d'EMILI pourrait permettre une meilleure prise en charge de ceux-ci. Vient juste après leur souhait d'une communication facile avec l'équipe d'EMILI, qu'elle soit joignable et disponible pour expliquer une situation par téléphone, et convenir d'une visite commune ou leur laisser la main. La question de la réactivité d'EMILI dans l'urgence est aussi abordée. Les généralistes voient en EMILI une aide diagnostique et thérapeutique dans la prise en charge de cas rares, ce qui est effectivement tout à fait le propos d'EMILI. Enfin, un retour et un échange autour du patient dans son suivi sont souhaités.

À noter que 13 médecins ont précisé dans leur réponse qu'ils trouvent le projet très intéressant et que 51,7% des répondants, souhaitaient être recontactés pour connaître les résultats de cette enquête.

Trois points peuvent être soulignés dans cette enquête. Tout d'abord, elle confirme la place prépondérante de la psychiatrie dans la pratique de la médecine générale : les médecins généralistes suivent des patients entre autres pour un problème d'ordre psychologique. Ils

s'intéressent à la discipline psychiatrique, même s'ils rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques. Deux points de difficultés semblent ressortir :

- l'aspect chronophage des consultations et des visites pour problème psychiatrique relevé par ces médecins, vrai problème dans la pratique quotidienne du généraliste, qui doit en 15 minutes diagnostiquer, traiter, éduquer, prévenir les maladies alors que ces consultations méritent un investissement de temps bien supérieur.
- La réticence des patients à consulter un spécialiste tenant tant à la stigmatisation envers les maladies et envers les psychiatres, qu'à l'aspect financier des prises en charge « psy ».

Ensuite, les médecins généralistes expriment le désir d'interagir avec leurs confrères psychiatres : les médecins désirent apprendre de leurs confrères psychiatres, en recevant de l'aide pour poser un diagnostic ou gérer un traitement, cette formation – action passant par plus d'échanges avec eux.

Enfin, le dispositif d'EMILI répond à un besoin dans la pratique des généralistes : il existe un désir réel d'aide et de collaboration de la part des généralistes. La mise en place de cette équipe mobile répond à une faille actuelle dans le système de soins, même si elle ne concerne que peu de patients. Les médecins ayant déclaré qu'EMILI répondait à un besoin dans leur pratique sont significativement plus demandeurs d'interactions avec leurs confrères psychiatres que ceux qui ne jugent pas d'utilité à EMILI (89,5% versus 41,7% ($p < 0,0001$)). Ils sont également plus nombreux à avoir déjà adressé un patient au CMP (90,9% versus 58,3% ($p = 0,002$)), et adressent de façon significative plus souvent au CMP pour une question de gravité de la pathologie (52,9% versus 0 ($p = 0,008$)). Ces généralistes intéressés par le projet voient donc dans le CMP et dans EMILI une réponse utile et de qualité dans des cas graves, indépendamment de l'aspect uniquement gratuit des soins dispensés par le secteur psychiatrique. Les attentes exprimées spontanément par les généralistes autour du projet d'EMILI montrent un regard positif sur cette nouvelle proposition de coordination. Une meilleure prise en charge globale du patient, une meilleure communication entre les intervenants, une bonne réactivité dans l'urgence, une aide à la prise en charge de cas rares et un retour sur les patients sont les maîtres mots de leurs attentes, et synthétisent tout à fait

l'esprit dans lequel tente de s'inscrire cette nouvelle collaboration entre généralistes et psychiatres.

IV. ACTIONS D'AMELIORATION DU PARTENARIAT ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET EMILI

Cependant, malgré l'intérêt pour la création d'EMILI exprimé par les médecins généralistes dans les résultats de cette enquête, la collaboration effective dans la pratique avec nos confrères reste insuffisante. Il existe de part et d'autre des freins à une meilleure collaboration entre secteurs de psychiatrie et médecins généralistes. Ils ont été depuis longtemps identifiés, ont donné lieu à une recommandation du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) [15] et le constat fait dans le 15^{ème} arr. recoupe les données de la littérature.

Concernant les médecins généralistes le recours aux CMP progresse mais ils n'ont pas encore une représentation exacte des prestations offertes par ces structures. D'autre part les médecins généralistes signalent majoritairement dans toutes les enquêtes leur difficulté d'adressage vers le psychiatre soit pour des raisons de stigmatisation, soit à cause du déni des troubles de certains patients, soit en raison de délais d'attente trop long.

Concernant les équipes de secteur du 15^{ème} arr. de Paris, ce travail permet de repérer que le médecin généraliste n'est pas positionné comme l'acteur central des soins. Très significatif : il n'a pas été prévu dans le dossier médical formalisé du CHSA un espace dédié à l'inscription des coordonnées du médecin traitant. De même, il nous est apparu, à l'occasion de notre réflexion dans le cadre de ce DIU, que nous avons également omis de formaliser le relevé des coordonnées du médecin traitant dans le dossier EMILI et ce malgré une attention constante à centrer notre démarche sur ce partenariat ! Corolaire de l'absence des coordonnées des médecins référents dans les dossiers on ne retrouve pas de courrier systématique du psychiatre au médecin traitant.

L'amélioration de l'information et l'amélioration de la communication entre psychiatres et omnipraticiens sont ainsi des actions à renouveler continuellement.

1- ACTIONS D'AMELIORATION DE L'INFORMATION DES MEDECINS GENERALISTES

1.1- INFORMATION SUR LE DISPOSITIF DE SOINS DE PSYCHIATRIE DE SECTEUR DU 15EME ARR. DE PARIS

Suite à l'enquête réalisée en 2008, un travail de restitution et d'information avait été organisé. Une plaquette de communication avait été élaborée et adressée par courrier à chacun des 30 médecins généralistes interrogés. Cette plaquette comportait un plan de la psychiatrie de secteur avec les coordonnées des recours possibles aux consultations et aux urgences (annexe 5) ; elle était accompagnée des résultats de l'enquête et des propositions d'amélioration à décliner au sein des équipes de secteur (annexe 2).

Depuis lors, ce support d'information sert aussi dans les relations avec d'autres partenaires tels que la PMI, le réseau de gériatrie, le Service Social Départemental Polyvalent... Il y figure l'adresse Internet du site du PSYCOM75 qui regroupe toutes les informations en matière d'accès aux soins psychiatriques sur Paris ainsi que nombre d'informations concernant la Santé Mentale telles que des plaquettes à destination des patients et de leur entourage, une revue de presse sur la santé mentale, les informations concernant la Semaine d'Information en Santé Mentale etc.

Cet outil informatif de l'équipement sectoriel à disposition des patients et de leur médecin, se doit d'être mis à jour en temps réel par les 3 équipes de CMP et disponible pour chaque membre de l'équipe afin d'être largement diffusé.

La prochaine mise à jour devra faire apparaître l'équipe EMILI, brièvement décrite, avec ses coordonnées téléphoniques.

Des indicateurs pourraient permettre de suivre la réalisation de cette action :

- Nombre de mises à jour annuelles : au moins au nombre d'une par an,
- Nombre de partenaires destinataires de l'information :
 - ✓ mailing d'envoi systématique lors des mises à jour avec désignation des destinataires lors de la révision minimale annuelle
 - ✓ remise de l'information lors de rencontre ponctuelle avec certains partenaires

1.2- RETOUR SUR L'ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES ET INFORMATION SUR LE DISPOSITIF EMILI

Suite au travail de thèse de 2012, les 46 médecins généralistes du 15^{ème} arr. de Paris, qui souhaitent connaître les résultats de ce travail, ont été invités à une restitution de l'enquête le jeudi 26 juin 2013 en soirée. Cette restitution s'est accompagnée d'une présentation

scientifique sur l'intérêt du diagnostic et de la prise en charge précoce dans le cadre des troubles psychotiques et d'une présentation du dispositif EMILI avec remise d'une plaquette d'information plus particulièrement dédiée aux médecins généralistes (annexe 6). Malgré une invitation avec relance, seuls 5 médecins généralistes ont assisté à cette réunion. A noter que 5 psychiatres libéraux du 15^{ème} étaient également présents, enrichissant ainsi les échanges.

Action d'amélioration envisagée : proposer de nouveau la restitution de l'enquête assortie des deux mêmes présentations d'ici fin 2013 dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) de l'association MEDSEINE, association regroupant bon nombre de médecins généralistes du 15^{ème} ou zones limitrophes. Il faut noter que le président de cette association était présent à la soirée de juin.

2- ACTIONS D'AMELIORATION DE LA COMMUNICATION AVEC LES MEDECINS

GENERALISTES

2.1- AMELIORATION DE LA COMMUNICATION DES CMP AVEC LES MEDECINS GENERALISTES

Dès l'enquête de 2008, des actions d'amélioration de la communication avec les médecins généralistes avaient été définies. Il était noté comme nécessaire qu'un retour d'informations au médecin «adresseur» soit organisé en accord avec le patient qui doit donner son consentement à la transmission des informations de santé le concernant (loi du 4 mars 2002). Cette nécessité doit être rappelée aux équipes des CMP et régulièrement réactualisée. Ce retour peut être soit sous forme de courrier, soit d'appel téléphonique tracé dans le dossier soit sous forme de courriel crypté. Il doit s'accompagner du rappel de la nécessaire traçabilité des coordonnées du médecin traitant dans le dossier du patient ainsi que du courrier médical d'adressage quand celui-ci existe.

La première action d'amélioration sera de faire remonter au niveau du CHSA la nécessité de modifier le dossier médical afin que celui-ci comporte un encart pour consigner les coordonnées du médecin référent, l'encart devant être situé dans les premières informations à tracer.

En attendant et bien qu'il ne soit pas prévu un espace dédié dans le dossier patient actuel, lors des évaluations de dossiers « patient » ambulatoires qui ne manqueront pas d'être mises en place par le CHSA dans les mois à venir, deux critères pourraient être évalués dans les dossiers tirés au sort :

- La traçabilité du nom et des coordonnées du médecin traitant du patient,

- L'existence d'une trace de communication à l'issue de la ou des 1ères consultations : courrier, courriel, trace écrite d'un échange téléphonique,
- voire l'existence de courriers adressés au médecin généraliste au cours de la prise en charge.

2.2- AMELIORATION DE LA COMMUNICATION D'EMILI AVEC LES MEDECINS GENERALISTES

Afin de réaliser notre objectif de collaboration étroite avec les médecins généralistes, le dossier EMILI doit être modifié pour intégrer :

- dans les informations prioritaires, les coordonnées du médecin traitant du patient ou de la personne signalée ; et en l'absence de médecin traitant connu, tracer cette absence et favoriser l'accès à un omnipraticien,
- le courrier du médecin traitant ou la trace des échanges téléphoniques avec celui-ci
- le compte-rendu de prise en charge, daté, signé et adressé au médecin traitant ainsi qu'à l'équipe de CMP référente.

Enfin, parmi les recommandations concernant la coopération médecins généralistes – psychiatres, le « rapprochement des professionnels » est souvent cité comme un moteur puissant de connaissance réciproque et de formation mutuelle. Il permet d'établir un climat de confiance entre professionnels, très favorable à la diminution de la réticence des patients vis-à-vis des soins psychiatriques et favorise plus généralement la déstigmatisation des troubles psychiques. Ce rapprochement des professionnels est particulièrement développé dans l'expérience lilloise du pôle de santé mentale 59G21. En effet deux pratiques innovantes y sont développées : la présence au sein d'un cabinet médical d'un bureau de consultation pour l'équipe psychiatrique de secteur et le refus de prescrire des psychiatres du secteur qui confient la prescription des psychotropes au médecin généraliste qu'ils conseillent par courrier [13].

La mise en place de l'équipe EMILI nous offre l'occasion de provoquer des situations de « rapprochement de professionnels ». En effet, s'il n'est pas envisagé au sein du pôle 15 de déplacer l'exercice des psychiatres de secteur au sein des cabinets de médecine générale, le domicile du patient peut être le lieu de ce rapprochement lors de VAD communes. La VAD conjointe peut être envisagée médecin généraliste/psychiatre ou médecin généraliste/infirmière EMILI. Ce dispositif peut permettre :

- d'être introduit au domicile d'un patient réticent et de bénéficier d'un accueil plus favorable grâce à la confiance accordée par le patient à son médecin traitant
- d'élaborer la stratégie thérapeutique et de définir les actions respectives à mener pour chacun dans les soins du patient
- de diminuer les processus de clivage entre partenaires des soins.

L'indicateur de suivi de cette action sera :

- le nombre de VAD communes médecins généralistes/équipe EMILI proposées
- le nombre de VAD communes médecins généralistes/équipe EMILI effectuées

PERSPECTIVES ET LIMITES

En effet, au-delà des outils d'information et de communication à mieux formaliser et à mieux systématiser, la création de l'équipe mobile, par ce partage de la clinique, peut permettre au médecin généraliste de prendre sa place dans les soins psychiatriques.

Notre démarche ne méconnaît pas les difficultés de notre projet, tant du côté des secteurs de psychiatrie que du côté des médecins généralistes. Ces enquêtes ont bien mis en lumière le décalage entre l'intérêt déclaré par les médecins généralistes pour les troubles psychiques – mais aussi intérêt constaté dans le bon taux de réponse au questionnaire par exemple – et leur difficile mobilisation en pratique (peu de présents aux réunions). EMILI répond à une demande forte des familles, de prise en charge à domicile de leurs enfants ayant des troubles psychiques et refusant les soins ambulatoires, voire ayant des attitudes de claustration. Mais la demande des médecins généralistes, bien que confirmée par l'enquête de 2012, est bien moindre car ces patients représentent un très petit nombre de cas, la majorité des troubles psychiatriques traités en médecine générale étant les troubles anxio-dépressifs [21]. Nous leur demandons donc une mobilisation importante pour une pathologie rare dans leur pratique.

La répétition des actions d'information, la systématisation des courriers et la proposition de partage de clinique au cours de VAD communes sont de nature à établir de véritables liens de travail.

Inexplorée dans ce travail, bien que recommandée dans certaines publications [13], la prescription du traitement psychotrope par le médecin généraliste comme pivot de la collaboration entre psychiatrie et médecine générale devrait être l'objet d'un autre travail.

CONCLUSION

Un travail sur l'offre de soins psychiatriques extrahospitaliers, réunissant trois secteurs de psychiatrie adulte d'un même arrondissement parisien, a abouti à la création d'une équipe mobile de psychiatrie générale. Le contexte du diplôme interuniversitaire « Santé mentale dans la communauté » a permis de formaliser notre démarche de partenariat avec les médecins généralistes, d'identifier nos insuffisances et d'envisager des actions d'amélioration. Malgré un souci constant d'associer les médecins généralistes à la création de l'équipe mobile – depuis la 1^{ère} enquête de besoins de 2008 jusqu'à l'état des lieux de la coordination Médecins généralistes/Secteurs de psychiatrie en 2012 – nous réalisons la difficulté de passer à une collaboration plus étroite avec nos collègues. Même si nos efforts se heurtent à la difficulté de mobiliser ces acteurs de soins primaires à l'échelle d'un territoire équivalent à celui d'une ville moyenne et au sein d'une mégapole, deux axes d'amélioration doivent être retenus. Le premier concerne le renouvellement de nos actions d'information et l'amélioration de notre communication qui passe par l'envoi d'au moins un courrier systématique au médecin traitant ; le second se situe dans le registre de l'amélioration de la collaboration avec l'expérimentation de pratiques partagées au cours de VAD communes dans le cadre d'EMILI. La mise en place de l'équipe mobile renforce le dispositif de soins et peut constituer un outil partenarial entre médecins généralistes et psychiatrie de secteur.

ANNEXES

ANNEXE 1- QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES EN 2008



Questionnaire à l'attention des médecins libéraux

Chers confrères,

Dans le cadre du travail d'un groupe projet sur l'évolution et les perspectives de soins en santé mentale dans le 15^{ème} arrondissement de Paris, il nous est apparu nécessaire de faire le point sur notre offre de soins auprès de vous, correspondants médicaux de notre travail quotidien. Ce questionnaire a pour objectifs d'évaluer votre recours aux Centres Médico-Psychologiques (CMP), votre satisfaction à l'égard du dispositif mis en place au sein des CMP ainsi que de recueillir vos besoins dans ce champ.

Cochez la case qui correspond le mieux à votre opinion ou votre situation. Ce questionnaire est anonyme, merci de bien vouloir le ré adresser sous l'enveloppe préparée à cet effet avant le 19 septembre 2008.

Nous vous remercions de nous avoir accordé un peu de votre temps.

Bien confraternellement,

Dr Isabelle ANDREU
CMP Secteur 15, 23 rue Tiphaine 75015 Paris

Dr Catherine BOITEUX
CMP Secteur 16, 11 rue Tisserand 75015 Paris

Dr Raphaël GOUREVITCH
CMP Secteur 14,14 - 20 rue Mathurin Régnier, 75015 Paris

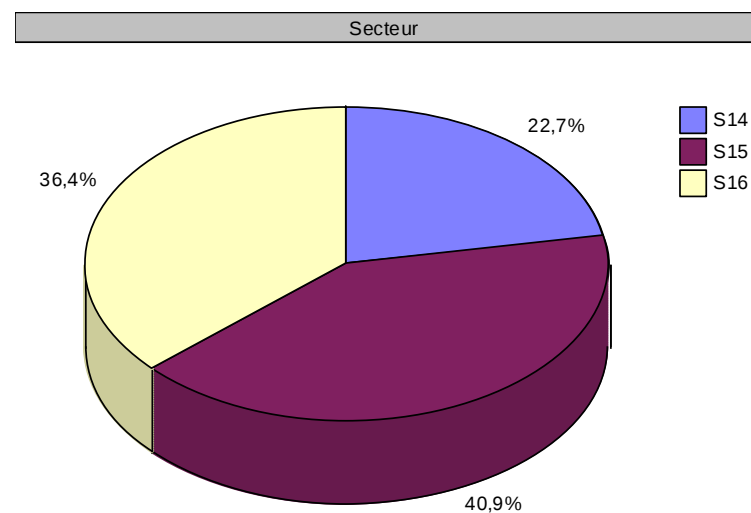
ANNEXE 2- RESULTATS ET ANALYSE DU QUESTIONNAIRE 2008 ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES

RESULTAT QUESTIONNAIRE MEDECINS LIBERAUX - SEPTEMBRE 2008 POLE 15EME - SHU - ADDICTOLOGIE.

Dans le cadre du travail du groupe projet « perspectives de soins en santé mentale dans le 15^{ème} arrondissement de Paris », il est apparu nécessaire de faire le point sur l'offre de soins auprès des correspondants médicaux réguliers des équipes des Centre Médico-Psychologiques (CMP) des 3 secteurs du 15^{ème} ardt. Ce questionnaire avait pour objectifs d'évaluer auprès des correspondants médicaux libéraux le recours aux CMP, leur satisfaction à l'égard du dispositif mis en place au sein des CMP ainsi que de recueillir leurs besoins dans ce champ. Chacun des CMP a adressé début septembre ce questionnaire à une dizaine de correspondants.

Les résultats sont les suivants :

REPRESENTATIVITE DES MEDECINS PAR SECTEUR



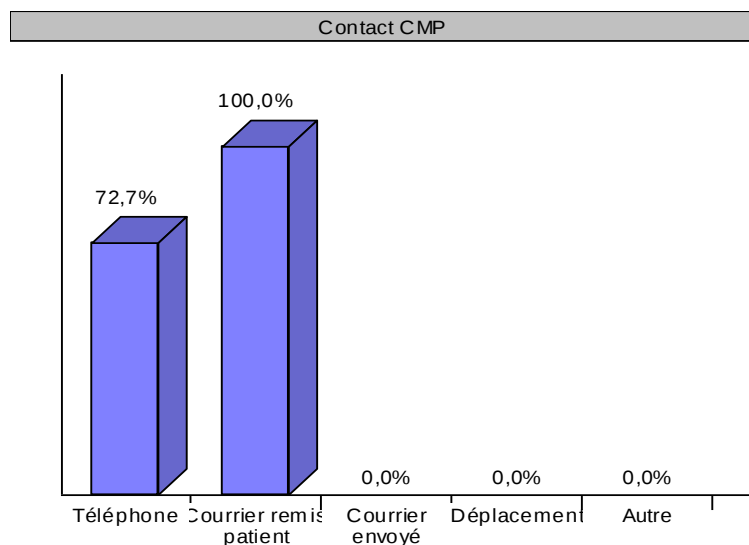
Concernant les réponses des correspondants à leur CMP de secteur :

- le **Secteur 14** (Dr GOUREVITCH, CMP rue Mathurin-Régnier) a adressé 10 questionnaires, 5 lui ont été retournés, soit un taux de retour de 50%,
- le **Secteur 15** (Dr ANDREU, CMP rue Tiphaine) a adressé 13 questionnaires, 9 lui ont été retournés, soit un taux de retour de 70%,
- le **Secteur 16** (Dr BOITEUX et CLOSTRE, CMP rue Tisserand) a adressé 10 questionnaires, 8 lui ont été retournés, soit un taux de retour de 80%.

Le taux de retour global est de 66%.

Les médecins ayant répondu au questionnaire sont tous médecins généralistes.

MODE DE PRISE DE CONTACT AVEC LE CMP LORS DE L'ADRESSAGE D'UN PATIENT



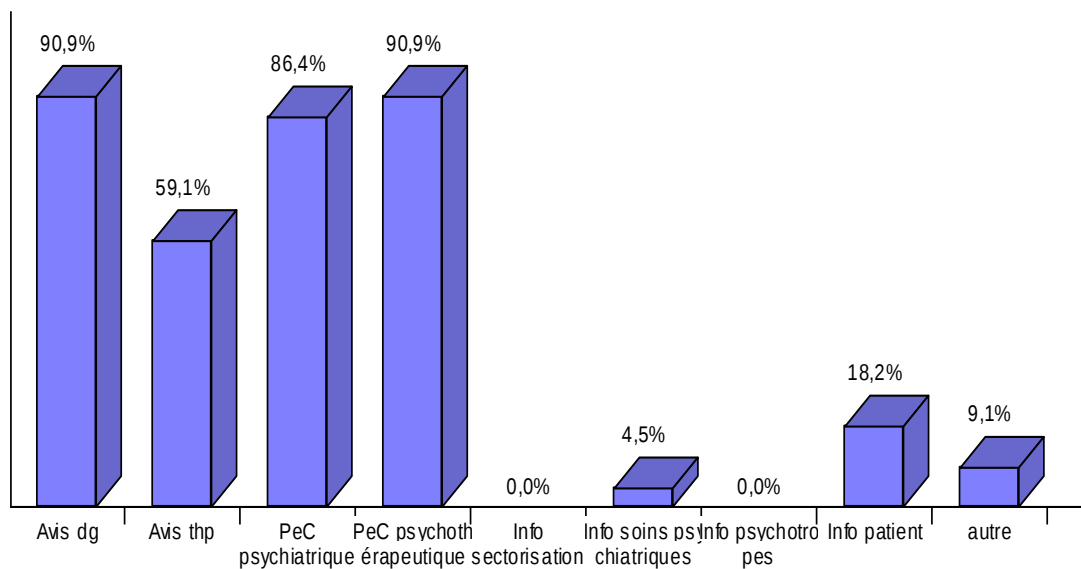
Les médecins remettent tous un **courrier en main propre au patient**, certains contactent téléphoniquement le CMP en plus du courrier.

A noter : certains patients, munis de leur courrier, ne se présenteront pas au CMP ou se présenteront plusieurs semaines après la remise de ce courrier ce qui entrave ou retarde d'autant leur prise en charge.

Une information concernant l'accès aux soins est à envisager auprès des correspondants médicaux des CMP.

QUELLES SONT LES DEMANDES DES MEDECINS ?

Sollicitation CMP

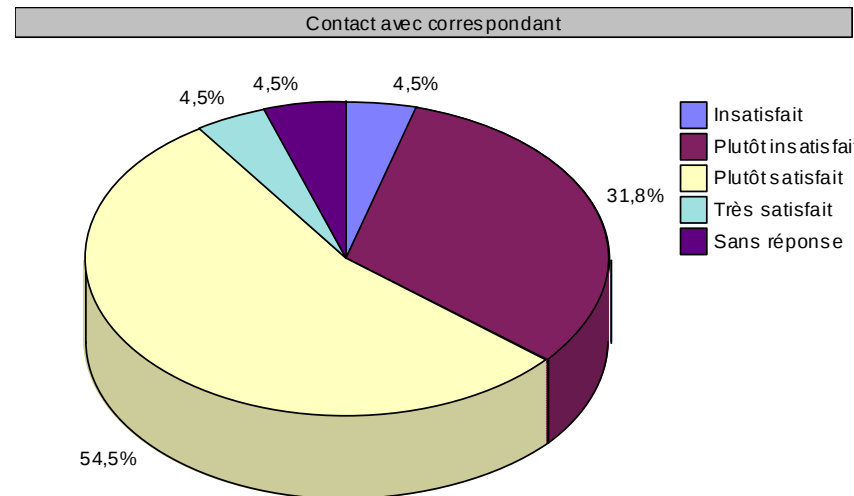
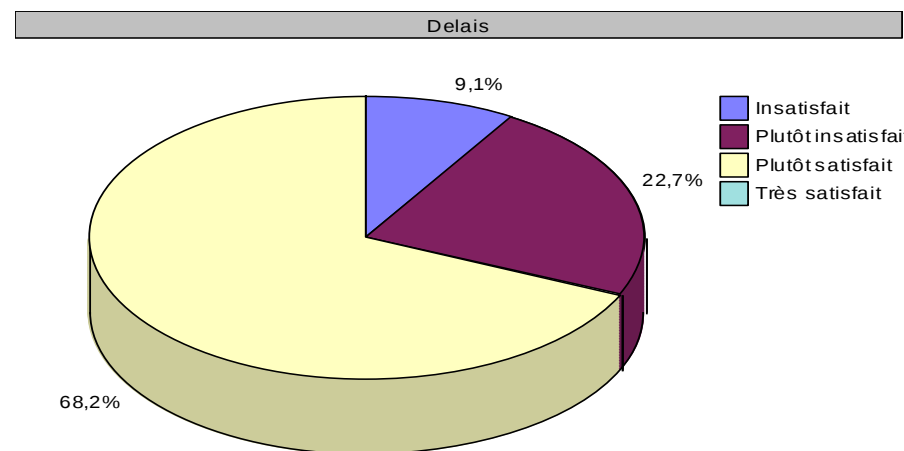


Les médecins sont demandeurs avant tout d'un **avis diagnostic** et d'une **prise en charge psychothérapeutique** suivi de près par une prise en charge psychiatrique.

Certains médecins (9,1%) ont recours au CMP pour :

- coordonner des soins
- signaler un patient.

SATISFACTION



1. QUANT AU DELAI DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT :

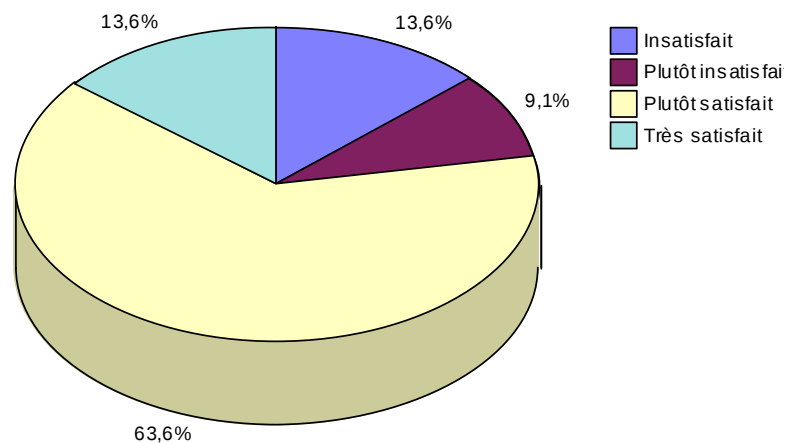
68,2% des médecins sont satisfait du délai de prise en charge des patients mais nous constatons un défaut d'information qui provoque malentendu et insatisfaction.

Une information concernant l'accès aux soins est à envisager auprès des correspondants médicaux des CMP.

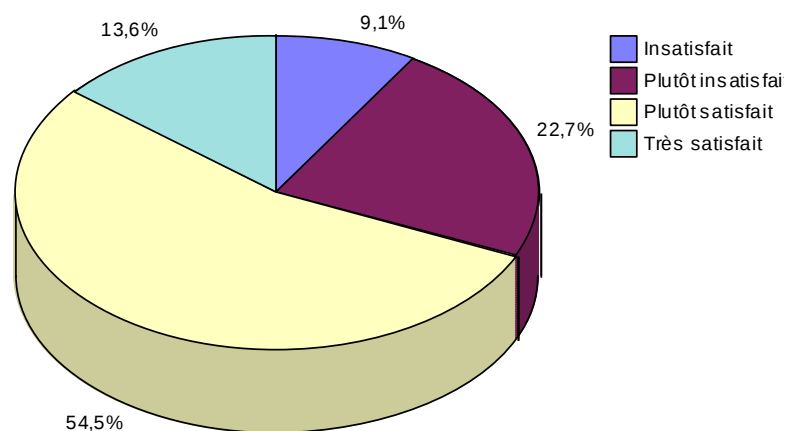
2. QUANT AU CONTACT AVEC LE CORRESPONDANT :

36,3% des médecins sont insatisfaits ou plutôt insatisfaits contre 59% plutôt satisfaits ou très satisfaits : certains déplorent la rareté des échanges individualisés autour des patients adressés au CMP.

Information reçue



Prise en charge proposée



3. QUANT AU RETOUR D'INFORMATION:

22,7% des médecins sont insatisfaits ou plutôt insatisfaits contre 77,2 plutôt satisfaits ou très satisfaits : beaucoup déplorent la rareté du retour d'informations écrites.

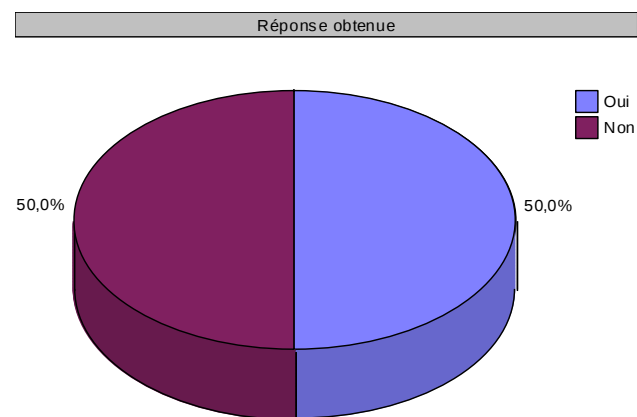
Un retour d'information au médecin « *adresseur* » doit être organisé en accord avec le patient qui doit donner son consentement à la transmission des informations de santé le concernant.

4. QUANT À LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE:

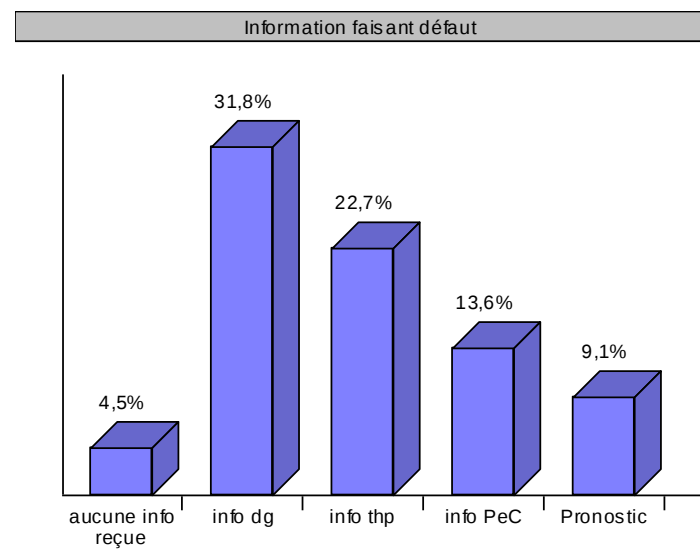
Les médecins plutôt insatisfaits ou insatisfaits déplorent l'absence de retour d'information sur la prise en charge proposée donc leur méconnaissance de celle-ci.

Par ailleurs, certains déplorent la rareté des disponibilités pour les psychothérapies.

Satisfaction quand aux informations et réponse obtenues suite à l'adressage d'un patient au CMP:



Information faisant alors défaut aux médecins libéraux :



4,5% des médecins ne reçoivent aucune information après avoir adressé un patient au CMP.

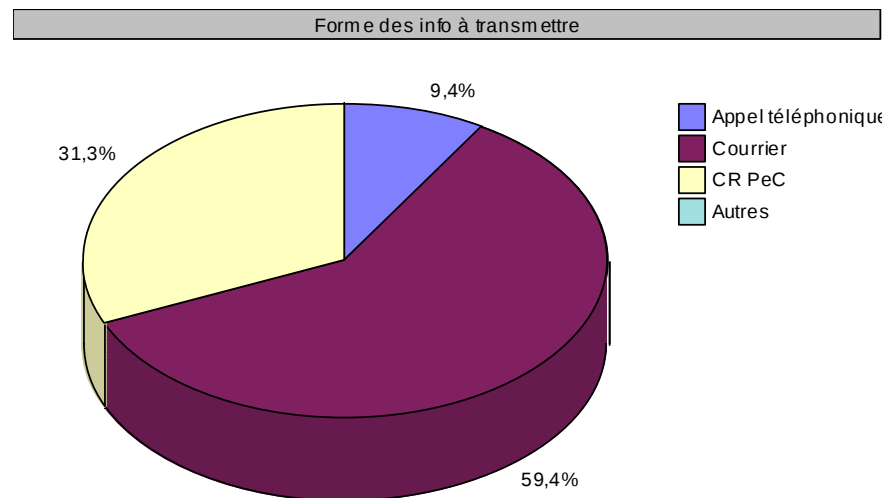
Les médecins sont demandeurs avant tout d'une information sur le diagnostic puis sur le traitement psychiatrique à mettre en place.

Un retour d'information au médecin « *adresseur* » doit être organisé :

→ Si le patient s'est bien présenté au CMP,

→ Si le patient y consent.

Sous quelles formes les informations sont attendues par les médecins libéraux :



La majorité des médecins souhaitent une trace écrite des informations concernant le patient qu'ils ont adressé au CMP.

Quels sont les besoins en santé mentale du point de vue des médecins libéraux :

A la question ouverte des besoins en santé mentale dans le 15^{ème} arrdt. de Paris, les médecins ont répondu sur 15 grands thèmes:

1. **Soins à domicile :** 4,5% des médecins expriment un besoin de soins psychiatriques à domicile,
4,5% des médecins expriment le besoin d'évaluation à domicile.
2. **Prise en charge des urgences :** 4,5% des médecins expriment un besoin de consultation en urgence,
4,5% des médecins souhaitent pouvoir obtenir une réponse à l'urgence relative.
3. **Psychothérapie :** 32% des médecins expriment un besoin dans le champ des psychothérapies
- soit sans précision (87%),
- soit dans le champ des Thérapies Cognitivo-Comportementales (14%).
Un médecin insistera sur l'importance de l'accès à la psychothérapie par le biais des soins gratuits de CMP.

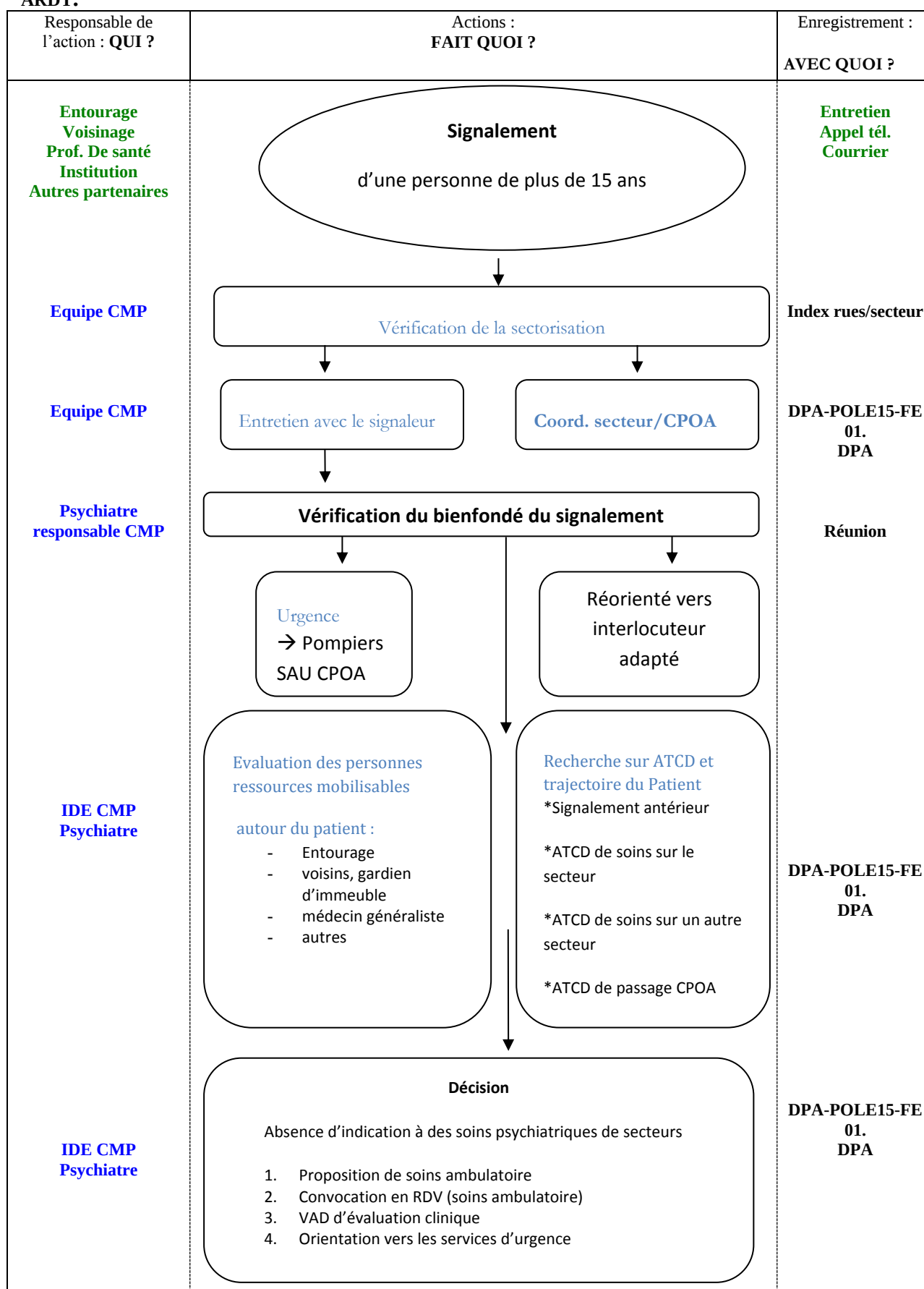
4. Accès aux soins : sont listés

- l'amélioration de l'accès aux soins psychiatriques des patients non psychotiques
- l'amélioration du suivi patients non observants
- l'amélioration du délai de prise en charge des patients dépressifs
- l'accès facilité à une consultation simple d'avis psychiatrique

5. Organisation des soins : sont listés

- une meilleure information sur le système de soins de secteur
- la mise en place d'un guichet unique avec un interlocuteur pérenne
- une augmentation des effectifs de psychiatres
- une augmentation des effectifs en secrétaires ou une amélioration de l'organisation des secrétariats
- un recours croissant au CMP du fait de la diminution des ressources des patients ne pouvant plus consulter en libéral

ANNEXE 3 : LOGIGRAMME SIGNALEMENT SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE DU 15EME ARDT.



ANNEXES 4 : COURRIER ET QUESTIONNAIRE THESE

« Paris, le 16 janvier 2012

Mes chers confrères,

Actuellement remplaçante en Médecine Générale, je me permets de vous contacter dans le cadre de la réalisation de ma thèse.

Sous la direction du Docteur Isabelle Andreu, psychiatre responsable du Centre Médico-Psychologique de la rue Tiphaine dans le 15^{ème} arrondissement, je souhaite rédiger un travail qui porte sur le thème suivant :

Relations et coordination entre médecins généralistes et secteur psychiatrique: exemple du 15^{ème} ardt. de Paris. Intérêt pour leur pratique et motivation des médecins généralistes du 15^{ème} ardt. de Paris à s'impliquer dans le travail d'une équipe mobile en soins psychiatriques mise en place par les CMP.

En effet, les trois CMP de votre arrondissement mettent en place cette année une équipe mobile baptisée **EMILI** (Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle). Cette équipe a pour missions de recevoir tout signalement ou demande de soins psychiatriques **à domicile**, d'effectuer l'évaluation psychiatrique initiale, puis d'assurer des soins intensifs dans le cadre de la prise en charge d'états subaigus en alternative à une hospitalisation. L'équipe mobile est là également pour coordonner et assurer la préparation d'une hospitalisation si elle s'avère nécessaire. EMILI est née pour amener aux soins des patients dont l'ambivalence (voire la réticence ou le refus catégorique des soins) ne leur permet pas d'en faire la demande. C'est un dispositif qui se caractérise par sa disponibilité et la densité de sa réponse si besoin.

Or, ce dispositif ne peut s'envisager qu'en articulation étroite avec vous, médecins généralistes du quartier, qui êtes les meilleurs connaisseurs de vos patients et de leur entourage.

Le but de mon travail est de :

- faire le point sur vos relations avec les CMP de votre quartier
- savoir si la mise en place d'une telle équipe répond à un besoin dans votre pratique
- évaluer votre intérêt pour ce projet, et votre potentielle implication :
 - ✓ Soit en signalant à EMILI un patient difficile,
 - ✓ Soit en dirigeant vers EMILI une famille en difficulté avec un proche,
 - ✓ Soit en participant à la visite initiale d'évaluation avec le psychiatre et l'infirmier d'EMILI.

Si les résultats de cette étude sont positifs et si la coordination semble effectivement possible autour de ces malades singuliers, un tel dispositif pourrait alors être proposé aux autres arrondissements de Paris.

Il s'agit de répondre à un **questionnaire de 15 items**, qui ne vous prendra que 10 minutes. Merci de le retourner tel quel dans l'enveloppe à mon nom pré-timbrée jointe.

Mes chers confrères, vous comprendrez que votre réponse à tous est indispensable à l'aboutissement de cette thèse, afin qu'elle ait un sens et que ses résultats soient probants.

En vous remerciant, par avance, mille fois de votre participation, veuillez croire, mes chers confrères, en l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Jeanne Lanoë

COORDINATION DES MEDECINS GENERALISTES DU 15EME ARRONDISSEMENT DE PARIS ET DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE : INTERET POUR LEUR PRATIQUE ET MOTIVATION DES MEDECINS GENERALISTES A S'IMPLIQUER DANS UNE EQUIPE MOBILE EN SOINS PSYCHIATRIQUES MISE EN PLACE PAR LES CMP.

Avant toute chose, merci de bien vouloir préciser :

Age :

Sexe :

Nombre d'années d'installation en libéral :

Mode d'exercice : ☐ En groupe
☐ Seul
☐ Autre :

Avez-vous une orientation ou une discipline complémentaire d'exercice particulière ?

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, laquelle ?

1^{ère} PARTIE : ETAT DES LIEUX DE LA COORDINATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES DU 15EME ARRONDISSEMENT ET SECTEUR PSYCHIATRIQUE

1/ La psychiatrie est-elle une discipline médicale qui vous intéresse ?

☐ OUI

☐ NON

2/ Avez-vous dans votre patientèle des patients que vous suivez entre autres pour problème psychiatrique ?

☐ OUI

☐ NON

3/ Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge psychiatrique de vos patients ?

☐ OUI

☐ NON

Si **OUI**, était-ce :

☐ Dans une situation d'urgence

☐ Hors urgence / Pathologie chronique

Commentaires libres :

4/ Où placeriez-vous les difficultés et limites que vous rencontrez dans le cadre du suivi des patients présentant une pathologie psychiatrique ?

☐ Diagnostic souvent difficile

☐ Connaissances limitées dans la thérapeutique en général des maladies psychiatriques

☐ Suivi trop long et consultations chronophages

☐ Ne pas savoir à qui adresser

☐ Réticence du patient à consulter un psychiatre

Commentaires libres :

5/ Aimeriez-vous être plus impliqué dans la prise en charge psychiatrique de vos patients quand ceux-ci sont également suivis par un confrère psychiatre ? (Courriers, échanges téléphoniques...)

- ☐ OUI
☐ NON

Si **NON**, pourquoi ?

6/ Lorsque cela vous semble nécessaire, adressez-vous plutôt en premier lieu vos patients vers un confrère psychiatre :

- ☐ En libéral
☐ En secteur public (CMP, consultation hospitalière)

Pourquoi?

7/ Avez-vous déjà adressé un patient à un des trois CMP du 15^{ème} arrondissement ?

- ☐ OUI
☐ NON

Si **OUI**, était-ce lié :

- ☐ A la demande du patient
☐ A la gratuité des soins au CMP
☐ A la gravité de la pathologie psychiatrique
☐ A l'intrication somato-psychiatrique du cas
☐ A la complexité du cas
☐ Au contexte social
☐ A la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire

Commentaires libres :

Si **NON**, était-ce lié :

- ☐ A une mauvaise image du CMP
☐ Mauvais accueil
☐ Mauvaise organisation
☐ Service public
☐ A une mauvaise expérience
☐ A l'absence d'image du CMP : idée floue de son fonctionnement
☐ A la crainte de ne pas avoir de retour sur le patient
☐ A la gêne que la première consultation soit faite par une infirmière
☐ Pour vous-même ☐ Pour votre patient

Commentaires libres :

8/ Et si vous souhaitiez adresser un patient au CMP, serait-ce selon vous lié :

- ☐ A la demande du patient
☐ A la gratuité des soins au CMP
☐ A la gravité de la pathologie psychiatrique
☐ A une intrication somato-psychiatrique du cas
☐ A la complexité du cas
☐ Au contexte social
☐ A la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire

Commentaires libres :

9/ Avez-vous déjà adressé au CMP une famille en difficultés face à la situation psychiatrique d'un de ses proches ?

- ☐ OUI
☐ NON

Commentaires libres :

10/ Cochez les cases suivantes selon vos connaissances du fonctionnement d'un CMP. Saviez-vous :

- ☐ Que la première consultation est faite par une infirmière psychiatrique, qui en réfère secondairement au psychiatre
☐ Que les patients dont l'état clinique le permet peuvent être suivis essentiellement par les infirmières avec une supervision médicale
☐ Qu'exercent également au CMP des psychologues et des assistantes sociales
☐ Que le CMP propose des psychothérapies (psychanalytiques, cognitivo-comportementales, remédiation cognitive)
☐ Que le CMP reçoit les familles en difficulté avec un proche, si besoin avant même de connaître le patient

2^{ème} PARTIE : INTERET POUR LEUR PRATIQUE ET MOTIVATION DES MEDECINS GENERALISTES DU 15EME ARRONDISSEMENT A S'IMPLIQUER DANS UNE EQUIPE MOBILE EN SOINS PSYCHIATRIQUES MISE EN PLACE PAR LES CMP

11/ Avez-vous parmi vos patients des personnes qui ne font pas la démarche de soins ambulatoires mais pour lesquels vous souhaiteriez qu'une équipe psychiatrique puisse faire une évaluation voire des soins psychiatriques à domicile à partir de votre signalement ?

- ☐ OUI
☐ NON

Si **OUI**, dans quelle situation ?

- ☐ Pathologie psychiatrique du sujet âgé (hors maladie d'Alzheimer, par exemple psychose hallucinatoire chronique...)
☐ Sujet jeune (par exemple : idées suicidaires, entrée dans la schizophrénie)
☐ Situation physique ou motrice empêchant le déplacement du patient
☐ Contexte social, isolement
☐ Autre :

12/ Rencontrez-vous des familles qui vous font la demande d'une évaluation psychiatrique à pour un proche (jeune, ou grands-parents par exemple) pour qui vous pensez qu'EMILI pourrait être une bonne solution ?

- ☐ OUI
☐ NON

Commentaires libres :

13/ Souhaiteriez-vous être associé à la prise en charge psychiatrique à domicile en participant à une visite conjointe avec les équipes du CMP?

- ☐ OUI
☐ NON

Si **OUI**, ce projet vous-motive-t-il :

- ☐ Beaucoup
☐ Sans plus

Commentaires libres :

Si **NON**, pourquoi ?

14/ Pensez-vous concrètement avoir le temps d'y participer ?

(Considérant qu'une situation psychiatrique nécessitant une prise en charge à domicile n'est pas si fréquente, que la visite initiale comprenant le médecin généraliste, le psychiatre, et l'infirmière du CMP est primordiale pour la répartition des tâches et donc présente un gain potentiel de temps sur la prise en charge au long terme du patient, mais que cette visite en soi peut être très chronophage)

☐ OUI

☐ NON

Commentaires libres :

15/ Quelles sont vos attentes dans la mise en place d'un tel projet ?(réponse libre)

Si ce projet vous intéresse et que vous souhaitez être recontacté par le CMP pour de plus amples informations, OU si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, merci de nous laisser ici vos

Nom et Prénom :

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

ANNEXES 5 : PLAQUETTE D'INFORMATION AUX PARTENAIRES SUR L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES DE SECTEUR DANS LE 15EME ARDT. DE PARIS



**ACCES AUX SOINS DE PSYCHIATRIE ADULTE DE SECTEUR
15EME ARDT. DE PARIS
Mise à jour janvier 2012**



	CMP S14 14 RUE MATHURIN REGNIER 01.45.65.61.19	CMP S15 23 RUE TIPHAINE 01.45.65.61.21	CMP S16 11 RUE TISSERAND 01.45.65.61.11
OUVERTURE DU CMP	9h à 19h du lundi au vendredi. Accueil téléphonique de 8h30 à 19h	9h à 20h du lundi au vendredi	9h à 20h du lundi au vendredi
ACCES AUX SOINS HORS URGENCE	Consultation infirmière d'accueil et d'orientation, sans ou sur RDV, aux horaires d'ouverture des CMP. Consultations de suivi (Psychiatres, psychologues, IDE etc.) sur RDV		
ACCES AUX SOINS EN URGENCE	- SAU HEGP (Urgences psychiatriques de l'hôpital Pitié-Salpêtrière : 01.56.09.32.18) dans le cadre de l'urgence que ce soit un patient connu ou non connu des équipes de CMP, 8h – minuit toute l'année par des psychiatres seniors issus du CHSA et une équipes d'IDE du CHSA. - au sein des CMP après appel du médecin à l'équipe soignante pour information et accord.		

Afin de connaître le secteur de psychiatrie générale pouvant prendre en charge un patient adulte (plus de 15 ans) dans le 15^{ème}, il est possible

- de joindre un des CMP,
- de joindre l'équipe psychiatrique du SAU HEGP au 01.56.09.32.18,
- de trouver les coordonnées sur <http://www.psycom75.org>.

ANNEXE 6 : PLAQUETTE EMILI A DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES

EMILI a pour objectif de rencontrer les personnes souffrant de troubles psychiques et en incapacité à cet instant d'élaborer une demande ou de faire la démarche de venir vers des professionnels. Notre intervention débute à la demande de l'entourage et ne peut se faire sans lui. Notre travail porte une attention particulière à la dynamique familiale. Nous proposons un espace et un temps différents des structures de soins classiques. Nous rencontrons la personne en difficulté et son entourage à domicile. La prise en charge est limitée à un mois, durée permettant d'évaluer et d'orienter le patient vers les structures de soins les plus adaptées.

Dr. I. Andreu
Responsable médical

Equipe pluridisciplinaire

Dr I. ANDREU,
responsable médical

Dr A. PICARD
psychiatre

Mme T. GUERNION,
cadre coordinateur de santé

Mme A. PLEIS AMAR
infirmière

Mme J. SIBONI
infirmière

Mme G. SIMEON
infirmière

Pour joindre
E.M.I.L.I
23 rue Tiphaine - 75015 PARIS
Métro : La Motte-Picquet Grenelle

du lundi au vendredi
de 10H00 A 17H30

Contacter le CMP de référence du :
Secteur 14 : 01.45.65.61.19
Secteur 15 : 01.45.65.61.21
Secteur 16 : 01.45.65.61.11

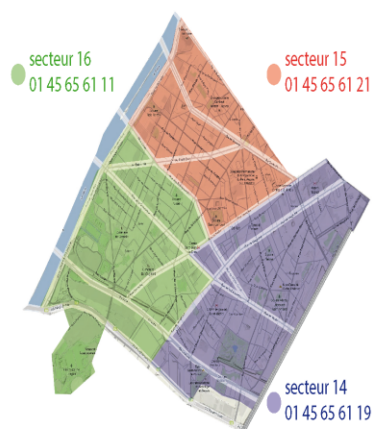
Pour connaître le CMP de référence d'un patient vous pouvez consulter le site :
www.psycom75.org



Pôle 15ème : Secteur 14 15 16

E M I L I

Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison
Intersectorielle



Equipe Mobile de soins psychiatriques du 15ème arrondissement

Evaluation et soins à domicile
Informations téléphoniques et avis
Intervention dans les 48h

OBJECTIFS

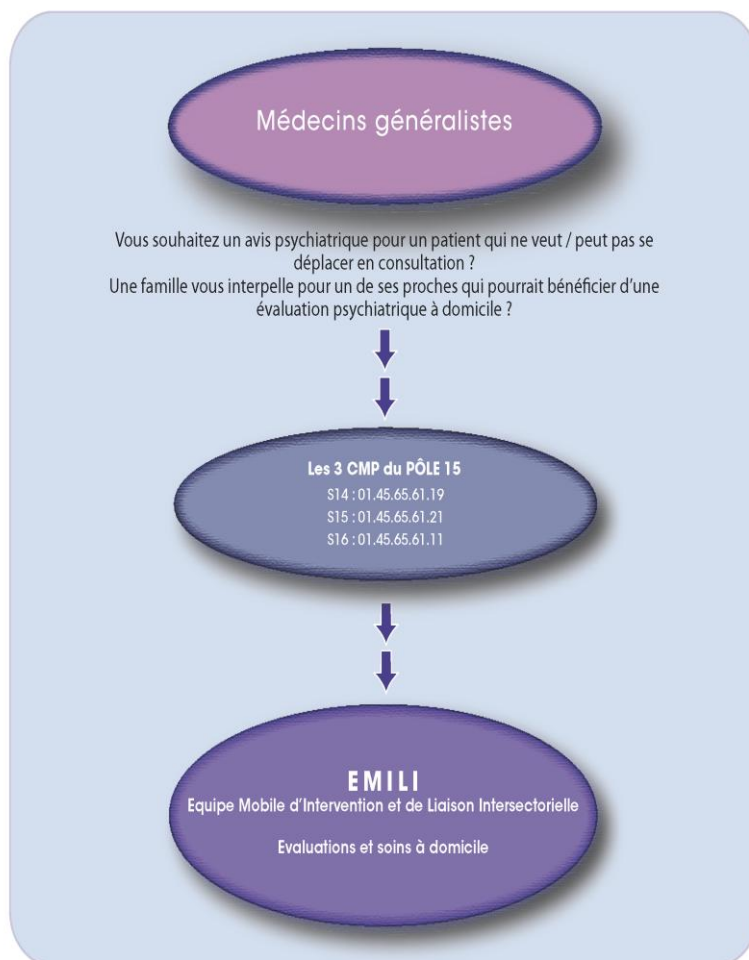
- Dispenser des soins intensifs à domicile pour traiter la crise en ambulatoire, en alternative à une hospitalisation.
- Prise en charge familiale pour soulager l'inquiétude de l'entourage et travailler sur les interactions.
- Donner avis et venir en appui aux partenaires libéraux (médecins généralistes, psychiatres...).
- Accompagner une personne réticente vers une demande personnelle de soins.

POUR QUI ?

Toute personne âgée de plus de 16 ans, habitant le 15^{ème} arrondissement de Paris ; souffrant de troubles psychiques, nécessitant une prise en charge intensive en ambulatoire.

COMMENT DEBUTE LA PRISE EN CHARGE ?

- A la demande d'un professionnel, un rendez-vous avec l'entourage du patient est proposé dans les 48h.
- Une décision est prise quant aux modalités et à la nature des interventions auprès de la personne souffrant de troubles psychiques.
- La première rencontre avec la personne en difficulté est organisée, si nécessaire, avec le demandeur.



BIBLIOGRAPHIE

- (1) Adamis D., Ball C. et al. (2000) Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients : prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness, International Journal of Geriatric Psychiatry, n° 15, p. 248-253.
- (2) Andreu I., Boiteux C. et al., (2012) Soins psychiatriques à domicile dans trois secteurs de psychiatrie générale regroupés en Pôle : vers une équipe mobile dédiée, P0455, 10 Congrès de L'Encéphale,
- (3) Beyer J., Kuchibhatla M., Gersing K., Krishnan KR. (2005) Medical comorbidity in a bipolar outpatient clinical population, Neuropsychopharmacology; 30, p. 401-404
- (4) Bindman J, Johnson S, Wright S, et al. (1997) Integration between primary care and secondary services in the care of the severely mentally ill: patient's and general practitioner's views. The British Journal of Psychiatry, n° 171, p. 169-174.
- (5) Bohn I. et al. (2007) Patients psychiatriques ambulatoires : Quelle coordination des soins ? , La Revue du Praticien, Tome 21, n° 770/771, p. 511-514.
- (6) Boiteux C., Andreu I. et al., (2012) Prise en compte des signalements par l'entourage :évaluation des pratiques professionnelles dans trois secteurs de psychiatrie générale regroupés en pôle, P0452, 10^{ème} Congrès de L'Encéphale
- (7) Briffault X. et al (2009) Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France L'encéphale, n°36, p. 48-58.
- (8) Casadebaig F., Philippe A. (2004) Rapport d'étape : morbidité et mortalité chez des patients schizophrènes. Suivi d'une cohorte de patients 1993-2001, Pour la Recherche, n° 40.
- (9) Casadebaig F, Quemada N, Chevalier A. (1990) Evolution de la mortalité des malades mentaux hospitalisés de 1968 à 1982, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, n°38, p. 227-236.
- (10) Damsa C., et al. (2005) Economic impact of crisis intervention in emergency psychiatry: a naturalistic study, European psychiatry, vol. 20, 8, p. 562-566.
- (11) De Clercq M. (1997) Urgences psychiatriques et interventions de crise, De Boeck Université

- (12) De Clercq M. (1997) L'alliance thérapeutique comme prédicteur du devenir de l'intervention de crise au service des urgences, *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n°4, p. 126-131.
- (13) Defromont L., Verriest O., Dudenko P., Les médecins généralistes au cœur de la santé mental, *Revue Hospitalière de France*, juillet-août 2012, n° 547, p. 26-29
- (14) Dumesnil H., et al (2012) La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, *DREES, Etudes et Résultats*, n° 810.
- (15) Hardy-Baylé M.-C., La coopération entre psychiatres et médecins généralistes : quelles actions d'amélioration ?, *Pluriels* n°92/93, octobre-novembre 2011, p. 2-4
- (16) Haute Autorité de Santé (2002) Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire: recommandations.
- (17) Kannas S. (2011) Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? *Pluriels* n° 92/93, p. 1-2.
- (18) Kannas S., Robin M. (2009) Interventions psychiatriques au domicile et équipes mobiles, *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*, Editions Elsevier Masson.
- (19) Lambert Timothy JR., Velakoulis D., Pantelis C. (2003) Medical comorbidity in schizophrenia, *Medical Journal of Australia*, n°178, p.67-70.
- (20) Lamboy B., Leon C. et Guilbert P. (2007) Depressive disorders and use of health services in the French population according to the Health Barometer *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n° 55(3), p. 222-227.
- (21) Lanoë J. (2013), Coordination entre médecine générale et secteur psychiatrique : enquête auprès des généralistes du 15ème arr. de Paris. La création d'une équipe mobile en soins psychiatriques par les CMP répond-elle à un besoin dans la pratique des médecins généralistes ?" - Thèse pour le doctorat de médecine générale – Faculté de Médecin Paris Descartes, Paris V, Paris.
- (22) Milleret G., Benradia I., Michel G., Roelandt J.-L. (2012) Place de la santé mentale en médecine générale, Enquête nationale menée par le CCOMS de Lille et le Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon.
- (23) Milon A. (2009) Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Paris, 387 pages.
- (24) Montariol P., Guillard M. et al. (2006) Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ?, *L'Information Psychiatrique*, Volume 82, Numéro 10, p. 793-800, Les temps modernes

- (25) NICE Clinical Guideline (2009) Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenian adults in primary and secondary care
www.nice.org.uk/CG82NICEguideline
- (26) Organisation Mondiale de la Santé (2005) Recommandations de l’OMS pour les soins en Europe – conférence d’Helsinki
- (27) OMS & WONCA (2008) Integrating mental health into primary care, a global perspective. Genève, World Health Organization and World Organization of Family Doctors
- (28) Verdoux H., Cougnard A., Grolleau S., Besson R., Delcroix F. (2005) How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France, Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, n°4, p. 892-898.
- (29) Younes N., Hardy-Bayle M.-C., et al. (2005) Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists, BMC Public Health n° 5, p. 104.

RESUME

Dans le cadre d'un regroupement territorial en pôle, les trois secteurs de psychiatrie générale du 15^{ème} arr. de Paris ont mené une réflexion sur le développement des soins ambulatoires au sein du territoire. Ce mémoire présente les différentes enquêtes qui ont nourri cette réflexion et abouti à la décision de création d'une équipe mobile en soins psychiatriques. Ainsi, le besoin de soins en santé mentale a été évalué auprès des médecins généralistes, acteurs de soins de 1^{ère} ligne, et des associations d'usagers. A également été analysée la qualité de certains types de démarches permettant l'accès aux soins telles que le processus de signalement, les visites à domicile et le parcours menant à une hospitalisation. L'Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle, EMILI a pour mission principale d'optimiser l'accès aux soins grâce à une disponibilité dans le temps et sur le bassin de vie. La mise en place de ce dispositif a remis au centre des préoccupations des équipes de secteurs la question du lien avec les médecins généralistes. Ce travail expose les enquêtes menées auprès d'eux qui révèlent leur intérêt pour la psychiatrie et les difficultés de collaboration. Des actions visant à améliorer ce partenariat ont été définies sur les axes de l'information, de la communication et du partage de la clinique entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie générale.

MOTS CLES :

Equipe mobile – Médecin généraliste – Partenariat – Secteur psychiatrique – VAD