

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire

« Santé Mentale dans la communauté »

Année 2016

EVALUATION DE LA RELATION MEDECIN DE VILLE PSYCHIATRIE :

Etat de la collaboration Médecin généraliste - psychiatre
à Saint Laurent du Maroni - Guyane Française



TEDONGMO T. Linette Hortense
Psychiatre CHOG

Dr Jean Luc ROELANDT
Directeur de mémoire

REMERCIEMENTS

Je remercie mon directeur de mémoire le Docteur Jean Luc ROELANDT pour ses encouragements arrivé au bon moment et ayant entraîné l'effet escompté. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail.

Merci aux différents intervenants pour la richesse de leurs enseignements.

Un grand merci aux médecins généralistes qui ont bien voulu participer à notre enquête, en répondant aux différentes questions et surtout en montrant un intérêt.

Merci à ma famille sans qui il n'aurait pas été possible d'achever ce travail, merci pour vos encouragements.

Merci à toute l'équipe du pôle psychiatrique qui n'a cessé de m'encourager pour l'aboutissement de ce travail afin d'améliorer notre travail de collaboration.

A toute ma promotion du DIU « santé mentale dans la communauté » 2015-2016 mes remerciements pour les échanges que nous avons eus.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
LISTE DES ABREVIATIONS	4
AVANT PROPOS	5
I. INTRODUCTION	7
A. SANTE MENTALE : définition	7
B. ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES.....	7
a) DEMOGRAPHIE MEDICAL EN FRANCE	7
b) Organisation des soins psychiatriques en Guyane	9
C. MEDECIN GENERALISTE : Acteur de soin en santé mentale	13
D. INTERET D'UNE COLLABORATION médecin traitant -psychiatre.....	16
E. LE COURRIER : outil de collaboration.....	17
II. METHODOLOGIE.....	21
A. Méthode.....	21
B. Type d'étude	21
C. Moyens et Matériels.....	21
III. RESULTATS.....	24
A. Données sociodémographiques et professionnelles des médecins généralistes (tableau 1).....	24
B. Etat de lieux de la coordination médecin généraliste et psychiatre	24
C. Où placeriez-vous les difficultés et limites rencontrés dans le cadre du suivi des patients présentant une pathologie psychiatrique.....	25
D. Aimerez-vous être impliqué dans la prise en charge psychiatrique de vos patients quand ceux-ci sont également suivis par un confrère psychiatre ? (Courriers, échanges téléphonique ...)	26
E. Quelles sont les raisons d'un adressage de patients vers le CMP	27
F. Attentes et suggestions	27
IV. COMMENTAIRE ET DISCUSSION.....	30
A. Principaux résultats.....	30
B. Raisons d'orientation et difficultés rencontrées	30
C. Fréquence des courriers retours	31
D) Communication entre médecins généralistes et psychiatres.....	32
V- CONCLUSION.....	35

LISTE DES ABREVIATIONS

CCOMS : Centre Collaborateur Organisation Mondiale de la Santé

CNQSP : Collège National pour la Qualité des Soins Psychiatriques

CMP : Centre Médico- Psychologique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de la Santé

IRDES : Institut de Recherche et de documentation en économie de la santé

AVANT PROPOS

En Mars 2016, le Dr MILLERET lors de sa présentation sur « place de la santé mentale en médecine générale a présenté les résultats de l'enquête a su démontré que le médecin traitant était un acteur indispensable dans la prise en charge globale des personnes présentant des troubles mentaux. La Haute Autorité de Santé (HAS) en février 2011 a validé la recommandation de bonne pratique établie par le Collège National pour la Qualité des Soins Psychiatriques (CNQSP) sur la coopération psychiatres -médecins généralistes (1). Cette recommandation décrivait un manque de collaboration entre ces deux professionnels de santé.

Selon une enquête réalisée en 2005 notait que 72 % des médecins généralistes n'étaient pas satisfaits de leur collaboration avec les psychiatres. Pour 43,3% de patients souffrant de trouble Psychiatriques, les médecins généralistes ont besoin d'une collaboration. La collaboration a été satisfaisante pour 23,9% de médecins de ville (2). Les bénéfices réalisés par cette collaboration semblent nombreux : amélioration des scores de santé mentale, améliorations des connaissances des médecins généralistes sur la santé mentale, une diminution de la durée d'hospitalisation et une grande satisfaction des patients.

Le courrier semble être un moyen de communication très documenté par les études pour l'amélioration de cette collaboration. Dans un premier temps, j'ai présenté mon projet au cours de la réunion médecins de ville / médecins hospitaliers, à saint Laurent du Maroni? et demandé aux médecins traitant de participer massivement à ce travail.

J'ai décidé d'interroger les médecins traitants de l'Ouest Guyanais sur notre collaboration et prendre leur avis pour améliorer nos échanges pour le bien des patients.

Après un court rappel sur la santé mentale en France et l'organisation des soins, nous tenterons de démontrer que le médecin généraliste tient un rôle essentiel en santé mentale, décrivons nos résultats, puis commentaires et discussion pour terminer par nos recommandations.

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Selon Margaret CHAN, directrice Générale de OMS (Organisation Mondiale de la Santé) ; « le bien être mental est une composante essentielle de la définition de la Santé que donne l'OMS. Une bonne santé mentale permet aux individus de se réaliser, et surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie en communauté » (3).

A. SANTE MENTALE : définition

L'OMS définit « la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » ; Il en découle que la santé mentale fait partie intégrante de la santé. La santé mentale comme la santé vont donc au-delà de l'absence de trouble ou d'infirmité.

L'OMS précise que la santé mentale est « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ».

B. ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES

a) *DEMOGRAPHIE MEDICAL EN FRANCE*

La sectorisation psychiatrique mis en place dans les année 1960 (4), par la circulaire de Mars, constitue la pierre angulaire de la psychiatrie publique de France. Les départements sont divisés en zone appelée secteur. Il s'agit de l'unité de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique et se caractérisent par de nombreuses disparités. Cette inégalité concerne tant les moyens humains, matériels et financiers. Repris par la loi du 16 Janvier 2016

La France compte 829 secteurs de psychiatrie générale (6), soit en moyenne un secteur pour 54000 habitants âgés de plus de 20ans c'est de 18 ans, recalculer, ça fait 66000habitants tout âge en moyenne et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Chaque secteur est rattaché administrativement à un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie ou général et peut disposer de plusieurs lieux de soins repartis sur le territoire. L'offre de psychiatrie en 2003 représentait 80% de l'activité psychiatrique réalisée par les établissements de santé. Contrairement à d'autres pays européen, la politique de désinstitutionalisation a été différente, marqué par la fermeture progressive des lits et le suivi en ambulatoire. Depuis la sectorisation dans les années 70, la psychiatrie ambulatoire française s'est largement développée se conformant ainsi à la

politique européenne qui était en opposition à l'hospitalisation à temps plein dans les institutions spécialisées. Les soins se sont développés au sein de l'hôpital général, proche du domicile du patient, des familles ou de son centre d'intérêt. Les modes de prise en charge en psychiatrie adulte sont groupés en trois : l'ambulatoire, le soin à temps partiel et celui à temps complet.

L'ambulatoire est l'ensemble de prises en charge se déroulant en dehors de l'hospitalisation. Il s'effectue dans des centres médico-psychologiques (CMP), des centres de post cure, les hospitalisations à domicile, les appartements thérapeutiques, les familles d'accueil thérapeutique, les hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit, ateliers thérapeutiques et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

- Les CMP sont les pivots de la prise en charge des patients. Ils accueillent, coordonnent les soins en organisant toutes les actions extrahospitalières en lien avec les structures d'hospitalisations. Ils assurent la prévention, le diagnostic, les soins, les interventions à domicile ou en institution substitutives au domicile (foyers, structures médico-sociales...).
- Les centres de post-cure sont les unités chargées de prendre le relai après un soin aigu.
- Les hospitalisations à domicile (HAD)
- Les appartements thérapeutiques sont des unités de soins en dehors de l'hôpital, mis à disposition pour les patients pendant une durée limitée avec un personnel soignant.
- Les accueils familiaux sont des placements dans une famille des patients de tous âges dont le retour à domicile n'est pas souhaitable ou possible.
- Les hôpitaux de jour ou de nuit dispensent des soins polyvalents et intensifs durant la journée (jour) ou la nuit voire de fin de semaine (nuit).
- CATTP favorise l'autonomie et la réhabilitation sociale.
- Les ateliers thérapeutiques fournissent des activités thérapeutiques ou occupationnels afin 'exercer une activité professionnelle ou sociétale.

Les équipes des secteurs de psychiatrie sont constituées : psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, assistants de travail social...Des

secrétaires médicales, des aides-soignants et des agents de service hospitalier sont également présent et participent à l'accueil, à la coordination et la continuité des soins au quotidien.

La répartition médicale en France reste inégale (4). Selon le 10^{ème} atlas national de la démographie médicale réalisé par la section Santé Publique et Démographie Médicale du Conseil National de l'Ordre des médecins publié le 1^{er} Janvier 2016, 285 840 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre. Sur la période 2007/2016 le nombre des médecins en activité semble stable (-0,4%) comparativement au nombre de médecins retraités qui est en forte augmentation (87,7 %) ; la France (métropolitaine et les Départements d'Outre-Mer) comptait environ 12498 psychiatres (salariés et libéraux) en exercice (2). En cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France, il persiste une inégalité des répartitions de moyens et d'organisation (3). 80 % d'activité psychiatrique réalisé par établissements de santé. La Direction de la Recherche, des Etudes et des statistiques (DREES), en novembre 2010, a publié « Les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP) » (4) qui montrent que la répartition des psychiatres varie de 1 à 10 en fonction des départements : un psychiatre pour 10 000 habitants en Mayenne, Pas-de-Calais et Guadeloupe à un pour 1063 habitants à Paris.

b) Organisation des soins psychiatriques en Guyane

En Guyane, les acteurs de soins primaires en 2007 étaient de 37 pour 100000 habitants comparativement aux chiffres de la France métropolitaine 111 pour 100000 habitants (DREES ; DRASS, ADELI, FINESS (2)). La Guyane est le département français le plus vaste représentant à lui seul 16% du territoire métropolitain, une densité de 3 habitants au km² et 255000 habitants estimés en 2014. Elle figure parmi les 10 « pays » les moins peuplés du monde (0,38% de la population française). Plus de la moitié des habitants se trouvent pour l'instant le long du littoral et de la route nationale 1. Le second pôle de peuplement est l'Ouest guyanais et la commune de Saint Laurent qui d'ici 2035 passera à 150000 habitants environ.

Nous comptons environ 15 psychiatres publics pour l'île de Cayenne et environ (secteur Est) contre 04 psychiatres pour le secteur Ouest de la Guyane. Les deux psychiatres libéraux sont installés dans le secteur Est. Chaque secteur est rattaché à un centre hospitalier général, et dispose de plusieurs lieux de soins, ce qui correspond à 8 Psychiatres pour 100000 habitants par rapport au secteur de mons en Baroeul Defromont qui dénombre 10 psychiatres pour 100000 habitants.

Les accueils d'urgence sont gérés par les urgences pendant les heures de travail au CMP et par les psychiatres pendant l'astreinte.

Le plan de psychiatrie et de santé mentale publié en 2011 (5) visant à mettre en place des mesures politiques, médicales et sociales afin de favoriser l'insertion des patients ayant un trouble psychiatrique et de lutter contre la stigmatisation. Le plan propose d'aider les familles, l'entourage et les différents intervenants médico-sociaux afin d'optimiser la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux. Le but étant de rompre l'isolement des intervenants en général et spécifiquement les médecins de ville dans la prise en charge des troubles mentaux, car l'axe de travail « rompre l'isolement du médecin généraliste » dans le rapport du premier plan (2005-2008) n'avait pas été évalué. En Guyane, l'ouverture des lits de soins complet est très récente (Juillet 2012), notamment avec 8 lits adultes. L'immensité du territoire guyanais, les diversités ethniques, les différents modes de vie et de culture font, de cette région de l'Amazonie, un endroit d'une richesse incomparable où la rencontre avec l'« AUTRE » est quotidienne. La Guyane s'étend sur 83846 Km² pour une population de 250 109 habitants (4), deux arrondissements distants l'une de l'autre de 300 Kilomètres. Au niveau départemental, la Guyane est découpée en 19 Cantons ; sur le plan communal, elle compte 22 communes. Certaines de ces communes comme Maripasoula et Camopi ont une superficie supérieure aux départements métropolitains, par ailleurs, d'autres communes sont subdivisées en villages supervisés par des capitaines. Ce département est également la plus grande des neuf régions ultrapériphériques de l'union européenne La population Guyanaise est représentée par une multitude d'ethnies et de dialecte : Amérindienne, Créole, Noir marronne, Surinamienne, Chinoise, Hmong, Haïtienne, Brésilienne, Métropolitaine, Africaines etc. A cet effet, chaque ethnie possède son mode de vie et envisage différemment la maladie somatique ou psychologique et les violences. La population soignante est également diversifiée. Chaque ethnie ayant son territoire parfois très isolé des arrondissements et les uns des autres, ce qui en fait sa spécificité. La psychiatrie est divisée en deux secteurs (98G01, 98G02 et 98G03) regroupés en deux grands : OUEST (Saint Laurent) et EST (Cayenne). En dehors de cette répartition psychiatrique, le département dispose d'une répartition légale et judiciaire. L'unité médico-judiciaire et d'une Brigade des Mineurs (BM) au commissariat de Police basé à Cayenne ensuite une Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile(DPDJ) basée à Kourou. Les situations urgentes nécessitant l'avis de ses trois structures demandent le transfert des personnes vers Cayenne ou Kourou. Les situations dites d'urgences ont plusieurs origines à savoir : le patient, un soignant, un tiers (famille, voisin, gendarmerie ...). Etudiante, cette année

en Diplôme Inter Universitaire de Santé Mentale dans la communauté, J'ai souhaité évaluer la relation entre les médecins généralistes et les psychiatres afin de les impliquer d'avantages dans la prise en charge des usagers. Ce travail est similaire à celui mené dans d'autres départements que la Guyane, qui comprend deux Centres Hospitaliers à l'Est et l'Ouest, lieux d'étude.

Le CHOG (Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais) se situe à Saint Laurent du Maroni, et le CHAR (Centre Hospitalier André Roosemon) à Cayenne, avec une distance kilométrique de près de 300 km, entre les deux sites. Entre les deux se situe le CMCK (Centre Médico Chirurgical de Kourou). J'ai choisi pour des raisons pratiques de mener cette enquête sur le secteur Ouest de la Guyane, comportant Saint Laurent et les 05 Centres de Santé (Apatou, Awala, Javouhey, Maripasoula et Papaïchton). Les médecins des centres de santé d'Awala, Maripasoula et Papaïchton sont très souvent des médecins traitant du fait de l'absence de médecin de ville. La psychiatrie du secteur Ouest de la Guyane quant à elle est régulièrement appelée, interpellée ou sollicitée par les médecins de ville, pour un avis en urgence, ou une situation nécessitant un étayage ou une orientation vers nos structures, malgré les informations sur l'heure de début de l'astreinte 18h30 en semaine et 08H30 le weekend end et jour férié. Les voies les plus usitées sont le téléphone, moins souvent un courrier, ceci pourra être un travail de recherche ultérieur. Ce lien se fait via le patient qui n'accepte pas de venir en Psychiatrie qu'en dernier recours face à un renouvellement d'arrêt maladie ou des idéations suicidaires avérées. 67% de médecins de ville sont confrontés chaque semaine à des patients présentant un état dépressif majeur (2) ; ces 5 dernières années, 8/10 de généralistes ont été confrontés à une tentative de suicide et près de la moitié à un suicide. En Guyane, la plupart d'épisode dépressif est réactionnel et survient à l'arrivée des personnes dans ce département semble-t-il, du fait d'un écart entre le réel et l'imaginaire. Le corps enseignant qui postule à l'académie de Guyane est parfois convaincu d'être affecté dans l'une des trois grandes communes et se retrouve dans les communes où le seul moyen d'accès reste la pirogue. Le désert des professionnels dans tous les domaines, peut expliquer le grand turn over observé. Ce contexte particulier de la Guyane, semble responsable de l'isolement ressenti par les médecins de ville qui sont en premier recours en cas de problème de santé mentale lois devant les psychiatres et les psychologues (2,3). Les psychiatres du secteur, se plaignent de n'être associés qu'en dernier recours, pour un renouvellement d'ordonnance ou d'arrêt maladie. Actuellement, le téléphone est le moyen le plus utilisé entre certains médecins généralistes et les psychiatres. Toute première demande en dehors des situations d'urgences est discutée en réunion hebdomadaire et orientée vers l'un des psychiatres. Pour une file active de 1950 usagers, seul 40 % arrivent avec

un courrier du médecin traitant. Nous disposons de 8 lits d'hospitalisation en soins psychiatrique libre, ce nombre de lits demande une mise en place d'un dispositif de liaison efficace pour la prise en charge globale des usagers.

Les situations d'urgences sont gérées aux urgences dans la plupart de cas, via l'appel du SAMU (Service d'Accueil Médical d'Urgence du département) ou des pompiers. Le médecin régulateur du SAMU évalue et oriente l'appel vers le centre hospitalier le plus proche. C'est le médecin urgentiste qui intervient dans un premier temps et transfère le patient vers les urgences pour avis et prise en charge psychiatrique proprement dite. Nous pouvons exceptionnellement être sollicités en collaboration avec l'urgentiste face au refus du patient et l'impossibilité à entrer en relation avec l'équipe des urgences. Certaines familles (patient perdu de vue, déjà connu du CMP, en rupture de soin ou non) peuvent nous solliciter pour une VAD (Visite à Domicile) en fonction des contextes et de l'état du patient. Un binôme Infirmier-psychiatre en fonction du planning et après concertation en équipe CMP se déplace pour une réponse adaptée qui n'est pas forcément l'hospitalisation. Nous sommes parfois confrontés aux problèmes d'effectif tant médical que paramédical, ce qui ne permet pas une intervention efficace comme d'écrit par un psychiatre : « on ne soigne qu'avec les outils que nous avons à notre disposition : certes avec nos compétences cliniques, mais aussi avec la connaissance que nous avons de la réalité des structures et des soignants là où nous sommes... ». L'astreinte débute à 18H30 et s'achève à 8h30 en semaine ; elle est de 8H30 à 8H30. Nous effectuons des visites à domicile (VAD) d'évaluation pour des patients en rupture de soins régulièrement ou des VAD de suivi pour des nouveaux patients ne nécessitant pas un soin en hospitalisation. Elles sont également organisées pour des patients en rupture de soins et en voie de décompensation, dès que plusieurs rendez-vous n'ont pas été honorés ou sur appel de la famille.

Les admissions en hospitalisation se font via le service d'urgences ou le CMP. Les documents indispensables pour cette admission sont : l'attestation de sécurité sociale, une pièce d'identité, un courrier d'orientation (psychiatre orientant et/ou médecin traitant). En ce qui concerne le courrier, des recommandations ont été émises sur le contenu des courriers échangés.

Avant d'exposer les résultats, un court rappel sur la santé mentale et l'organisation de soin en France est indispensable. Nous tenterons de démontrer que le médecin généraliste reste un acteur essentiel et indispensable en santé mentale ensuite pour décrire l'organisation des soins actuelle enfin nous discuterons de la place d'un courrier dans l'amélioration de notre collaboration.

C. MEDECIN GENERALISTE : Acteur de soin en santé mentale

En France, le médecin traitant est un médecin que chaque assuré doit choisir dans le cadre du parcours de soin coordonné instauré par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 Août 2004 (7). 85% des assurés avaient déclaré un médecin traitant, 99,5% étaient de médecins généralistes. Le médecin généraliste tient une place très importante dans le parcours de soins. Il coordonne et veille à un parcours de soin optimal. Il informe les patients et les mets en relations avec les autres professionnels de soin.il assure la prévention et les complications lors du suivi personnalisé. Le médecin de ville est important car il centralise et met à jour le dossier du patient. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), le médecin généraliste a un rôle d'orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social ; de coordination des soins, de respect des protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés et pour les maladies chroniques ; de synthèse des informations transmises par les professionnels de santé ; de prévention et de dépistage. Étant à la fois vu en premier recours dans le suivi des patients, il est aussi un pilier dans l'adhésion au soin et l'engagement du patient à sa prise en charge. Partant de ce propos, nous devons remettre la santé mentale au cœur de la prise en charge et du parcours de soins. Le médecin généraliste tient une place capitale dans la prise en charge globale des patients en général et particulièrement les patients avec pathologie mentale et somatique associée. Il est très souvent consulté en premier pour l'ensemble des situations de santé même celle de la santé mentale. Ce constat corrobore avec les recommandations de l'OMS lors de la conférence d'Helsinki de 2005 qui place les acteurs de soins primaires comme organisateurs principaux de soins.

L'OMS a recommandé lors de cette conférence des actions qui sont en lien avec notre mémoire sont :

- Mettre en place des services de proximité pour traiter et soigner les personnes ayant des problèmes de santé mentale dans la collectivité.
- Fournir des services de prise en charge des urgences.
- Etablir des relations entre les services de santé primaire et les services assurés dans le cadre des hôpitaux généraux.
- Assurer les liaisons intersectorielles : santé protection sociale, emploi, logement, justice éducation ...

La Haute Autorité de Santé a publié le 27 Mai 2015, une note de cadrage « pour améliorer les prises en charge et le suivi des patients présentant des troubles mentaux par la promotion d'une meilleure coordination entre le généraliste et les différents acteurs de soins ». Elle a avancé que le rapport entre Psychiatre et Généraliste était peu développé et formalisé, car ce dernier est le plus souvent consulté en premier recours face aux troubles psychiques. Rare sont les patients de l'Ouest guyanais qui ont un médecin de ville déclarée lors des consultations en CMP ou en Soins psychiatrique. Le médecin généraliste ou médecin traitant est le professionnel de santé impliqué dans les prises en charges des patients, acteur de première ligne, il assure l'orientation, le suivi et l'évolution des différentes pathologies diagnostiquées. Il s'agit d'un médecin que chaque assuré doit choisir dans le cadre du parcours de soins coordonné institué par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 Août 2004 (6) mis à jour le 18 Août 2014. Cette loi stipule qu'en choisissant un médecin traitant, vous faites le choix de bénéficier d'un suivi médical coordonné et de prévention personnalisée. Le médecin traitant suit ses patients sur la durée et coordonne leurs soins, le médecin traitant est le mieux placé pour organiser un suivi de prévention personnalisé. Le médecin traitant participe à réduire les inégalités face à la santé car son action concerne l'ensemble de ses patients, quel que soit leur mode d'utilisation du système de soins.

Le médecin traitant coordonne vos soins et s'assure que votre suivi médical soit optimal ; il vous oriente dans le parcours de soins coordonnés et est notre interlocuteur privilégié. Il met en relation les professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers...), il connaît et gère le dossier, centralise les informations, rédige le protocole de soins en concertation avec les autres médecins qui suivent la maladie ceci dans le but de mieux informer le patient sur les prestations et les actes nécessaires à la prise en charge. Différentes enquêtes ont été menées en France sur le médecin généraliste et la santé mentale ; par exemple selon Institut National de prévention et d'Education pour la Santé (INPES) 2005, 1608 personnes ayant consulté un professionnel pour raison de santé mentale 67,2 % ont consultés un médecin généraliste et 46,1% l'ont consulté exclusivement (8). Les prises en charge conjointe (médecin généraliste et psychiatre) représentait 23,1% de cas.

En ce qui concerne la prescription des psychotropes, en 2012, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) montrait que les médecins généralistes étaient les principaux prescripteurs de médicaments psychotropes.

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés a recueillis sur 18 régions (9) le suivi par les médecins généralistes était retrouvé dans 90% des cas. Le suivi psychiatrique était identifié pour 10% des assurés recevant un anxiolytique ou hypnotique, pour 17% des assurés recevant un antidépresseur et pour 49 % des personnes recevant du lithium. J-L. Roelandt, alléguait dans une publication « médecine générale et la psychiatrie », « que la psychiatrie doit faire un effort considérable d'ouverture...qu'elle sorte radicalement de ses structures de secteur classique, émanation de l'hôpital, pour se décentrer vers les soins primaires et l'inclusion sociale. Qu'elle travaille avec la médecine générale comme le font tous les spécialistes autres que sue les psychiatres (10).

A travers les différentes revues de la littérature, nous concluons que le médecin généraliste occupe une place importante dans la prise en charge des troubles psychiatriques plus ou moins sévères.

Mauvaise collaboration avec les psychiatres

Insatisfaction des médecins généralistes

En 2005, une enquête postale française publiée en Mai, a interrogée 180 médecins généralistes dans la partie sud du département des Yvelines, à partir de deux questionnaires envoyés en vue d'explorer la prise en charge des patients souffrants d'un trouble psychiatrique et les relations entre médecins généralistes et psychiatres (4, 9). La nécessité d'une collaboration avait été ressentie par les médecins généralistes pour les patients jeunes et sans emploi, avec des problèmes de santé mentale. Ce besoin de lien était beaucoup plus présent pour les patients opposants aux soins. Les médecins généralistes interrogés se disent prêts à prendre en charge des patients ayant des troubles mentaux s'ils se sentent d'avantage soutenu (11).

Manque de communication entre médecins généralistes et psychiatres étaient relevés par un manque de retour d'information en fin d'hospitalisation par l'absence de compte rend. Ils sont donc demandeur d'un meilleur partage d'information concernant les soins et d'une meilleure communication sur l'évolution et e pronostic. Les autres arguments retrouvés pour plus de collaboration : risques associés aux troubles mentaux, la morbi-mortalité augmentée, la comorbidité également, l'accès aux soins limités et de moins bonne qualité.

D. INTERET D'UNE COLLABORATION médecin traitant -psychiatre

En 2005 Younes N. et col notaient (1) que 72 % des médecins généralistes n'étaient pas satisfaits de leur collaboration avec les psychiatres. Pour 43,3% de patients souffrant de trouble psychiatriques, les médecins généralistes ont besoin d'une collaboration adaptée afin de mieux prendre en charge nos patients. L'enquête santé mentale en population générale : « images et réalités » réalisé par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS, Lille (12)) La collaboration a été satisfaisante pour 23,9% de médecins de ville (4). Les bénéfices réalisés par cette collaboration semblent nombreux : amélioration des scores de santé mentale, améliorations des connaissances des médecins généralistes sur la santé mentale, une diminution de la durée d'hospitalisation et une grande satisfaction des patients. Une seconde enquête réalisée par l'institut National de prévention et d'éducation pour la santé a montré que 54,6 % de médecins (5) généralistes sont consultés en premier recours en cas de dépression.

Selon l'enquête ESEMeD (8, 9) l'adressage du médecin généraliste au psychiatre est le plus faible en France par rapport aux autres pays d'Europe (22,2 % en France, 55,1% en Italie, 52,8 % au Pays Bas et 40,4% en Espagne). Plusieurs facteurs corroborent avec la nécessité d'une bonne collaboration avec le médecin généraliste pour le suivi de nos patients.

- Les risques associés aux troubles mentaux

Les troubles mentaux regroupent un éventail extrêmement large allant des maladies neurobiologiques aux troubles psychologiques. Selon OMS, il s'agit d'un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes différents, mais se caractérisent par une association de pensée, d'émotion, de comportement et de rapports avec autrui anormaux. Plusieurs facteurs de risques sont continuellement associés aux troubles mentaux.

- Comorbidité fréquente

Une ou plusieurs maladies organiques sont généralement associées aux troubles mentaux graves (13). Ces maladies sont en grande partie responsables de 60% de surmortalité observé chez ces patients (14). Les maladies cardio-vasculaires, l'obésité, les maladies respiratoires semblent plus fréquentes. En 2011, une étude (13) publiée dans le World Psychiatry « Physical illness in patients with severe mental disorder. Prevalance, impact of medication and disparities in health care » soulignait par exemple, que les maladies cardio-vasculaires avaient une prévalence 2à3 fois plus importante chez les patients atteints de schizophrénie par rapport à la

population générale. Cette étude révèle que le mode de vie des patients peut en partie être le facteur essentiel de l'augmentation de cette prévalence.

- Morbi-mortalité augmentée

En Août 2012, l'OMS publiait dans son plan de santé mentale que les personnes atteintes de maladie mentale grave (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble schizo-affectif et trouble dépressif majeur) ont un taux de mortalité 2à3 fois plus élevé que celui de la population générale. Ces personnes souffrent souvent de problèmes de santé physique pouvant passer inaperçu et sont également d'avantage exposé aux suicides (13, 14, 15).

- Conséquence de l'absence de collaboration

Une recommandation de pratique clinique a été rédigée par le CNQSP (2), destinée à définir les critères de qualité des courriers à échanger entre les médecins généralistes et les psychiatres. Une étude ultérieure permettra d'évaluer la qualité des courriers échangés. La conséquence directe pourrait être la discontinuité de la prise en charge, la duplication des soins dispensés, augmentation de l'iatrogénie..., la perte d'information.

- Accès aux soins limité et de moins bonne qualité

La pathologie psychiatrique limite elle-même l'accès au soin de par des symptômes tels l'aboulie, l'anhédonie, athymhormie ou le délire, qui entrainer un déclin cognitif des difficultés cognitives ? sur une longue échéance. Des traitements mal adaptés ou surdosés n'améliorent pas la communication entre patients, médecin traitant et équipes de psychiatrie. La stigmatisation est un puissant facteur limitatif aussi. Le plan de santé mental préconise d'établir une stratégie de coordination de tous les acteurs en réduisant les cloisonnements entre les professionnels.

E. LE COURRIER : outil de collaboration

Outil pour améliorer la collaboration et la prise en charge des patients, le courrier représente dans 90 % de cas pour le médecin généraliste le moyen le plus usité pour communiquer avec le psychiatre selon une étude anglaise (11). La CNQSP (2) dans les recommandations de bonnes pratiques rappelle que les courriers doivent permettre une collaboration adaptée et permettre une future collaboration dite adressage collaboratif. Cet adressage collaboratif doit :

- Mettre les besoins du patient au centre de la réflexion

- Apprendre à raisonner en termes de besoins et moyens (aide au raisonnement clinique)
- Apprendre d'autrui et améliorer la connaissance de soi tout en se décentrant de sa propre logique. Respecter la diversité des mutuelles
- Définir des objectifs communs à travers un projet individuel de soin.

Les critères de qualité des courriers à échanger entre médecins généralistes et psychiatre :

- Motif de consultation ou d'orientation
- Attentes du médecin généraliste
- Résumé de la plainte actuelle et es principaux symptômes
- Diagnostics ou hypothèse diagnostic
- Antécédents personnels
- Traitements actuels et antérieurs
- Histoire psychiatrique personnelle et familiale

Contenu du courrier du psychiatre

- Le traitement mis
- Le projet de soin et l'organisation de la prise en charge future
- La capacité du patient à consentir aux soins, profil relationnel du patient, posture que le médecin généraliste devrait adopter face au patient, représentation de la maladie et du traitement chez le patient, capacité d'insight du patient.

Un travail ultérieur sur le contenu du courrier adressé aux psychiatres associé à une évaluation des courriers et compte rendu envoyé par les psychiatres aux médecins généralistes permettront de mettre en conformité nos échanges.

Pour réaliser ce travail, j'ai construit un questionnaire destiné aux médecins de ville, ce questionnaire a été envoyé par mail, puis un contact téléphonique pour une participation active

de tous. L'analyse des réponses permettra de proposer des réponses appropriées pour une meilleure prise en charge de nos patients.

Ce mémoire a pour objectif général :

- D'évaluer la collaboration entre les psychiatres et les médecins généralistes de la commune de l'Ouest

Les objectifs spécifiques sont

- Décrire le plateau technique de l'offre de soin en matière de santé à savoir le nombre de médecins généraliste, leur activité ; consultation de médecine générale versus consultations psychiatriques.
- Enumérer les raisons d'une orientation vers un psychiatre.
- Déterminer la fréquence d'un retour d'information du psychiatre, par courrier ou par liaison téléphonique.
- Evaluer la fréquence de compte rendu reçu par les médecins généralistes à la fin de l'hospitalisation.
- Quelles sont les difficultés rencontrées par le généraliste pour l'orientation des patients : orientations spontanées, nécessité d'une contrainte ou refus absolu ?

Les conséquences pourraient être les suivantes :

- Quelles sont les difficultés rencontrées par le généraliste pour l'orientation des patients : orientations spontanées, nécessité d'une contrainte ou refus absolu ?
- Améliorer de la collaboration médecins de ville et service de santé mentale en fonction des résultats du questionnaire
- Formaliser le lien Généraliste/Psychiatre à travers un protocole.

II. METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE

A. Méthode

Pour réaliser ce mémoire, nous avons présenté notre projet aux médecins de ville lors de la rencontre annuelle organisé par la direction du centre hospitalier de l'Ouest Guyanais. Après avoir répertorié les médecins de villes de l'ouest, nous avons sélectionné d'une manière aléatoire deux communes sur 6. J'ai donc choisi d'envoyer le courrier et le questionnaire à chaque médecin de ville. L'ouest guyanais compte deux groupements médicaux, 9 cabinets médicaux dont 6 à Saint Laurent du Maroni, 1 à Apatou et 2 à Mana, pour un effectif de 15 médecins. L'ouest guyanais ne dispose pas de psychiatre de ville. Il existe un psychologue libéral et des infirmiers libéraux.

La liste des cabinets de ville et des médecins a été établi en appelant le représentant des médecins de ville et sur le site : page jaune www.infoannuaire.fr/professionnels (4). Nous avons utilisé la base de données du CHOG sur les médecins de ville : adresse mail, et envoyé le courrier par mail le 1ER Juin 2016. Deux médecins ont répondu spontanément dès la semaine qui a suivi. Nous avons choisi 6 médecins au hasard et appelés afin d'avoir un retour, deux semaines plus tard, vendredi 15 Juin. L'ensemble du corps médical présent a allégué pouvoir répondre aux questionnaires que j'enverrais.

B. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale par questionnaire envoyé et rempli en ligne, menée auprès des médecins généralistes répartis sur le secteur psychiatrique Ouest de la Guyane.

Elle a été effectuée du vendredi 15 juin au 1 er Octobre 2016.

C. Moyens et Matériels

Questionnaire (annexe 1) testé par le médecin représentant les médecins généralistes. Ce questionnaire a été modifié en fonction des différentes remarques puis validé et mis en ligne via ZIMBRA. Le questionnaire comporte 10 items comprenant :

- L'état de connaissance des médecins généralistes sur la discipline
- L'existence de patients psychiatrique suivis dans leur patientèle

- Les difficultés rencontrées
- L'implication des médecins généralistes
- Le nombre de patient adressés au CMP contre ceux adressés urgences
- Le nombre de courriers retours reçus
- Les renouvellements d'ordonnance
- Les suggestions pour améliorer la collaboration.

Nous avons construit un questionnaire destiné aux médecins de ville y compris au pédiatre libéral. 15 courriers ont donc été envoyé par mail suivi d'un coup de téléphone deux semaines plus tard afin de les rappeler.

La saisie et les codages des données ont été faits dans une base informatique Excel.

III. RESULTATS

III. RESULTATS

Notre enquête a permis de récolter 10 sur 15 réponses ce qui correspond à un taux de participation de 66,66% de participations.

A. Données sociodémographiques et professionnelles des médecins généralistes (tableau 1)

Données socioprofessionnelles	Pourcentage (%)
Sexe n = 10	
Masculin = 8	80 %
Féminin = 2	20 %
Année d'exercice n = 09	
5 et 20 ans = 6	66,67 %
< 5 ans = 3	33,33 %
≥ 20 ans = 0	0 %
Orientation particulière	
Oui (homéopathie/nutrition, pédiatrie) = 4	40%
Non = 6	60%

Les médecins généralistes étaient majoritairement des hommes 8 contre 2. 6 praticiens sur 10 avaient entre 5 et 19 ans l'exercice en cabinet libéral.

B. Etat de lieux de la coordination médecin généraliste et psychiatre

- La psychiatrie est-elle une discipline médicale qui vous intéresse ?
- 6 Médecins généralistes ont répondu Oui, 2 non et 2 n'ont pas répondu à cette question.
- Avez-vous dans votre patientèle des personnes que vous suivez entre autres pour des problèmes psychiatriques ?
- Oui =8 ; Non = 1 médecin généraliste.
- Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge psychiatriques de vos patients ?
- Oui = 8 et Non =2

Etats des lieux	Oui	Non
a) Discipline médicale qui intéresse (Pas de réponse = 2)	6	2
b) Patients avec problèmes psychiatriques	8	1
c) Avez-vous des difficultés lors de la prise en charge ?	8	2

La majorité de médecin généraliste avait été en difficultés dans la prise en charge psychiatrique de leur patient soit 7 en situation d'urgence et 3 dans le cadre d'une pathologie chronique. Cette urgence est décrite comme celle émanant du patient, puis l'absence d'information sur le diagnostic psychiatrique, ensuite le manque d'information sur le traitement mis en place par le psychiatre, les difficultés à joindre les psychiatres en journées.

C. Où placeriez-vous les difficultés et limites rencontrés dans le cadre du suivi des patients présentant une pathologie psychiatrique

Dans notre distribution, tous ont eu des difficultés dans la prise en charge de leur patient. Les délais de rendez-vous avaient été noté dans la majorité de cas comme étant une difficulté, le système d'entretien d'accueil infirmier semblait être un frein à la réticence des patients.

Difficultés et limites	n=10
Réticence du patient à consulter un psychiatre	8
Suivi trop long et chronophage	8
Connaissances limitées en thérapie psychiatrique	7
Diagnostic souvent difficile	2
Ne pas savoir à qui adresser	1

Deux médecins généralistes ont évoqué les deux semaines du délai de rendez-vous trop long. Une difficulté à avoir un psychiatre en journée pour un avis.

D. Aimerez-vous être impliqué dans la prise en charge psychiatrique de vos patients quand ceux-ci sont également suivis par un confrère psychiatre ? (Courriers, échanges téléphonique ...)

Tous souhaiteraient être impliqués dans la prise en charge de leur patient.

La collaboration avec les psychiatres a été évaluée par :

- Leur envie d'être impliqué dans la prise en charge des patients suivis en psychiatrie
- Le lieu d'orientation des patients
- La fréquence des courriers reçus par le médecin traitant
- La d'hospitalisation
- Le par le médecin généraliste.

Collaboration	Oui	Non
Envie être impliqué	10	0
Lieu d'orientation CMP en premier Urgences = 1 CMP/CMPI = 9	9	1
Fréquence des comptes rendus reçus Oui 1 fois sur 5 = 2 Non = 8	2	8
Renouvellement d'ordonnance Oui = 4 Non = 6	40 % 60 %	

Tous souhaiteraient être impliqués dans la prise en charge des patients. A la grande majorité (90%), orientent directement les patients vers le CMP/ CMPI très souvent avec courrier. Pour eux, le passage aux urgences peut constituer un frein pour le patient, car le CMP/CMPI semble mieux organiser que les urgences et le délai d'attente évité.

Quatre-vingt pourcents des médecins généralistes ne reçoivent pas souvent de courriers ou comptes rendus d'hospitalisation. Deux ont précisé qu'en plus de treize années d'exercice, ils

ont reçu moins de cinq courriers et ceux-ci récemment. Le renouvellement d'ordonnance n'est pas effectué dans soixante pour-cent de cas, certains médecins traitants ont précisé que ce renouvellement pouvait être fait ponctuellement et non très souvent. Pour deux médecins généralistes, ce renouvellement pourrait être un frein à la prise en charge psychothérapeutique des patients et limiterait le respect des rendez-vous et des suivis. Quatre des six médecins généralistes ayant répondu non ont également précisé que c'était par manque d'information sur le diagnostic et le suivi de ces patients.

E. Quelles sont les raisons d'un adressage de patients vers le CMP

Motifs	Nombre
A la gravité de la pathologie psychiatrique	5
A la nécessité d'une PEC pluridisciplinaire	4
A la demande du patient	4
A une intrication somato-psychiatrique	2
A la gratuité des soins	1
A la complexité des cas	1
Au contexte social	1

La majorité des médecins généralistes ont estimé que les motifs d'orientation vers la psychiatrie était dû la gravité des troubles, peu à la pluridisciplinarité des troubles. Certains ont ajouté que le CMP était la structure dédiée à l'accueil et la prise en charge des troubles psychiatriques et que les psychiatres étaient plus compétents qu'eux dans ce domaine.

F. Attentes et suggestions

Concernant les suggestions ou attentes des médecins généralistes, étaient de réfléchir ensemble sur nos pratiques, la nécessité de recevoir un courrier ou un compte rendu d'hospitalisation des patients. Le contenu du courrier devrait porter sur le diagnostic, le traitement, la conduite à tenir et l'évolution ; plus de la moitié souhaiterait comprendre les modifications des traitements effectués lors des hospitalisations.

Ils ont formulé avoir connaissance de l'effectif réduit des psychiatres. Pour le médecins généraliste, l'échange collaboratif permettrait d'une part d'optimiser le traitement des troubles, et d'autre part l'optimisation de la prise en charge médico-sociale du patient.

IV. COMMENTAIRE
ET DISCUSSION

IV. COMMENTAIRE ET DISCUSSION

A. Principaux résultats

Z enquête a permis de mettre en lumière un manque important de communication entre les médecins généralistes et les psychiatres. Plus de la moitié des médecins généralistes ne reçoivent presque jamais de courrier retour eu très récemment des comptes rendus d'hospitalisations. Nous avons constaté que malgré l'adressage des patients par courrier pour Plus de la moitié de cas (80%), un courrier retour est rarement reçu. Les comptes rendus d'hospitalisation n'arrivent pas au médecin généraliste. Soixante-dix pourcents de praticiens pensent que la psychiatrie est une discipline médicale.

Les médecins généralistes ont exprimé une difficulté à avoir le psychiatre de manière officielle, que la plupart ayant le numéro personnel des psychiatres les appelaient directement. Ils souhaiteraient avoir des renseignements sur le diagnostic, et la prise en charge de leur patient, ce qui corrobore avec les résultats de l'enquête de Milleret G et all (15) « état des lieux. Recherche action nationale « place de la santé mentale en médecine générale » »

Les psychiatres n'ont pas pu être interrogé dans l'ensemble, ceci pourra faire l'objet d'un autre travail. Dans nos résultats, nous retrouvons la spécialité homéopathie comme spécificité utilisée par les médecins généralistes. Ces résultats concordent avec ceux de Milleret.

B. Raisons d'orientation et difficultés rencontrées

Quatre-vingt pourcents des médecins généralistes pensent que les difficultés d'orientation résident dans la réticence du patient à venir au CMP, ou lié à un suivi chronophage. Ils sont très souvent confrontés à des consultations limitées dans la thérapeutique psychiatrique en général. Le premier entretien effectué par les infirmiers semble constituer un frein à l'orientation et à l'adhésion au soin. Contrairement à l'enquête menée dans les Yvelines, dans laquelle les médecins généralistes trouvaient que l'infirmier était plus disponible et plus facile à contacter que le psychiatre. Le ressenti fortement exprimé reste la difficulté à joindre le psychiatre et l'absence de courrier retour à la demande des médecins traitants. Dumesnil et al., (18) une étude réalisée la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville ont montré que les freins à l'accès aux psychothérapies cités par les médecins sont le non-remboursement des psychologues à 79 %, la réticence des patients à faire une psychothérapie à 76 %. La coordination entre généralistes et psychiatres est indispensable afin que le généraliste soit à

même de dépister et de traiter correctement les troubles psychiatriques, de façon précoce, avec l'aide et l'appui de leurs confrères spécialistes pour ces auteurs. L'effectif réduit des psychiatres est également évoqué, en effet, la répartition démographique médicale note une moyenne de 8 psychiatres sur 100 000 habitants. L'orientation et la collaboration entre psychiatre et médecins généraliste semble être au centre des préoccupations. En effet 71% de répondants ont déclaré avoir des difficultés à orienter vers le psychiatre (14). Dans cette étude contrairement à nos résultats, les patients n'ont aucune réticence à rencontrer un personnel de santé mentale autre que le psychiatre.

C. Fréquence des courriers retours

Quatre-vingt-dix pourcents de médecins généralistes ont allégués ne pas recevoir des courriers retour ou de compte rendu. Ces résultats concordent avec ceux de Pullen et Al. (19) dans une enquête réalisée en Angleterre en 1985 où 80 médecins généralistes avaient été interrogés sur leurs attentes. En France, Milleret et al ont également trouvé les mêmes résultats (14). Certains ont précisé que le renouvellement d'ordonnance pour les maladies mentales, limiterait le suivi psychothérapeutique des patients et surtout qu'ils n'avaient pas d'informations suffisantes sur le diagnostic, le traitement et le suivi en général. Contrairement à nos résultats, une étude réalisée par Briffault X et al., en 2009 (20) concernant le recours aux soins, avaient démontré que les troubles anxieux et dépressifs étaient principalement suivis par les médecins généralistes et les psychiatres libéraux. Mais 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 %). Andreu et Boiteux (21) ont trouvé que 92,1% des médecins généralistes rencontrent des difficultés dans la prise en charge psychiatrique des patients entre autres pour un problème psychiatrique, ses résultats corroborent avec ceux de notre échantillon. La mise en place d'un courrier de liaison type pour les avis et orientation en CMP/CMPI est d'une nécessité absolue. Ce courrier (annexe 2) sera conforme aux recommandations du CNQSP (1) a défini les critères de qualités des courriers à échanger entre médecins généralistes et psychiatres :

Contenu du courrier généraliste vers psychiatre :

- Le motif d'adressage
- Les attentes du médecin généraliste

- Le résumé de la plainte actuelle et principaux symptômes
- Le diagnostic ou hypothèse diagnostique
- Les antécédents somatiques
- Les traitements actuels et antérieurs
- L'histoire psychiatrique personnelle et familiale du patient

Contenu des réponses du psychiatre vers le généraliste

- Le traitement mis en place
- Le projet de soins et l'organisation de la prise en charge future
- La capacité si possible du patient à consentir aux soins, son profil relationnel, la posture du médecin traitant face à ce patient, sa capacité d'insight du patient

D) Communication entre médecins généralistes et psychiatres

Cents pour cents des médecins ayant répondu à notre enquête affirmaient qu'il existe un manque de communication et qu'ils souhaitent être impliqués dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques. 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 objet de centrer la santé et le dossier des patients autour d'un acteur clé et surtout central du parcours de soins : le médecin généraliste. Mais ceci ne prend sens que si la communication entre généralistes et psychiatres est réciproque. Le manque de communication semble être un point essentiel du défaut de notre coordination responsable d'une moins bonne prise en charge de nos patients. Cette insuffisance de communication semble être un constat international mais la France serait le pays européen où elle est le plus marquée (22). Les conséquences de cette discontinuité sont majeures : surcoûts importants (doubles prescriptions de psychotropes et d'examen complémentaires) mais surtout un impact sur la prise en charge des patient par un retard de diagnostic et une interruption de traitements. Deux médecins généralistes à la question sur les comptes rendus et les courriers retours ont ajouté « en 13 ans d'exercice c'est maintenant que nous recevons quelques rares courriers et surtout des comptes rendus d'hospitalisation ». Ceci nous interpelle sur cette collaboration et surtout sur la nécessité à améliorer notre communication en ce sens que depuis l'ouverture de

l'unité d'hospitalisation en soins libre de 8 lits, nous (psychiatres) recommandons à la secrétaire d'envoyer une copie du compte rendu au médecin traitant. En décembre 2002 (23), la circulaire de la caisse nationale de l'assurance maladie relative aux réseaux de santé disait « Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social ; En fonction de leur objectif, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social ». Nous avons retrouvé que les principaux freins à une coopération efficace et une orientation des patients vers le psychiatre étaient dans notre enquête liés à la réticence du patient et à l'absence de compte rendu en fin d'hospitalisation ou lors de la demande d'un avis. Milleret G. et col (24) ont trouvé dans leur étude « recherche action » que les principaux freins de la collaboration étaient les difficultés d'orientation en premier lieu puis le problème de stigmatisation, la réticence des patients et enfin le coût élevé des prises en charge en secteur libéral. N'ayant pas de secteur libéral en psychiatrie à l'ouest de la Guyane, ce dernier point ne sera pas évoqué. Le recours à un courrier type semble être la solution la plus adaptée. Ce courrier permettra de mettre en place un langage commun, en prenant en compte les différences chaque spécialité. Une enquête d'évaluation de cette collaboration sera réalisée un an après l'acceptation de ce travail. Différents modèles de collaborations ont été mis en place dans le nord pas de Calais et région Bourgogne en occurrence :

- La liaison par une équipe dite de liaison
- Les consultations dans les cabinets de médecin généraliste
- Le dossier patient commun avec son projet de soin
- Une journée de formation entre autres aux médecins généralistes pour la prévention et la gestion du risque suicidaire

Ces modèles favorisent le travail en collaboration de part des moments de consultations dans les cabinets en plus des 4 éléments énumérés.

V- CONCLUSION

V- CONCLUSION

A quelque exception prêle, la collaboration entre médecin généraliste et psychiatre à Saint Laurent du Maroni reste une préoccupation pour tous. Notre enquête a été réalisée à Saint Laurent du Maroni de Juin 2016 à Septembre 2016. Elle avait pour objectif évaluer la collaboration entre les psychiatres et les médecins généralistes de la commune de l'Ouest. Sur 15 courriers envoyés, nous n'avons reçu que 10 retour malgré la relance. La collaboration entre médecin généraliste et psychiatre est clairement décrite comme défailante et uni latérale. Plus de la moitié exerçaient depuis plus de 5ans (66,67%). Notre travail met en lumière un manque de communication assez important, une difficulté à obtenir des rendez-vous urgent. En effet, 90% de praticiens généralistes ne reçoivent pas de courriers retour ni en fin d'hospitalisation ou en retour d'une orientation pour avis et suivi. Une communication entre professionnels de santé fait partie intégrante des soins menés en collaboration et plusieurs études désignent le courrier comme le moyen de communication accessible à tous et permettant des évaluations de qualités. L'ouest guyanais reste confronté aux problèmes de grande précarité avec absence de déclaration de médecin généraliste. Ce dernier est demandeur d'une implication dans la prise en charge lorsqu'il est déclaré. L'amélioration de la collaboration est importante mais nécessite la participation active de tous les professionnels impliqués. Sensibiliser les psychiatres sur les avantages d'une meilleure collaboration paraît également indispensable.

L'adressage de courrier dans 50% de cas était associée à la gravité de la pathologie. Le passage par les urgences semble être un frein pour un suivi précoce des patients présentant des troubles psychiatriques. Un travail ultérieur sur le contenu du courrier de manière à mettre en adéquation les recommandations ci-dessus énumérées sur le contenu du courrier échangé, nous semble indispensable.

En somme, avec la participation assez significative des médecins généralistes, pourrions-nous réfléchir à la mise en place d'une équipe dédiée à la liaison ? La diffusion de la liste d'astreinte des psychiatres au médecin de ville permettra-t-il une meilleure collaboration dans les situations d'urgences ?

Le potentiel d'amélioration est important mais ceci nécessite la participation active de tous (médecins généralistes et psychiatres). Sensibiliser les psychiatres à l'entretien d'une collaboration efficace est indispensable. L'équipe de psychiatrie doit également être

impliquée dans cette collaboration car tous participent à l'élaboration du projet individuel de soin du patient.

BIBLIOGRAPHIE

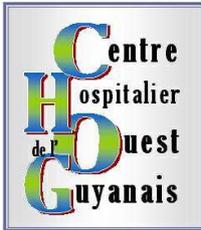
1. Docplayer.fr/4565541-collaboration Yvellines
2. Documents de la recommandation MG/PSY à télécharger-CNQSP [internet]. [cité 7 décembre 2013] DISPONIBLE SUR : <https://sites.google.com/site/cnqsp/the-team/documents-a-telecharger>
3. OMS Plan de Santé mentale 2013-2020, Directrice Générale Margaret CHAN
4. Atlas de la démographie médicale française 2013 : Conseil National de l'Ordre des Médecins [internet, Décembre 2013]. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2013-1327>
5. Circulaire du 15 mars 1960 [internet]. [cité le 12 déc 2013]. Disponible sur / <https://psychiatrie.histoire.free.fr/legisl/sector/1960.htm>
6. Rapport DRESS : 50 ans de sectorisation psychiatrique en France : les inégalités persistantes de moyens et d'organisation-août 2009-Union Syndicale des Psychiatres USP, [Internet], [cité 12 décembre 2013]. Disponible sur : <http://www.uspsy.fr/Rapport-DRESS-cinquante-ans-de-html>
7. Magali Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès ; Question d'économie de la santé, N°145-Août 2009. Disponible sur <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf>
8. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances [internet]. [Cité 12 Décembre] Disponible sur <http://insern.frespace-journalistes/medicaments-psychotropes-consommations-et-pharmacodépendances>
9. Alonso J, Lépine J-P, ESEMeD/MHEDEA 2000 scientific Committee. Overview of key data from the European study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). J Clin Psychiatry. 2007 ; 68 Suppl 6 : 3-9.
10. Roelandt DJL. Editorial. L'information psychiatrique 2014 ; 90 : 309-10
doi :10.1684/ipe.2014.1199
11. Passerieux Christine, Proposition d'amélioration de la collaboration MG-Psychiatre : du dispositif de soins partagés à la première recommandation sur cette coopération, Drees 05-2012, p 2-18. Drees.social-sante.gouv.fr
12. Caria A., Roelandt JL, Bellamy V, Vandeborre A « santé mentale en population générale images et réalités (SMPG) » présentation de la méthodologie d'enquête. L'encéphale 2010 ; 36 (suppl 1) : 1-6.
13. De Hert m. Correll Cu, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M ; Chen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World psychiatry. Fevr 2011 ; 10 (1) : 52-77.

14. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. Etats des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale » L'information psychiatrique 2014 ; 90 :311-7 doi : 10.1684/ipe.2014.1200
15. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. Sept 2009, 24(6) : 412-424.
16. Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Non-attendance at psychiatric outpatient clinics : communication and implications for primary care. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. Nov 1999 ; 49 (448) : 880-883
17. Ministère des affaires sociales et de la santé, disponible sur le site : social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante-mentale.fr publié le 06.04.2012 mise à jour le 14.12.15
18. Le portail du service public de la sécurité sociale/ Présentation de la réforme de l'Assurance [internet]. Disponible sur : <http://www.securite-sociale.fr/Présentation-de-la-reforme-de-l-assurance-maladie-de-2004>
19. Parcours coordonné de soins et remboursement. Disponible sur : www.ameli.fr/assures/soins-remboursements/comment-etre-rembourse/parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes/objectif-soins-coordonne.php mis à jour le 08 Septembre 2014.
20. Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé, Chan Chee C, Beck, F Sapinho D, Guilbert P. la dépression en France : Enquête ANADEP 2005 Saint Denis.
21. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. BMC Fam Pract. 2 mai 2005; 6(1):18.
22. Younes N, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Kovess V, Chaillet M, Gasquet I, Differing mental health among general practitioners, private psychiatrist and public psychiatrists. BMC Public Health. 2005 ; 5 :104.
23. Dumesnil H., et al., La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, DREES, Etudes et Résultats, n° 810, 2012.
24. Pullen IM, Yellowless AJ. Is communication improving between general practitioners and psychiatrists, Br Med J Clin RES Ed. 5 janvier 1985 ; 290 (6461) : 31-32.
25. 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.
26. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. Etats des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale » L'information psychiatrique 2014 ; 90 :311-7 doi : 10.1684/ipe.2014.1200
27. Andreu I. et Boiteux C. ; Mis en place de l'équipe mobile d'intervention et de liaison intersectorielle (EMILI) : une démarche tournée vers le partenariat médecins généralistes et

psychiatres de secteur. Mémoire DIU de Santé Mentale dans la communauté : étude et Applications, P 23-24, 2013.

28. OMS and WONCA (20018) Integrating mental health into primary care, a global perspective. Genève, World Health Organization of family Doctors
29. Bulletin officiel n°2003-3 [internet]. [cité le 12 décembre 2013]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-03/a0030144.htm>.

ANNEXES



Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais « Franck Joly »

16, Avenue du Général de Gaulle - B.P. 245 - 97393 SAINT-LAURENT DU MARONI CEDEX
Guyane française
N° FINESS : 97 03 00083

Service de Psychiatrie

Secrétariat Hospitalisation : ☎ (0594) 34 47 43 ✉ secpsychiatrie@ch-ouestguyane.fr Fax : (0594)
Secrétariat Psychiatrie : ☎ (0594 34 07 26) Fax : (0594 27 81 24)

Dr

Médecin généraliste

97320 SAINT LAURENT DU MARONI

Inscrite au Diplôme Interuniversitaire de santé Mentale dans la communauté, je me permets de vous contacter afin de réaliser mon mémoire qui s'intitule :

- Evaluation et amélioration de la qualité de nos échanges.

Le secteur 98G03 et l'inter secteur 97IG2 couvre l'ensemble des communes de l'Ouest Guyanais. Ils sont regroupés en 05 unités fonctionnelles dont les CMP et CMPI, les hôpitaux de jour (adultes et enfants) et l'hospitalisation complète adulte. Des astreintes sont également organisées toute la semaine.

Nous réalisons des consultations mensuelles sur les sites isolés terrestres comme fluviaux.

Mon travail permet d'évaluer l'état actuel de vos connaissances sur notre offre de soins, de recenser vos besoins et attentes vis-à-vis de la psychiatrie en particulier de la santé mentale de nos patients en général.

Au décours de vos réponses et suggestions, nous pourrions rédiger un protocole et/ou actualiser nos relations.

Il s'agira pour se faire de répondre au questionnaire joint qui comprend 10 items et ne prendra que 10 minutes.



Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais « Franck Joly »

16, Avenue du Général de Gaulle - B.P. 245 - 97393 SAINT-LAURENT DU MARONI CEDEX
Guyane française
N° FINESS : 97 03 00083

Service de Psychiatrie

Secrétariat Hospitalisation : ☎ (0594) 34 47 43 ✉ secpsychiatrie@ch-ouestguyane.fr Fax : (0594)
Secrétariat Psychiatrie : ☎ (0594 34 07 26) Fax : (0594 27 81 24)

Merci chers confrères, votre participation est indispensable à l'aboutissement de ce travail de mémoire afin de vous proposer sur la base des réponses que vous me fournirez.

Acceptez mes salutations confraternelles.

Saint-Laurent du Maroni, le 1er Juin 2016

TEDONGMO Linette, Médecin psychiatre



Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais « Franck Joly »

16, Avenue du Général de Gaulle - B.P. 245 - 97393 SAINT-LAURENT DU MARONI CEDEX
Guyane française
N° FINESS : 97 03 00083

Service de Psychiatrie

Secrétariat Hospitalisation : ☎ (0594) 34 47 43 ✉ secpsychiatrie@ch-ouestguyane.fr Fax : (0594)
Secrétariat Psychiatrie : ☎ (0594 34 07 26) Fax : (0594 27 81 24)

PLACE DU MEDECIN TRAITANT DANS LE PARCOURS DE SOINS EN SANTÉ MENTALE EVALUATION DES PRATIQUES ACTUELLES.

Avant toute chose, merci de bien vouloir préciser :

Age :

Sexe :

Nombres 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 ?.....

1ere PARTIE : ETAT DES LIEUX DE LA COORDINATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES DE L'OUEST 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

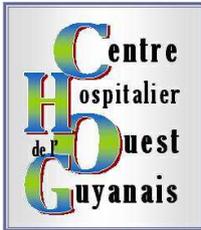
Non

Si Oui, était-ce :

Dans une situation d'urgence

Hors urgence/Pathologie chronique

Commentaires libres :.....



Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais « Franck Joly »

16, Avenue du Général de Gaulle - B.P. 245 - 97393 SAINT-LAURENT DU MARONI CEDEX
Guyane française
N° FINESS : 97 03 00083

Service de Psychiatrie

Secrétariat Hospitalisation : ☎ (0594) 34 47 43 ✉ secpsychiatrie@ch-ouestguyane.fr Fax : (0594)
Secrétariat Psychiatrie : ☎ (0594 34 07 26) Fax : (0594 27 81 24)

.....
.....
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 s'adresser
- Réticence du patient à consulter un psychiatre

Commentaires libres :

.....
5/ Aimerez-vous être 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 :

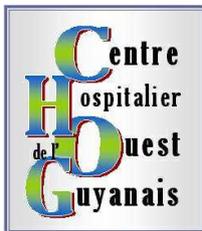
- Aux urgences
- CMP / CMPI

Pourquoi ? :

7/ Et si vous souhaitez 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 de cas
- A la complexité du cas
- Au contexte social
- A la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire

Commentaires libres :



Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais « Franck Joly »

16, Avenue du Général de Gaulle - B.P. 245 - 97393 SAINT-LAURENT DU MARONI CEDEX
Guyane française
N° FINESS : 97 03 00083

Service de Psychiatrie

Secrétariat Hospitalisation : ☎ (0594) 34 47 43 ✉ secpsychiatrie@ch-ouestguyane.fr Fax : (0594)
Secrétariat Psychiatrie : ☎ (0594 34 07 26) Fax : (0594 27 81 24)

COURRIER ADRESSE PAR LE MEDECIN GENERALISTE AU PSYCHIATRE (recommandation du collègue

National pour la qualité des soins en psychiatrie CNQS) avec validation HAS

I- **Motifs de recours au psychiatre** : ils doivent être formulé sous forme d'une question qu'adresse le généraliste au psychiatre et permettra d'ouvrir un échange de type collaboratif puisse qu'il orient la réponse du psychiatre sur un mode centrée sur la situation présentée.

- formulés par le patient ou son entourage
- Tableau clinique peu clair ou une gravité particulière des symptômes
- Difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la thérapeutique
- Demande d'avis diagnostique ou thérapeutique
- une orientation vers un suivi spécialisé

II- **Principaux éléments symptomatiques et expression ou les hypothèses diagnostiques du médecin généraliste**

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

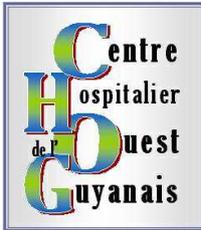
III- **Les problèmes de santé somatiques et les traitements en cours**

Les intrications entre les problèmes de santé somatique et psychiques sont importantes et complexes. L'évaluation du problème psychique impose donc de connaître l'état somatique du patient. Il en est de même pour le choix thérapeutique en particulier pour la gestion optimale des risques de prescription des psychotropes.

IV- **Les éléments de l'histoire médicale et psychiatrique**

Transmis avec l'accord du médecin généraliste, il est souhaitable que le courrier du Médecin généraliste résume ces informations surtout les plus significatifs, les plus fréquemment révélés dans la littérature sont :

- Date de début des troubles
- L'évolution des symptômes
- Les comportements jugés à risque évolutif comme actes médico-légaux
- Une conduite d'addiction ou des comportements suicidaires
- Les antécédents d'hospitalisation pour le problème psychique
- Les antécédents familiaux et l'observance aux propositions thérapeutiques



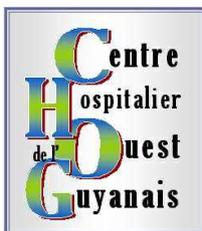
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais « Franck Joly »

16, Avenue du Général de Gaulle - B.P. 245 - 97393 SAINT-LAURENT DU MARONI CEDEX
Guyane française
N° FINESS : 97 03 00083

Service de Psychiatrie

Secrétariat Hospitalisation : ☎ (0594) 34 47 43 ✉ secpsychiatrie@ch-ouestguyane.fr Fax : (0594)
Secrétariat Psychiatrie : ☎ (0594 34 07 26) Fax : (0594 27 81 24)

- V- **Les réactions notables liées à des traitements précédemment ou actuellement** prescrit pour le trouble psychique
- Echec ou succès des précédents traitements
 - Bonne ou mauvaise tolérance et /ou observance
- VI- **Les faits marquants de l'histoire personnelle** du patient et son contexte de vie, familial et/ou psychosocial cet élément vise à guider le psychiatre lors de son entretien et à faciliter au patient l'expression des évènements de son histoire personnelle, avec **l'accord préalable de celui-ci.**
- VII- **Les modalités du suivi partagé concernant le suivi du problème psychique de son patient.**
- Il est donc essentiel que le médecin généraliste puisse exprimer ses attentes dès le premier courrier quant à sa place dans le suivi. Et lorsqu'il n'a pas d'attentes particulières, il est également important qu'il le signale au psychiatre
- VIII- **Les suggestions thérapeutiques**, les pistes thérapeutiques envisagées avec le patient.
- Les psychothérapies : analytiques, comportementales, cognitives, de couple, familiale...
 - Les traitements psychotropes (psycholeptiques, psychodysleptiques ...)
- IX- **Les informations échangées avec le patient** pour justifier d'une consultation auprès d'un psychiatre, cette information facilite l'ajustement du psychiatre au contexte de la demande



Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais « Franck Joly »

16, Avenue du Général de Gaulle - B.P. 245 - 97393 SAINT-LAURENT DU MARONI CEDEX
Guyane française
N° FINESS : 97 03 00083

Service de Psychiatrie

Secrétariat Hospitalisation : ☎ (0594) 34 47 43 ✉ secpsychiatrie@ch-ouestguyane.fr Fax : (0594)
Secrétariat Psychiatrie : ☎ (0594 34 07 26) Fax : (0594 27 81 24)

Saint Laurent le

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Docteur Linette
TEDONDMO

Chef de service
Médecin Psychiatre

Docteur Algassimou
DIALLO
Médecin Psychiatre

Docteur Kaïs BOUZID
Médecin Psychiatre

Docteur Ruchet
RAKOTOVAZAHA
Médecin Psychiatre

Nom : Prénom :

Née le :

Adresse :

1-HOSPITALISATION Du au

Unité de soins : Soins Psychiatriques Libres
Médecin traitant :

Soins Psychiatriques Sous contrainte
Médecin de service :

2- Motif d'hospitalisation :

3-Antécédents :

Psychiatrique :

Médico-chirurgicaux :

4- Mode de vie :

5- Anamnèse :

6- Etat clinique à l'admission :

7- Evolution clinique dans le service :

8- Traitement à l'admission :

9- Examens complémentaires :

10- Examens biologiques :

11- Hypothèse diagnostique :

12- Traitement de sortie :

13- Code CIM 10 :

F

14- Orientation :

Signature

Dr