

Propositions d'amélioration de la coopération MG – Psychiatres : du dispositif de soins partagés à la première recommandation sur cette coopération

Pr Christine Passerieux

Centre Hospitalier de Versailles

Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines

Coopération MG-Psy – Pr Passerieux – Mire

Drees 05-2012

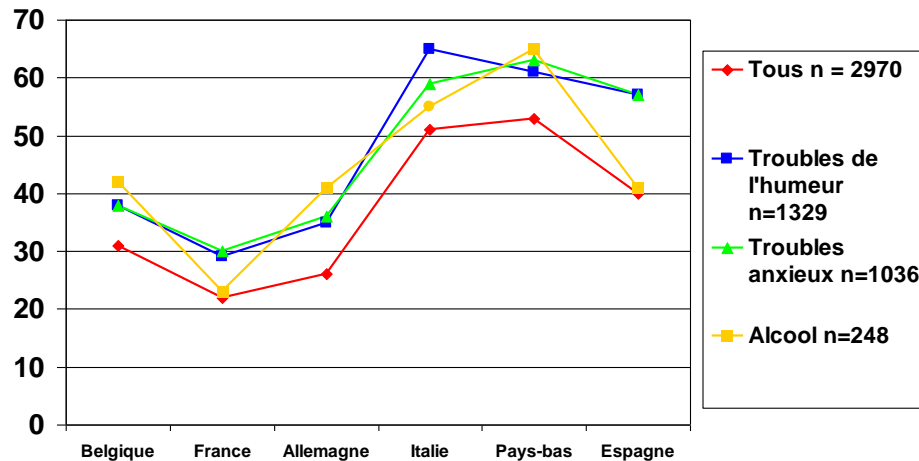
Le déficit de coopération entre médecins généralistes et psychiatres :

Un constat partagé par l'ensemble des grands pays occidentaux

- Question émergente avec le développement de soins médicaux de nature psychiatrique dédiés aux troubles mentaux fréquents
 - Troubles anxieux et troubles dépressifs
 - Très forte prévalence en population générale
 - Caractère invalidant (pour la personne et pour la collectivité)
- La prise en charge des patients présentant ce type de troubles se fait, de facto, en médecine générale où leur prévalence est évaluée à 25 à 30%.
- Plusieurs obstacles à l'accès et à la qualité des soins
 - ➔ Problèmes d'interface entre le système de soin primaire et le système de soins spécialisé

Une interface MG – Psy problématique

- Problème d'interface avec le système spécialisé : *Le taux d'adressage MG → Psychiatre en France est l'un des plus faibles d'Europe (Étude ESEMED, 2004)*



France : 22.2%,
Italie : 55.1%,
Pays-Bas : 52.8%,
Espagne : 40.4%.

The state of Mental Health in the European Union, 2004. V Kovacs
<http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/state-of-mental-health-in-the-european-union-2005.pdf>

« *Votre médecin vous a-t-il jamais adressé à un spécialiste de santé mentale ?* » (pour ceux des patients qui ont consulté)

- Impact sur l'accès aux soins pour les troubles mentaux sévères (retard++)
- Impact sur la qualité des soins
- ? Lien avec les indicateurs français de santé mentale qui ne sont pas bons :
 - 9ème rang européen / 12 en terme de santé mentale positive,
 - Taux de détresse psychique élevé (3ème rang/12)
 - prévalence très élevée des troubles anxieux et dépressifs (dernier rang européen),
 - taux de prévalence du suicide parmi les plus élevé

Revue de littérature sur les conséquences de l'absence de coopération entre MG et psychiatres

<p>Fragmentation des soins du patient Conséquences sur la planification des soins Effet néfaste sur la prise en charge des patients Barrière au traitement efficace des troubles mentaux sévères Délivrance inefficace des soins et risque de duplication des services Absence ou retard au diagnostic Interruption des soins Répétition des examens complémentaires Perdus de vue</p>	<p>Chew-Graham et al. 2008 Raine et al. 2005 Lester et al. 2004 Killaspy et al. 1999 Meadows et al. 2007 Mitchell et al. 2002 Epstein 1995 Killaspy et al. 1999 Essex et al. 1990</p>
<p>Mauvaise gestion du traitement Augmentation de la iatrogénie</p>	<p>Hampson et al. 1996 Essex et al. 1990 Epstein 1995</p>
<p>Non-compliance au traitement</p>	<p>McGlade et al. 1988</p>
<p>Tensions dans les relations entre praticiens</p>	<p>Chew-Graham et al. 2007 Westerman et al. 1990</p>
<p>Confusion des rôles Répartition non claire des responsabilités Soulève des questions médico-légales</p>	<p>Essex et al. 1990 McGlade et al. 1988</p>
<p>Divergences de perception entre patient, MG et spécialiste</p>	<p>Westerman et al. 1990</p>
<p>Perte d'information</p>	<p>Epstein 1995</p>
<p>Diminution de la confiance du patient</p>	<p>Westerman et al. 1990</p>
<p>Attentes des patients devenant peu claires ou irréalistes</p>	<p>Epstein 1995</p>

Les obstacles à la coordination MG-Psy

• **Facteurs organisationnels :**

- Sous évaluation du temps (et du coût) de cette coordination
- Manque de disponibilité des spécialistes (délai d'attente, insuffisance des lieux d'adressage dédiés, etc.)

• **Facteurs liés à l'exercice :**

- Vécu d'abandon ressenti par le patient et le MG (pas de retour de la part du psychiatre dans 80 % des cas)
- Réticence des patients à l'adressage au psychiatre et préférence pour leur MG
- Absence de langage commun entre MG et psy, de connaissance des pratiques de l'autre
- Limites des compétences des MG (par ex, le premier critère d'adressage au psychiatre est le fait qu'il y ait eu un suivi psy antérieur)
- Problème de définition des rôles ou de définition non consensuelle (ex: déléguer la prescription au MG sans accompagnement)

Des particularités françaises :

- **Prévalence du modèle de remplacement** ou du modèle communautaire d'une équipe pluridisciplinaire de soins en santé mentale
- **Psychiatre identifié comme premier contact** pour les patients présentant des troubles mentaux et responsable de l'organisation de leurs soins
- Organisation des soins en santé mentale peu lisible : **distinction difficile entre premier et deuxième recours**
- Certaines modalités de coopération existent (ex: MG prescripteur et psychiatre psychothérapeute) mais peu diversifiées, insuffisantes et le fait de relations personnalisées et non d'une organisation des soins
- Une démographie médicale très disparate

Confirmation dans le territoire Yvelines

Sud : Enquête RPSM78 2000 * **



Enquête épidémiologique transversale : patients présentant un problème de santé mentale vus en consultation pendant 8 jours

- 180 / 492 médecins généralistes (36.6 %)
- 45 / 82 psychiatres libéraux (55%)
- 63 / 78 psychiatres publics (84%)

- Environ 50% des patients sont, de l'avis du psychiatre, adressés trop tardivement
- Pas d'identification claire des rôles : les MG suivent seuls une population importante (23% des patients psychiatriques) de patients de sévérité comparable à celle suivie par les spécialistes (en terme de chronicité et de handicap)
- Lors de l'adressage par le MG : 80% de non retour du spécialiste
- 64% des MG sont insatisfaits ou très insatisfaits des relations avec les psychiatres
- Les pratiques collaboratives sont peu formalisées.
- Peu de représentations sur leurs formes possibles

*Younès N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, 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* 2005;6(1):18.

**Younes N, Passerieux C, Hardy-Baylé MC, Falissard B, Kovess V, Chaillet MP, et al. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health* 2005;5:104.

Une réponse du RPSM78 : le Dispositif de soins partagés

Dispositif dédié

- **Élaboration partenariale du cahier des charges**
- **Modèle des « consultation-liaison » (versus « liaison – attachement »)**
- **2 lieux de consultation en hôpital général (facilité d'accès / déstigmatisation)**
- **Trajectoire de soins construite en fonction du partenariat**
- **Favoriser l'accès au soin le plus approprié**
- **Pratique clinique « active » orientée vers la construction, l'explicitation et la délégation du projet de soins**

Cahier des charges :

- **Accès aux soins : facile et sans délai, quel que soit « l'adresseur » (MG, Psychologue, patient, entourage)**
- **Implication d'une équipe pluridisciplinaire (Psychiatre, psychologue, infirmier)**
- **Multiplication des étapes de coordination / concertation**
- **Séquence de soins/évaluation : offre de soins limitée à l'évaluation, l'élaboration conjointe d'un projet de soin, et le cas échéant l'accompagnement vers un nouveau professionnel et/ou la PEC de la crise**
- **Action de formation en direction des MG :**
 - **Compte rendu de consultation à visée formative**
 - **Action de formation directe (groupes de supervision)**
- **Développement de l'offre de soin psychothérapeutique :**
 - **Prestations spécifiques de psychothérapie**
 - **Diversification des modalités de PEC**
- **Un « réseau » de partenaires : MG / psychologues libéraux / psychiatres (2ème ligne)**
- **Observatoire des pratiques partenariale et recherche clinique**

le Dispositif de soins partagés : un partenariat possible



Action plébiscitée

Depuis 2001 :

- **400 nouveaux patients par an**
- 2/3 patients adressés par leur MG, 10 % par d'autres praticiens, moins d'un quart de demandes directes (évolution avec le temps)
- taux d'absentéisme au 1er RDV constamment **inférieur à 5 %**
- Peu de patients refusent le contact psychiatre / MG, davantage psychologue/MG
- nombre moyen de consultations par patient : un peu plus de 2 consultations

Une coordination effective MG-Psy

Enquête rétrospective 2004 *

139 généralistes, (taux de réponse de 85 %)
À deux ans, MG restait référent du projet de soin dans 80 % des cas
DSP ressenti comme une aide par le MG dans 85 % des cas
Taux total d'adressage vers des soins spécialisés exclusifs de 44 % (littérature : 18 à 44 %)

Enquête prospective 2008 (un an)

95 patients
70 % répondent
CGI : 74 % amélioration, 18 % pas de changement, 7 % aggravation
Restent suivi par leur généraliste : 59 %
Suivi spécialisé exclusif : 30 %
Plus de suivi : 11 %
Réalisation partielle ou totale du projet de soin proposé : 75 %

Enquête prospective 2010 (un an)

151 patients
60 % répondent
CGI : 74 % amélioration, 16 % pas de changement, 7 % aggravation
Restent suivi par leur généraliste : 60 %
Suivi spécialisé exclusif : 25 %
Plus de suivi : 15%
Satisfaction concernant le DSP : 87 %

*Nadia Younes, Christine Passerieux, Marie-Christine Hardy-Bayle, Bruno Falissard and Isabelle Gasquet. "Long term GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems". **BMC Family Practice** 2008, 9:41.

**N. Younès, C. Passerieux, D. Janvier, N. Kayser, M.C. Hardy-Bayle Shared Mental Health care. One-year outcome for patients after a French consultation-liaison intervention, communication, 16th European Congress of Psychiatry, Nice, April 5-9, 2008.

le Dispositif de soins partagés : Conclusions



- Rôle et mission spécifique de la psychiatrie
- Efficacité beaucoup plus grande si emplacement familial et non stigmatisé et si principe explicite de continuité des soins
- Permet une réelle délégation de compétences – un dispositif de formation efficace car inscrite dans le dispositif organisationnel (*méta-analyse Cochrane 2003 *: meilleure efficacité des actions organisationnelles / actions de formation isolée en termes de satisfaction des acteurs et clinique : observance, devenir des patients*). La seule collaboration de même que la formation seule ne permet pas le transfert de compétence au MG → les groupes cliniques d'accompagnement des pratiques
- Importance du « protocole organisationnel collaboratif »
- Missions inscrites dans un cahier des charges : soins partagés directs et indirects, formation, observatoire des pratiques partenariales, recherches – observance
- Un coût faible / un potentiel considérable d'amélioration – réponse à la question des psychothérapies
+++ DSP + PSP : le dispositif du RPSM78
- Peut-on améliorer les modalités de partenariat ?
→ *vers l'élaboration d'un référentiel sur les modalités de coordination MG-Psychiatre*

* *Gilbody et al., JAMA, 2003*

Recommandation sur les modalités de coordination MG-Psychiatre

- vise à améliorer le partenariat
 - ➔ quelque soit la coopération, ***promouvoir une modalité d'échange collaborative et évolutive***
 - ➔ **Faut-il contraindre les situations d'adressage ?**
 - Des propositions : fixer des « normes » d'adressage au psychiatre (NICE, 2004...)
 - Mais : non car
 - Essai randomisé : pas de différence entre les deux situations dans l'évaluation par les psy du caractère approprié ou non
 - Échec de l'usage de cet outil à visée éducative : pas d'amélioration de l'adressage
 - ne tient pas compte du MG : définition de son rôle, caractère évolutif de sa compétence
 - Poids excessif aux données de repérage facile (symptômes/diagnostic) alors que difficultés de PEC souvent non symptômes dépendantes
 - Liste longue et peu opérante

Recommandation sur les modalités de coordination MG-Psychiatre

- **Les courriers d'adressage : un signe et une cible !**
 - Littérature abondante ++ sur courriers accompagnant le premier adressage d'un patient adulte
 - Les courriers échangés ne répondent pas aux besoins...
 - ...des MG : courrier académique et non orienté vers le soin partagé
 - ... des psychiatres : adressage non approprié, informations non pertinentes, absence de formulation des attentes
- **Étape essentielle pour poser la nature des échanges et du partenariat**
- **Améliorer les échanges de courrier : favoriser les échanges collaboratifs**
 - Faire porter l'essentiel de la recommandation sur le potentiel d'amélioration dans les courriers de réponse des psychiatres
 - collège promoteur : psychiatres
 - lettre MG plus proche des attentes des psychiatres que l'inverse

La coopération Médecins Généralistes - Psychiatres : Les courriers échangés entre MG et psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique

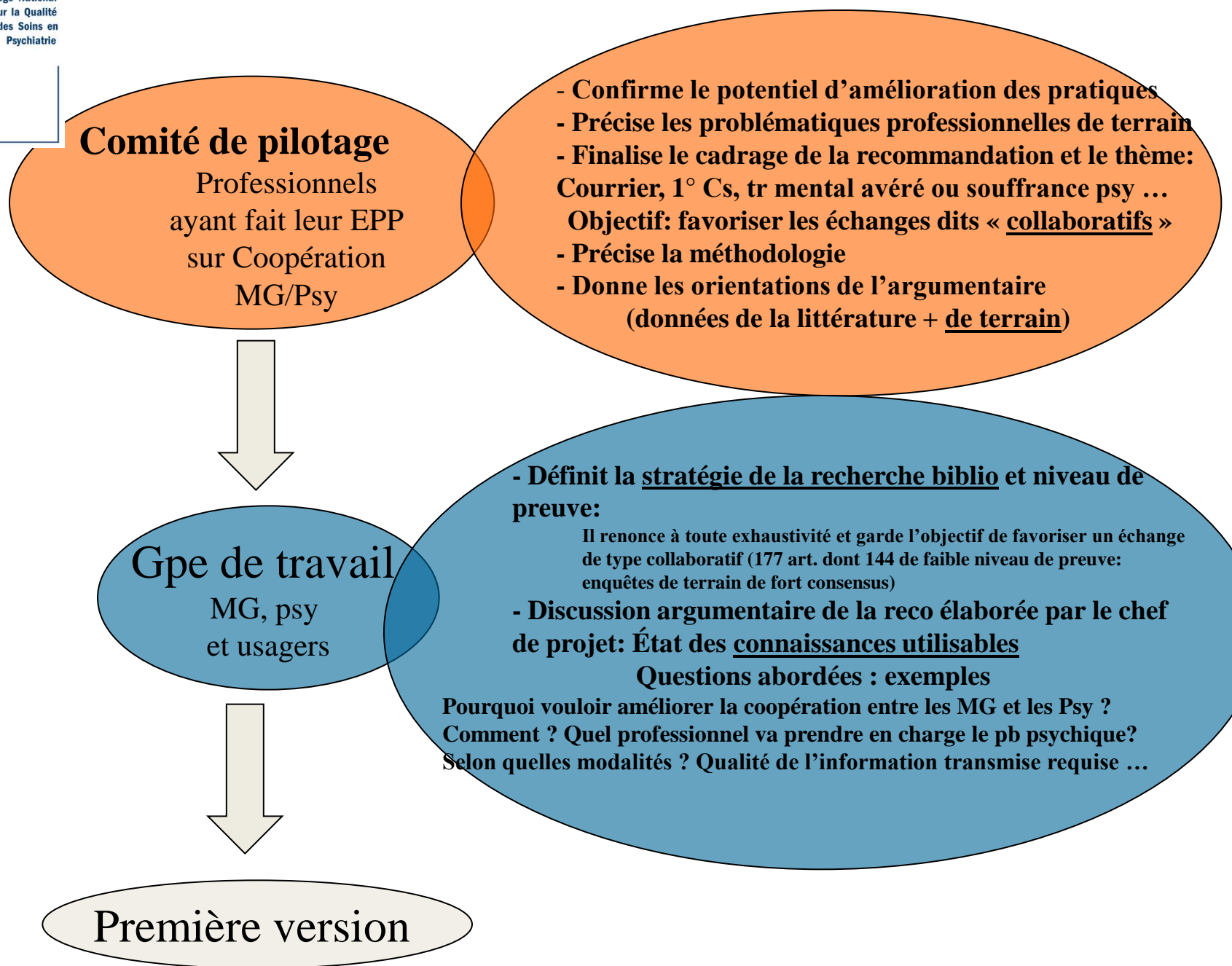
- La recommandation répond aux questions suivantes :
 - quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre devrait lui transmettre par courrier après une première consultation d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique ?
 - Quelles sont les informations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

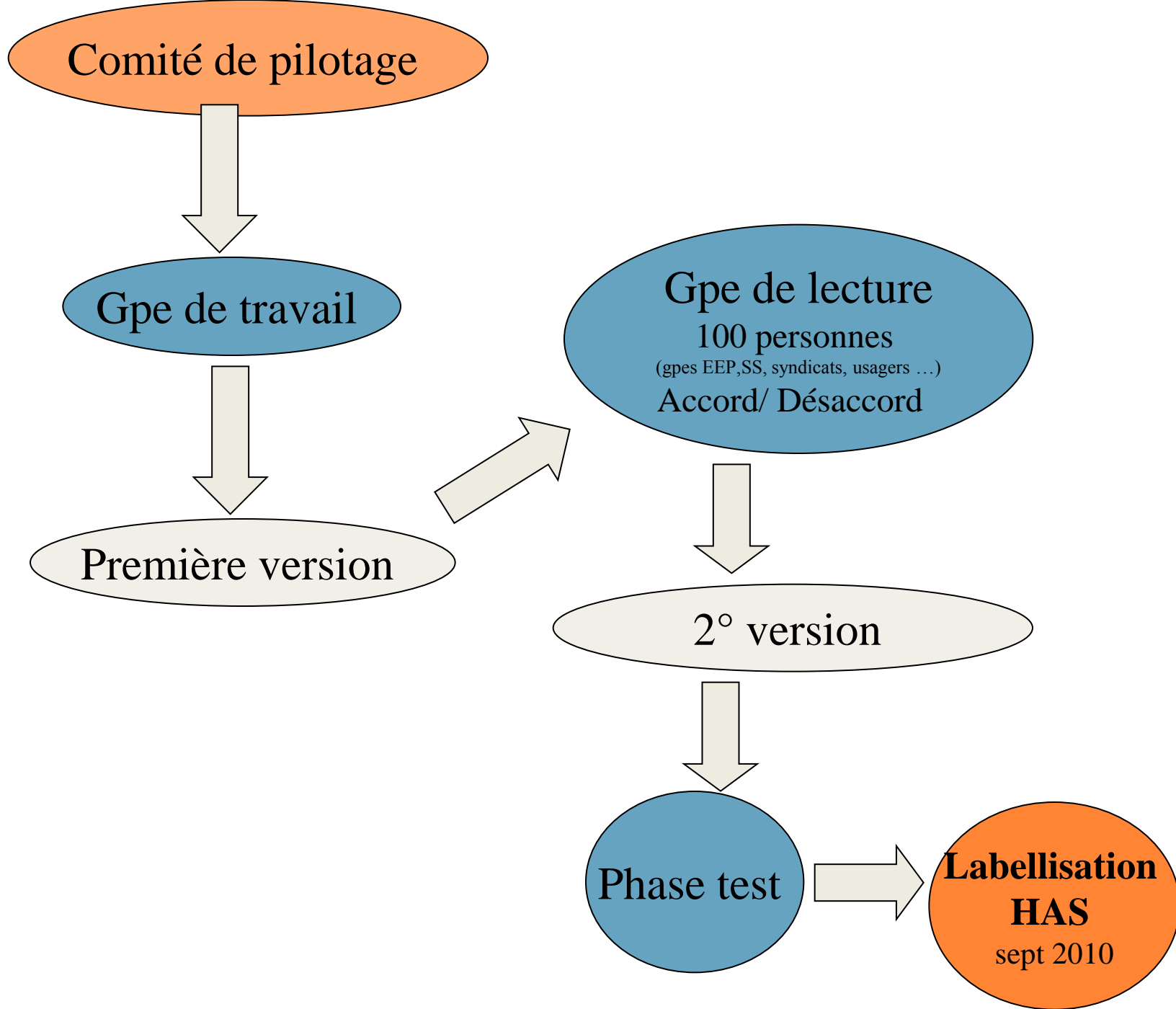
Les recommandations du CNPP-CNQSP

Deux acteurs :

- 1- La Haute Autorité de Santé (HAS)
- 2- Le Conseil National Professionnel de Psychiatrie-
Collège pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
(CNPP-CNQSP)

Une méthodologie rigoureuse





SYNTHESE / méthodologie innovante

- Justification par le groupe de travail de chacun de ses choix
 - Équilibre entre membres experts et naïfs
 - Médecine rurale représentée
 - Associations d'usagers font partie du groupe de travail
 - Large groupe de lecture ouvert aux professionnels de terrain
 - Les remarques de tous les membres du groupe de lecture sont prises en compte
 - Groupe test pour évaluer impact organisationnel et économique de la reco
 - Actualisation
 - ...
- > Diffusion de ces recommandations dans le cadre de programmes innovants de DPC par le CNPP-CNQSP

La diffusion de la recommandation

- mise à disposition sur le site du CNQSP cnqsp.org et de la HAS www.has-sante.fr
- diffusion auprès des collèges territoriaux et des sociétés savantes et syndicats membres du CNQSP
- Utilisée dans la démarche qualité des Centres Experts de FondaMental et de notre consultation de soin partagés
 - ➔ travail sur le contenu minimum des CR de consultation
- Appropriation par des organismes de formation médicale continue : programme de DPC financé par OGFMC (associant MG et Psy)
- Retours de terrain (P. Lefébure) : TB pour MG, exigeante pour Psy
- Thèses de MG sur la question (C; Massoubre)
- Congrès (CFP, CNNLF, Encéphale, etc...)
- mise en application sous forme de programmes EPP (le CNQSP accompagne des établissements spécialisés dans le cadre de leur certification)

Où trouver la recommandation ?

- Site de la HAS
www.has-sante.fr
- Site du CNPP- CNQSP
www.cnqsp.org