

**23ème forum de formation des Facultés de Médecine
de Toulouse Rangueil et Purpan**

Jeudi 20 Octobre 2011

16h15/17h45

PSYCHIATRIE COORDINATION

MEDECINE GENERALE ET EQUIPE MEDICO PSYCHOLOGIQUE

Intervenants : Dr C HAMBOURG, Dr A SAGODI, Dr J BILLARD, Dr K FAURE

INTRODUCTION

Notre proposition de communication repose sur les constats suivants

- 1) Prévalence élevée des troubles psychiatriques (étude ESEMed 2000)
- 2) Communication entre psychiatres et MG de qualité médiocre (enquêtes)
- 3) Inadéquation des prescriptions psychotropes et diagnostic psychiatrique (rapport national Verdoux)

Les trois troubles psychiatriques, les plus fréquents en Médecine Générale, : l'épisode dépressif, l'anxiété généralisée, l'abus d'alcool, les valeurs de prévalence sont :

	Prévalence au cours 12 derniers mois *	Prévalence vie entière
Episode dépressif majeur	6.0 %	21.4 %
Anxiété généralisée	1.2 %	3.0 %
Abus d'alcool	0.5 %	4.1 %

Bien qu'ils soient fréquents, la prise en charge actuelle est-elle optimale ?

Sans répondre directement à cette interrogation, si nous mettons en perspective trois autres constats :

- l'un étant l'inadéquation sur la prescription de psychotropes et le diagnostic psychiatrique relevée dans le rapport national sur la prescription des psychotropes (H.VERDOUX)
- la qualité jugée insatisfaisante du partenariat entre Médecins Généralistes et Psychiatres (courriers et échanges téléphoniques)
- 1/4 patients avec trouble psychiatrique suivis exclusivement par MT
 - Tb mental chronique d'évolution supérieur à 3 ans
 - Gravité équivalente à des suivis par psychiatres libéraux

Travailler les bases d'une coordination pertinente entre Médecin Généraliste-Psychiatre nous paraît un axe essentiel.

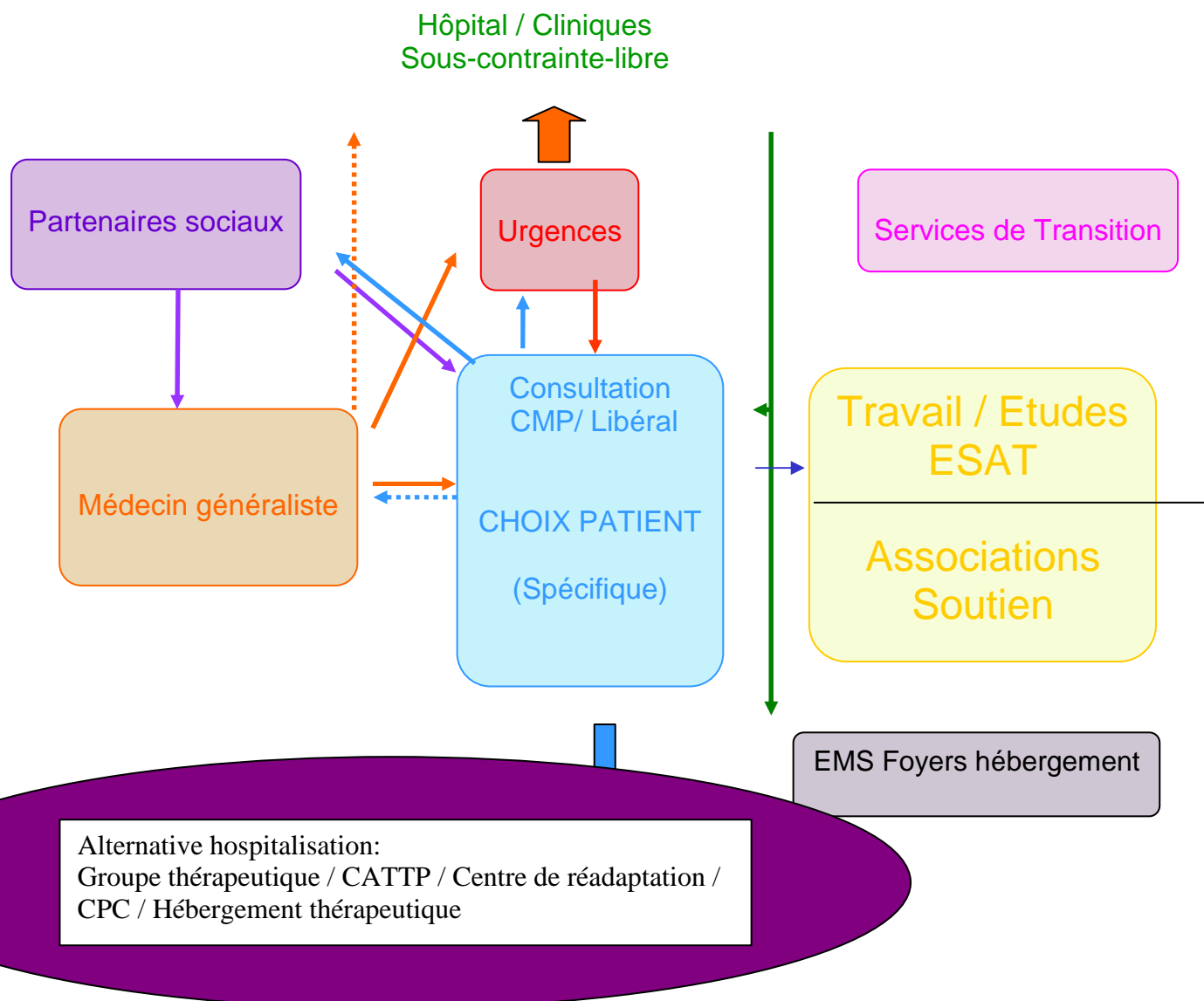
Nos réflexions se sont portées sur des moyens de faciliter l'accès aux soins psychiatriques, la présentation de guides pratiques pour les troubles psychiatriques, les plus fréquemment rencontrés en Médecine Générale et enfin la singularité de la prise en charge d'un patient, ayant un trouble psychiatrique en Médecine

A .Enjeux d'une coordination de qualité entre médecins généralistes et équipes psychiatriques

1) Faciliter l'accès aux soins psychiatriques

a. Connaissances de l'architecture du réseau de soins psychiatriques

i. Réseau de soins : généralités



ii. Adressage adapté

L'adressage d'un patient d'une consultation de Médecine Générale à une consultation psychiatrique peut se relever problématique : taux d'adressage du MT au psychiatre le plus faible (étude ESEMED) par rapport aux autres spécialités

Cette difficulté est en partie liée aux représentations individuelles de la santé mentale, et de la folie.

Quels aspects peuvent favoriser cet adressage ?

- Lieu d'exercice
- Horaires d'ouverture
- Tarifs de la consultation
- Délai de consultation

b. Recommandations sur modalités d'adressage (cf Recommandations du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie)

i. Constats négatifs, Réponses

a. Constats négatifs

Les travaux sont issus d'un groupe de pilotage organisme agréé PratPsy (Médecins Généralistes et Psychiatres) puis CNSQP

Le taux d'adressage du Médecin Généralistes aux Psychiatres le plus faible en Europe La France est un pays européen mal classée en santé mentale positive

Le modèle de travail du psychiatre indépendant (psychiatres libéraux ou CMP avec le psychiatre comme seul référent médical du patient comporte des limites importantes

Renforcer le partenariat entre MT et Psychiatres car le MT occupe une place centrale chez les patients, dont ceux souffrant de pathologie mentale (proximité), les MG rencontrent des difficultés dans la prise en charge de ces patients et que les professionnels se reconnaissent insatisfaits des dispositifs actuels.

b. Réponses

Rédaction d'un premier Référentiel en Septembre 2010 :

« Courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique »

- 3 objectifs :
 - Adresser un courrier
 - Favoriser les échanges collaboratifs

- Transmettre les informations utiles

ii. Propositions pour modalités d'adressage

Etablir un organigramme personnel pour adressage en consultation psychiatrique

1. Choix du patient
2. Critères : « expertise » dans le domaine, travail en collaboration, accessibilité
3. Délai acceptable

B) Adéquation entre le diagnostic psychiatrique et réponses thérapeutiques.

- c. De l'établissement du diagnostic au traitement préconisé par guidelines
- i. Classifications internationales et questionnaires comme outils diagnostiques (MINI)

Les classifications internationales DSM IV (DSM V) et CIM 10 regroupent des définitions standardisées permettant d'établir un diagnostic.

La connaissance de ces classifications, notamment de leur version simplifiée et l'utilisation de questionnaires, tel que le MINI sont des supports diagnostiques en pratique clinique.

ii. Guidelines : troubles du sommeil, troubles anxieux, dépressions

Présentation des guidelines actualisées pour prise en charge des troubles psychiques les plus fréquents en Médecine générale, avec focalisation sur le premier et deuxième niveau de prise en charge

Exemple Arbre décisionnel troubles du sommeil chez sujet âgé

iii. Psychothérapies : Des représentations sociales à l'evidence based-medicine

Présentation des modalités des psychothérapies :

- psychodynamique ou d'inspiration psychanalytique
- cognitivo-comportementaliste
- systémique
- formes brèves

et les indications de chaque type de psychothérapie en fonction du choix du patient et des preuves d'efficacité apportées par les études au travers d'un exemple épisode dépressif isolé chez l'adulte.

Question 1 : une psychothérapie spécifique devrait-elle être envisagée ?

- Dépression légère à modérée : si préférée comme seul traitement ou en association.
- Dépression modérée à sévère : en association avec les médicaments ou l'électrothérapie convulsivante si l'environnement social est favorable et/ou selon les préférences du patient.

Si oui : inclure dans le projet thérapeutique et passer à la question 2.

Si non : passer directement à la question 2.



Question 2 : un traitement antidépresseur devrait-il être prescrit ?

- Dépression légère : si préféré comme seul traitement.
- Dépression modérée à sévère : avec ou sans psychothérapie spécifique, à moins qu'une électrothérapie convulsivante ne soit programmée.
- Dépression psychotique : association de médicaments antipsychotiques et d'antidépresseurs, ou l'électrothérapie convulsivante.

Si oui : inclure dans le projet thérapeutique et passer à la question 3.

Si non : passer directement à la question 3.



Question 3 : psychothérapie spécifique et traitement antidépresseur devraient-ils être associés ?

- Dépression légère : si le patient préfère un traitement associé, ou réponse antérieure seulement partielle à une seule modalité de traitement, ou faible observance.
- Dépression modérée à sévère : avec implications psychosociales importantes, ou problèmes interpersonnels, troubles de la personnalité, ou faible observance.

Si oui : inclure dans le projet thérapeutique et passer à la question 4.

Si non : passer directement à la question 4.



Question 4 : une électrothérapie convulsivante devrait-elle être envisagée ?

- Dépression chronique, modérée à sévère : si le patient préfère, avec ou sans psychothérapie.
- Dépression sévère, ou avec symptômes psychotiques, ou préférence du patient, ou réponse lors d'un traitement antérieur, ou nécessité d'une réponse rapide, ou intolérance au traitement médicamenteux.

Si oui : inclure dans le projet thérapeutique et prendre en compte d'autres traitements.

Si non : envisager de passer directement à d'autres traitements.

Figure 11. Choix des modalités de traitement de l'épisode dépressif caractérisé (adapté de l'APA, 2000 (11)).

Présentation de techniques psychothérapeutiques pouvant être appliquées en consultation classique de Médecine Générale :

- Aptitudes et attitudes de base
- Techniques psychothérapeutiques : clarification et confrontation
- Entretien motivationnel

d. Déterminer les situations d'urgence et CAT

i. Evaluer risque suicidaire

Reconnaissance de la crise suicidaire par les critères établis : niveau de souffrance, degré d'intentionnalité, éléments d'impulsivité, existence d'un facteur précipitant, présence de moyens létaux, qualité du soutien de l'entourage et CAT en fonction du risque.

ii. Etat d'agitation

Reconnaissance des éléments annonciateurs d'une agitation et présentation de CAT de plusieurs niveaux en fonction de l'intensité de l'agitation et des possibilités thérapeutiques suivant le contexte.

iii. Etat délirant aigu ou accès maniaque

Organisation d'un soin spécialisé en urgence, accès au milieu hospitalier en fonction de la présence ou absence d'un suivi spécialisé préexistant et différentes modalités d'hospitalisation

iv. Ce qui n'est pas de l'urgence :

- a. sevrage en produit toxique ou alcool cf entretien motivationnel
- b. décompensation d'un trouble psychique connu sans facteur de gravité

v. Les nouvelles modalités légales d'hospitalisation sous contrainte (loi 5 juillet 2011)

Les modalités d'hospitalisation sous contrainte ont évoluées avec la loi du 5 juillet 2011. Cette évolution entraîne des conséquences dans la pratique clinique et dans la rédaction des premiers certificats médicaux, nécessaires à l'admission au service d'Urgences. Présentation des changements (ayant une implication en pratique de Médecine Générale) et remise des modèles de certificats.

C. Partage d'expérience, un travail entre médecine de ville et CMP

(Ch. Hambourg, Médecin Généraliste, coordonnateur Case de Santé)

Quelques exemples pratiques... ou l'arbre qui cache la forêt ...

Me S. consulte depuis un an pour un syndrome anxio-dépressif, cette-fois-ci elle vient pour une troisième demande d'IVG ...

Me C. consulte pour des malaises à répétition quand elle se remémore des faits passés qu'elle a vu (son père assassiné) avec hallucinations : elle est suivie pour un syndrome de stress post-traumatique ...

Mr P. consulte pour des troubles du sommeil liés à sa situation administrative... il est dans un foyer d'hébergement d'urgence où les policiers sont venus contrôlés ... il prend des benzodiazépines et des hypnotiques ...

Mr L. consulte pour des problèmes avec l'alcool, il est substitué à l'héroïne par buprénorphine...

Mr P. est à la rue depuis 30 ans, il est schizophrène et objet d'agressions physiques, verbales, écrites...

Me K., sans papiers, est en errance depuis 20 ans, elle confond les heures de rendez-vous...

Le médecin généraliste est le médecin "du premier recours". Devenu spécialiste en médecine générale, il reste celui qui reçoit toutes les plaintes, tous les maux d'autant plus facilement que son degré d'empathie et son temps disponible est grand. Parmi ces maux, ceux de l'âme, plus ou moins complexes, plus ou moins intriqués avec des problèmes sociaux sont fréquents. Il tente de façon utopique de séparer ce qui est l'ordre du somatique du psychologique, alors que le patient qui consulte a souvent une peur du morcellement, et attend plutôt d'être rattaché à un "tout" cohérent. Mais notre formation initiale n'est pas adaptée à cette approche globale que chacun d'entre nous apprend en bricolant, souvent avec le risque de "burn out" dans un des pays d'Europe de l'Ouest les plus touchés par les inégalités sociales de santé. Derrière l'arbre d'un ou deux symptômes se cache souvent la forêt d'une vie complexe sous ses différents aspects, bio-psycho-sociaux.

Développer des réseaux aussi complexes que les problématiques rencontrées par nos patients est un enjeu majeur de la médecine générale. Parmi les outils, des interlocuteurs fiables et permettant une prise en charge globale en psychiatrie est indispensable.

Exemple d'un partenariat entre notre lieu de soins primaires, "la case de santé", et le CMP La Grave Réunion de synthèse, échanges de mails, de courriers, de coordination lors des hospitalisations en amont et en aval, sollicitation interprétariat, accueil infirmier de bas seuil avec échanges autour des visites à domicile, avis pluridisciplinaire, travail sur le handicap psychique, sur les droits sociaux, partage d'un SASPAS, sont autant d'outils mis en place pour une meilleure coordination entre ville et hôpital.

Cela demande de la part de la médecine de ville comme celle hospitalière de trouver un terrain commun, un langage commun, au-delà des certitudes et des paradigmes des uns et des autres.

