

PLAN

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS EN MAINE-ET-LOIRE

1. Population

- 1.1. Les médecins généralistes
- 1.2. Les psychiatres

2. Connaissances des recommandations HAS

- 2.1. Chez les MG
- 2.2. Chez les P

3. Fréquence des courriers

- 3.1. Point de vue des MG
 - 3.1.1. Envoyés
 - 3.1.2. Reçus
- 3.2. Point de vue des P
 - 3.2.1. Envoyés
 - 3.2.2. Reçus
- 3.3. Comparaison entre ce que les P et les MG déclaraient envoyer et recevoir.

4. Contenu des courriers

- 4.1. Adressé aux psychiatres (d'après les MG)
- 4.2. Reçus par les psychiatres (d'après les P)
- 4.3. Adressés aux généralistes (d'après les P)
- 4.4. Reçus par les généralistes (d'après les MG)

5. Les souhaits des MG et des P sur le courrier du confrère

- 5.1. Les souhaits des MG
 - 5.1.1. La fréquence des courriers
 - 5.1.2. Le contenu des courriers
 - 5.1.3. Les modalités d'échange
- 5.2. Les souhaits des P

6. Comparaison des points de vue

- 6.1. Sur le courrier rédigé par les MG
- 6.2. Sur le courrier rédigé par les P

7. Intérêt des MG pour la prise en charge des pathologies psychiques

8. Données qualitatives

- 8.1. Chez les P
- 8.2. Chez les MG

RESULTATS EN PAYS DE LA LOIRE

1. Population des cinq départements

- 1.1. Les médecins généralistes
- 1.2. Les psychiatres

2. Connaissances des recommandations HAS

- 2.1. Chez les MG
- 2.2. Chez les P

3. Fréquences des courriers

- 3.1. Point de vue des MG
 - 3.1.1. Envoyés
 - 3.1.2. Reçus
- 3.2. Point de vue des P
 - 3.2.1. Envoyés
 - 3.2.2. Reçus
- 3.3. Comparaison entre ce que les MG et les P déclaraient envoyer et recevoir

4. Contenu des courriers

- 4.1. Adressés aux psychiatres (d'après les MG)
- 4.2. Reçus par les psychiatres (d'après les P)
- 4.3. Adressés aux généralistes (d'après les P)
- 4.4. Reçus par les généralistes (d'après les MG)

5. Les souhaits des MG et des P sur le courrier du confrère

- 5.1. Les souhaits des MG
 - 5.1.1. La fréquence des courriers
 - 5.1.2. Le contenu des courriers
 - 5.1.3. Les modalités d'échange
- 5.2. Les souhaits des P

6. Comparaison des points de vue

- 6.1. Sur le courrier rédigé par les MG
- 6.2. Sur le courrier rédigé par les P

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Résultats principaux

2. Points forts de l'étude

3. Points faibles de l'étude

4. Représentativité de la population

- 4.1. Etude dans le ML
 - 4.1.1. Concernant les MG
 - 4.1.2. Concernant les P
- 4.2. Etude dans la région Pays de la Loire
 - 4.2.1. Concernant les MG
 - 4.2.2. Concernant les P

5. Hypothèses

- 5.1. Importance de la communication MG/P
- 5.2. Etat des lieux de la communication MG/P
 - 5.2.1. Concernant la fréquence des échanges
 - a) Des perceptions différentes
 - b) Le parcours de soins
 - c) Psychiatrie hospitalière et libérale
 - 5.2.2. Concernant les modalités de correspondance
 - a) Le courrier : pierre angulaire de la communication
 - b) Le téléphone
 - c) Les rencontres physiques
 - d) Le mail et la messagerie sécurisée

- e) Le patient vecteur d'informations
- 5.2.3. Concernant le contenu des courriers
- 5.2.4. Concernant les souhaits des MG et des P
- 5.2.5. Concernant les recommandations
- 5.3. Les obstacles à la communication
 - 5.3.1. La psychiatrie publique, une spécialité complexe dans son organisation
 - 5.3.2. Le secret médical difficile à partager
 - 5.3.3. La difficulté diagnostique de la pathologie psychiatrique
 - 5.3.4. Un problème de disponibilité et d'accès aux soins
 - 5.3.5. Des relations interprofessionnelles plus difficiles ?
 - 5.3.6. La formation des MG
 - 5.3.7. Intérêt des MG pour la psychiatrie
- 5.4. Les axes d'amélioration
 - 5.4.1. Renforcer la connaissance réciproque entre MG et P
 - 5.4.2. Améliorer la formation professionnelle
 - 5.4.3. Améliorer les outils de communication
 - 5.4.4. Mieux définir le rôle de chacun

6. Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

- 1. Questionnaire des MG**
- 2. Questionnaire des P**
- 3. Recommandations du CNQSP**
- 4. Résultats significatifs des analyses en sous-groupes**
 - 4.1. Concernant les P du Maine-et-Loire
 - 4.2. Concernant les P des Pays de la Loire
 - 4.3. Concernant les MG du Maine-et-Loire
 - 4.4. Concernant les MG des Pays de la Loire
- 5. Serment d'Hippocrate**

ETAT DES LIEUX DES CORRESPONDANCES ENTRE PSYCHIATRES ET MEDECINS GENERALISTES DU MAINE-ET-LOIRE ET DES PAYS DE LA LOIRE

Enquête déclarative concernant la prise en charge des patients adultes en ambulatoire

Répartition du travail

ALLEMAN Pauline :

- Recherche bibliographique
- Recueil des adresses mail
- Analyse statistique des résultats des médecins généralistes
- Rédaction et correction de la thèse

BOUVIER Ugo :

- Recherche bibliographique
- Relances téléphoniques pour obtenir les adresses mail manquantes
- Analyse statistique des résultats des psychiatres
- Rédaction et correction de la thèse
- Mise en page de la thèse

INTRODUCTION

Les troubles de la santé mentale sont un problème majeur de santé publique en France et dans le monde. Selon l'OMS, 25% de la population mondiale est concernée par des troubles mentaux. En France les maladies mentales sont la première cause d'invalidité, elles sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires⁽¹⁾, elles constituent le deuxième poste de dépenses de soins⁽²⁾.

Concernant la prévalence, 17.4% des hommes français et 25.4% des femmes ont présenté au moins un trouble anxieux, 11.2% des hommes et 15.9% des femmes un trouble de l'humeur. Les conduites addictives avec l'alcool concerneraient 7.2% des hommes⁽³⁾. En 2013, 200 000 tentatives et 10 500 suicides ont donné lieu à un contact avec notre système de soins, soit la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 25-34 ans⁽⁴⁾.

Les médecins généralistes (MG) sont au centre du système de soins, notamment pour faire face aux troubles psychiatriques. Ce sont les médecins de premier recours qui centralisent les informations du dossier médical partagé de leurs patients⁽⁵⁾. L'étude ESEMeD de 2007 montre qu'en France, 72.7% des patients atteints de troubles mentaux consultent en premier lieu leur MG et 23.3% un psychologue⁽⁶⁾. Les MG doivent coordonner les soins nécessaires à leurs patients, les orienter dans le système de santé et s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé^(7,8). Ce rôle central a été réaffirmé par la loi HPST de 2009⁽⁹⁾.

Cependant, la qualité de la prise en charge des troubles mentaux fait l'objet de controverses. La France est le plus important prescripteur de psychotropes de l'Union Européenne⁽¹⁰⁾ et le troisième prescripteur de benzodiazépines et apparentés⁽¹¹⁾. Par ailleurs, les psychothérapies seraient sous-utilisées⁽¹²⁾. De plus, une faible congruence a été constatée entre la présence ou l'absence d'un diagnostic psychiatrique et la présence ou l'absence d'un traitement psychotrope au cours de la prise en charge des troubles mentaux⁽¹³⁾. En comparaison avec

cinq autres pays d'Europe, c'est en France que le taux d'adressage aux psychiatres (P) est le plus bas (22%)⁽⁶⁾.

Parmi les difficultés exprimées par les MG figurent : le déficit d'information sur les structures et les outils d'aide pour la prise en charge des affections psychiatriques⁽¹⁵⁾, la difficulté de recours à des soins spécialisés hors urgence, le manque de formation spécialisée et la difficulté d'obtenir un retour d'information de la part des spécialistes⁽¹⁶⁾. Pourtant il est reconnu qu'une bonne coordination entre le MG et le P permet de prendre en charge au mieux et plus tôt les troubles psychiatriques des patients et d'en diminuer la morbi-mortalité⁽¹⁷⁾. L'échange de courriers est à ce jour le moyen privilégié par les médecins pour collaborer et permettre le développement des connaissances du MG.

C'est pourquoi, en 2010, le Centre National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) a établi des recommandations de bonnes pratiques validées par la HAS⁽¹⁸⁾ pour améliorer la collaboration entre MG et P. Elles précisent les informations utiles aux P que devrait contenir le courrier d'adressage du MG, et celles utiles aux généralistes en retour.

L'objectif de ce travail de thèse est de réaliser un état des lieux sur les échanges de courriers entre les MG et les P du Maine-et-Loire dans la prise en charge ambulatoire des patients adultes. De plus ce travail s'inscrit dans un projet de cinq travaux de thèses sur la région Pays de la Loire⁽¹⁹⁻²²⁾, il permettra de comparer les résultats de ces travaux pour analyser si des différences existent entre ces départements.

MÉTHODES

La première partie a consisté à étudier les échanges de courriers entre les MG et les P du département Maine-et-Loire.

Il s'agissait d'une étude observationnelle quantitative, déclarative, descriptive et analytique, menée sur le premier trimestre de 2016 auprès d'une population de 894 MG et P du département du Maine-et-Loire.

Les critères d'inclusion des MG étaient d'avoir une activité de consultation ambulatoire, être thésé et inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins du Maine-et-Loire. Ont été exclus les MG ayant une activité exclusive de : médecine vasculaire, homéopathie, acupuncture, ostéopathie ou médecine du sport. Les MG n'ayant communiqué leur adresse mail ni à l'Ordre des Médecins ni après sollicitation ont également été exclus.

Les critères d'inclusion des P étaient d'avoir une activité de consultation (libérale et/ou salariée) et d'exercer dans le Maine et Loire. Les pédopsychiatres ont été exclus.

Le nombre de MG inscrits à l'Ordre des Médecins était de 866. Après exclusion des MG non éligibles, il restait 742 MG (48 ne pratiquaient plus une activité classique de médecine générale, 76 n'avaient pas communiqué leur adresse mail).

A partir de la liste du Conseil de l'Ordre du Maine-et-Loire, le nombre de P éligibles pour cette étude était de 152.

Afin de faire l'état des lieux de la correspondance entre MG et P dans la prise en charge des patients adultes en ambulatoire, deux questionnaires en miroir ont été construits.

Deux psychiatres de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Sarthe et un Professeur de médecine générale de l'Université d'Angers, ont rédigé ces questionnaires en 2014. Les questions ont été élaborées à partir des recommandations 2010 du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP), concernant les modalités de correspondances entre les deux professions. Elles ont été complétées par les réflexions des trois auteurs.

Un des questionnaires était adressé aux MG, l'autre aux P, avec des questions en miroir.

Les questionnaires comprenaient 45 items pour les MG et 44 pour les P.

Ils comportaient trois parties : la première s'intéressait aux critères sociodémographiques des médecins, la seconde explorait la fréquence et le contenu des courriers adressés et reçus, la troisième questionnait les souhaits de chaque spécialité sur le contenu et la fréquence des courriers.

Les questionnaires ont été diffusés par mail, via le logiciel Sphinx®Online à chaque médecin du Maine-et-Loire (généralistes et psychiatres) sous la forme d'un lien renvoyant vers le questionnaire. Les données ont été directement collectées, de façon anonyme, par le logiciel Sphinx®. Les médecins n'ayant pas répondu ont été relancés automatiquement tous les 14 jours sur la période du 21/01/2016 au 28/04/2016.

Les résultats extraits du logiciel Sphinx® ont été présentés avec Excel® de Microsoft®. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Epi Info 7®. Les réponses à certaines questions ont été regroupées : « oui » regroupait les réponses « toujours » et « souvent », tandis que « non » regroupait les réponses « rarement » et « jamais ». De même, dans les analyses statistiques, les médecins « interrogés » ont été distingués des médecins « répondants ». Les analyses en sous-groupes ont été réalisées en utilisant les réponses des P et des MG répondants, les données manquantes n'étaient alors pas prises en compte. Le test de Chi2 non corrigé était utilisé lorsque les effectifs théoriques étaient >5 . Lorsqu'ils étaient compris entre 3 et 5, on utilisait le Chi2 corrigé et quand les effectifs étaient <3 , on utilisait le test de Fisher exact. Les analyses en sous-groupes ont été réalisées avec les critères suivants : l'âge (moins de 45 ans, entre 46 et 61 ans, plus de 61 ans), le sexe, le mode d'exercice et la formation complémentaire des MG à la psychiatrie. Elles ont aussi été croisées selon l'ancienneté de la formation des médecins par rapport à la loi Kouchner du 4 mars 2002 et la loi Léonetti du 22 avril 2005. Seules les différences statistiquement significatives avec un



$p < 0.05$ ont été présentées. Seuls les questionnaires entièrement remplis étaient analysés, ceux qui étaient incomplets n'étaient pas pris en compte. Les différences significatives mises en évidence, avec les résultats statistiques, ont été regroupées dans les annexes.

L'analyse en sous-groupes des réponses des MG selon le type d'exercice (libéral vs hospitalier ou mixte) n'était pas significative car les MG ayant une activité mixte ou hospitalière étaient trop peu nombreux.

La seconde partie a étudié les échanges de courriers entre les MG et les P des 5 départements des Pays de la Loire. A partir de ces mêmes questionnaires, cette étude avait été menée une première fois en 2014 en Sarthe, puis en 2015 en Mayenne, Loire Atlantique et Vendée. Elles ont fait chacune l'objet de thèses de médecine générale.

Dans un premier temps, les données des 5 départements ont été collectées et regroupées dans un même fichier Excel. En 2014, les données issues de l'étude en Sarthe avaient été recueillies sur des fiches papiers puis saisies manuellement sur Sphinx. Il en a résulté un grand nombre de données manquantes pour ce département.

Dans un second temps, ces données ont été analysées avec les mêmes méthodes statistiques grâce au logiciel Epi Info 7. De plus, les données de chaque département ont été comparées à celles de la région, afin d'observer s'il existait des différences significatives entre chacun des 5 départements et la région. Seules les données des P et des MG « répondants » ont pu être comparées. Les données manquantes n'ont pas été prises en compte dans les analyses en sous-groupes. Tous les résultats montrant des différences significatives avec un $p < 0.05$ ont été présentés, et sont regroupés également en annexes.

Dans ces résultats, les médecins de Maine-et-Loire sont appelés « angevins », et ceux des Pays de la Loire « ligériens ».

RÉSULTATS EN MAINE-ET-LOIRE

1. Population

Le taux de réponse des P était de 27% (41 sur 152). Le taux de réponse des MG était de 25% (182 sur 742)

1.1. Les médecins généralistes

La population ayant répondu au questionnaire était composée de 47% de femmes et 53% d'hommes (86 femmes et 96 hommes).

Ils avaient moins de 45 ans pour 47% d'entre eux, entre 46 et 61 ans pour 42%, et plus de 61 ans pour 11%. La population des MG était sensiblement plus jeune que celle des P : 53% ayant plus de 45 ans, contre 65% chez les P.

La moitié d'entre eux (53%) avait débuté leur exercice avant 2002, donc avant la loi Kouchner sur « les droits des malades et la qualité du système de santé ». Ils étaient 36% à avoir débuté leur exercice après 2005, après la loi Léonetti du 22 avril 2005 sur « les droits des malades et la fin de vie ».

Dans cette population, on retrouvait une très grande majorité de MG exerçant en libéral : 93% exerçaient en libéral exclusivement et 7% avaient une activité mixte (libérale et hospitalière), un seul MG exerçait à l'hôpital.

Parmi les MG ayant répondu au questionnaire, 15% avaient fait une formation complémentaire sur la prise en charge de la souffrance psychique.

1.2. Les psychiatres

La répartition selon le genre était plutôt paritaire chez les P puisque 20 femmes (49%) et 21 hommes (51%) ont répondu au questionnaire.

Dans cette étude la majorité des P (65%) avaient plus de 45 ans. Ils étaient plus nombreux à avoir débuté leur exercice avant la loi Kouchner du 4 mars 2002 (59%) et avant la loi Leonetti du 22 avril 2005 (66%).

Concernant le type d'exercice, 61% des P travaillaient uniquement en milieu hospitalier, 27% uniquement en libéral et 12% exerçaient une activité mixte.

2. Connaissances des recommandations HAS

Des recommandations de bonnes pratiques concernant l'échange d'informations par courriers entre les MG et les P ont été élaborées en 2010 par le Centre National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP). Ces recommandations ont été validées par la HAS.

Elles font état des informations principales à mettre en évidence dans un courrier pour que la communication soit de bonne qualité entre les partenaires :

- Neuf informations que le MG devrait mentionner dans son courrier lors d'une première demande de consultation, pour aider le P à répondre de manière appropriée,
- Et neuf informations utiles que le P devrait transmettre au MG par courrier après une première consultation.

Les MG et les P étaient interrogés sur leurs connaissances de ces recommandations.

2.1. Chez les MG

Les recommandations étaient connues par 5% des MG interrogés (10 MG), dont la moitié les trouvaient réalistes.

2.2. Chez les P

Les P connaissant les recommandations étaient 16 (39%). Pour 10 (71%) d'entre eux ces recommandations ne paraissaient pas réalistes.

Les P hommes, les P de plus de 45 ans et ceux ayant débuté leur exercice avant 2002 ou 2005 connaissaient mieux ces recommandations.

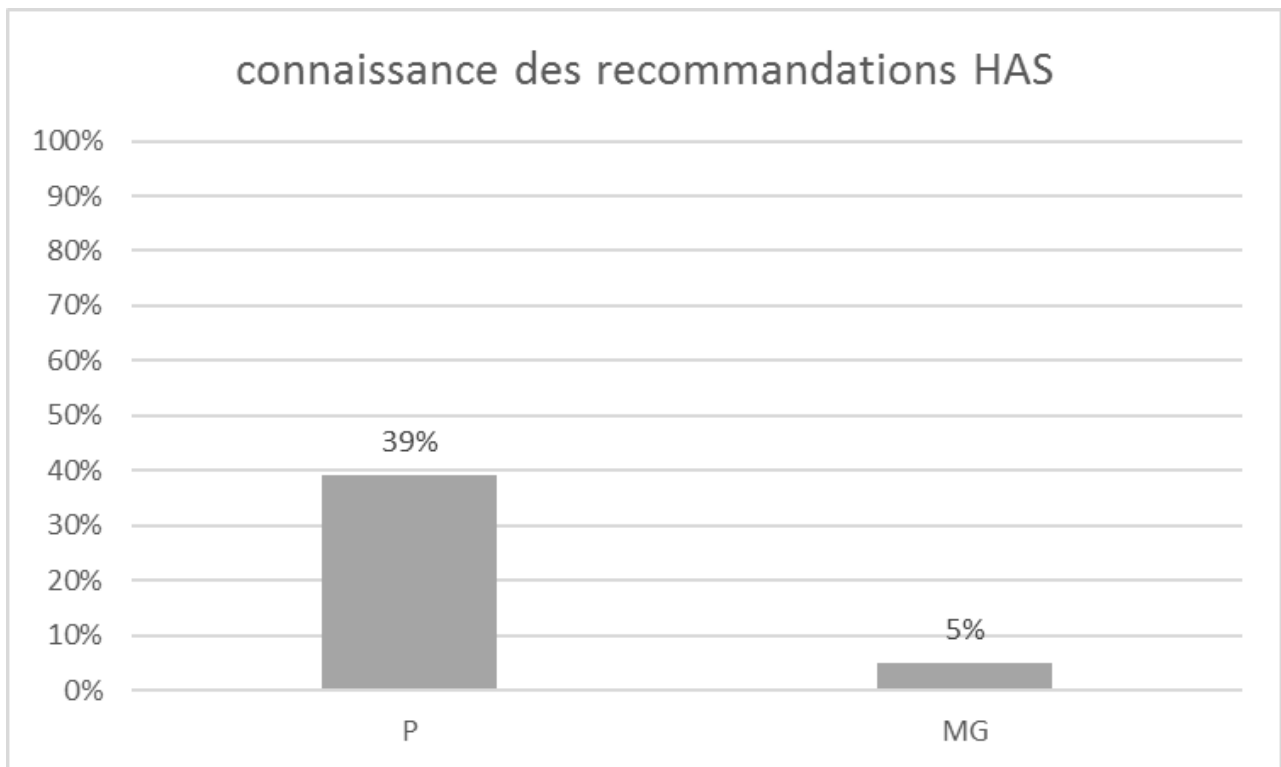


Figure 1 connaissance des recommandations HAS des MG et P du ML

3. Fréquence des courriers

3.1. Point de vue des MG

3.1.1. Envoyés

Les MG étaient 125 (69%) à déclarer rédiger un courrier au P lorsqu'ils adressaient un patient pour la première fois : 87 (48%) le faisaient toujours, et 38 (21%) le faisaient souvent. Ils étaient 46 MG (25%) à le faire rarement, et 11 MG (6%) jamais.

Au cours du suivi conjoint d'un patient, les MG étaient 29 (16%) à rédiger des courriers (13% souvent, 3% toujours).

Les MG étaient 70% à déclarer écrire au moins une fois au P au cours du suivi du patient.

Les MG rédigeant un courrier dans le seul but du remboursement (dans le cadre du parcours de soins) étaient 35 (19%). La majorité rédigeait un courrier contenant des informations utiles à la prise en charge.

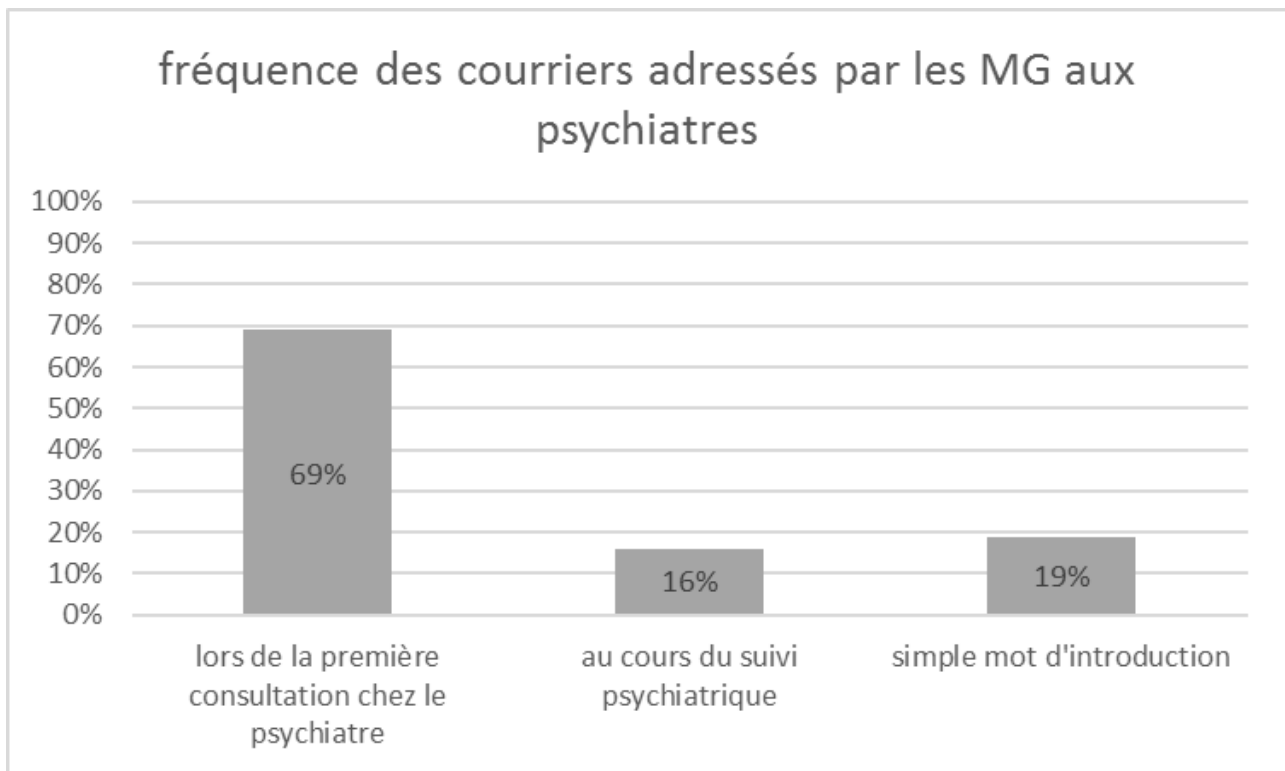


Figure 2 fréquence des courriers adressés par les MG du ML

Les MG hommes étaient significativement plus nombreux à rédiger un courrier lorsqu'ils adressaient un patient pour une première consultation.

Les MG ayant soutenu leur thèse avant 2005, ainsi que les MG ayant débuté leur troisième cycle avant 2002, étaient plus nombreux à déclarer rédiger un courrier de première consultation qui soit un simple mot d'introduction pour un remboursement.

3.1.2. Reçus

La majorité des MG (95%) ayant répondu au questionnaire déclarait ne pas recevoir de courrier de la part des P (rarement 61%, jamais 34%).

Après une première consultation chez le P, ils étaient 10% (18 MG) à déclarer recevoir un courrier (souvent ou toujours), et 56% (102 MG) à ne pas en recevoir.

Les résultats étaient identiques une fois le diagnostic posé, puis lors du suivi (lors d'une modification clinique et/ou de la prise en charge) : les MG étaient respectivement 58% (106 MG) et 62% (113 MG) à déclarer ne pas recevoir de courrier.

En fin de prise en charge du patient, 60% des MG (109) ne recevaient pas de courrier (22% n'en recevaient jamais, 38% rarement).

De façon globale, les MG étaient 15% à déclarer recevoir au moins une fois un courrier de la part du P au cours du suivi du patient.

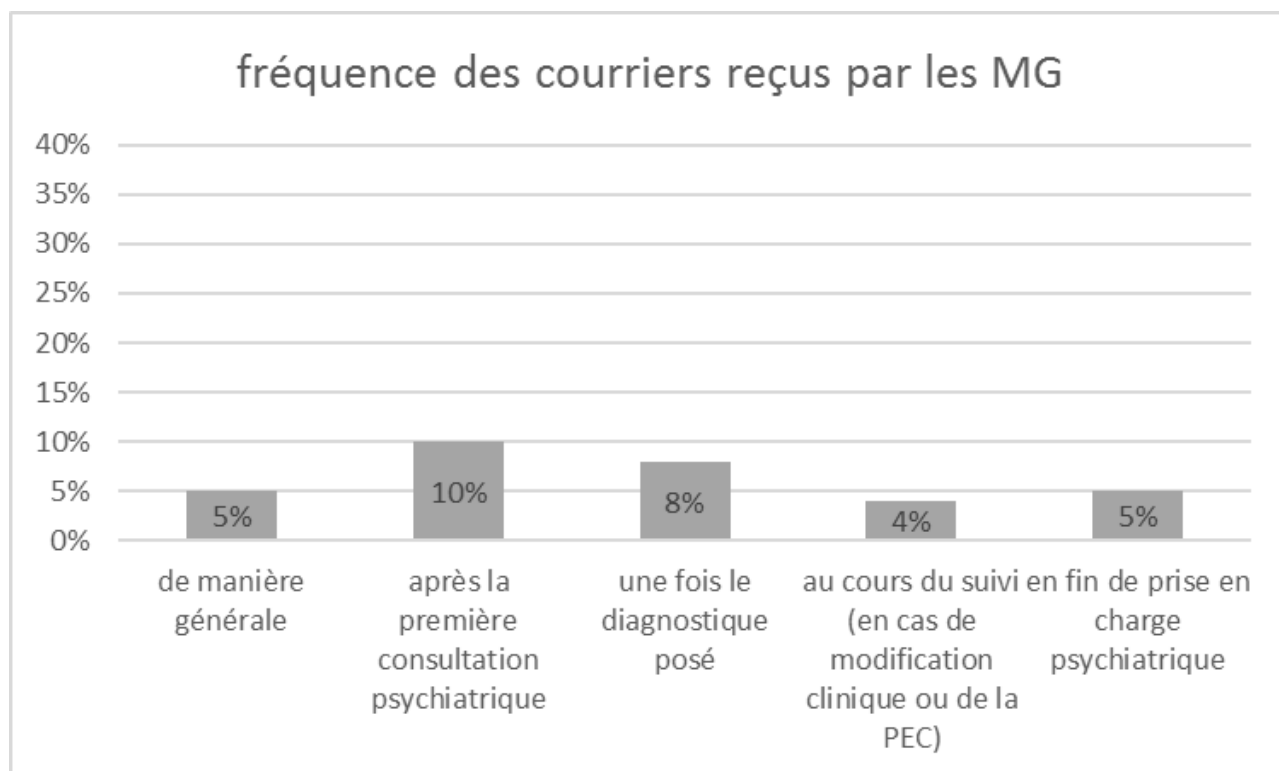


Figure 3 fréquence des courriers que les MG du ML déclaraient recevoir

3.2. Point de vue des P

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES 

3.2.1. Envoyés

Les P déclaraient écrire plus souvent un courrier après la première consultation et en fin de suivi.

De façon globale, 68% (28 P) des P déclaraient adresser au moins un courrier à leurs confrères généralistes au cours de la prise en charge.

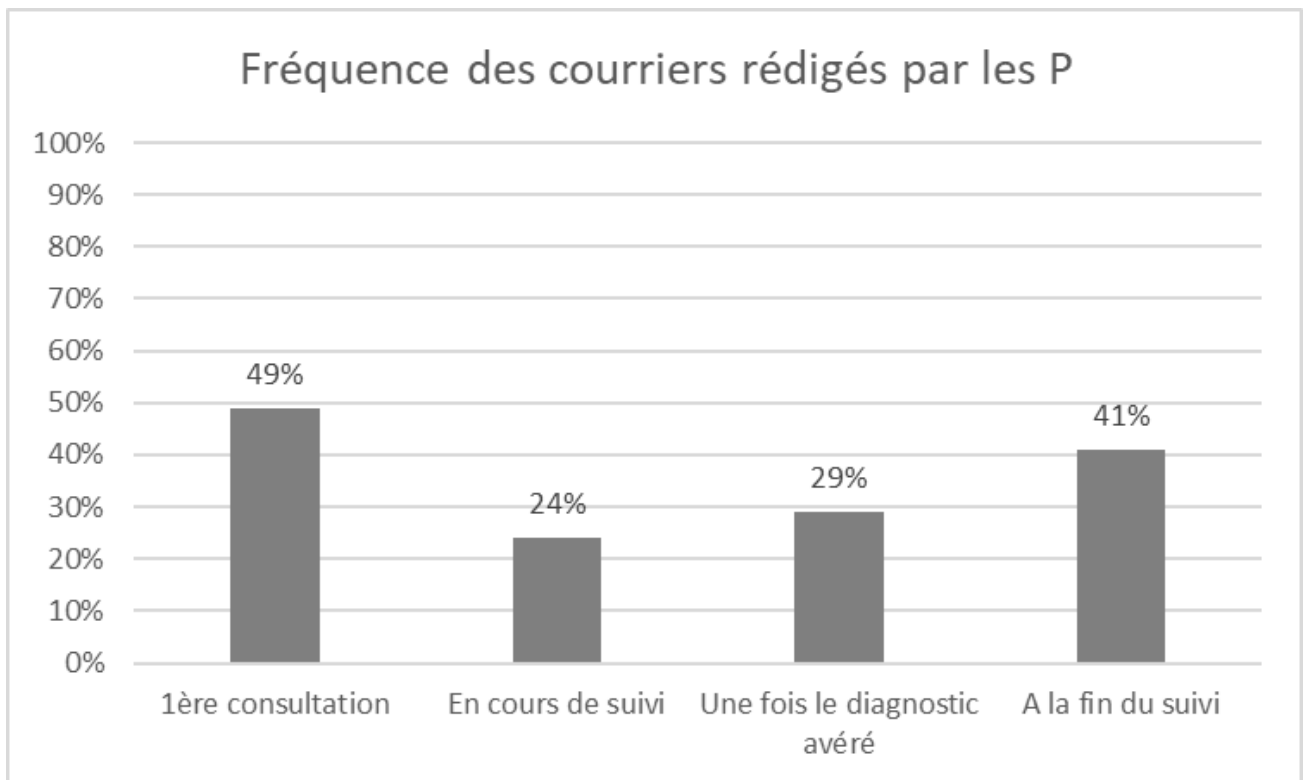


Figure 4 fréquence des courriers rédigés par les P du ML

Les P hospitaliers écrivaient significativement plus de courriers après la première consultation et en fin de suivi.

Les P connaissant les recommandations du CNQSP de 2010 adressaient significativement plus de courriers aux MG une fois le diagnostic avéré.

3.2.2. Reçus

Le taux de P déclarant ne pas recevoir de courrier de la part de leurs confrères généralistes était de 63%.

3.3. Comparaison entre ce que les P et les MG déclaraient envoyer et recevoir.

Il existait un écart important entre ce que chacune des professions déclarait écrire (au moins une fois) et ce que l'autre déclarait recevoir.

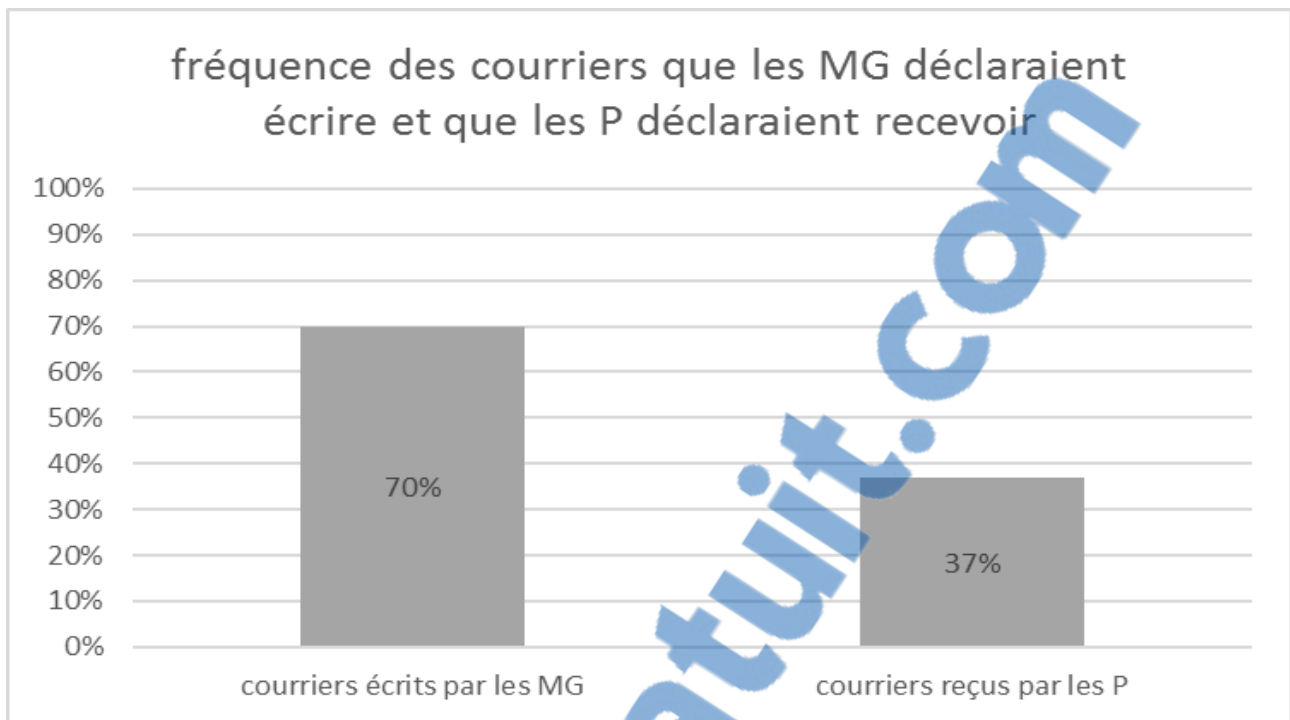


Figure 5 comparaison des points de vue concernant la fréquence des courriers des MG

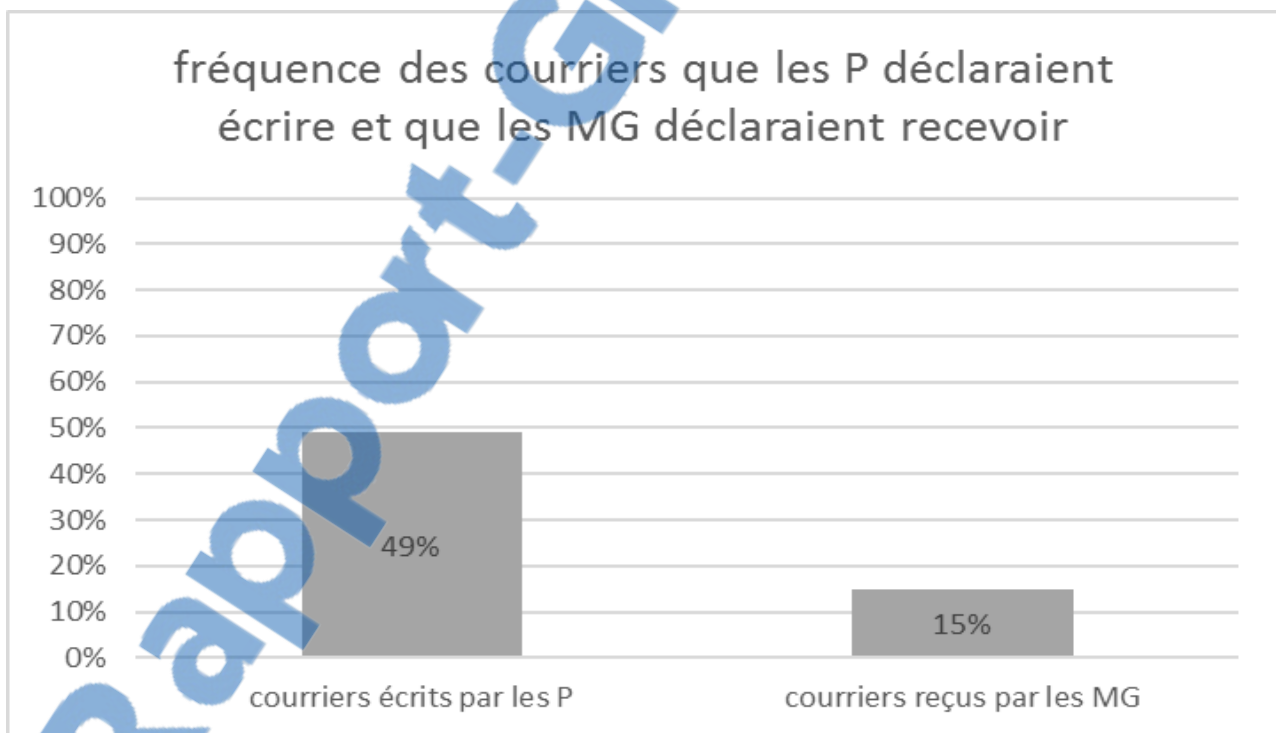


Figure 6 comparaison des points de vue concernant la fréquence des courriers des P

4. Contenu des courriers

4.1. Adressé aux psychiatres (d'après les MG)

Dans le courrier adressé au psychiatre, les MG déclaraient quasiment tous mentionner : les raisons et motifs de la demande, les antécédents du patient (psychiatriques, somatiques et addictions), les traitements psychotropes et autres (actuels et antérieurs), l'état de la prise en charge actuelle et le contexte de vie de leur patient (statut familial, travail).

Moins de la moitié des MG déclarait rapporter : les allergies du patient, les hypothèses diagnostiques, le type de suivi, la prise en charge sociale et le degré d'acceptation du patient vis-à-vis de cette consultation chez le P.

Dans leur courrier au psychiatre, les MG formulaient des interrogations sur : la prise en charge médicamenteuse et psychothérapique, les éléments cliniques actuels et les symptômes repérés.

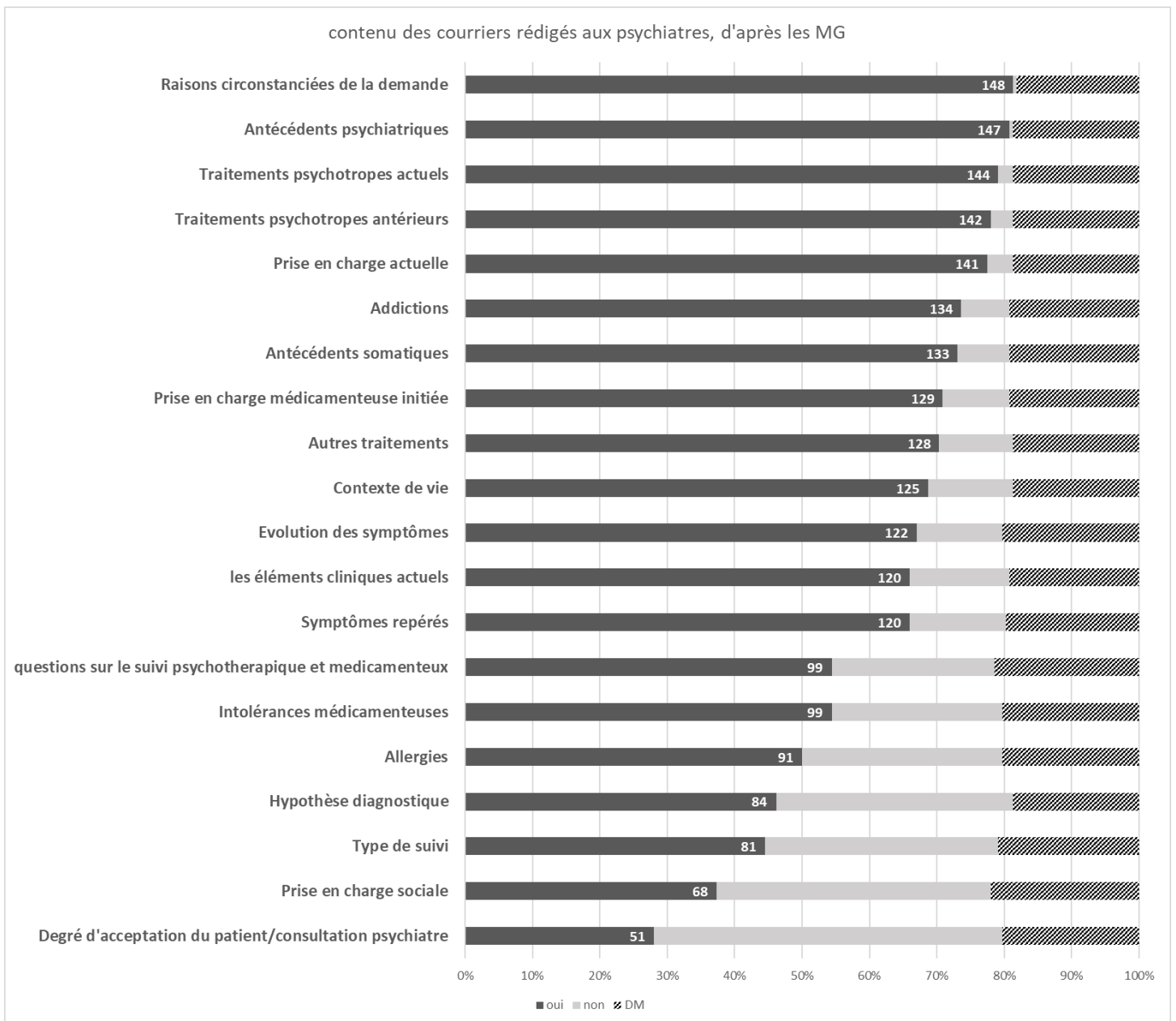


Figure 7 contenu du courrier des MG selon eux

4.2. Reçus par les psychiatres (d'après les P)

Pour 37% des P, le courrier reçu des MG était souvent ou très souvent un simple mot d'introduction en vue du remboursement dans le cadre du parcours de soins.

Plus de la moitié des P déclarait que leurs confrères généralistes y mentionnaient : l'état de la prise en charge actuelle, les antécédents somatiques, les raisons circonstanciées de la demande de consultation, les symptômes repérés et les traitements psychotropes actuels.

Ils y retrouvaient plus rarement : l'évolution des symptômes, les addictions, les antécédents psychiatriques, l'hypothèse diagnostique, les traitements et les aspects sociaux.

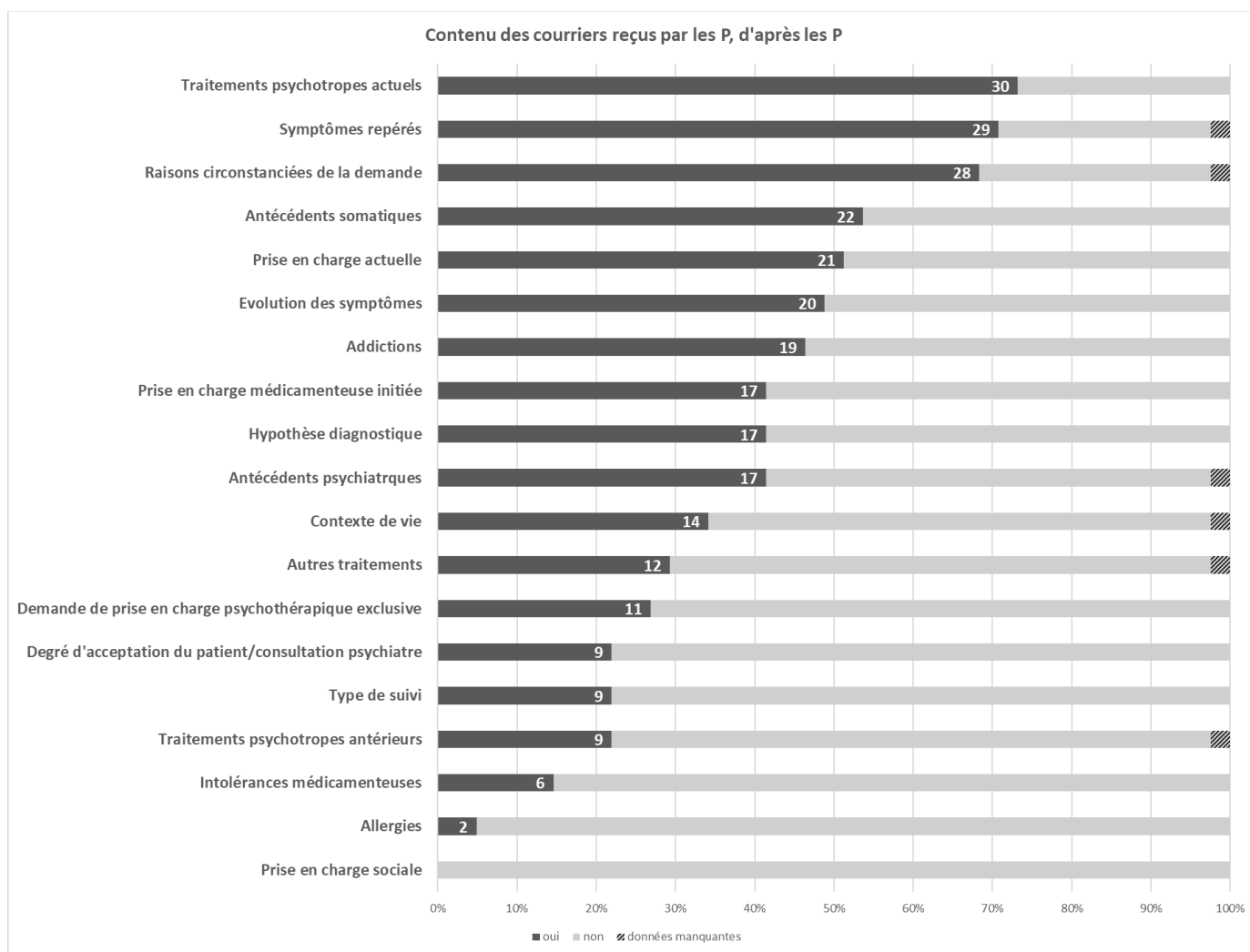


Figure 8 Contenu des courriers reçus par les P, selon eux

4.3. Adressés aux généralistes (d'après les P)

Les principaux éléments déclarés comme mentionnés par les P concernaient l'évaluation clinique et diagnostique, la prise en charge thérapeutique médicamenteuse ou psychothérapique, les éléments de suivi et du parcours de soins, ainsi que le contexte environnemental du patient.

Il manquait régulièrement des informations sur les risques évolutifs, les intolérances médicamenteuses et les allergies.

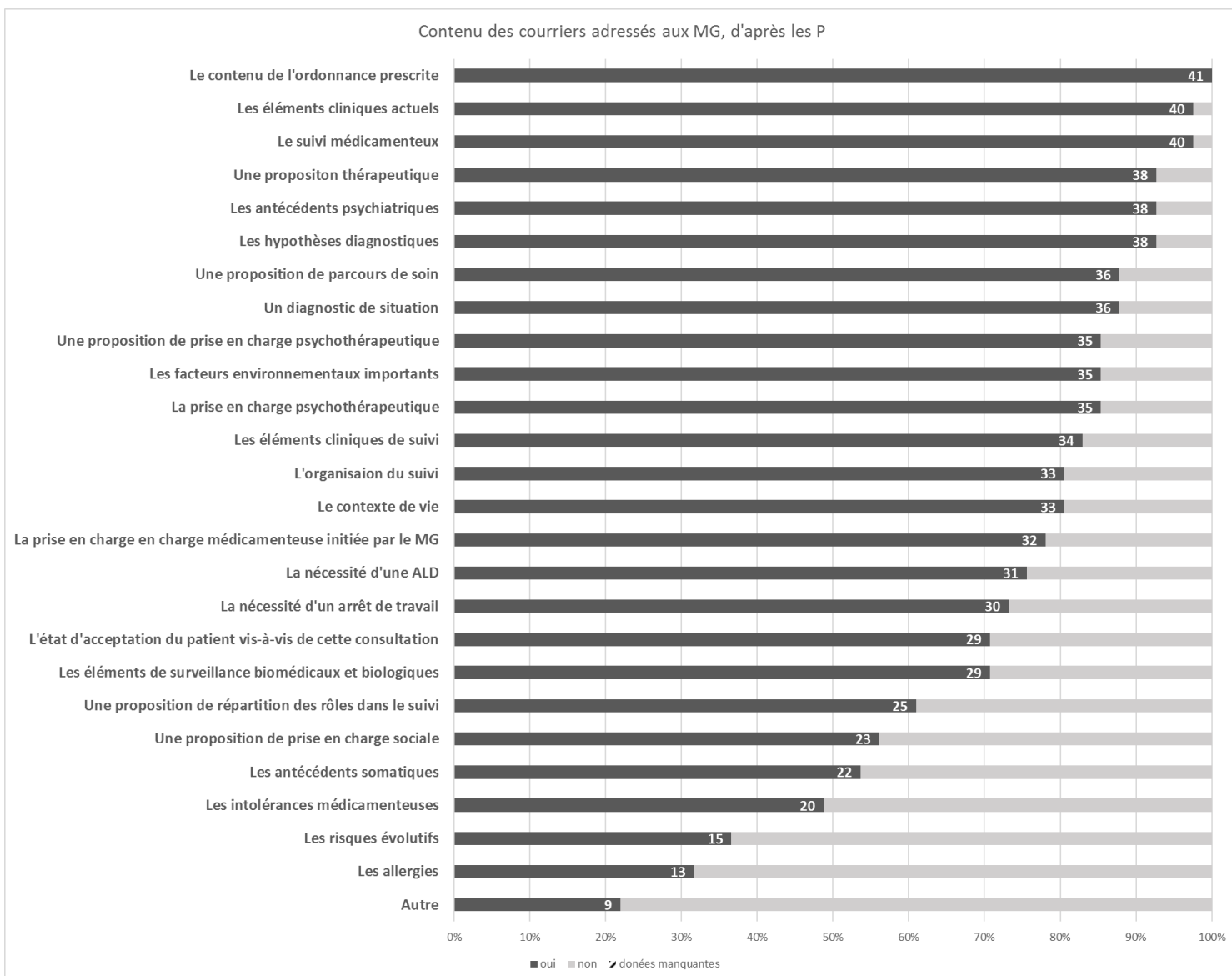


Figure 9 Contenu des courriers des P selon eux

De façon significative les P hommes déclaraient préciser plus souvent les éléments de surveillance biomédicaux et les P libéraux précisaient plus souvent les risques évolutifs.

Les P de plus de 45 ans mentionnaient significativement plus souvent les facteurs environnementaux du patient, ses antécédents somatiques, son contexte de vie et ses intolérances médicamenteuses. Ils proposaient plus souvent une répartition des rôles pour le suivi du patient.

4.4. Reçus par les généralistes (d'après les MG)

Dans le courrier du P, les MG déclaraient retrouver fréquemment des informations sur : la prise en charge médicamenteuse, le diagnostic de situation et des propositions thérapeutiques et diagnostiques.

Il manquait régulièrement des informations sur : le suivi du patient et ses modalités, la surveillance clinique et biologique, la prise en charge psychothérapeutique et sociale.

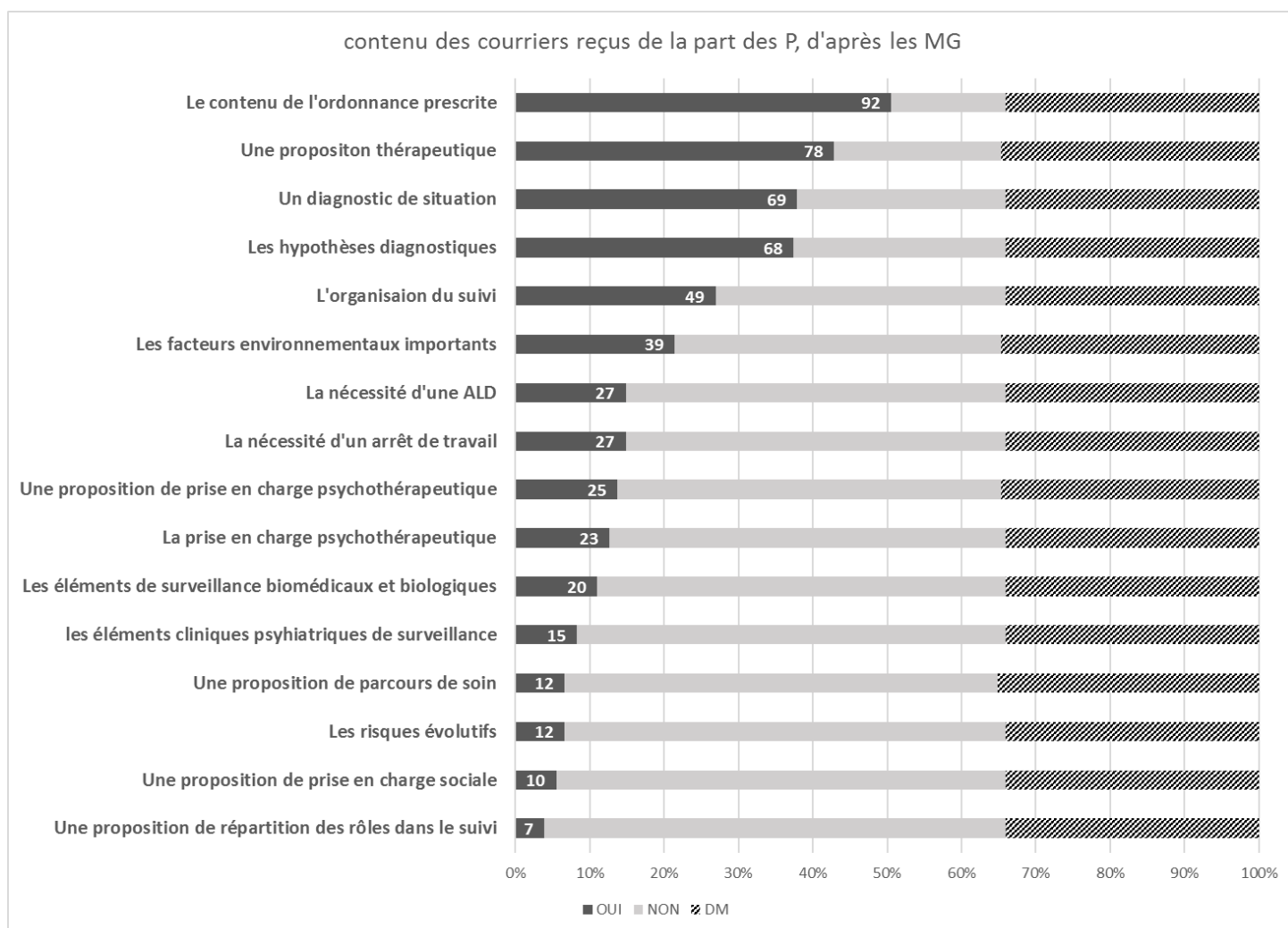


Figure 10 contenu du courrier des P selon les MG

5. Les souhaits des MG et des P sur le courrier du confrère

5.1. Les souhaits des MG

5.1.1. La fréquence des courriers

L'immense majorité des MG (97%) a répondu vouloir recevoir des courriers de la part des P dans le cadre du suivi conjoint d'un patient.

La plupart des MG souhaitait en recevoir dès la première consultation (71%), mais surtout une fois le diagnostic posé (88% des MG), en cours de suivi en cas de modification clinique ou thérapeutique (88%), et en fin de prise en charge (90%).

Les MG n'ayant pas de formation complémentaire étaient significativement plus nombreux à souhaiter recevoir des courriers de la part des P.

Les MG ayant soutenu leur thèse après 2005 étaient plus nombreux à souhaiter recevoir un courrier des psychiatres une fois le diagnostic avéré.

5.1.2. Le contenu des courriers

Dans ces courriers, les MG déclaraient souhaiter y trouver des éléments concernant : la prise en charge thérapeutique médicamenteuse ou psychothérapique, les hypothèses diagnostiques et pronostiques, des propositions de suivi et de surveillance.

Les MG déclaraient vouloir également y retrouver des éléments concernant le projet personnalisé de soins, ainsi que des éléments utiles à la prise en charge sociale.

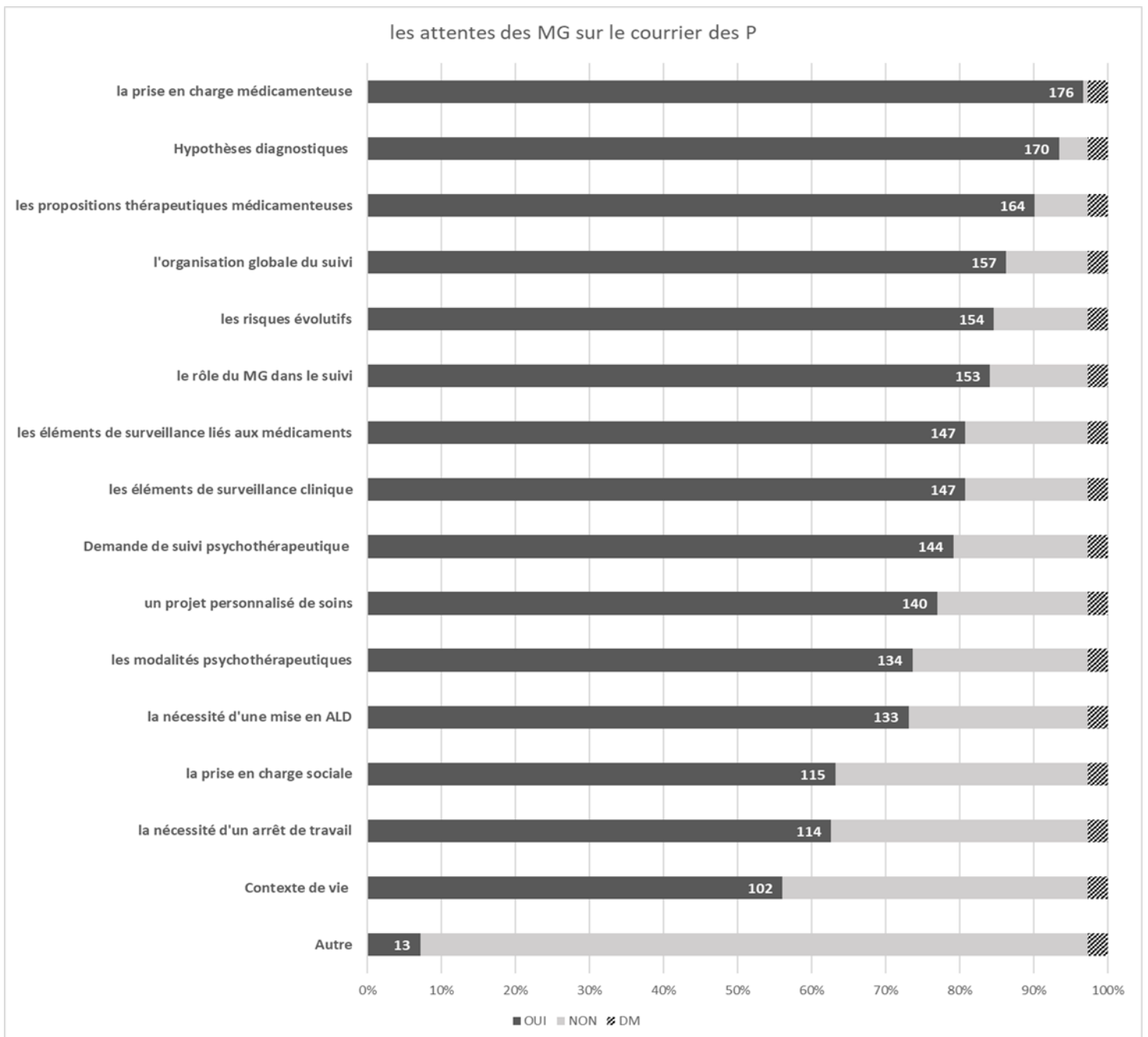


Figure 11 Contenu des courriers des P souhaité par les MG

Les femmes étaient plus nombreuses à souhaiter recevoir des informations concernant le rôle du MG dans le suivi du patient.

5.1.3. Les modalités d'échange

Afin de permettre ces échanges de courriers, les MG déclaraient préférer utiliser le courrier postal (à 78%) ou la messagerie électronique sécurisée (à 75%). Par contre, ils ne souhaitaient

pas utiliser le mail (25%), le fax (17%), ni transmettre directement le courrier au patient (29%).

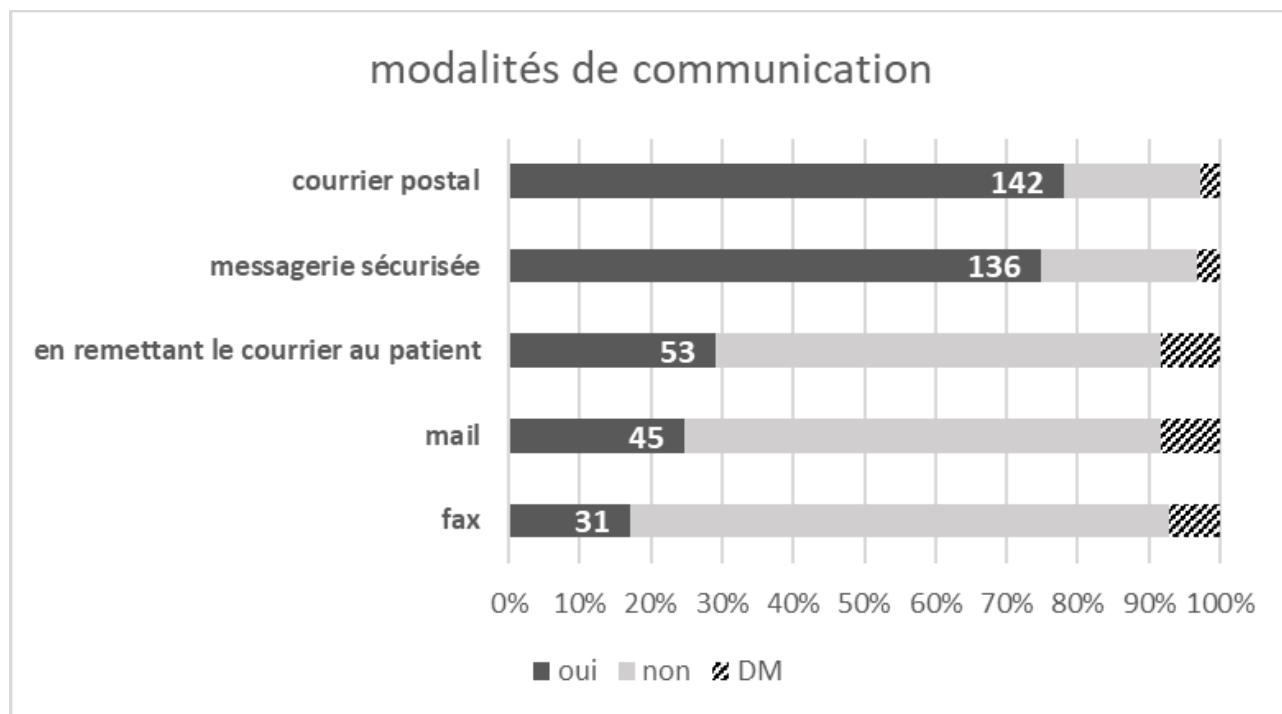


Figure 12 Modalités de communication préférées par les MG

Les femmes MG étaient plus nombreuses à souhaiter échanger des courriers par voie postale. Les MG les plus jeunes (les moins de 45 ans, ceux ayant débuté leur formation après 2002, ceux ayant soutenu leur thèse ou débuté leur exercice après 2002 ou 2005) se déclaraient plus nombreux à vouloir utiliser la messagerie électronique sécurisée pour échanger des courriers avec les P.

Les MG ayant débuté leur troisième cycle après 2005 se déclaraient plus nombreux à vouloir utiliser le fax pour échanger des courriers avec les P.

Les MG ayant débuté leur exercice avant 2002 étaient plus nombreux à ne pas vouloir transmettre le courrier au patient pour échanger avec les psychiatres.

5.2. Les souhaits des P

Les P étaient 85% à souhaiter recevoir des courriers de la part des MG.

Ils souhaitent majoritairement y trouver : les motifs de la demande de consultation, les comorbidités, les traitements passés et actuels, l’anamnèse, le contexte de vie et le degré d’acceptation de la consultation psychiatrique.

Ils étaient moins demandeurs d’y retrouver les hypothèses diagnostiques ou la demande de suivi psychothérapeutique.

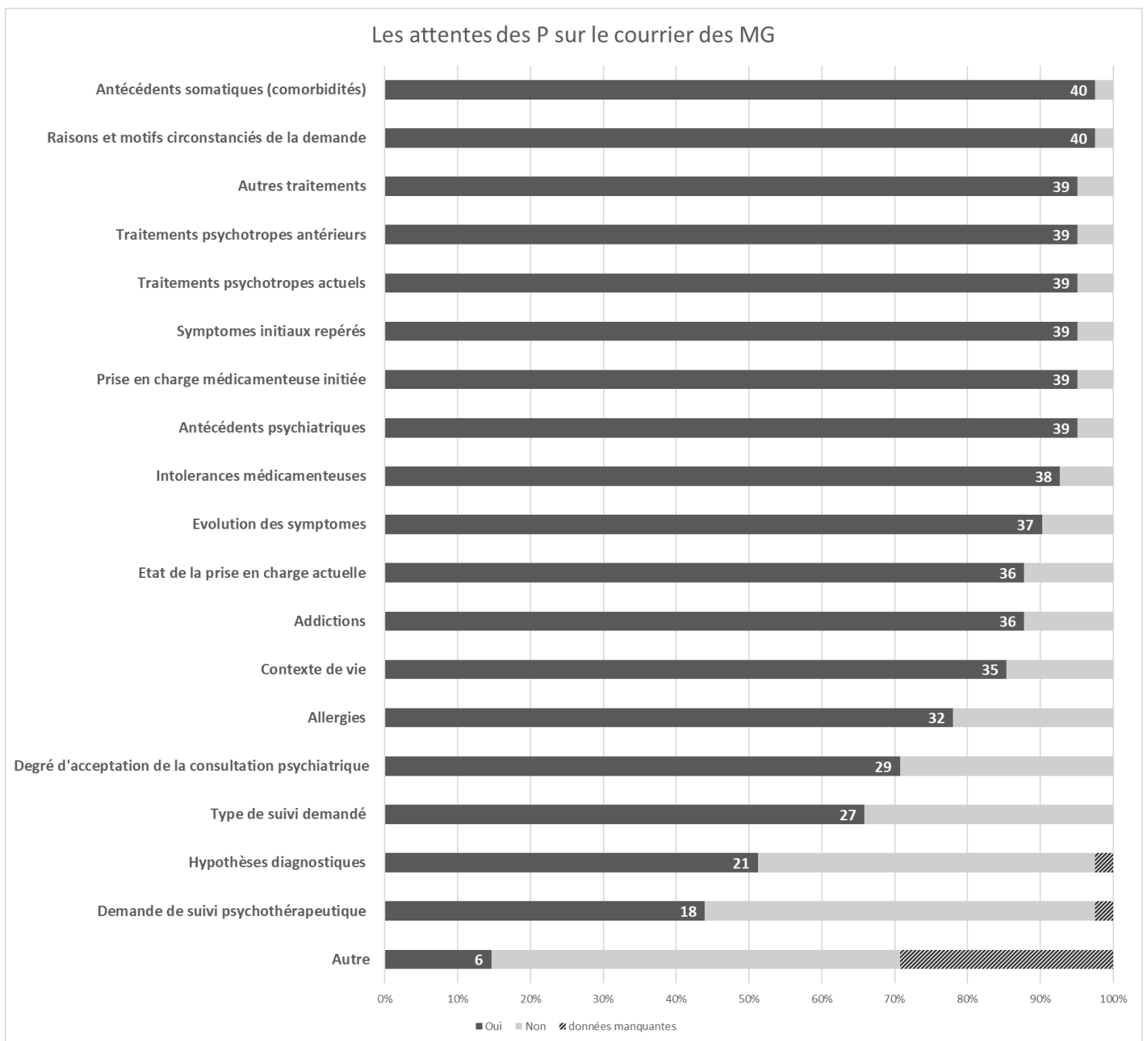


Figure 13 contenu du courrier des MG souhaité par les P

6. Comparaison des points de vue

6.1. Sur le courrier rédigé par les MG

De façon générale, les P désiraient recevoir un courrier complet de la part des MG. Leurs souhaits correspondaient à ce que les MG déclaraient rédiger, mais pas à ce que les P déclaraient recevoir.

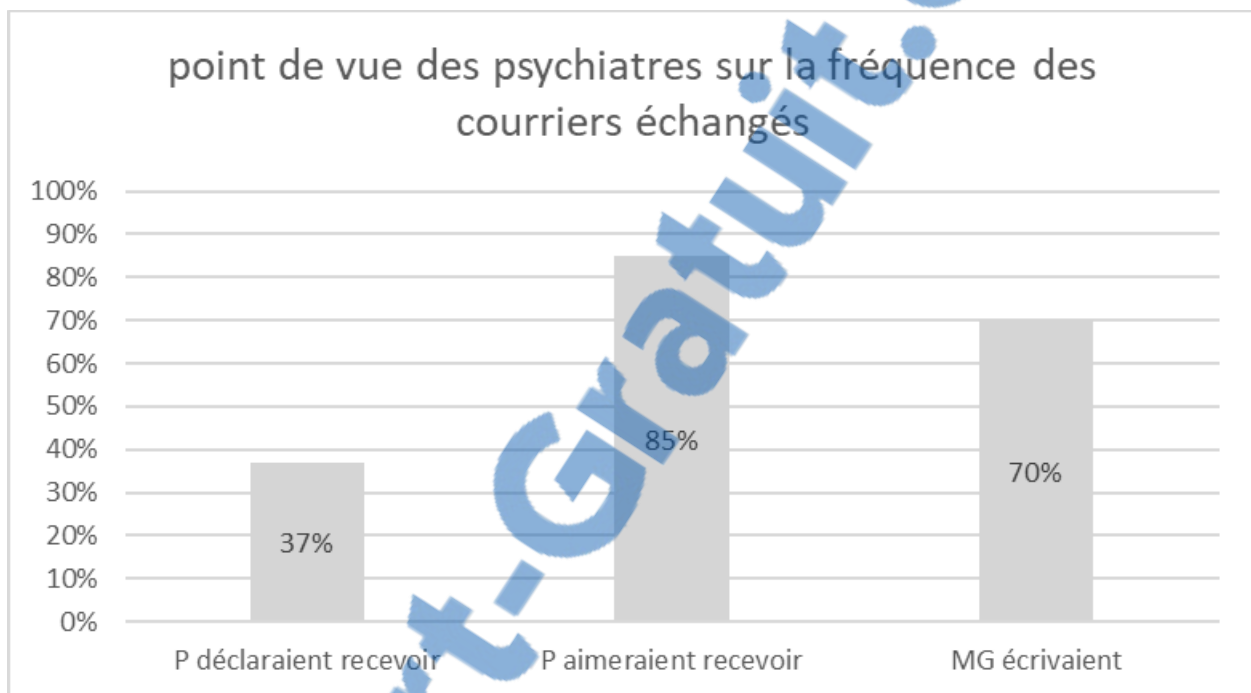


Figure 14 fréquence des courriers des MG souhaitée et perçue

Les P étaient minoritaires à vouloir que les MG formulent une demande de suivi psychothérapeutique exclusif. La moitié des P souhaitait voir apparaître les hypothèses diagnostiques des MG.

La majorité des psychiatres déclarait voir apparaître dans le courrier des MG le motif de la demande de consultation, les symptômes repérés et le traitement mis en route.

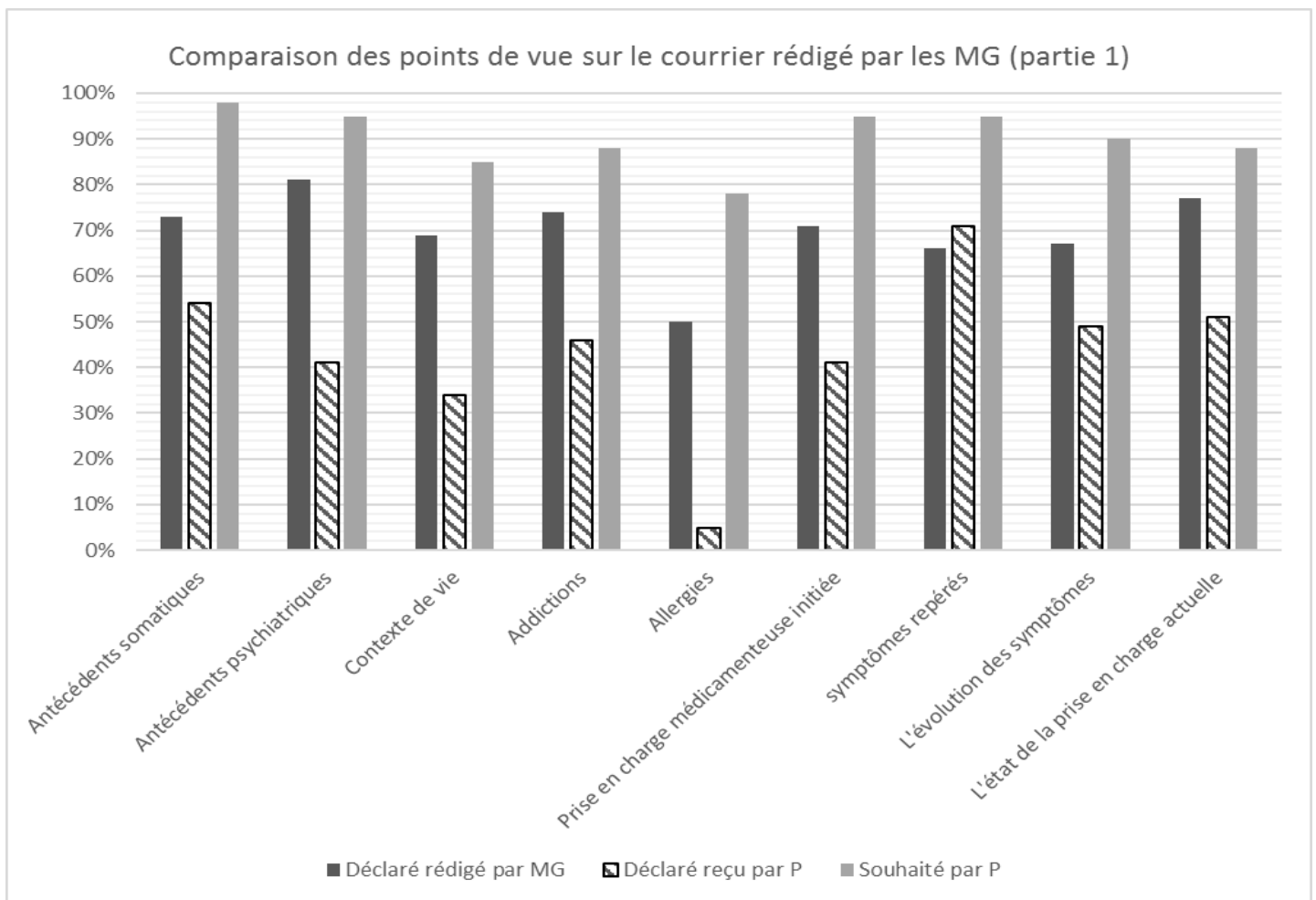


Figure 15 comparaison des points de vue sur le contenu du courrier des MG

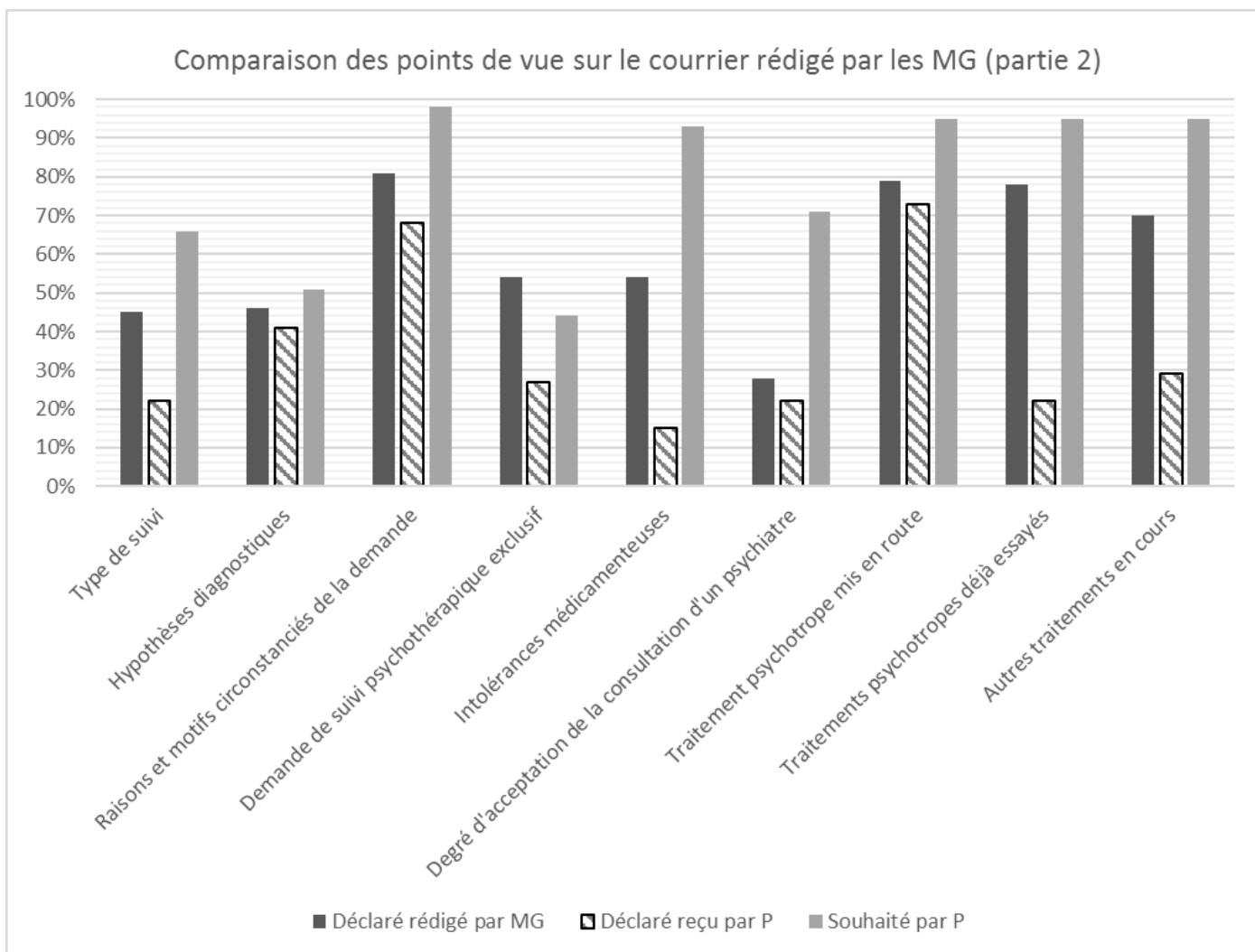


Figure 16 comparaison des points de vue sur le contenu du courrier des MG (suite)

6.2. Sur le courrier rédigé par les P

Les MG étaient unanimes sur le fait de vouloir recevoir des courriers de la part des P. Il y avait cependant un décalage important entre ce qu'ils déclaraient recevoir et ce qu'ils aimeraient recevoir de la part de leurs confrères P.

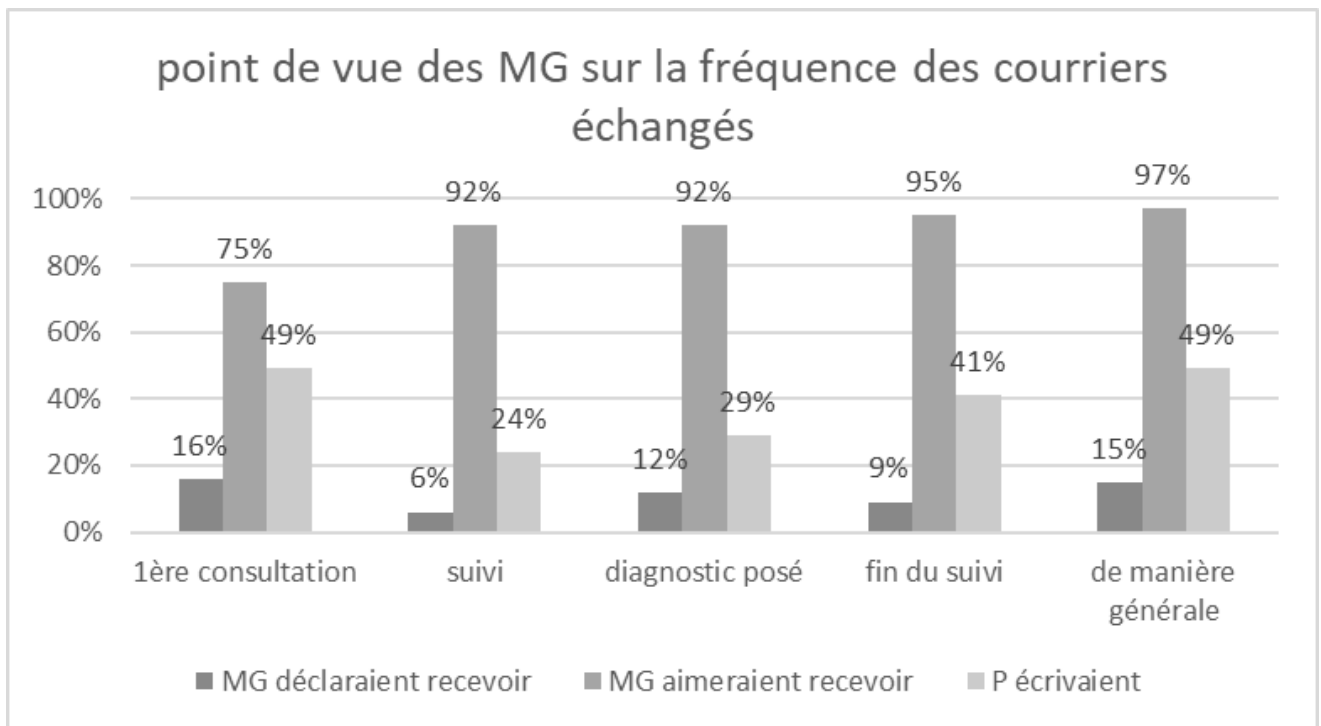


Figure 17 fréquence des courriers des P perçue et souhaitée

En ce qui concerne le contenu des courriers des P, les attentes des MG correspondaient à ce que les P déclaraient écrire. Cependant les MG ne souhaitaient pas forcément avoir le contexte environnemental du patient et ils souhaitaient que les P insistent sur les risques évolutifs et la répartition des rôles de chacun dans le suivi.

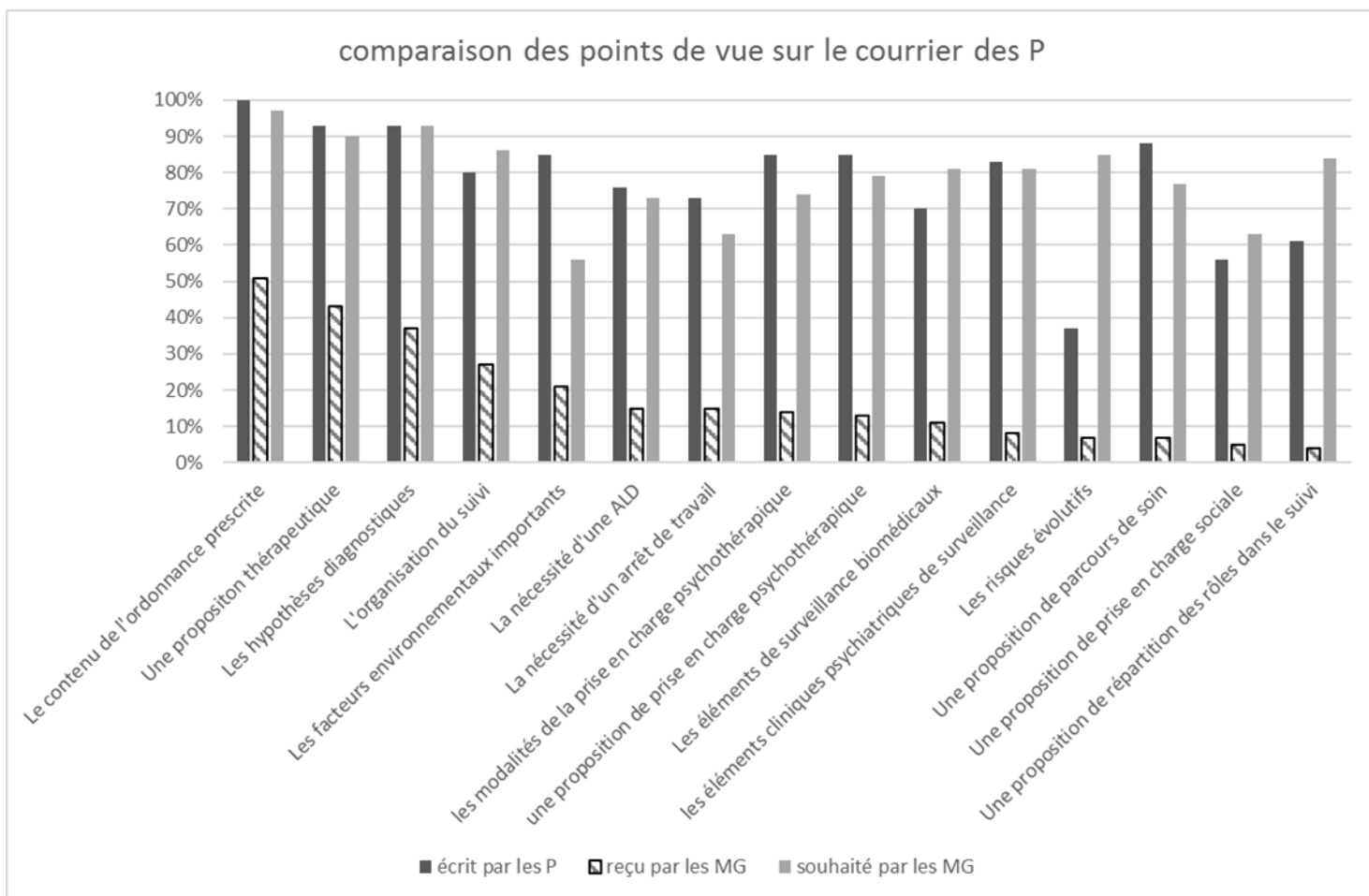


Figure 18 comparaison des points de vue sur le courrier des P

7. Intérêt des MG pour la prise en charge des pathologies psychiques

Les MG étaient interrogés sur l'intérêt qu'ils portaient à la prise en charge des troubles mentaux et de la souffrance psychique. Ils devaient noter cet intérêt sur une échelle de Lickert graduée de 1 à 10.

Les MG ayant répondu au questionnaire étaient 85% à évaluer leur intérêt à 6 ou plus. Ils étaient 32% à le noter au moins à 8 sur 10.

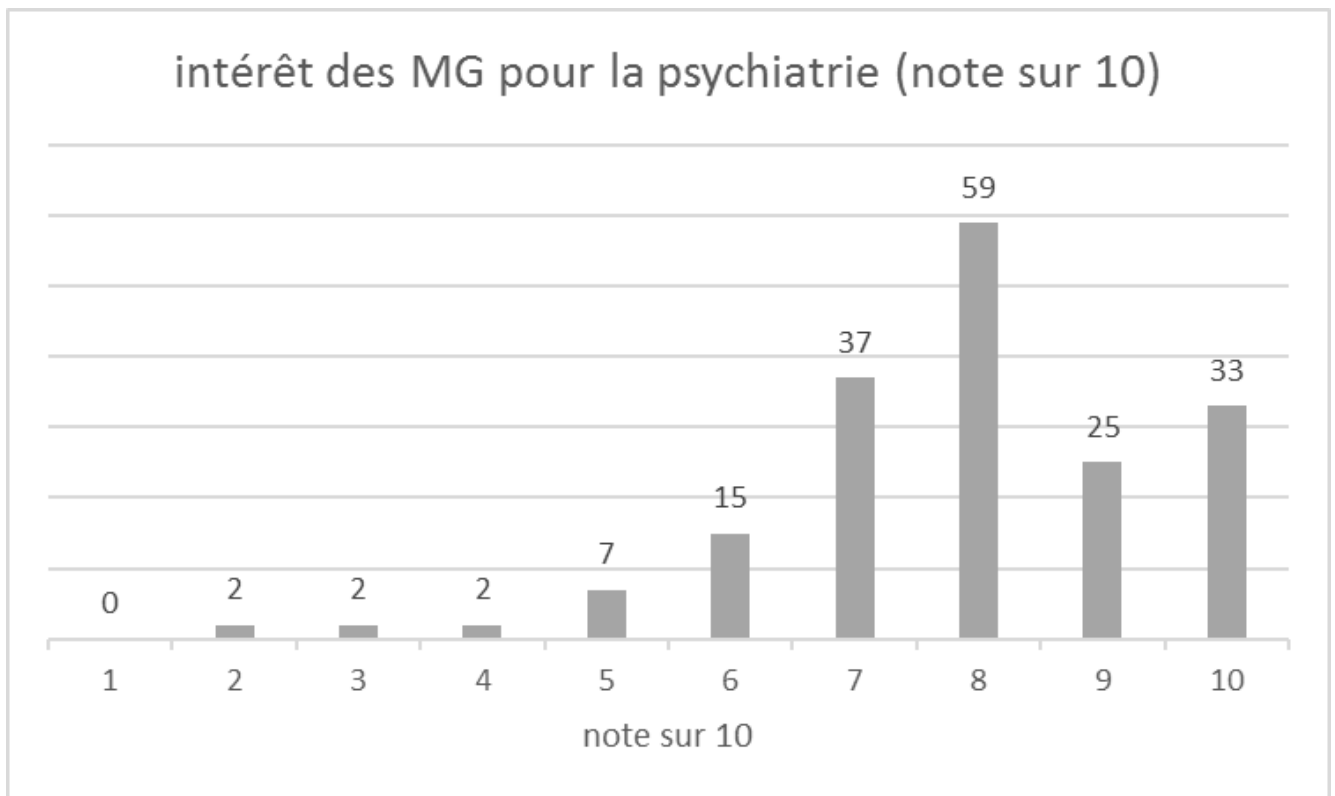


Figure 19 intérêt des MG pour la psychiatrie

8. Données qualitatives

Le questionnaire comprenait quelques questions ouvertes pour permettre aux MG et aux P de s'exprimer plus librement.

8.1. Chez les P

Concernant les informations qu'ils transmettent, reçoivent ou souhaiterait recevoir, le principal thème ressorti était celui du contact téléphonique avec les MG : « *J'ai beaucoup plus de contacts téléphoniques que je n'écris aux généralistes. Je trouve qu'il peut être délicat de détailler le(s) diagnostic(s) par un écrit qui reste dans le dossier, qu'il est plus facile et réactif de s'entretenir au téléphone afin d'ajuster un traitement, de se répartir les rôles ou les tâches quand c'est nécessaire, d'évoquer une difficulté dans le suivi...* », « *les écrits sont rares mais les coups de téléphones fréquents...* », « *[que le courrier] soit complété par un dialogue de*

vive voix (qui permet d'évoquer des aspects relevant plus des notes personnelles que du dossier formalisé (au sens juridique) ».

A propos des recommandations de l'HAS : « *Manque de TEMPS* » était le thème le plus mentionné, « *pas reçu l'information* » revenait souvent.

Ils étaient plusieurs à mentionner leur crainte d'une mauvaise utilisation par les MG des informations qu'ils détiennent de leurs patients : « *difficile de savoir ce qu'on doit transmettre, l'utilité, comment nos informations vont être utilisées (parfois cela entraîne du jugement de la part de non psy)[...]* », « *[...]comment respecter l'intime des patients, quelles infos sont réellement nécessaires au suivi (cela dépend des patients et du généraliste) les infos par courrier font partie du dossier médical mais ne sont pas utiles voire positives à transmettre aux patients qui demandent leur dossier[...]* ».

8.2. Chez les MG

Les MG ont exprimé d'autres éléments qu'ils mentionnaient dans leur courrier : « *le degré d'acceptation du patient vis-à-vis d'une éventuelle hospitalisation* », « *la perception d'un risque par le MG* », « *ce que l'entourage a repéré* ».

Concernant les recommandations du CNQSP, les MG ont exprimé les raisons pour lesquelles elles ne leur paraissaient pas réalistes : « *intérêt discutable* », « *manque de temps* », « *trop éloignées des réalités du terrain, trop de paperasse* », « *certains éléments ne sont pas nécessaires dans un courrier car le P va le demander au patient (contexte psychosocial, éléments biographiques, ...)* ».

Enfin, concernant les éléments qu'ils souhaitaient retrouver dans le courrier du P, ils ont mentionné : « *un bilan du suivi psychiatrique* », « *l'information de tout changement dans la prise en charge* », « *si le diagnostic de la pathologie a été donné au patient* ».

RESULTATS EN PAYS DE LA LOIRE

1. Population des cinq départements

1.1. Les médecins généralistes

Le taux de réponse global sur les 5 départements était de 23% (634 sur 2754 MG).

La population des MG ayant répondu au questionnaire était paritaire : 55% d'hommes et 45% de femmes. La grande majorité exerçait en libéral : 99%. Ils étaient 40% à avoir moins de 45 ans, 54% entre 40 et 61 ans, et 6% à avoir plus de 61 ans.

La population était majoritairement féminine en Loire-Atlantique, majoritairement masculine en Sarthe et en Mayenne.

Il y avait plus de jeunes MG (moins de 45 ans) en Loire-Atlantique. Il y avait plus de vieux MG en Vendée et en Maine et Loire : respectivement 15% et 11% de plus de 61 ans, versus 6% dans les autres départements.

Les MG avaient débuté leur exercice avant 2005 pour 95% d'entre eux. Ils étaient significativement plus nombreux à avoir débuté avant 2002 en Mayenne et en Sarthe, et plus nombreux à avoir débuté leur exercice après 2002 en Loire Atlantique.

La majorité des MG interrogés (84%) n'avait pas fait de formation complémentaire sur la prise en charge de la souffrance psychique.

1.2. Les psychiatres

Le taux de réponses des P était de 33% (189 sur 575). Les P hommes étaient majoritaires et représentaient 56% de la population (105 sur 189).

Dans cette étude, 30% (57 sur 189) des P avaient moins de 45 ans. Ils étaient 65% (123 sur 189) à avoir débuté leur exercice avant la loi Kouchner du 4 mars 2002 sur le droit des malades et 75% (141 sur 189) avant la loi Leonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Concernant le type d'exercice, 50% des P travaillaient uniquement en milieu hospitalier, 39% uniquement en libéral et 11% exerçaient une activité mixte.

Aucun des 5 départements n'avait de différence significative entre sa population et celle de la région.

2. Connaissances des recommandations HAS

2.1. Chez les MG

La grande majorité (96%) des MG ne connaissait pas les recommandations du CNQSP, quel que soit le département d'exercice.

Parmi les 27 MG connaissant les recommandations, 15 les trouvaient réalistes.

Les MG ayant une formation psychiatrique complémentaire étaient plus nombreux à connaître les recommandations du CNQSP.

2.2. Chez les P

Un tiers (33%) des P interrogés déclarait connaître les recommandations de 2010 du CNQSP, et pour 46% d'entre eux (soit 31P) elles étaient réalisables.

Les P hommes et les P de plus de 45 ans connaissaient significativement mieux ces recommandations.

Il n'y avait pas de différence significative entre les réponses des 5 départements concernant les connaissances de ces recommandations.

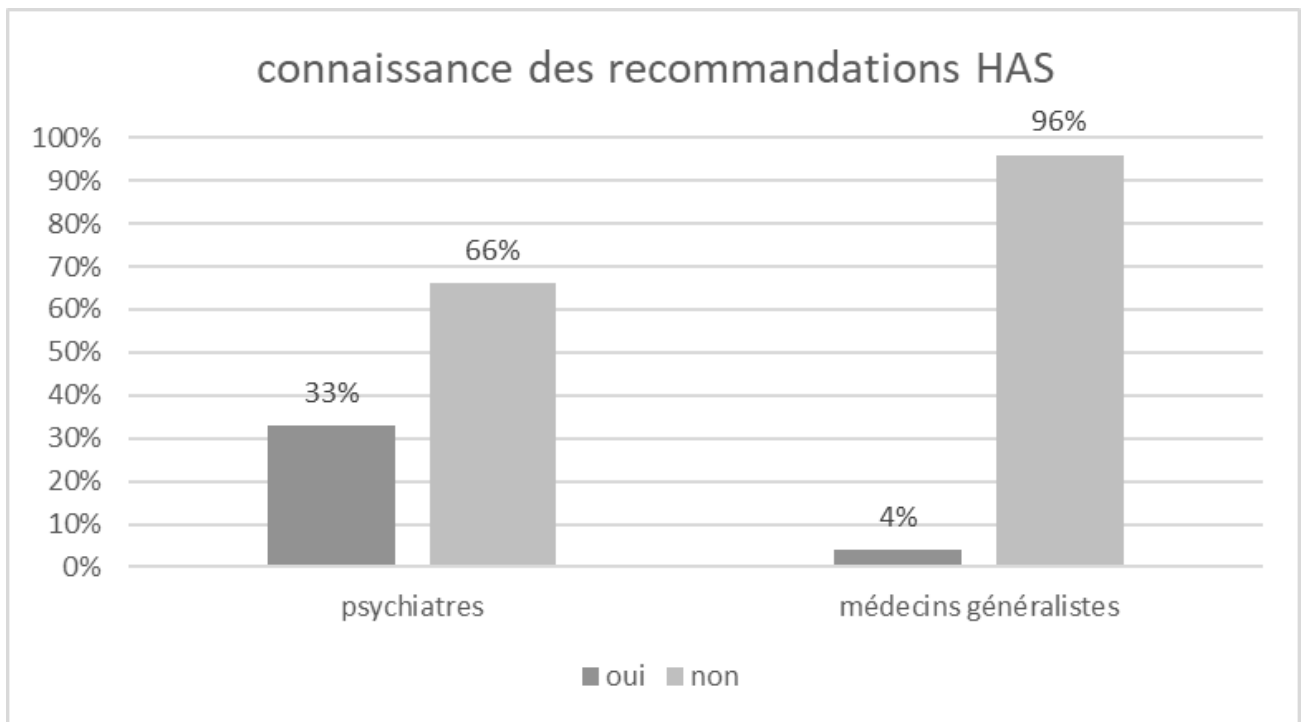


Figure 20 connaissance des recommandations HAS

3. Fréquences des courriers

3.1. Point de vue des MG

3.1.1. Envoyés

Lors d'une première consultation chez le psychiatre, 75% des MG (478) affirmaient rédiger un courrier à leur confrère (toujours ou souvent).

Les MG mayennais en rédigeaient plus souvent.

Il s'agissait d'un simple mot d'introduction pour un remboursement pour 22% des MG (137).

Au cours du suivi conjoint d'un patient, les MG étaient 19% (122 MG) à adresser un courrier au P, sans différence entre les départements.

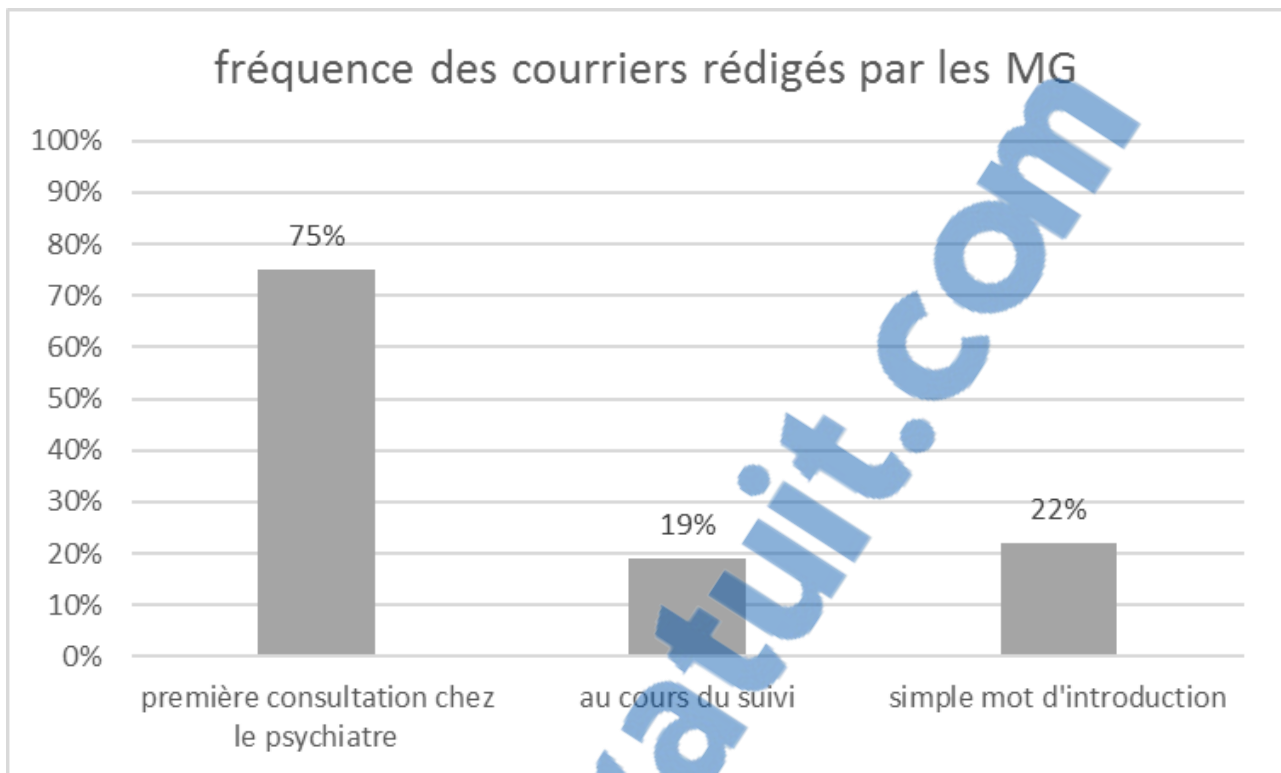


Figure 21 fréquence des courriers envoyés par les MG

Les MG ayant débuté leur exercice avant 2005 étaient plus nombreux à rédiger un courrier lorsqu'ils adressaient un patient au P.

Au cours du suivi conjoint d'un patient, les MG qui déclaraient le plus écrire étaient : les hommes, les plus de 45 ans, ceux ayant débuté leur exercice avant 2002 ou 2005, ceux ayant soutenu leur thèse avant 2002 ou 2005, et ceux ayant débuté leur 3^e cycle avant 2002.

3.1.2. Reçus

De manière générale, les MG des cinq départements déclaraient à 92% ne pas recevoir de courrier de la part des P (585/634 MG). Ils étaient 8% (48 MG) à déclarer en recevoir, de manière générale, souvent voire toujours.

Après une première consultation chez le psychiatre, les MG déclaraient à 64% (406 MG) ne pas recevoir de courrier.

De la même façon, ils déclaraient ne pas recevoir de courrier : une fois le diagnostic posé (73%, 460 MG), au cours du suivi lors d'une modification clinique ou une modification de la prise en charge (76%, 480 MG) ou en fin de prise en charge psychiatrique (75%, 469 MG).

Globalement, 25% des MG (160 MG) déclaraient recevoir au moins une fois un courrier du P pendant le suivi du patient.

Il n'y avait pas de différence significative entre les cinq départements.

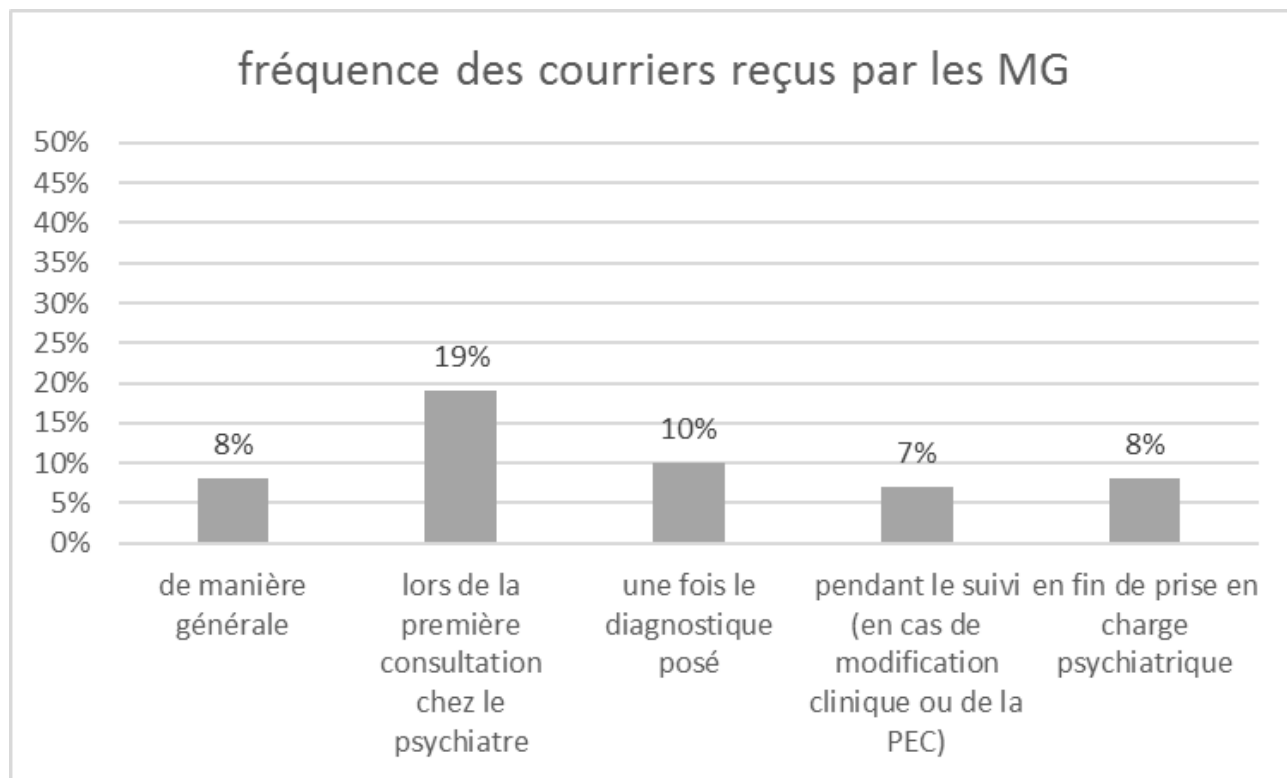


Figure 22 fréquence des courriers reçus par les MG

De manière générale, les MG hommes, les plus vieux MG (les plus de 45 ans, ceux ayant soutenu leur thèse avant 2002 ou 2005, et ceux ayant débuté leur formation avant 2002) déclaraient recevoir plus souvent des courriers de la part des P.

De même, les plus vieux MG (les plus de 45 ans, ceux ayant soutenu leur thèse avant 2002 ou 2005, et ceux ayant débuté leur 3^e cycle avant 2002) déclaraient recevoir plus souvent des courriers de la part des P après la première consultation.

En fin de prise en charge psychiatrique, les MG hommes déclaraient recevoir plus souvent un courrier du P.

3.2. Point de vue des P

3.2.1. Envoyés

Les P écrivaient plus souvent après la première consultation (104 P soit 55%).

Au moins un courrier était écrit au cours du suivi du patient par 76% des P (143 P).

Il n'y avait pas de différence significative entre les réponses des 5 départements et ces résultats.

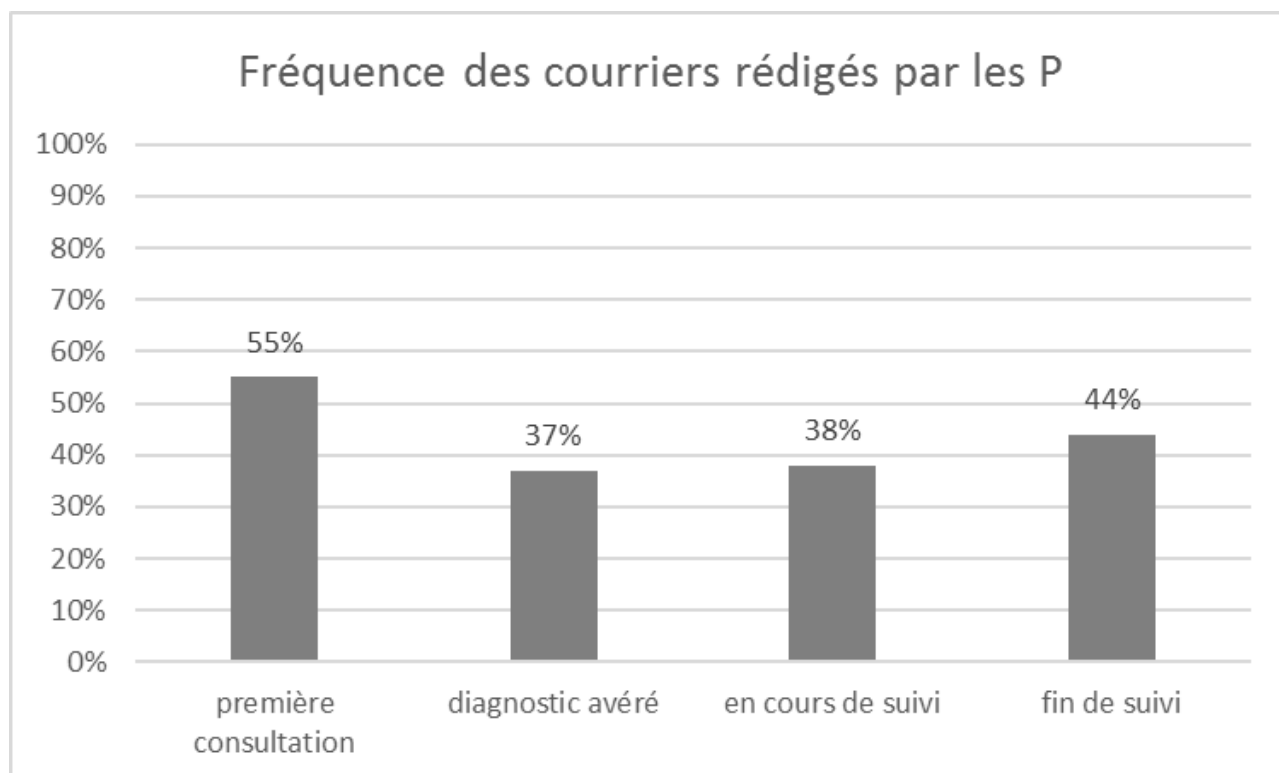


Figure 23 fréquence des courriers envoyés par les P

L'analyse en sous-groupe a montré que les P connaissant les recommandations HAS écrivaient significativement plus de courrier en fin de suivi et une fois le diagnostic avéré.

De façon significative, les P hommes et les P hospitaliers écrivaient plus souvent après la première consultation que les P femmes et les libéraux. Les P hommes écrivaient plus souvent une fois le diagnostic avéré et les P hospitaliers plus souvent en fin de suivi.

3.2.2. Reçus

On observait que 105 P (56%) déclaraient ne jamais ou rarement recevoir de courriers de la part de leurs confrères généralistes, sans différence entre les départements.

3.3. Comparaison entre ce que les MG et les P déclaraient envoyer et recevoir

Il existait un décalage important entre ce que chaque spécialité déclarait adresser comme courrier (au moins une fois au cours du suivi) et ce que l'autre déclarait recevoir.

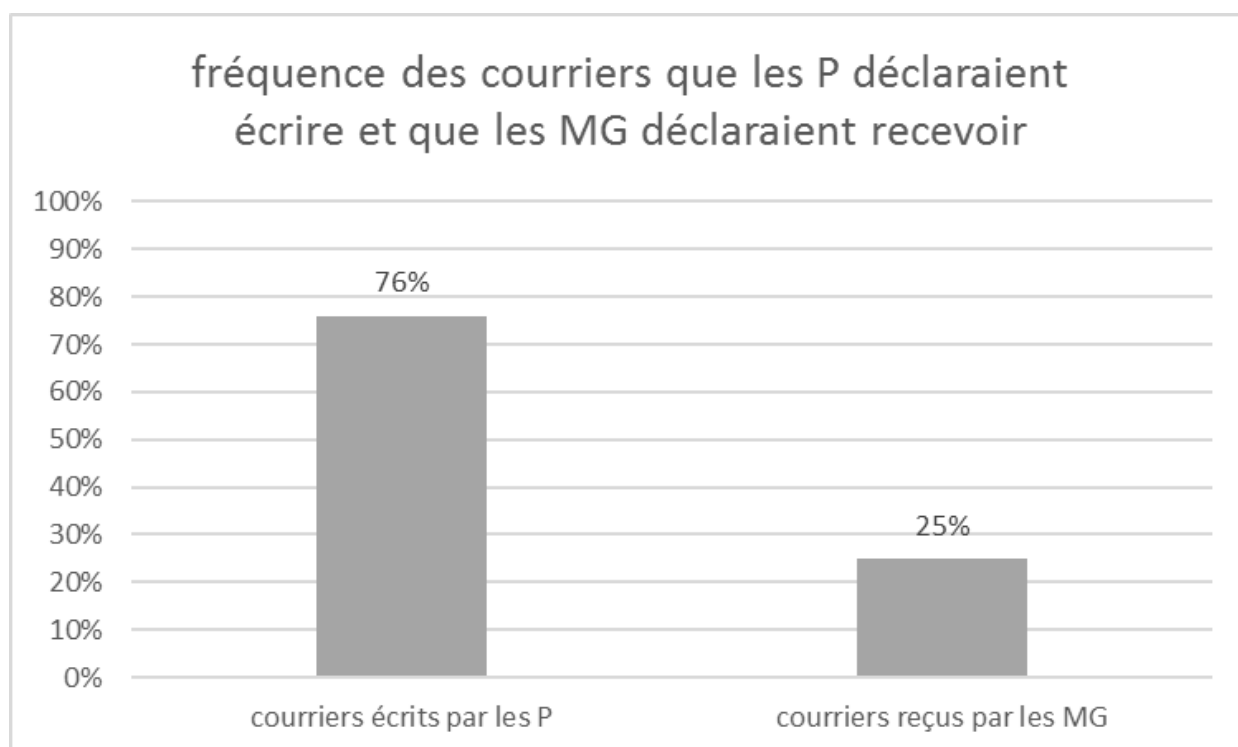


Figure 24 comparaison entre la fréquence d'envoi et de réception des courriers des P

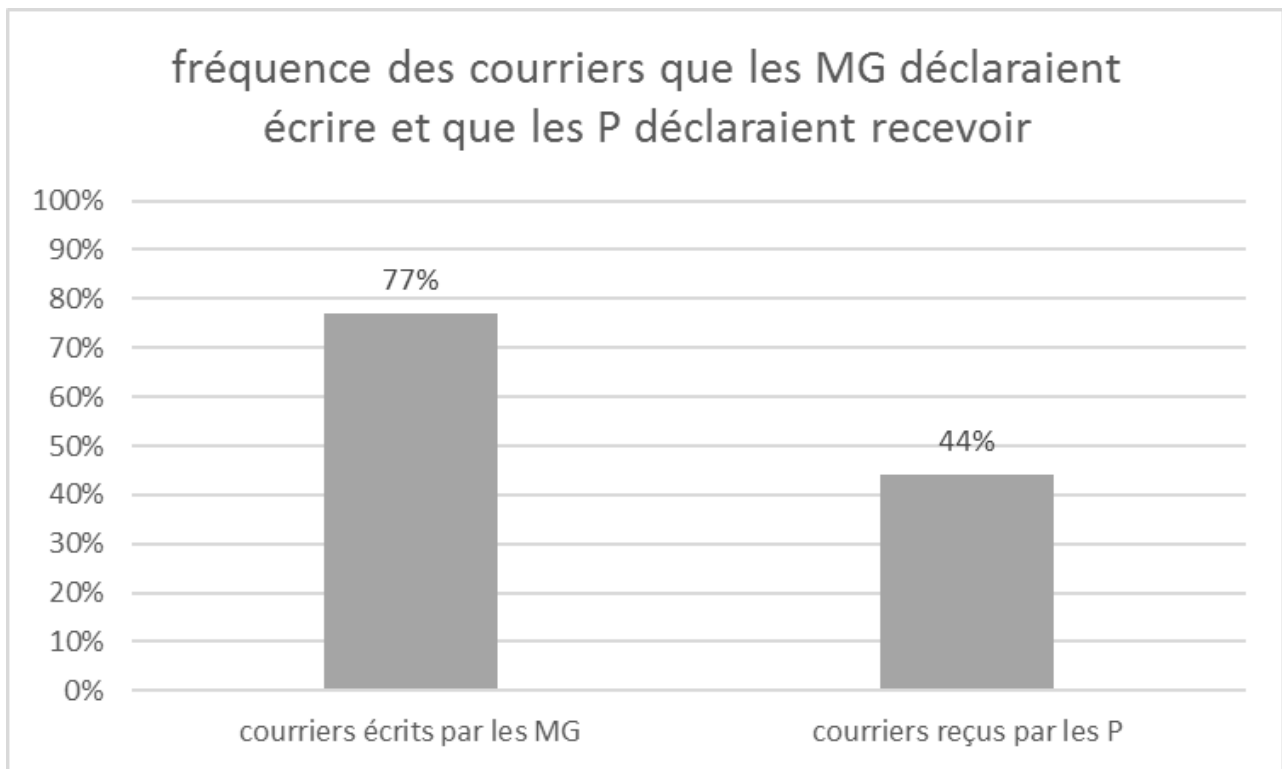


Figure 25 comparaison entre la fréquence d'envoi et de réception des courriers des MG

4. Contenu des courriers

4.1. Adressés aux psychiatres (d'après les MG)

Dans le courrier qu'ils adressaient aux P, la majorité des MG y mentionnait : les antécédents psychiatriques et somatiques du patient, les addictions du patient, l'état de la prise en charge actuelle, le traitement psychotrope mis en route et déjà essayé. Ils posaient également des questions sur la prise en charge médicamenteuse initiée.

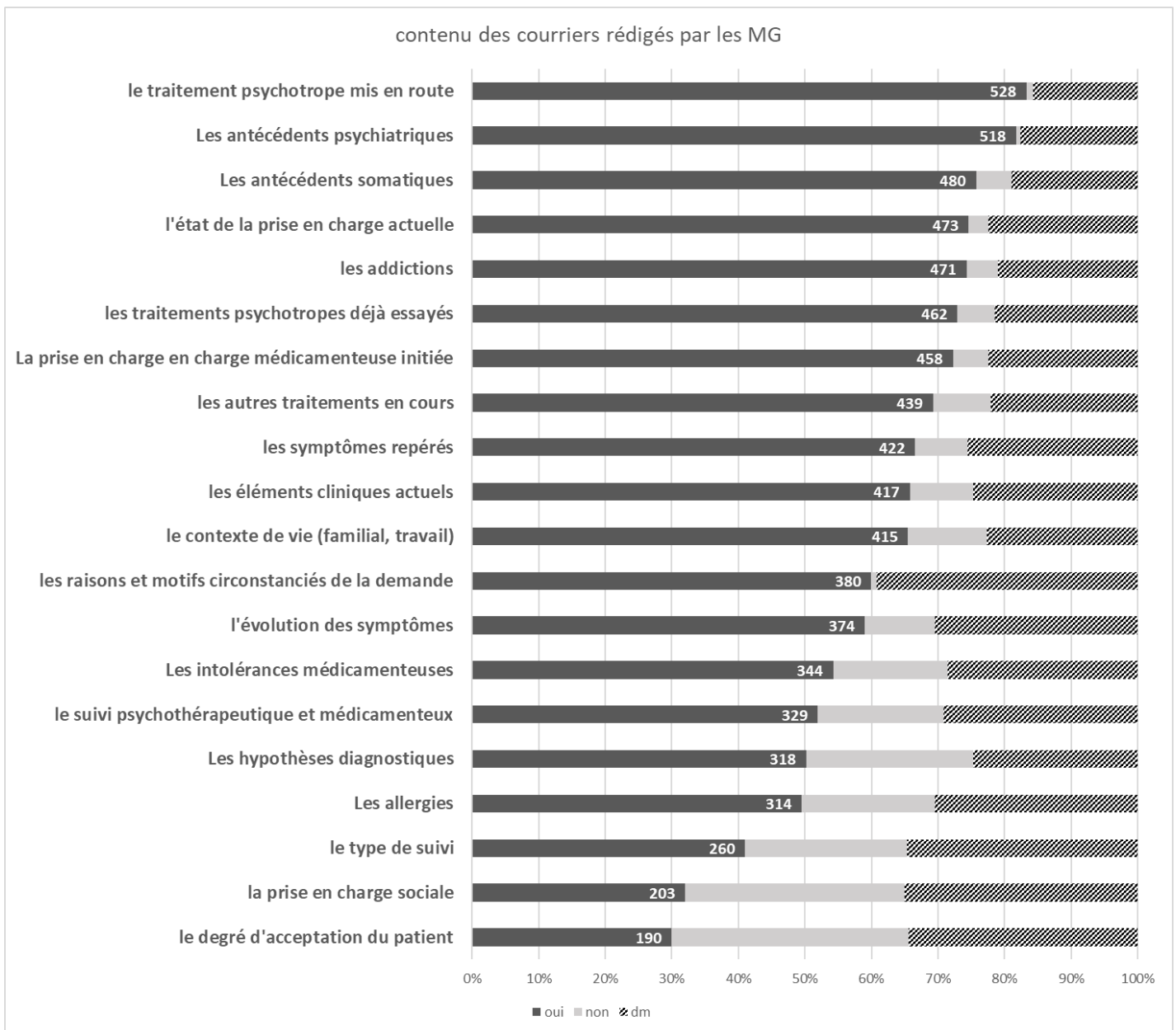


Figure 26 contenu des courriers des MG selon eux

Les MG de Loire-Atlantique étaient moins nombreux à mentionner les addictions du patient.

Les MG mayennais et vendéens étaient moins nombreux à préciser les traitements psychotropes déjà essayés.

Les MG vendéens étaient moins nombreux à formuler des interrogations sur le suivi psychothérapeutique et médicamenteux.

Les MG du Maine et Loire étaient moins nombreux à préciser le degré d'acceptation du patient vis-à-vis de la consultation psychiatrique, à formuler des hypothèses diagnostiques, à poser des questions sur les symptômes repérés et la prise en charge médicamenteuse initiée.

Les MG hommes déclaraient plus souvent formuler des hypothèses diagnostiques.

Les MG de moins de 61 ans déclaraient mentionner plus souvent : les addictions, les allergies et les intolérances médicamenteuses du patient.

Les MG ayant débuté leur exercice avant 2002, ou 2005, étaient plus nombreux à déclarer mentionner le degré d'acceptation du patient vis-à-vis de la consultation.

Les MG les plus vieux (ceux ayant débuté leur exercice, soutenu leur thèse, ou débuté leur 3^e cycle avant 2002 ou 2005) étaient plus nombreux à formuler des interrogations sur la prise en charge sociale du patient.

Il n'y avait pas de différence significative dans le contenu des courriers des MG ayant une formation complémentaire et les autres MG.

4.2. Reçus par les psychiatres (d'après les P)

Plus de la moitié des P déclarait que leurs confrères généralistes mentionnaient dans leurs courriers des informations sur la prise en charge médicamenteuse, les raisons circonstanciées de la demande de consultation et les antécédents.

Moins de la moitié des P déclarait que leurs confrères généralistes mentionnaient dans leurs courriers des informations sur le contexte de vie, la prise en charge psychothérapique, les traitements psychotropes antérieurs ou la prise en charge sociale.

D'après les P, 47% des courriers des MG étaient un simple mot d'introduction pour un remboursement dans le cadre du parcours de soins.

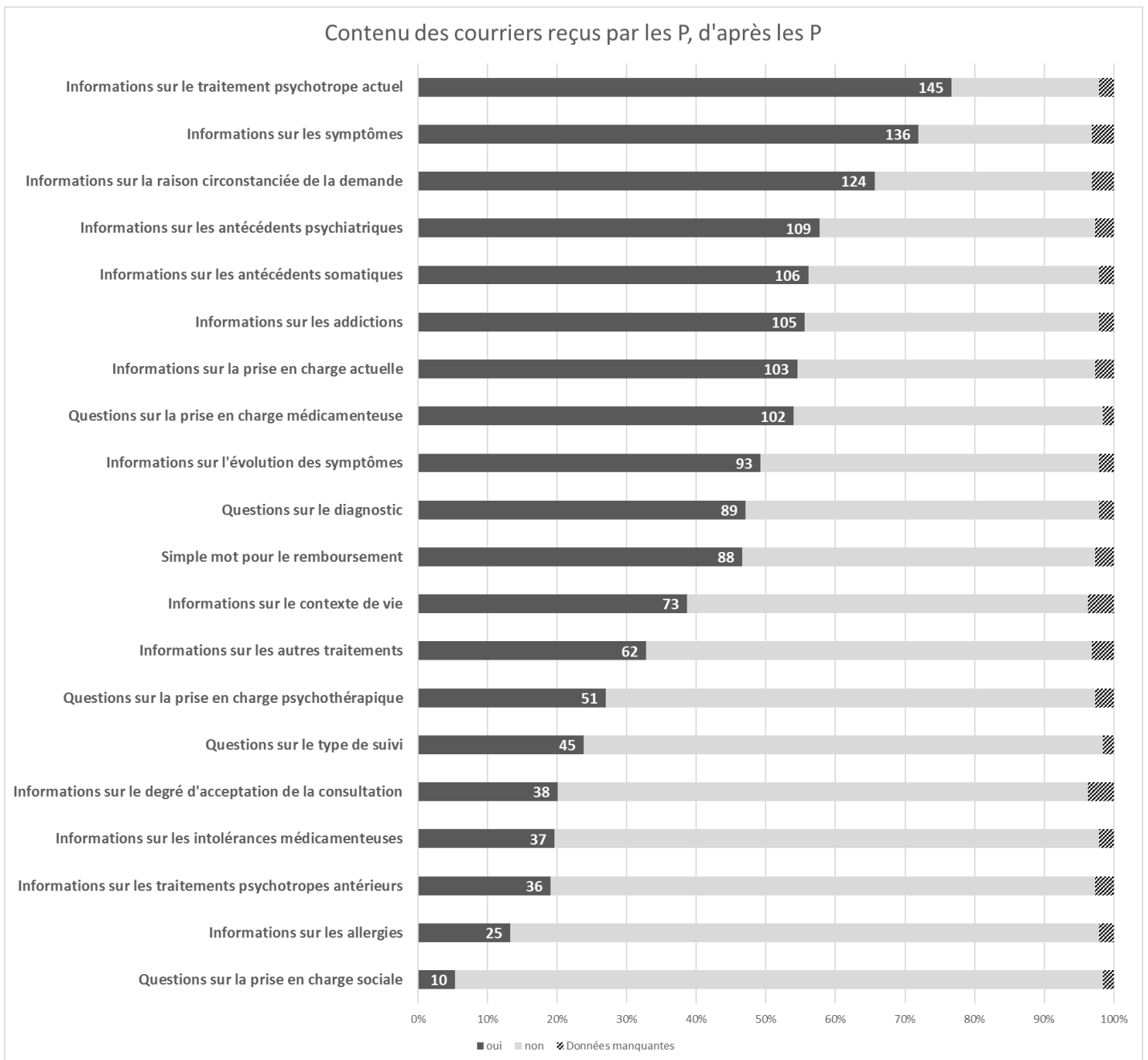


Figure 27 contenu des courriers des MG selon les P

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre ce que déclaraient recevoir les P de chaque département avec les résultats des PDL.

4.3. Adressés aux généralistes (d'après les P)

Plus de 80% des P déclaraient mentionner le contexte de vie du patient et ses antécédents, la prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse, les hypothèses diagnostiques et les éléments du suivi.

Moins de la moitié des P mentionnait une proposition de prise en charge sociale, les risques évolutifs, les intolérances médicamenteuses ou les allergies du patient.

La comparaison des résultats de chaque département avec les résultats globaux a révélé la différence statistiquement significative suivante. Les P vendéens décrivaient moins souvent les facteurs environnementaux importants de leurs patients.

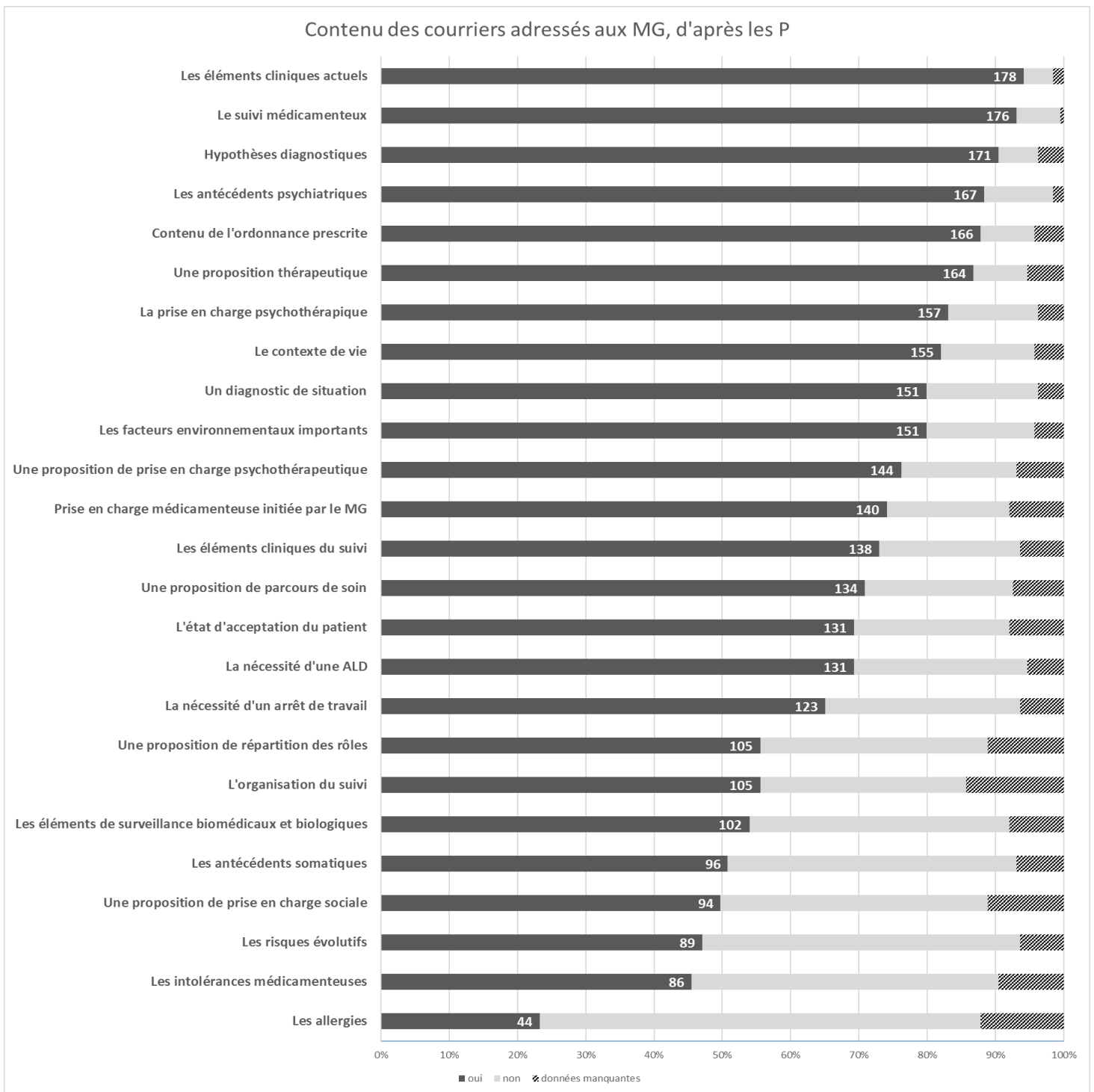


Figure 28 contenu des courriers des P selon eux

De façon significative : les P hommes mentionnaient plus souvent leurs hypothèses diagnostiques et le risque évolutif. Les P hospitaliers proposaient plus souvent une répartition des rôles, des éléments de surveillance biomédicaux et précisaient plus souvent les antécédents psychiatriques. Les P de plus de 45 ans écrivaient plus souvent les risques

évolutifs et l'état d'acceptation du patient. Les P ayant débuté leur exercice avant 2002 ou 2005 mentionnaient plus les risques évolutifs, une proposition de prise en charge psychothérapeutique et le degré d'acceptation du patient.

4.4. Reçus par les généralistes (d'après les MG)

Les MG des Pays de la Loire déclaraient que les courriers des P contenaient des informations sur : la prise en charge médicamenteuse en cours, l'hypothèse diagnostique et la proposition thérapeutique médicamenteuse. Les autres informations leur manquaient.

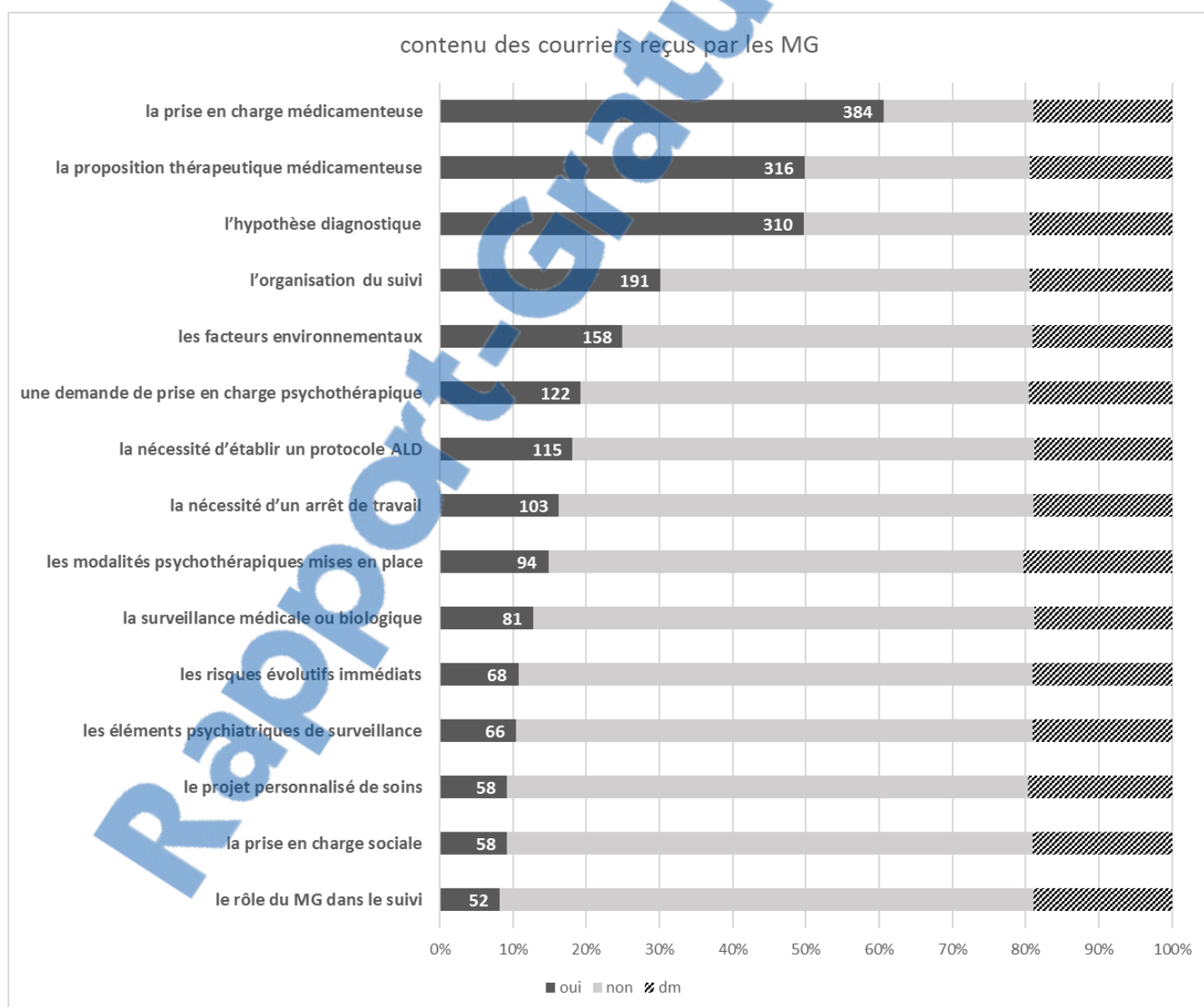


Figure 29 contenu des courriers des P selon les MG

Les MG sarthois déclaraient recevoir moins souvent des informations sur les facteurs environnementaux du patient et les éléments de surveillance biologique et thérapeutique.

Les MG vendéens déclaraient recevoir plus souvent des informations sur les facteurs environnementaux et sur la proposition thérapeutique médicamenteuse.

5. Les souhaits des MG et des P sur le courrier du confrère

5.1. Les souhaits des MG

5.1.1. La fréquence des courriers

Les MG interrogés souhaitaient à 98% recevoir des courriers de leurs confrères P.

Ils étaient 479 MG (76%) à en vouloir dès la première consultation, 542 MG (85%) à en vouloir une fois le diagnostic psychiatrique posé, 544 MG (86%) à en vouloir en cas de modification clinique ou thérapeutique, et 544 MG (86%) à en vouloir en fin de prise en charge psychiatrique.

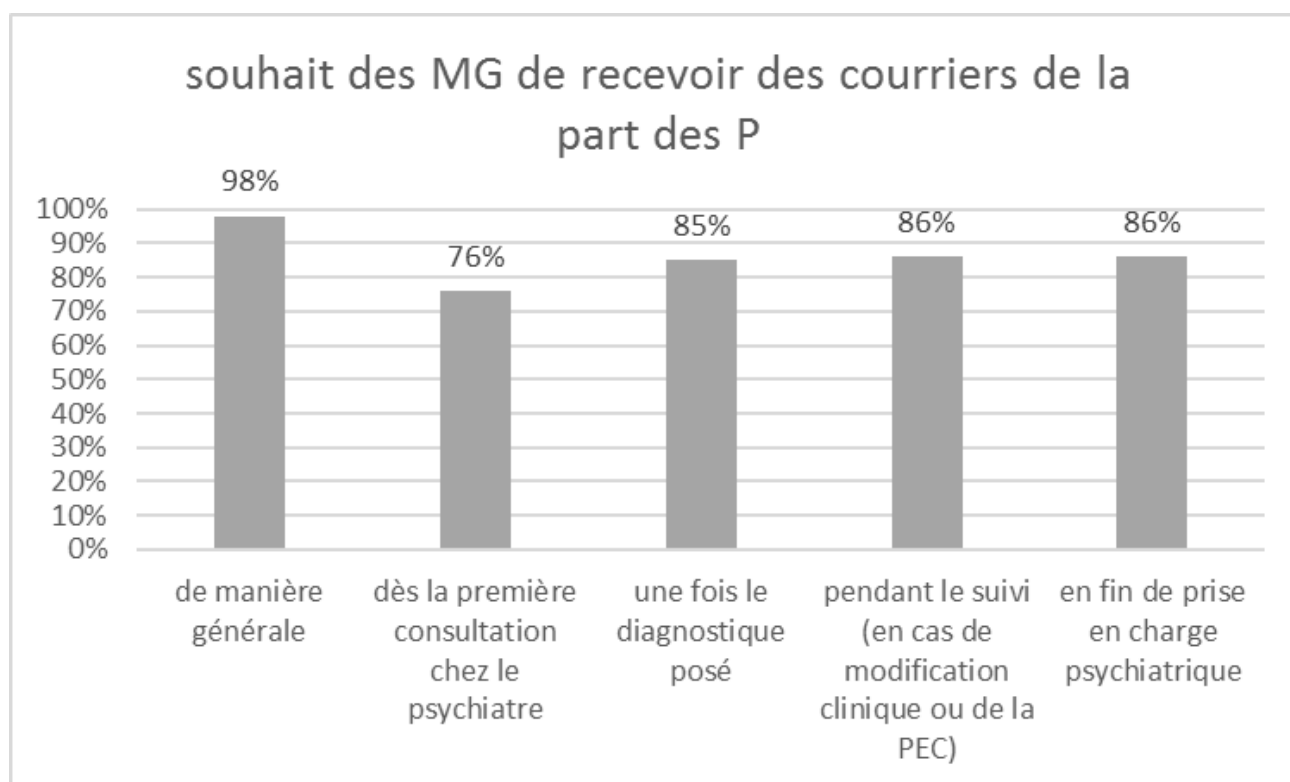


Figure 30 souhaits des MG de recevoir des courriers des P

Les MG angevins étaient significativement moins nombreux à en demander après la première consultation et les MG mayennais étaient moins nombreux à en demander une fois le diagnostic posé.

Les MG hommes étaient plus nombreux à souhaiter un courrier dès la première consultation chez le P.

Les MG les plus jeunes (les moins de 45 ans, ceux ayant débuté leur exercice ou soutenu leur thèse après 2002 ou 2005, et ceux ayant débuté leur 3^e cycle après 2002) étaient plus nombreux à vouloir recevoir un courrier une fois le diagnostic psychiatrique avéré.

5.1.2. Le contenu des courriers

Les MG des Pays de la Loire souhaitaient trouver un maximum d'informations dans les courriers des P.

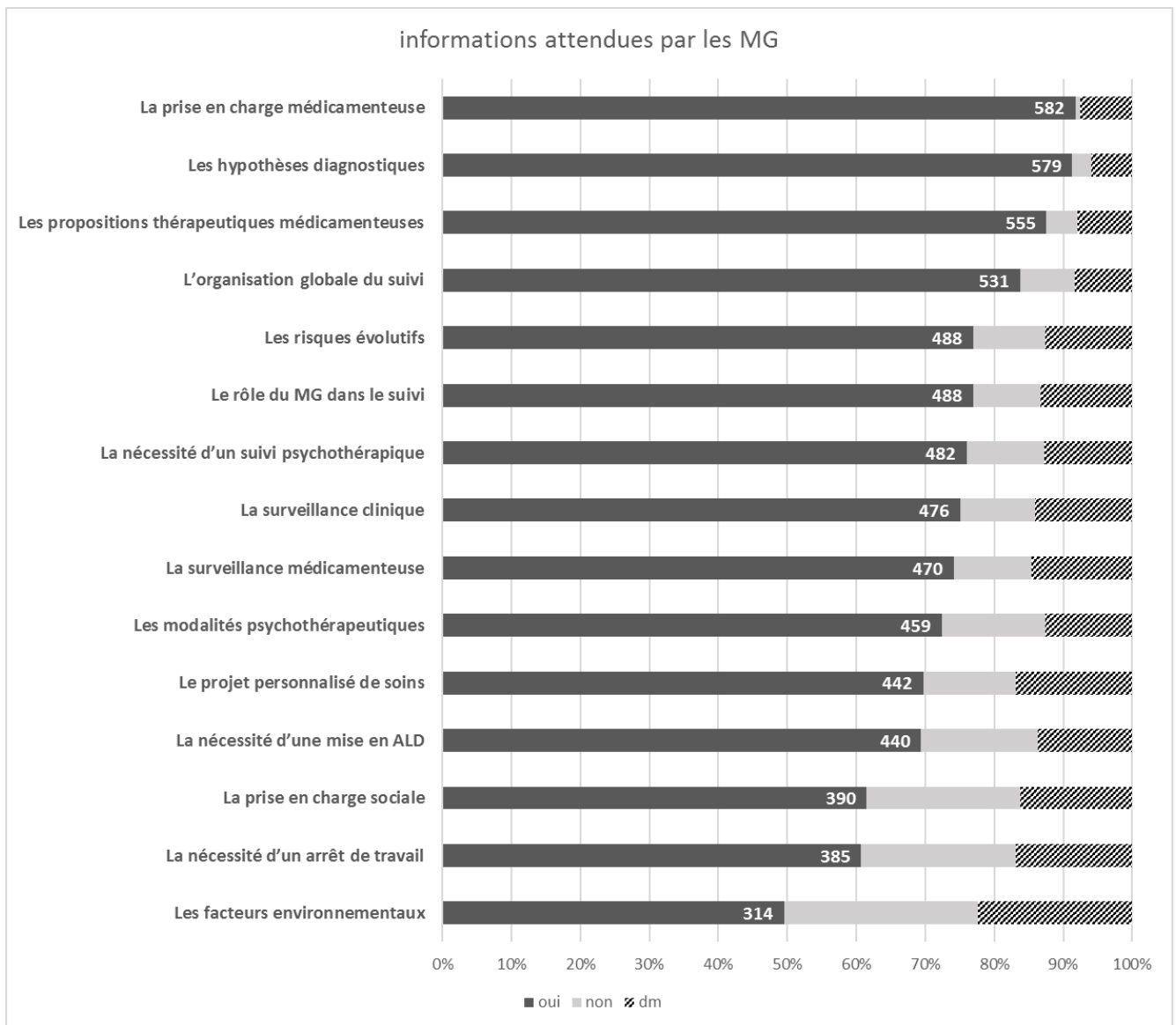


Figure 31 contenu des courriers des P souhaité par les MG

Les MG mayennais étaient moins nombreux à demander des informations concernant : l'organisation globale du suivi, la nécessité d'un suivi psychothérapeutique, la prise en charge sociale, les risques évolutifs, la surveillance clinique, les facteurs environnementaux, les propositions thérapeutiques médicamenteuses et les modalités psychothérapeutiques.

Les MG angevins étaient moins nombreux à demander des informations concernant : la prise en charge sociale, la nécessité d'un arrêt de travail et les modalités psychothérapeutiques.

Tous les MG vendéens souhaitaient des propositions thérapeutiques médicamenteuses.

Les MG femmes demandaient plus souvent des informations concernant : l'organisation globale du suivi et le rôle du MG, la prise en charge sociale, les éléments de surveillance clinique, les facteurs environnementaux et le projet personnalisé de soins.

Les MG les plus âgés :

Les MG de plus de 45 ans, ceux ayant débuté leur 3^e cycle ou leur exercice avant 2002, et ceux ayant soutenu leur thèse avant 2002 ou 2005, étaient plus nombreux à souhaiter recevoir les hypothèses diagnostiques des P.

Les MG ayant débuté leur 3^e cycle ou soutenu leur thèse avant 2005 étaient plus nombreux à souhaiter recevoir des informations sur la nécessité d'un arrêt de travail.

Les MG les plus jeunes :

Les MG de moins de 61 ans, et de moins de 45 ans, étaient plus nombreux à souhaiter recevoir des informations sur l'organisation globale du suivi, la prise en charge sociale, les facteurs environnementaux et le projet personnalisé de soins.

Les MG ayant débuté leur exercice après 2002 étaient plus nombreux à souhaiter recevoir le projet personnalisé de soins.

Les MG ayant débuté leur exercice après 2002, ou après 2005, étaient plus nombreux à souhaiter recevoir des éléments de surveillance clinique et les facteurs environnementaux.

Les MG ayant soutenu leur thèse après 2002 étaient plus nombreux à souhaiter recevoir des informations sur l'organisation globale du suivi, la prise en charge sociale, les éléments de surveillance clinique, les facteurs environnementaux et le projet personnalisé de soins.

Il n'y avait pas de différence significative entre les attentes des MG ayant une formation complémentaire et les autres MG.

5.1.3. Les modalités d'échange

En ce qui concerne les modalités d'échange de courriers, les MG plébiscitaient le courrier postal à 56% et la messagerie électronique sécurisée à 60%. Cependant ils ne souhaitaient pas communiquer par mail, par fax, ou en remettant le courrier au patient

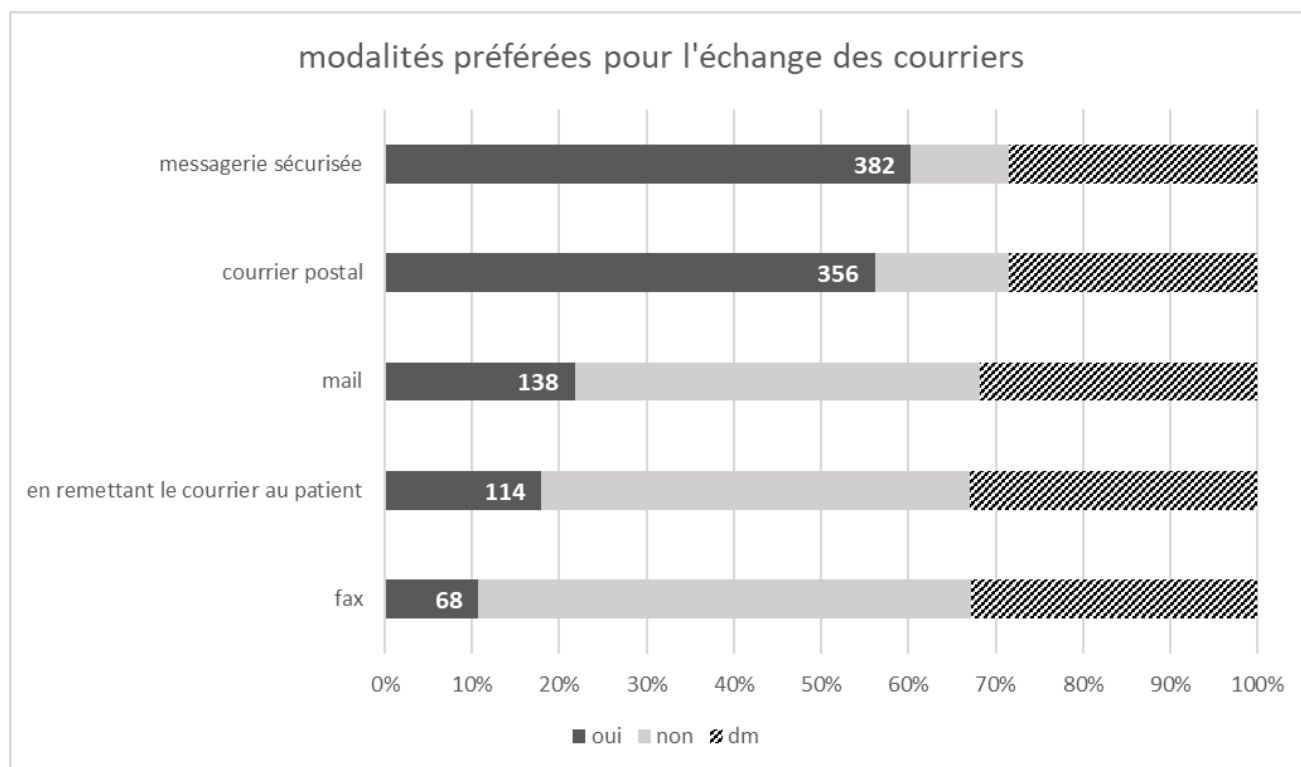


Figure 32 modalités de communication préférées des MG

Il existait des différences départementales significatives sur ces modalités de communication : les MG vendéens étaient plus nombreux à souhaiter utiliser la messagerie sécurisée et le mail, les MG mayennais utilisaient moins le courrier postal et le mail, les MG angevins utilisaient moins la messagerie sécurisée.

Les MG femmes étaient plus nombreuses que les hommes à vouloir échanger des courriers par voie postale.

La messagerie sécurisée était plébiscitée par les jeunes MG (les moins de 45 ans, ceux ayant débuté leur exercice ou soutenu leur thèse après 2002 ou 2005, et ceux ayant débuté leur 3^e

cycle après 2002). Le fax était également plutôt utilisé par les jeunes MG (ceux ayant soutenu leur thèse après 2002 ou 2005, et ceux ayant débuté leur 3^e cycle après 2002).

5.2. Les souhaits des P

Ils étaient 82% à souhaiter recevoir des courriers de la part des MG.

La majorité des P souhaitait voir apparaître dans le courrier des MG : le traitement psychotrope actuel, les antécédents somatiques, la prise en charge médicamenteuse initiée, les traitements psychotropes antérieurs, les intolérances médicamenteuses, les autres traitements, l'évolution des symptômes depuis la prise en charge initiale et le degré d'acceptation de la consultation.

Toutefois, moins de la moitié des psychiatres souhaitait voir apparaître sur le courrier de leurs confrères généralistes les hypothèses diagnostiques ou une demande de prise en charge psychothérapeutique.

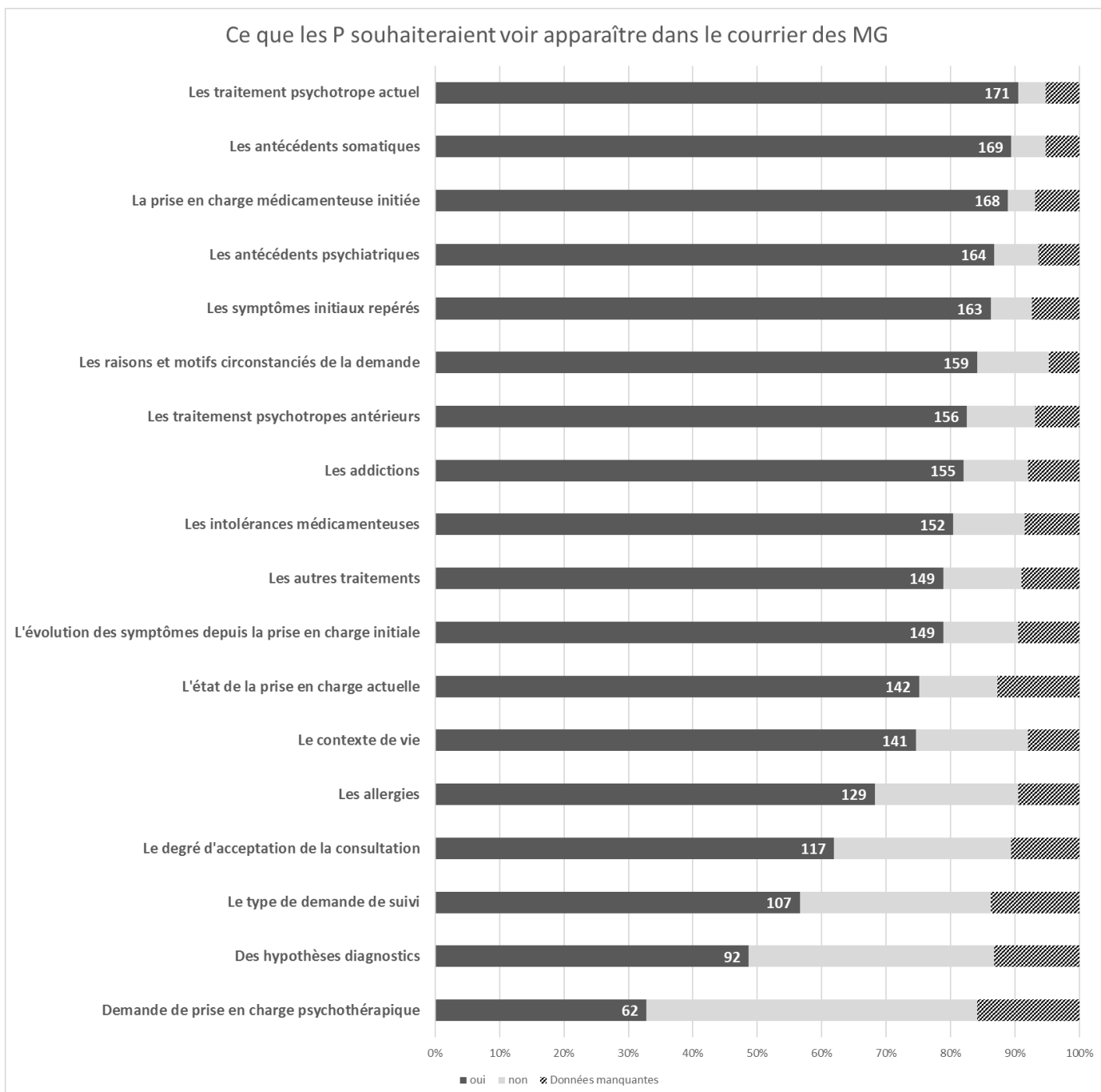


Figure 33 contenu du courrier des MG souhaité par les P

Les P hospitaliers et ceux ayant débuté leur activité avant 2002 ou 2005 souhaitaient recevoir plus souvent des courriers des MG.

Les P libéraux souhaitaient plus souvent recevoir des demandes de prise en charge psychothérapique exclusive. Les P hospitaliers souhaitaient plus souvent voir apparaître le degré d'acceptation de la consultation dans le courrier des MG.

6. Comparaison des points de vue

6.1. Sur le courrier rédigé par les MG

De façon générale, les P désiraient recevoir un courrier complet de la part des MG. Leurs souhaits correspondaient à ce que les MG déclaraient rédiger, mais pas à ce qu'ils déclaraient recevoir.

Ils étaient minoritaires à vouloir que les MG formulent des hypothèses diagnostiques ou une demande de suivi psychothérapique exclusif.

Les P déclaraient plus souvent recevoir la raison circonstanciée de la demande de consultation que les MG déclaraient la rédiger. Cela peut être dû aux 100% (164MG) de données manquantes de la Sarthe à cette question.

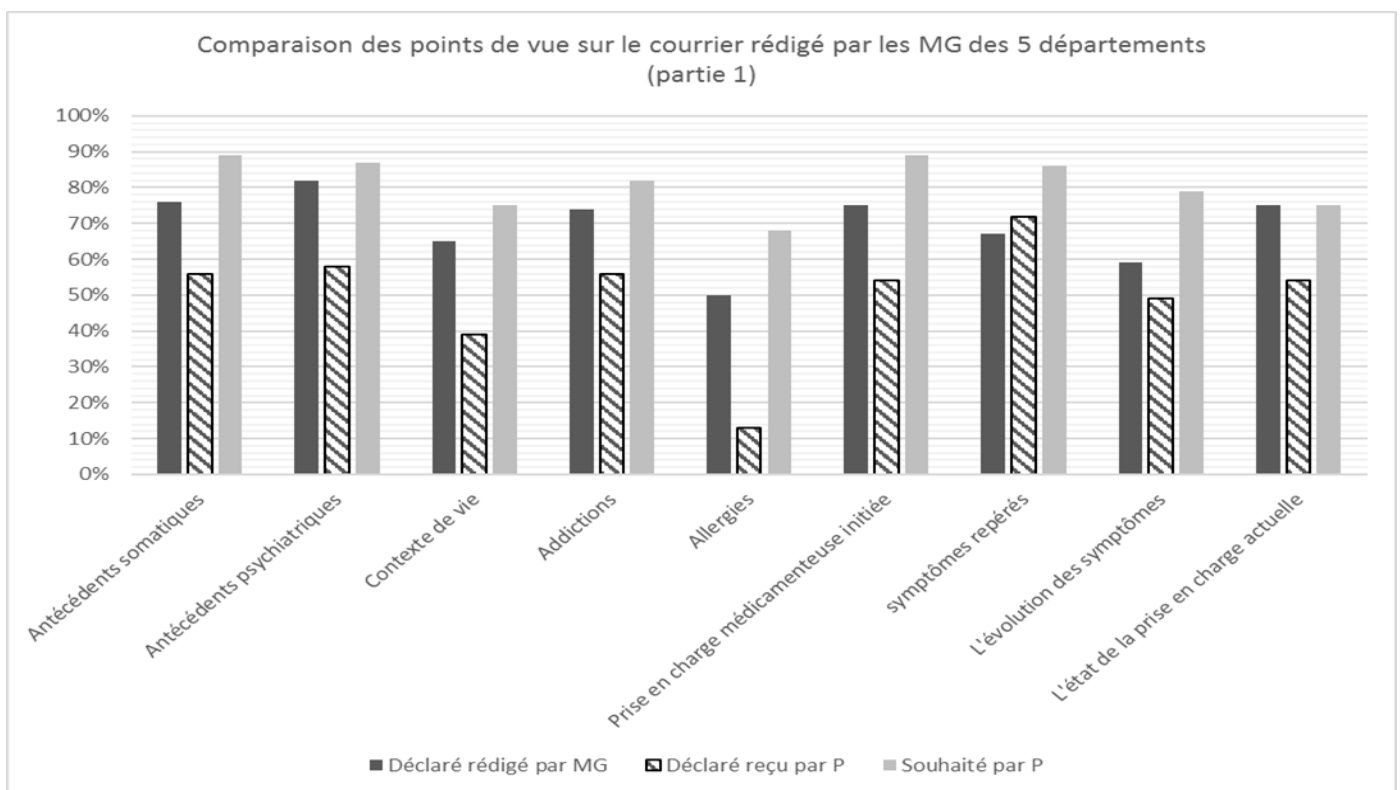


Figure 34 comparaison des points de vue sur le contenu du courrier des MG

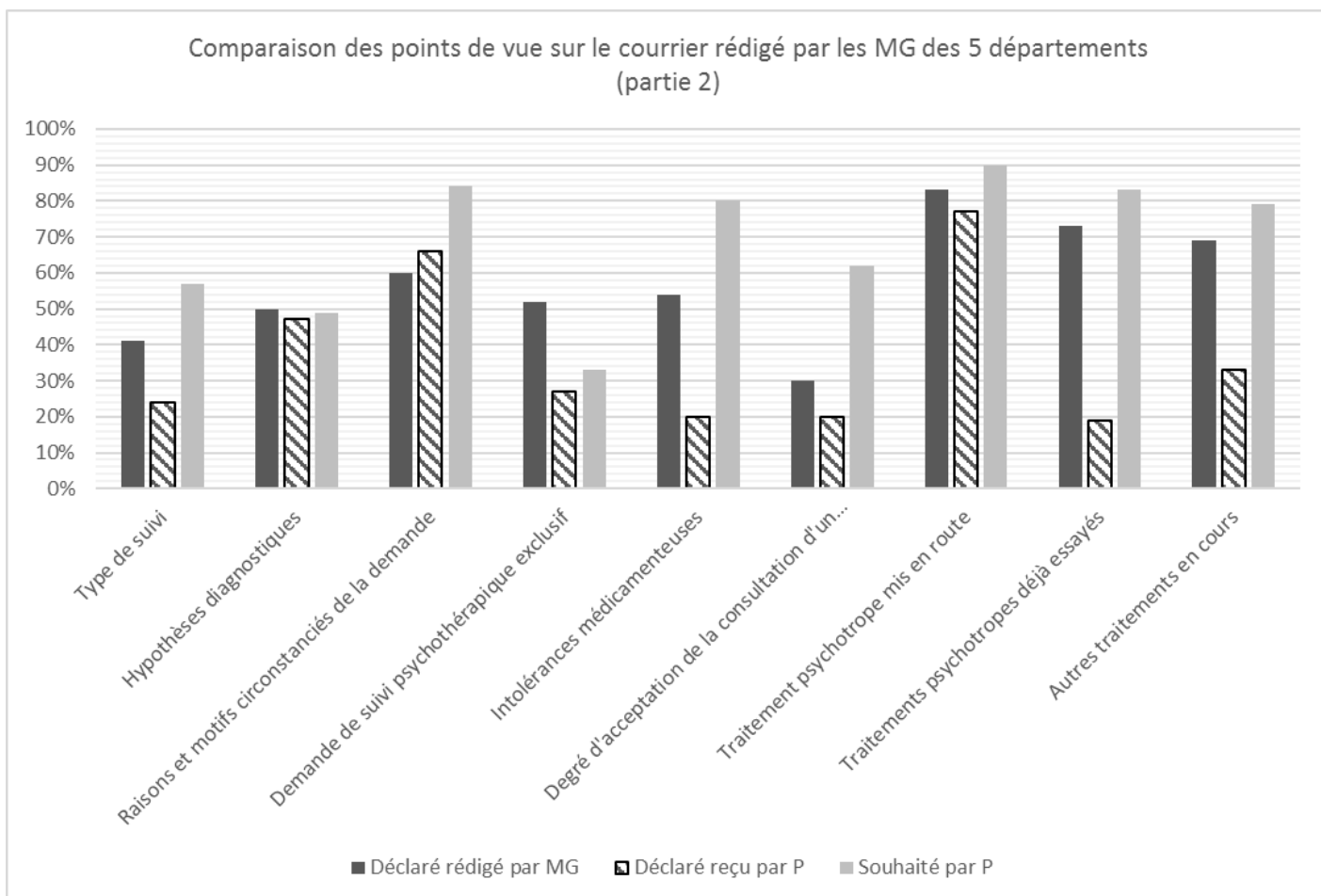


Figure 35 comparaison des points de vue sur le contenu du courrier des MG (suite)

6.2. Sur le courrier rédigé par les P

Il existait un décalage important entre ce que les P déclaraient écrire et ce que les MG déclaraient recevoir. Pourtant les attentes des MG correspondaient quasiment à ce que les P déclaraient écrire.

Les MG souhaitaient un maximum d'informations dans les courriers des P : en priorité ils souhaitaient connaître les hypothèses diagnostiques du P, avoir des informations sur la prise en charge médicamenteuse et le parcours de soins du patient. Les MG étaient moins demandeurs d'informations concernant la prise en charge sociale du patient.

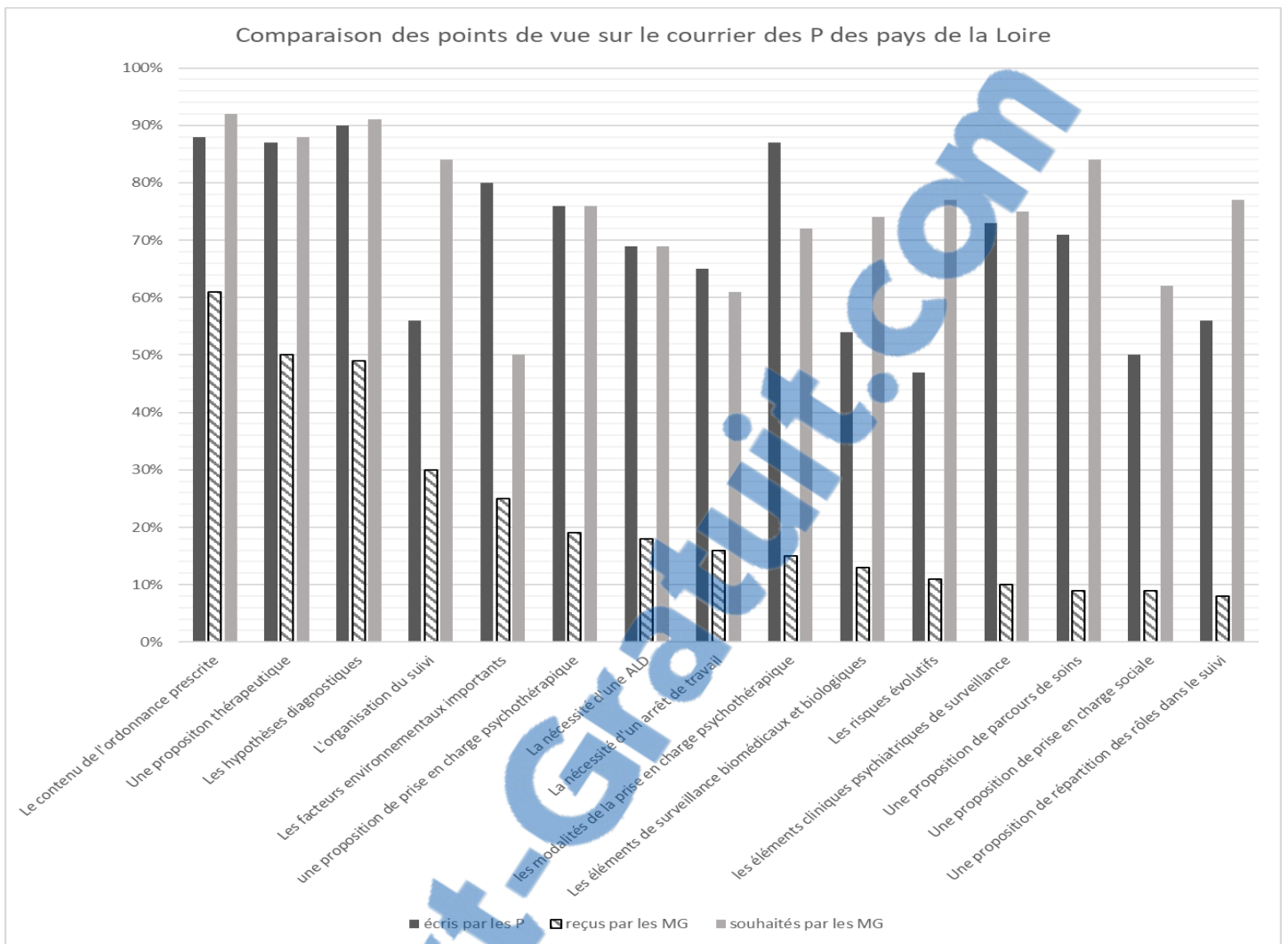


Figure 36 comparaison des points de vue sur le contenu du courrier des P

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Résultats principaux

Cette étude a montré que les échanges de courriers entre MG et P étaient ressentis par les deux spécialités comme insuffisants en 2016 dans le Maine-et-Loire et dans les PDL, cela malgré un souhait marqué de communiquer davantage. Toutefois les MG semblaient plus communiquer que les P.

Seulement 37% des P angevins et 44% des P ligériens déclaraient recevoir régulièrement des courriers de leurs confrères généralistes. De même 5% des MG angevins et 8% des MG ligériens déclaraient recevoir des courriers de la part des P. Toutefois les deux spécialités déclaraient souhaiter communiquer plus : 85% des P et 97% des MG de l'Anjou, 82% des P et 98% des MG ligériens déclaraient vouloir recevoir des courriers de leurs confrères.

Pourtant l'autoévaluation des deux spécialités était cohérente avec leurs désirs de communiquer davantage, puisque 68% des P du département et 76% au niveau régional déclaraient rédiger au moins un courrier durant la prise en charge de leurs patients, ainsi que 70% des MG angevins et 77% dans les PDL.

Cette étude a révélé que les P ayant une activité hospitalière ou mixte écrivaient significativement plus que les P libéraux, en fin de suivi et après une première consultation, tant dans le Maine-et-Loire que dans les PDL.

Les recommandations du CNQSP de 2010 concernant les modalités d'échange de courriers entre MG et P étaient mal connues par les P et les MG, tant au plan départemental que régional. Toutefois, au niveau régional, 33% des P les connaissant écrivaient significativement plus de courriers une fois le diagnostic avéré et en fin de suivi.

Concernant le contenu de leurs courriers, l'autoévaluation des P du Maine-et-Loire et des PDL montrait qu'ils mentionnaient la quasi-totalité des items recommandés par le CNQSP. Cela

correspondait aux souhaits des MG de recevoir des courriers complets. Pourtant, les MG déclaraient que moins de la moitié des P mentionnaient ces informations.

Ce constat est identique sur le courrier des MG. Leur autoévaluation montrait qu'ils rédigeaient des courriers complets. Ceci correspondait aux désirs des P, hormis pour les hypothèses diagnostiques qu'ils ne souhaitent pas voir formulées sur le courrier des MG. Pourtant, les P déclaraient que moins de la moitié des MG mentionnaient les différents items attendus.

Cet état des lieux des correspondances révélait que pour 22% des MG et 47% des P des PDL, le courrier des MG était un simple mot en vue du remboursement dans le parcours de soins du patient.

Les modalités préférées des MG de l'Anjou et des PDL pour échanger leurs courriers étaient la messagerie sécurisée et le courrier postal. Ils étaient minoritaires à vouloir faire transiter le courrier via leur patient.

2. Points forts de l'étude

Un des points forts de l'étude était son taux de réponse. La population interrogée était large et répartie sur les 5 départements : Il y avait 41 P répondants sur 152 P interrogés (27%) et 182 MG répondants sur 742 MG interrogés (25%) dans le Maine et Loire. Dans la région, 189 des 575 P et 634 des 2754 MG avaient répondu au questionnaire. L'étude affichait donc un taux de réponse global de 33% pour les P et de 23% pour les MG des Pays de la Loire, ce qui conférait une puissance satisfaisante à cette étude.

La méthode utilisée dans l'étude était également un point fort. L'utilisation d'un double questionnaire était adaptée pour permettre de répondre à la question, qui était de faire un état des lieux de la communication écrite entre les P et les MG. Le recueil de données par les questionnaires permettait l'analyse descriptive.

L'utilisation du même questionnaire permettait également le recueil de données et la comparaison des réponses sur l'ensemble des 5 départements des PDL.

La collecte des données était informatisée (sauf dans la Sarthe), ce qui assurait une standardisation dans le recueil et évitait les biais de retranscription.

Un autre point fort de l'étude résidait dans le fait que les questionnaires étaient basés sur les recommandations de bonne pratique du CNQSP, reconnues et validées par l'HAS.

L'éthique était respectée par l'anonymisation des médecins répondant au questionnaire.

Il existe des études sur la communication entre MG et P, mais peu d'études ont été menées sur une région entière. La plupart des études étaient également qualitatives, étudiant plutôt le ressenti des médecins sur leur communication, et non pas quantitatives.

3. Points faibles de l'étude

Plusieurs points faibles pouvaient être retenus pour cette étude.

Premièrement, le mode de recrutement de la population, qui se faisait uniquement par mail, pouvait induire un biais de sélection. Seuls les médecins ayant une adresse mail et l'ayant communiquée au Conseil de l'Ordre des Médecins étaient contactés. Les MG et P n'ayant pas d'adresse mail, ou n'utilisant pas aisément cette voie de communication, n'étaient donc pas recrutés. De même, le fait que le questionnaire soit informatisé (sauf dans la Sarthe) pouvait faciliter le recrutement des médecins plus jeunes (plus à l'aise dans l'utilisation d'internet) que les plus âgés.

Deuxièmement, comme dans toute enquête et étude, les médecins particulièrement intéressés par la problématique étaient probablement plus nombreux à répondre au questionnaire. Là encore il s'agissait d'un biais de sélection.

La méthodologie utilisée pour cette étude, basée sur du déclaratif (et non pas de l'observationnel), ne permettait qu'une analyse subjective des pratiques professionnelles. De plus, les médecins répondants pouvaient chercher à se montrer sous une facette positive lorsqu'ils étaient interrogés sur leurs pratiques professionnelles : surestimer le nombre de courriers qu'ils écrivaient, surestimer la qualité de leur courrier, etc... il s'agissait d'un biais de désirabilité. Ce biais était partiellement limité par l'anonymisation des questionnaires.

Troisièmement, la structure du questionnaire (en plus de 80 questions) pouvait également provoquer une lassitude du médecin interrogé, qui pouvait abandonner le questionnaire en cours de réponse. Ces questionnaires étaient alors non exploitables.

De plus, en analysant les données manquantes, certaines questions paraissaient plus ou moins pertinentes pour les personnes interrogées (en termes de formulation, réponse binaire ou à choix multiples, en début ou en fin de questionnaire).

Quatrièmement, il existait un biais de méthodologie dans l'étude menée en Sarthe. En effet, les questionnaires n'avaient pas été informatisés et les données recueillies avaient été saisies manuellement sur le logiciel. Il en a résulté un grand nombre de données manquantes, ne permettant pas une analyse en sous-groupes dans l'étude en PDL.

Enfin, il existait un décalage dans le temps entre la première étude menée en Sarthe (questionnaires envoyés en 2014) et la dernière en Maine-et-Loire (questionnaires envoyés en 2016).

4. Représentativité de la population

4.1. Etude dans le ML

4.1.1. Concernant les MG

La proportion d'hommes et de femmes MG ayant répondu à l'étude dans le Maine et Loire était semblable à celle des MG du département⁽²³⁾ (52% d'hommes et 48% de femmes). Par contre, les MG ayant répondu au questionnaire dans le Maine et Loire étaient sensiblement plus jeunes

que les MG de la région et plus nombreux à exercer en libéral que la moyenne des MG de France (93% vs 57%).

4.1.2. Concernant les P

La proportion d'hommes et de femmes P ayant répondu au questionnaire dans le Maine et Loire n'était pas représentative : les hommes étaient plus nombreux à avoir répondu au questionnaire (51% contre 46% dans la population des P des pays de la Loire, et 47% dans la population française des P). Ils étaient également sensiblement plus jeunes et moins nombreux à exercer en libéral que la moyenne des P en Pays de la Loire (27% vs 37%).

4.2. Etude dans la région Pays de la Loire

4.2.1. Concernant les MG

La proportion d'hommes et de femmes MG ayant répondu au questionnaire des PDL était semblable à celle de la région (53% d'hommes et 47% de femmes MG) et de la France (54% d'hommes et 46% de femmes MG). Les MG ayant répondu au questionnaire des PDL étaient sensiblement plus jeunes que les MG de la région et de la France. Ils étaient également plus nombreux à exercer en libéral que la moyenne des MG de France (99% vs 57%).

4.2.2. Concernant les P

La proportion d'hommes et de femmes P ayant répondu au questionnaire des PDL n'était pas représentative : les hommes étaient plus nombreux à avoir répondu au questionnaire (56% contre 46% dans la population des P des PDL, et 47% dans la population française des P). Par contre, les P ayant répondu aux questionnaires des PDL avaient sensiblement le même âge que la moyenne régionale et leur mode d'exercice était représentatif de celui de la région : 39% des P exerçaient en libéral contre 37% en moyenne dans la région.

5. Hypothèses

5.1. Importance de la communication MG/P

Cette étude a montré un déficit de communication entre les MG et les P, tant au niveau de la fréquence des échanges de courriers, qu'au niveau de leur contenu. Pourtant une bonne communication est capitale pour la qualité des soins.

Environ une personne⁽²⁴⁾ sur quatre a, ou va, présenter des troubles mentaux ou du comportement au cours de sa vie, que ce soit dans les pays développés ou en voie de développement.

L'étude européenne ESEMED⁽⁶⁾ (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) en 2001-2003, a confirmé qu'en France comme chez nos voisins européens, le MG était le soignant le plus consulté en cas de problème psychologique ou psychiatrique. La Direction Générale de la Santé a indiqué que les troubles de la santé mentale présenteraient environ un quart des consultations de médecine générale⁽¹⁾ (essentiellement les troubles anxiodépressifs). Le MG est donc le médecin de premier recours face aux problèmes de santé mentale⁽²⁵⁾.

Le MG a un rôle multiple⁽²⁶⁾, du diagnostic, au suivi psychiatrique et somatique, à la prise en charge de l'urgence, en passant par le soutien à l'entourage du patient. Mais le MG a également le rôle d'interface, de porte d'entrée dans le système de soins, en permettant l'accès aux autres spécialités et la coordination des ressources nécessaires autour du patient. Ce rôle centralisateur est rappelé dans la loi Léonetti⁽²⁷⁾, et dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires⁽⁹⁾ (dite loi HPST) : « par son rôle spécifique dans la prise en charge et l'orientation des patients dans le système de soins, le médecin généraliste de premier recours devient l'acteur pivot de l'organisation de l'offre de soins ambulatoire ». Le MG a donc une obligation déontologique et légale de collaboration avec le spécialiste lorsqu'il l'estime nécessaire pour son patient.

Le partage d'informations entre les médecins prenant en charge un même patient est essentiel, comme le souligne le Conseil National de l'Ordre des Médecins : "La communication en matière médicale est devenue un élément incontournable de confiance dans la relation médecin-patient, et de la qualité des prescriptions médicales"⁽²⁸⁾.

Une bonne collaboration entre MG et P est donc essentielle au patient, elle améliore la qualité de sa prise en charge, renforce la confiance du patient, elle sécurise les prescriptions médicamenteuses qui peuvent être multiples, améliore la surveillance et le suivi psychiatrique et somatique, permet d'éviter également des situations d'arrêt de soins⁽²⁹⁾. La HAS recommande un avis psychiatrique dans la prise en charge des dépressions en cas de comorbidités, de complication évolutive ou « à n'importe quel moment de la prise en charge si le patient en fait le souhait »⁽³⁰⁾.

Cette collaboration est d'autant plus importante que les patients souffrant de troubles psychiatriques sont plus vulnérables : déni des troubles et retard à la prise en charge, difficulté du suivi, importance de la mortalité prématurée⁽³¹⁾ (par suicide, pathologies cardiovasculaires et endocriniennes, obésité, toxicomanie, effets iatrogènes des traitements...), handicaps⁽³²⁾ et incapacités lourdes⁽²⁴⁾, stigmatisation et exclusion sociale.

Plusieurs études et publications ont étudié les besoins de communication entre les MG et les P. L'étude ESEMED⁽⁶⁾ a montré qu'en France, l'adressage vers les soins psychiatriques est l'un des plus faibles en Europe. Pourtant cette collaboration est unanimement déclarée comme indispensable. Malgré cela, les MG et les P la jugent peu satisfaisante, insuffisante, voire inexistante^(15,29,33).

Cette étude dans le ML et les PDL a confirmé ce constat et a montré que ces deux spécialités souhaitaient améliorer leur communication.

5.2. Etat des lieux de la communication MG/P

5.2.1. Concernant la fréquence des échanges

Cette étude montrait que la fréquence des courriers échangés entre MG et P était ressentie comme insuffisante par les deux professions. Toutefois les MG des PDL semblaient écrire plus souvent que les P, puisque 44% des P déclaraient recevoir des courriers contre 8% des MG.

a) Des perceptions différentes

Il existait une inadéquation dans les résultats de l'étude entre le faible taux de courriers reçus et le taux élevé de courriers déclarés envoyés.

Cette différence de perception peut s'expliquer en raison d'un biais de désirabilité. Les médecins répondants, souhaitant se montrer sous une facette positive, pouvaient déclarer écrire souvent des courriers même si ce n'est pas le cas. Cette différence peut également s'expliquer par un biais de recrutement, les MG et les P ayant répondu étant possiblement plus sensibles aux questions concernant la communication interprofessionnelle. Ils faisaient probablement partie des médecins qui écrivaient régulièrement des courriers.

De plus, le moment où les MG et les P ont répondu au questionnaire a pu influencer leurs réponses. Si le questionnaire a été rempli dans une période où les médecins recevaient peu de courriers de leurs confrères, cela a pu orienter leurs réponses vers ce qui n'était pas à l'image des échanges habituels.

Les deux spécialités ont des perceptions différentes de leur communication⁽³⁴⁾, en qualité et en quantité. Les MG ressentent une asymétrie⁽²⁹⁾ dans la communication, ayant l'impression de plus communiquer que les P. Ils pensent écrire plus de courriers mais qui restent souvent sans réponse. Ceci accentue leur sentiment d'isolement. L'absence de retour d'information est un grief récurrent des MG vis-à-vis des professionnels et des institutions de santé mentale. Les P sont plus modérés dans leur perception des difficultés de communication^(33,35) : ils ont

une meilleure impression de leur communication que les MG, ils la décrivent comme plus existante et plus efficace que celle des MG.

b) Le parcours de soins

Le MG oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés mis en place par l'Assurance Maladie. Lorsqu'il adresse son patient au P, cela permet au patient d'être remboursé de ses consultations.

Ce rôle d'adressage est initiateur⁽³⁶⁾ du dialogue avec le P. Ce premier courrier incite le P à produire une réponse, en premier lieu par politesse et confraternité, mais surtout afin de répondre à la demande du MG. Malheureusement cette étude a révélé que pour 22% des MG et 47% des P ligériens, le courrier du MG est un simple mot d'introduction en vue de ce remboursement. Cela peut être ressenti par les P et le patient comme un manque d'intérêt des MG pour la problématique psychiatrique du patient. Mais cela peut aussi refléter chez certains MG un sentiment d'être limités dans leurs compétences pour prendre en charge et analyser les pathologies psychiatriques.

Toutefois la psychiatrie reste une spécialité en libre accès pour les patients âgés de 16 à 25 ans, le patient pouvant consulter un P sans mettre au courant son MG. L'accès direct est avantageux dans une logique d'accès aux soins à une population fragile. Ceci peut être une source de perte d'informations car le MG ne recevra pas de courrier à l'issue de la consultation^(29,37,38).

Dans une enquête, les MG⁽²⁹⁾ admettaient que la situation d'adressage d'un patient au P n'est pas très fréquente. Le contact avec le P se faisait finalement plus souvent en urgence, par la famille ou les services sociaux. Finalement les MG intervenaient plutôt une fois la prise en charge déjà débutée. Ceci pourrait conforter l'impression qu'ont les MG de ne recevoir que rarement des réponses des P après un courrier d'adressage.

Une autre hypothèse à l'absence de courriers de retour concerne les patients pris en charge au sein des centres médico-psychologiques (CMP). Les patients y sont souvent accueillis par des infirmiers en psychiatrie puis par des psychologues. Ils ne bénéficient pas forcément par la suite d'une consultation avec le P et n'auront donc pas de courrier de ce dernier, ce qui peut renforcer le sentiment des MG d'être mis à l'écart de la prise en charge.

En ce sens, une étude rétrospective des échanges de courriers entre les MG et les P de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole a été réalisée en 2012⁽³⁹⁾. Sur 1479 demandes de consultation, 471 concernaient des patients adressés par leur MG. Parmi eux, 63% possédaient un courrier de leur MG. Seulement 35% avaient bénéficié d'un courrier du P en retour. Ce taux de réponse était jugé insuffisant par les MG. En fait seulement 49% des patients avaient été reçus par un P. L'étude a montré que les patients adressés avec un courriers bénéficiaient plus souvent d'une consultation avec le P (55% vs 39%) et plus souvent d'un courrier en retour (75% vs 64%).

De même, une étude à Manchester⁽⁴⁰⁾ a étudié les échanges entre les MG et des structures de soins en santé mentale, appelées Community Mental Health Teams, regroupant infirmiers, psychologues et psychiatres. Il en résultait que la communication directe entre MG et P se perdait. Les échanges avec les infirmiers et les psychologues ne remplaçaient pas toujours l'intérêt de la communication avec le P, ce qui, pour les MG, était délétère pour la prise en charge des patients.

c) Psychiatrie hospitalière et libérale

Les pratiques professionnelles diffèrent entre P libéraux et hospitaliers, notamment sur l'obligation de communication avec le MG.

Cette étude a révélé que les P hospitaliers rédigeaient plus de courriers que les P libéraux. En effet, les P hospitaliers sont tenus de rédiger des courriers aux MG pour valider les

certifications⁽⁴¹⁾ de l'hôpital. A cette contrainte légale se rajoute la puissance logistique de l'hôpital avec les secrétariats qui rendent moins chronophages la réalisation et l'envoi des courriers.

En 2015, un tiers des MG des PDL⁽¹⁵⁾ constatait une tendance à l'amélioration sur l'existence d'un compte-rendu d'hospitalisation dans le secteur public (jusqu'à 41% des MG dans le Maine-et-Loire). Leur qualité était meilleure pour près de 20% des MG.

5.2.2. Concernant les modalités de correspondance

a) Le courrier : pierre angulaire de la communication

Comme le préconisent les recommandations, le courrier est un moyen d'échange de référence entre professionnels de santé.

La rédaction d'un courrier d'adressage d'un patient à un confrère psychiatre est une occasion d'initier la communication. D'ailleurs les P sont plutôt demandeurs que les MG soient initiateurs du dialogue⁽³⁶⁾. Cependant les difficultés de communication entre MG et P restent importantes. En ce qui concerne la rédaction des courriers, la majorité des études mettait en avant une première difficulté, unanimement citée : le manque de temps. En effet la rédaction d'un courrier est chronophage, elle demande un effort de réflexion et de rédaction. Les médecins se sentent parfois surchargés de travail, et cette difficulté ressentie se matérialise par un manque de temps. Les P reconnaissent facilement la chronophagie des courriers pour le MG⁽³⁷⁾, sur le plan de la rédaction et de la lecture des courriers.

Une autre difficulté mise en évidence dans la littérature est le manque de réactivité de la communication épistolaire. Quand bien même les courriers préremplis sont utilisés facilement par les MG dans les situations d'urgence ou semi urgence (décompensation aiguë d'une pathologie, nécessité rapide d'adaptation du traitement...), ces derniers estimaient que le retour d'informations des P était plus rapide par téléphone ou mail (moins d'une semaine) que

par courrier^(29,33) (ils évaluaient ce délai à un mois minimum). En revanche, le courrier présente l'avantage d'avoir un rôle médico-légal. Il doit en effet respecter une forme, un contenu, ainsi qu'un langage consensuel, car il fait partie du dossier médical du patient⁽⁴²⁾. Il est accessible au patient et peut servir de document de référence. Cet aspect peut être interprété comme néfaste dans la communication : les médecins⁽³⁷⁾ reprochent parfois au courrier d'être un moyen d'échange trop académique, moins vivant, qui permet plutôt d'échanger des informations que du ressenti concernant le patient.

b) Le téléphone

Le téléphone était un mode d'échange mis en avant par les P et les MG^(29,36,37). Il se présente comme un outil indispensable dans la prise en charge des patients.

Ces contacts directs et rapides à mettre en place permettent un dynamisme des échanges et une coordination des prises en charge communes. Il est souvent réservé aux situations aiguës, ou plus complexes, qui nécessitent une réponse rapide de l'interlocuteur. Les médecins le décrivent comme un échange plus spontané qu'un courrier⁽³⁶⁾, où MG et P peuvent s'exprimer avec plus de liberté et de spontanéité. Il offre la possibilité d'avoir l'avis du confrère en direct, de confronter les idées et les points de vue. Il permet également aux médecins de gagner du temps, par exemple en évitant au P des consultations pour adaptation de traitement lorsqu'ils peuvent simplement conseiller le MG par téléphone.

Par contre, l'échange téléphonique dépend de la disponibilité des deux interlocuteurs et du lien qu'ils peuvent avoir entre eux. Il est parfois difficile d'interrompre un P pendant un entretien pour répondre au téléphone^(29,37).

L'échange téléphonique est surtout à l'initiative des MG. Les P admettent qu'une première « accroche » téléphonique avec le MG facilite ensuite la répétition des communications téléphoniques.

Les MG et P s'interroge sur l'aspect médico-légal de l'échange téléphonique, car il ne laisse pas de trace physique dans le dossier du patient, en dehors des notes personnelles du médecin^(36,37).

c) Les rencontres physiques

Les rencontres entre médecins peuvent également être un mode de communication et d'échange d'informations^(33,36). Elles sont plus occasionnelles, souvent non organisées dans le but d'échanger sur une prise en charge, et dépendent également de la disponibilité de chacun (réunions de synthèse, soirées de formation, rencontres au sein d'une maison de santé ou du même cabinet, rencontres fortuites). Elles posent les mêmes questions médico-légales de traçabilité.

d) Le mail et la messagerie sécurisée

L'utilisation de la messagerie sécurisée (Apicrypt par exemple) est démocratisée chez les MG et bien ancrée dans leur pratique quotidienne⁽²⁹⁾. Ce système de communication permet de recevoir des courriers de consultation de confrères, des comptes rendus d'imagerie ou de biologie, sous un format crypté qui garantit le respect du secret médical. Ces documents sont également facilement intégrables, grâce au logiciel médical, dans le dossier informatique du patient, ce qui permet un gain de temps précieux.

La messagerie cryptée et les mails sont moins utilisés par les P⁽³⁷⁾. Ces moyens de communication restent peu cités par les P dans la littérature. Cette discipline semble être en retard sur les autres concernant l'informatisation, certains P y étaient opposés soit par manque d'intérêt («je déteste internet») soit par manque de temps⁽³⁶⁾. Certains P pensent néanmoins que la réactivité des mails pourrait améliorer leur communication et leur relation avec les MG au cours du temps⁽³⁷⁾.

e) Le patient vecteur d'informations

Le patient est au centre de la communication entre MG et P. Il peut être le vecteur de l'information entre le MG et le P qui le prennent en charge. Il devient à la fois le contenu et le contenant de l'information^(27,42).

Ce mode de communication fait débat chez les professionnels de santé. Il a l'avantage de ne pas risquer de trahir le secret médical puisque c'est le patient lui-même qui va délivrer le courrier. C'est également un moyen d'inciter le patient à revoir son MG. Cependant l'efficacité de ce moyen de communication dépend de la coopération et la fiabilité du patient, ce qui est mis en doute par certains médecins^(29,33,36,37).

Dans une thèse étudiant le point de vue des patients sur la communication entre leur MG et leur P, il était mis en évidence que beaucoup de patients ignoraient si les deux communiquaient à leur sujet, et quel était le contenu de leurs échanges. Ils constataient une différence de communication entre le MG et le P, et entre le MG et les autres spécialistes. Pourtant les patients étaient favorables à une bonne communication entre leur MG et leur P, dans un souci de bonne prise en charge. Ils acceptaient de communiquer sur leur diagnostic, leur traitement et leurs antécédents médicaux. Toutefois ils souhaitaient pouvoir donner leur accord quant au partage de données plus intimes. Ils étaient donc plutôt favorables au fait que le médecin dicte le courrier devant eux, et le leur remette directement.

5.2.3. Concernant le contenu des courriers

D'après cette étude, les courriers des P étaient succincts. Ils contenaient régulièrement des informations sur la prise en charge médicamenteuse mais étaient dénués du reste des items recommandés par le CNQSP. Les courriers des MG semblaient un peu plus étoffés. Ils mentionnaient fréquemment les antécédents, le motif de la demande de consultation, les traitements et les signes cliniques observés.

Des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature. En 2014, est parue dans *Exercer*⁽⁴³⁾ une étude qualitative auprès de 13 P. Il en ressortait que les P admettaient bénéficier des éléments transmis par les MG. Néanmoins ils craignaient que les patients leur reprochent la transmission de l'information et souhaitaient garder secrètes les données biographiques issues des entretiens. Une étude londonienne de 2009⁽⁴⁴⁾ auprès de MG, a retrouvé des résultats similaires à l'étude ligérienne. Le contenu des courriers des P ne correspondait pas aux attentes des MG. Ces derniers souhaitaient en priorité des détails sur les traitements psychotropes, le diagnostic, la répartition des rôles de chacun et l'évolution des symptômes.

MG et P ont besoin de l'expertise de leurs confrères, ces expertises sont complémentaires dans l'analyse clinique et la prise en charge. Elles nécessitent d'être développées clairement dans les courriers.

La première interface d'échange peut-être la prescription médicamenteuse. Pour certains P, c'est un moyen d'intégrer le MG dans la prise en charge du patient^(36,37). Selon les habitudes, soit le P propose une thérapeutique et délègue au MG le soin de la prescription (ce qui a aussi l'avantage de sécuriser les prescriptions : éviter les co-prescriptions, vérifier les interactions, comorbidités), soit le P prend en charge cette fonction de prescripteur. Cette information permet de clarifier le rôle de chacun mais fait souvent défaut dans les courriers.

Le suivi clinique permet également de faire le lien entre les deux spécialités : confirmation de l'origine psychiatrique des troubles, surveillance du traitement, suivi métabolique, examens complémentaires (ECG...).

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

5.2.4. Concernant les souhaits des MG et des P

Les MG et les P souhaitaient communiquer et collaborer. Toutes les études qualitatives et quantitatives sur la collaboration et les échanges entre ces deux spécialités confortent cette volonté. Cette étude a montré que les MG et les P aspiraient à recevoir des courriers plus

fréquemment, que ces courriers soient plus consistants, notamment qu'ils précisent la répartition des rôles de chacun.

Les MG souhaitaient recevoir des courriers plus fréquemment, surtout en cas de changement apporté dans les soins, soit sous la forme d'un courrier classique soit d'un simple mot de liaison⁽²⁹⁾. Ils avaient envie de connaître le suivi et l'évolution de la prise en charge de leur patient, ils souhaitaient également savoir si le patient n'honorait pas ses rendez-vous.

Pour les P, la communication doit être avant tout informative⁽³⁶⁾. S'il n'y a pas de fait particulier ou nouveau, ils préfèrent ne rien communiquer. Un courrier systématique serait donc pour eux inutile lorsqu'il n'y a pas d'informations pertinentes à transmettre⁽³⁷⁾. De même, les suivis psychothérapeutiques ne nécessitent pas pour eux d'échange avec le MG. La chronicisation de la prise en charge est une cause avancée pour justifier la diminution, voire la disparition, d'un retour d'informations⁽³⁶⁾.

5.2.5. Concernant les recommandations

De façon générale, les recommandations scientifiques sont perçues par les médecins comme des outils valides afin de mettre à jour les connaissances et permettant des pratiques cliniques adaptées⁽²⁹⁾.

Pourtant dans cette étude, comme dans d'autres, les MG et P étaient peu nombreux à connaître l'existence des recommandations du CNQSP sur le contenu des courriers, et encore moins nombreux à les avoir lues : 33% des P et à peine 4% des MG des PDL les connaissaient.

Les avis sont contrastés concernant l'intérêt et l'applicabilité de cette recommandation. Certains médecins reconnaissent son intérêt afin d'améliorer la communication, mais doutent de sa réalisation. Ils y voient un cadre trop rigide ayant des effets néfastes sur les échanges et ne correspondant pas à la réalité de terrain. Dans l'étude ligérienne, les P connaissant les recommandations déclaraient pourtant écrire plus souvent des courriers.

La HAS a également publié des recommandations de prise en charge de l'épisode dépressif⁽⁴⁵⁾ de l'adulte et de la crise suicidaire⁽⁴⁶⁾. Mais selon les études de la SFMG, les recommandations HAS ne pourraient aider le praticien au mieux que pour la moitié de ses patients dépressifs⁽⁴⁷⁾. Dans les Pays de la Loire, à peine un MG sur deux déclare connaître les guides de pratique clinique de la dépression⁽¹⁵⁾, et seulement un MG sur trois les trouve utiles.

5.3. Les obstacles à la communication

5.3.1. La psychiatrie publique, une spécialité complexe dans son organisation

La psychiatrie publique est une spécialité unique dans son organisation. La sectorisation psychiatrique, mise en place dans les années 1960, est une organisation administrative des soins de santé mentale. Elle répartit les dispositifs de soins de santé mentale sur une aire géographique, en fonction du nombre d'habitants qui y résident⁽⁴⁸⁾. Chaque secteur comprend un hôpital de référence, une équipe soignante pluridisciplinaire et des structures de soins qui peuvent être avec ou sans hébergement (unités d'hospitalisation, CMP, CATTP, hôpital de jour, etc). Cette politique sanitaire et administrative a pour ambition de soigner le plus possible « hors les murs » et au plus près du domicile du patient, tout en assurant la continuité des soins. L'esprit du secteur est d'organiser un travail en réseau avec l'ensemble des structures médico-sociales et associatives implantées dans son aire géographique⁽⁴⁹⁾.

La sectorisation pourrait être considérée comme un atout pour la communication⁽³⁷⁾, grâce à la proximité géographique des MG et des P, et le potentiel de création d'un réseau pluri professionnel.

Mais cette organisation dérouté les MG. Pour beaucoup, cette organisation est purement administrative, déconnectée des réalités des territoires et des problématiques des MG avec leurs patients. De plus, les MG connaissent mal le secteur de santé mentale, ses structures, son organisation⁽²⁾ et les différentes marches à suivre pour y orienter un patient^(29,50). Ils ont également des difficultés à identifier le référent de leur patient, ce qui peut être une difficulté

lors de l'adressage. Ces difficultés sont aussi présentes au Canada où les MG connaissent mal les structures de soins en santé mentale et sont désireux de mieux travailler avec ces réseaux locaux⁽⁵¹⁾.

5.3.2. Le secret médical difficile à partager

Le Code de Déontologie Médicale rappelle les obligations de communication entre médecins⁽⁵²⁾, dans l'article 64 : « Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés, chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade » et dans l'article 45 : « A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins ».

Toutefois, si l'échange d'informations est recherché, il est aussi appréhendé par les MG et surtout les P. Les P perçoivent leur consultation comme particulièrement confidentielle⁽³⁶⁾. Cet aspect leur semble nécessaire pour le lien de confiance avec leur patient, sans crainte pour lui de voir le secret médical trahi.

Certains P peuvent craindre que les patients leur reprochent la transmission d'informations et souhaitent de ce fait garder secrètes certaines données⁽⁴³⁾, en particulier les données biographiques, issues des entretiens. Pour cela ils transmettent au MG des données essentiellement techniques (les antécédents, la symptomatologie et son retentissement). Les P font également preuve d'une certaine méfiance vis-à-vis des MG⁽³⁶⁾. Ils craignent que leurs propos soient modifiés, que le MG divulgue des informations sensibles au patient, ou encore que le MG annonce un diagnostic avant qu'ils aient pu le faire eux-mêmes. Cela ressortait des commentaires libres de l'étude du ML. La plupart des P désire maîtriser la communication dans sa forme et dans son contenu. La non communication peut également être ainsi envisagée

comme bénéfique au patient, lorsqu'elle renforce le secret médical et empêche la circulation d'informations pouvant desservir le patient.

Le P voit le MG comme un « observateur de terrain »⁽³⁷⁾ qui connaît bien son patient et sa famille, et qui peut lui relater des symptômes que le patient atteint de troubles mentaux ne perçoit pas ou nie. Mais cette position centrale est parfois perçue par les P comme ambiguë, car à risque de rupture du secret médical vers l'entourage proche du patient. De plus, elle peut être un frein pour l'adressage du patient car, selon les P, les MG ont un sentiment de « dépossession »⁽³⁶⁾ : ils appréhendent de perdre l'alliance thérapeutique qu'ils ont créée avec leur patient, voire de perdre de vue leur patient.

5.3.3. La difficulté diagnostique de la pathologie psychiatrique

Les médecins prenant en charge un patient atteint d'une pathologie psychiatrique ont parfois des difficultés à poser un diagnostic et à le transmettre à leur confrère.

Il n'est pas toujours évident de poser un diagnostic et il faut parfois le temps de plusieurs consultations pour soulever des hypothèses, affirmer un diagnostic et proposer une prise en charge qui peut se révéler complexe. De plus, la pathologie psychiatrique peut évoluer dans le temps et le courrier ne décrit qu'une situation à un moment donné.

Cette difficulté peut également se poser sur le plan éthique. Les P ne souhaitent pas forcément « enfermer » le patient dans un diagnostic qui peut lui porter préjudice ou être stigmatisant (schizophrénie, hystérie, paranoïa par exemple) sans en avoir la certitude^(29,36). De même, les informations contenues dans le courrier ne doivent pas porter atteinte au patient, par exemple dans le cadre d'un suivi pour toxicomanie ou alcoolisme. L'intérêt du patient et la préservation de la relation sont mis en avant lors de la rédaction d'un courrier, d'autant plus que le patient a accès à son dossier médical⁽⁴²⁾.

L'adressage est moins motivé par la seule demande d'un diagnostic que d'une prise en charge spécifique, dont les psychothérapies. Selon une étude⁽⁵³⁾, les demandes de diagnostic ne

concernent que 7,1% des demandes des MG versus 28% des demandes dans les autres spécialités. Par contre, les demandes de prise en charge par les P sont plus importantes (1/2 vs 9,3% dans les autres spécialités).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins le rappelle dans un rapport de 1998⁽²⁸⁾ : « Le courrier, que les médecins échangent à propos d'un patient, concrétise et consacre le secret médical partagé. Ce secret ne lui étant pas opposable, ce courrier doit lui être accessible et compréhensible. Il appartient donc au médecin d'écrire, avec délicatesse et précision, les éléments indispensables à son correspondant, tout en évitant de heurter la sensibilité et de détruire l'espérance du patient. D'autre part, le libre choix du malade étant un principe d'ordre public, celui-ci garde la liberté de ne pas transmettre cette lettre à son destinataire sans qu'il y ait délit de suppression de correspondance, comme l'a précisé la Cour de Cassation en 1963. Enfin, il faut garder à l'esprit, en écrivant cette lettre, que celle-ci deviendra une pièce du dossier. »

5.3.4. Un problème de disponibilité et d'accès aux soins

Les MG expriment également des difficultés importantes d'accessibilité aux soins spécifiques (délai important pour obtenir une consultation, manque de services spécialisés, coût élevé des psychothérapies dans le privé, non remboursées par l'Assurance Maladie). Cette capacité de prise en charge spécialisée est pour eux directement impactée par la démographie médicale. La proportion de suivi psychiatrique exclusif par le médecin traitant variait de 22% en Ile de France à 35% en région disposant d'une offre de soins psychiatriques moindre⁽⁵⁴⁾.

Dans une étude comparant la satisfaction des MG français et anglais concernant la prise en charge des patients dépressifs⁽⁵⁵⁾, cette difficulté était mise en avant par les français. Au contraire, les MG anglais étaient satisfaits de la prise en charge psychiatrique, alors qu'ils sont moins dotés proportionnellement en psychiatres et en nombre de lits d'hospitalisation, ce qui pouvait s'expliquer par une meilleure coordination des soins psychiatriques en Angleterre.

Par ailleurs, les MG en France et en Hollande se voient comme des médecins plutôt disponibles et accessibles pour leurs confrères⁽³⁴⁾. Ce point de vue n'est pas partagé par les spécialistes, notamment hollandais. De leur côté, les P se voient également comme des professionnels disponibles, mais pas forcément toujours accessibles⁽³⁶⁾.

5.3.5. Des relations interprofessionnelles plus difficiles ?

Les MG perçoivent leur relation de collaboration avec les P comme étant plus mauvaise qu'avec les autres spécialités, ces dernières étant perçues comme plus communicantes⁽³⁵⁾. Une étude montre également que 53,9% des MG auraient des relations plus difficiles avec les P qu'avec les confrères d'autres spécialités⁽⁵⁶⁾.

Les P se sentaient parfois stigmatisés⁽⁴³⁾, avec l'impression d'être vus uniquement comme des spécialistes de l'esprit et regrettaient d'être mal jugés sur leurs compétences au sein du corps médical. La spécialité de psychiatrie souffre également de préjugée par ses confrères. Une enquête de 2013⁽⁵⁷⁾ réalisée auprès de 536 internes d'autres spécialités donnant leur point de vue sur les internes de psychiatrie, montre que presque 66% d'entre eux percevaient les P comme préférant la littérature à la science, 56% pensaient qu'ils avaient "probablement des antécédents, ils sont souvent bizarres", et 42% ne les considéraient plus comme médecins.

Certains MG décrivaient également cette spécialité comme « à part »^(29,37), incertaine, impalpable, à la fois dans la théorie et dans la pratique. L'absence de données objectives quantifiables se heurtait à l'approche plutôt cartésienne des MG. L'opposition entre la psychiatrie et la médecine somatique était forte, renforcée par l'insuffisance de formation des MG au raisonnement clinique en psychiatrie, pouvant amener à une incompréhension de la part du MG.

Par ailleurs, la psychiatrie est vue par les MG comme une spécialité particulièrement chronophage, les consultations de patients « psy » en médecine générale étant plutôt plus longues que les autres. Certaines pathologies psychiatriques sont également mal vues, par la

société et une partie du corps médical, comme par exemple les conduites addictives (notamment les toxicomanies), qui véhiculent une image très négative, plusieurs MG faisant l'amalgame entre ces troubles et la délinquance⁽²⁹⁾.

De leur côté, les MG avaient également le sentiment d'être déconsidérés par le P, cantonnés à un rôle administratif (rédiger les ALD, les certificats d'hospitalisation, ...). Ils se sentaient souvent isolés et délaissés pour certaines prises en charges⁽³³⁾. Ce sentiment pouvait être renforcé par les non-retours d'informations. Les MG étaient insatisfaits de leur place dans le parcours de santé de leurs patients⁽¹⁵⁾.

5.3.6. La formation des MG

Les MG éprouvent plus de difficultés à rédiger un courrier à leurs confrères P que pour les autres spécialistes. Leur manque de connaissances est mis en avant dans plusieurs études. Par exemple, en PDL, un tiers des MG⁽¹⁵⁾ dit avoir des difficultés à évaluer le risque suicidaire : par manque de formation (51%), manque de temps pour le faire (40%), ou par manque de savoir-faire sur la façon d'aborder le sujet (42%).

Seulement un MG sur cinq a effectué un stage de psychiatrie au cours de sa formation initiale⁽⁵⁸⁾. Les études médicales ne favorisent pas une bonne maîtrise de la psychiatrie. La formation théorique n'est pas suffisante à elle seule, la psychiatrie nécessite un apprentissage en situation puis une pratique régulière.

Ceci se retrouve dans les courriers des MG, qui sont pauvres en vocabulaire psychiatrique et plutôt succincts⁽⁵⁹⁾. Pour expliquer ce constat, des études ont mis en avant le manque de compétences ressenti des MG, ainsi que leur peur du regard et du jugement du P sur leurs courriers.

Par ailleurs, le retour d'informations a une valeur pédagogique pour le MG, cela lui permet d'affiner ses connaissances en psychiatrie⁽²⁾ et d'améliorer la prise en charge de patients similaires. En effet un retour critique en lien avec le courrier est un élément de formation

essentiel. Un résultat étonnant de l'étude était que les P du ML et des PDL ne désiraient pas que les MG formulent des hypothèses diagnostiques dans leurs courriers d'adressage.

5.3.7. Intérêt des MG pour la psychiatrie

L'attrait des MG pour la psychiatrie améliore le dépistage des pathologies psychiatriques, l'acceptation du soin pour le patient et la qualité de la relation avec le P. Une étude montre que les techniques de communication du médecin influencent la reconnaissance des symptômes dépressifs. Le taux de diagnostic de dépression dépend de la façon dont le médecin interroge le patient : les praticiens ayant un taux de diagnostic de dépression élevé posent deux fois plus de questions sur les sentiments et les émotions que ceux qui ne reconnaissent pas la dépression⁽⁴⁶⁾. De même, les MG qui ont une attitude négative vis-à-vis de la dépression, et des troubles mentaux en général, pratiquent plus rarement des évaluations psychologiques et détectent moins fréquemment la souffrance psychique⁽²⁴⁾.

Les P ressentent la diversité d'implication des MG, il semblerait que ce soient souvent les mêmes MG qui leur adressent des patients, parfois pour se « décharger » du patient par manque d'intérêt pour la psychiatrie. A nouveau, la pauvreté des courriers du MG pourrait être la conséquence de leur faible attrait pour la psychiatrie^(36,37).

5.4. Les axes d'amélioration

De nombreuses publications et études ont cherché à mettre en évidence des solutions afin d'améliorer les échanges entre les MG et les P. Toutes ces solutions sont sous-tendues et ne peuvent se mettre en place que par une volonté commune de changement et d'amélioration⁽⁶⁰⁾. Le préalable à l'élaboration de tout projet est la rencontre et la connaissance de l'autre, afin de développer une vraie collaboration. Le partenariat optimal apparaît comme celui dans lequel chacun partage un projet de soins, mais surtout est impliqué dans l'action⁽³⁵⁾.

5.4.1. Renforcer la connaissance réciproque entre MG et P

Une première piste serait de renforcer les liens directs entre les deux spécialités, par les rencontres et la connaissance réciproque^(29,33,36,37).

Une étude norvégienne parue dans l'« International Journal of Mental Health Systems » en 2011 conforte cette idée⁽⁶¹⁾. Les MG et les professionnels de santé mentale soulignaient l'importance d'améliorer leurs connaissances interpersonnelles. Les points faibles de leur collaboration venaient d'une mauvaise connaissance des ressources de chacun, notamment une mauvaise connaissance de la part des MG des systèmes de soins en santé mentale. Les MG et les P étaient d'accord sur le fait qu'il fallait favoriser les contacts directs entre professionnels.

Dans l'étude de C. Rouault⁽³³⁾, plusieurs réunions en petits comités de P et MG avaient pu améliorer la connaissance réciproque. Elles avaient permis aux différents acteurs de parler de leur rôle, leurs attentes et leurs difficultés, de mieux comprendre la situation et avaient permis de créer des liens et une solidarité entre P et MG. In fine, la connaissance réciproque, soutenue par une volonté de changement et d'amélioration, avait permis d'améliorer la collaboration entre les deux spécialités.

La connaissance personnelle de son interlocuteur modifie aussi les représentations, diminue la peur du jugement et facilite donc la communication⁽²⁹⁾.

Ces rencontres entre les deux spécialités pourraient se faire lors de réunions de concertation (telles qu'elles existent déjà en oncologie), au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, ou lors de formations communes (type DPC). Ces réunions pourraient également inclure les autres partenaires de santé mentale (infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux) afin de construire un véritable réseau de proximité, pour un travail de collaboration avec une communication efficace.

5.4.2. Améliorer la formation professionnelle

La Charte de Partenariat de 2014⁽⁶²⁾ entre MG et P de secteur propose que la formation des internes de psychiatrie et de médecine générale intègre une meilleure connaissance mutuelle (des dispositifs de soins et les pratiques professionnelles) par le biais de stages universitaires.

Au cours des études, un enseignement centré sur la manière de communiquer entre professionnels pourrait également être envisagé, car la communication ne saurait être uniquement innée. Il serait concevable que cet enseignement soit commun aux étudiants.

Le Développement Professionnel Continu (DPC), initié par la loi HPST et effectif depuis 2013⁽⁹⁾, permet aux professionnels de santé de se former tout au long de leur exercice. La formation continue par le DPC est une piste pour améliorer la formation professionnelle des MG et P, mais celle-ci peut également s'envisager à travers les réunions en groupes de pairs, formations en petits comités de type FMC, etc.

La généralisation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles est une autre piste d'amélioration. Peu de médecins semblent en effet connaître les recommandations HAS et les guides de pratique clinique. Cela peut s'expliquer par le fait que le MG devrait s'approprier une multitude de recommandations en lien avec toutes les spécialités. De plus, elles semblent parfois peu appropriées à la pratique clinique et avoir un faible impact auprès des médecins⁽³⁵⁾. L'élaboration de recommandations pourrait également s'envisager de façon conjointe entre MG et P, pour qu'elles soient réalistes et adaptées à la pratique clinique.

5.4.3. Améliorer les outils de communication

Une autre piste d'amélioration serait de perfectionner les outils de communication entre MG et P. Il a été proposé dans plusieurs travaux des outils facilitant l'accès à l'autre : mise en place de lettres type, d'une ligne d'avis psychiatrique, créneaux horaires dédiés aux échanges téléphoniques interprofessionnels⁽⁶¹⁾, création d'un SAMU psychiatrique, annuaires des intervenants, télémédecine, etc.

L'utilisation de courriers standardisés⁽¹⁵⁾ pourrait être également un outil pertinent. Une expérimentation a été menée en 2014 à Lille^(29,37), dans le cadre de deux thèses, sur l'utilisation de courriers standardisés (basés sur les recommandations du CNQSP) par des MG et des P. Pour les MG, ces formulaires étaient perçus comme structurants, ils leur permettaient de mieux conduire l'examen psychiatrique de leur patient sans oublier d'information pertinente, et semblait s'intégrer assez facilement dans la pratique quotidienne. De leur côté, les P appréciaient l'exhaustivité de ces courriers, mais en envoyaient peu en retour.

Il est possible qu'un courrier prérempli, intégré dans le logiciel médical, faciliterait son appropriation et son utilisation par les médecins.

En Sarthe, l'expérimentation a été mise en place depuis quelques années : un courrier standardisé de liaison est aujourd'hui utilisé pour faciliter les échanges entre MG et P de l'Établissement Public de Santé Mentale.

5.4.4. Mieux définir le rôle de chacun

Dans de nombreuses publications l'absence de définition précise des rôles de chacun était un frein à une bonne communication.

Le Plan Santé Mentale⁽⁵⁸⁾ insiste sur le fait que pour bien soigner et bien accompagner, il faut réussir à être dans une « clarté des rôles et des missions de chaque professionnel de santé, dans le cadre d'un partenariat respectueux des compétences de chacun ».

Pour cela, une Charte⁽⁶²⁾ de Partenariat entre MG et P de secteur a été signée en 2014 dans le but d'améliorer la coordination des soins. Cette charte propose une répartition des rôles : elle propose que le MG assure le suivi médical global du patient et participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements. Le MG intervient également en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement. Quant au P, c'est à lui de proposer, s'il y a lieu, le traitement chimio-thérapeutique au MG, qui en réalise alors principalement la prescription.

Elle confie comme rôle commun aux MG et aux P la coordination des ressources locales et des interventions au domicile du patient.

Dans les Yvelines depuis 1999, un « Dispositif de Soins Partagés » est mis en place pour améliorer la collaboration entre MG et P⁽⁶³⁾. Il facilite la demande de prise en charge, met en place un projet de soin élaboré avec le patient, clarifie la place du MG et du P. Ce dispositif, utilisé par tous les MG du département, a amélioré l'accès au P : le taux de recours au système spécialisé pour le suivi psychiatrique est passé de 30% à 70% des patients (entre 1999 et 2015).

6. Conclusion

Dans le Maine-et-Loire et les Pays de la Loire, la fréquence et le contenu des courriers échangés entre MG et P sont inférieurs à leurs attentes. Toutefois les MG semblent communiquer davantage que les P.

Les recommandations du CNQSP de 2010 ne sont connues d'aucune des deux spécialités et sont jugées comme non réalistes. Pourtant leur contenu correspondrait aux attentes des deux groupes de professionnels.

Les modalités d'échange préférées des MG sont la messagerie sécurisée et le courrier postal, le courrier remis au patient n'étant pas plébiscité.

Une bonne communication est nécessaire pour permettre des prises en charges adaptées et plus efficaces dans la durée, et diminuer la morbi-mortalité.

Pour exister, cette communication nécessite une meilleure connaissance réciproque, une meilleure connaissance des contraintes et difficultés de chacun, ceci afin de mieux répartir les rôles, diminuer les incompréhensions et le sentiment d'isolement ressentis par les MG et les P.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé -Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale de la HAS [Internet]. 2013 [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has
2. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires: les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. 2010;36:D73-D82.
3. Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (Asep), CCOMS, Lille, France. Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG) [Internet]. 1999 [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3595
4. INPES - Observatoire national du suicide [Internet]. 2014 [cité 30 mars 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/sante_mentale/observatoire_national_suicide.asp
5. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé [Internet]. 2016-914 juill 4, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032842901&dateTexte=&categorieLien=id>
6. ESEMED-MHEDEA 2000 Investigators, ALONSO J, ANGERMEYER MC, BERNERT S, BRUFFAERTS R., BRUGHA TS, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand*. juin 2004;(Vol.109, Suppl. s420):21-7.
7. Gallais J-L, et coll. Société Française de Médecine Générale : Actes et fonctions du médecin généraliste [Internet]. [cité 30 mars 2017]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/publications/les_publications/actes_et_fonctions_du_medecin_generaliste.html
8. Code de la santé publique - Article L4130-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>
9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
10. Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes [Internet]. 2006 [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000593/index.shtml>
11. Etat des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de

santé [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information>

12. Parquet P-J, Chevallier L, Cuhe H. Itinéraires des déprimés: réflexions sur leurs trajectoires en France: rapport d'experts et document de synthèse. | Base documentaire | BDSF [Internet]. 2001 [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/APIMED/uploads/pdf/D%C3%A9pression/RAPPORT_PARQUET.pdf
13. Grolleau A, Cougnard A, Bégau B, Verdoux H. Usage et congruence diagnostique des traitements à visée psychotrope: résultats de l'enquête santé mentale en population générale en France métropolitaine [Internet]. 2008 [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/184012/article/usage-et-congruence-diagnostique-des-traitements-a>
14. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C, et al. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv Wash DC*. avr 2005;58(2):213-20.
15. VIAUD A-C, VELLY D. ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE: INSATISFACTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES. 2016 [cité 13 oct 2017]; Disponible sur: http://traffilight.bitdefender.com/info?url=http%3A//dune.univ-angers.fr/fichiers/20106647/2016MCEM6780/fichier/6780F.pdf&language=en_US
16. Mercier A, Kerhuel B, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires: les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *Revue l'Encéphale Volume 36 Fascicule S2 (06/2010)* [Internet]. 2010 [cité 30 mars 2017]. Disponible sur: http://www.encephale.com/Revue/Tous-les-numeros/encephale_volume36_fasciculeS2_06_2010
17. Saravane D, Fève B, Frances Y, Azorin J-M. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère [Internet]. *EM-Consulte*. [cité 30 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/225885>
18. CNQSP, validé et hébergé par la HAS. La coopération Médecin Généralistes-Psychiatres-Recommandations de bonne pratique, septembre 2010. [Internet]. 2010 [cité 30 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.cnpp-cnqsp.com/blank-dvouv>
19. Parleani C, Tine E. Pratiques et attentes relatives aux courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres: enquête déclarative concernant les patients suivis en ambulatoire en Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales;
20. Pelletier A, Bouton C. Échanges de courriers entre les psychiatres et les médecins généralistes en Vendée: évaluation des pratiques et des attentes dans le cadre des patients ambulatoires. Lieu de publication inconnu, France; 2016.
21. Saidi K. Communication entre psychiatres et médecins généralistes pour les patients ambulatoires en Sarthe: souhaits et réalité [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers;

22. Amiel M-A. Echanges de courriers entre médecins généralistes et psychiatres: évaluation des pratiques et des attentes, pour le suivi ambulatoire des patients en Mayenne. [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers;
23. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2016 [cité 14 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
24. Lamboy B. La santé mentale : état des lieux et problématique, Summary. Santé Publique. 2005;17(4):583-96.
25. Denis-Gaubert A. Quelle communication les patients désirent-ils entre leur psychiatre et leur médecin généraliste? 1 avr 2014;115.
26. Europe W. The European definition of general practice/family medicine. Barc WONCA Eur [Internet]. 2002 [cité 12 oct 2017]; Disponible sur: http://traffichlight.bitdefender.com/info?url=https%3A//pdfs.semanticscholar.org/ebc8/c04024bf13bb9dff0f7602c24fe56f368d0e.pdf&language=en_US
27. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avr 22, 2005.
28. Mercat F-X. Les courriers entre médecins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 1998 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-courriers-entre-medecins-709>
29. Jombart G. Etude Génépsy : promouvoir la communication MG-PSY : que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un courrier-type, inspiré des recommandations d'adressage au psychiatre? [Internet]. 2015 [cité 10 sept 2017]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-4557>
30. Haute Autorité de Santé - Label de la HAS - Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique [Internet]. 2015 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique
31. Haute Autorité de Santé - Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte. Cette recommandation est suspendue. [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_607702/prise-en-charge-des-complications-evolutives-d-un-episode-depressif-caracterise-de-l-adulte
32. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.
33. Rouault C. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015: constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2016.

34. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res.* 8 août 2009;9:143.
35. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste, General medicine, psychiatry and primary care : from the perspective of the General Practitioner. *Inf Psychiatr.* 12 juin 2014;me 90(5):323-9.
36. Catherine P-H. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes: une enquête qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2012. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=5/TTL=1/SHW?FRST=2>
37. Hérisson R. Que pensent les psychiatres publics de l'EPSM-AL des recommandations de bonne pratique concernant la communication avec les médecins généralistes? Analyse qualitative auprès des psychiatres publics des secteurs de Lille intra-muros [Internet]. 2015 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-5471>
38. Laboutière J-J. Conséquences du parcours de soins en psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 20 févr 2014;me 82(2):101-4.
39. Bazinian-Mournet, Tatevik. Etude des échanges de courriers entre les médecins généralistes et les psychiatres de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole [Internet]. 2014 [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-1131>
40. Chew-Graham C, Slade M, Montâna C, Stewart M, Gask L. Loss of doctor-to-doctor communication: lessons from the reconfiguration of mental health services in England. *J Health Serv Res Policy.* janv 2008;13(1):6-12.
41. Référentiels de management : la certification des établissements de santé [Internet]. Qualité performance. [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.qualiteperformance.org/comprendre-la-qualite/referentiels-de-management-la-certification-des-etablissements-de-sante>
42. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
43. Mercier A. Médecins généralistes, psychiatres et leurs patients: les enjeux de la communication [Internet]. *exercer, la revue francophone de Médecine Générale.* 2014 [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/115/supp/1/page/64/>
44. Nilforooshan R, Weston L, Sachdeva D, Rampes H, Warner J, Nasri M. What information do general practitioners expect in letters from mental health services? *Lond J Prim Care.* 2009;2(1):43-5.
45. Haute Autorité de Santé - Dépression [Internet]. [cité 13 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937773/fr/depression

46. Haute Autorité de Santé - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. 2000 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
47. Gallais J-L, Alby M. Société Française de Médecine Générale : Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale [Internet]. [cité 30 mars 2017]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/publications/les_publications/psychiatrie_souffrance_psychique_et_medicine_generale.html
48. Sectorisation psychiatrique - Assistance Publique Hopitaux de Paris - Direction des Affaires Juridiques [Internet]. 2012 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/sectorisation-psychiatrique/>
49. Hefez S. Secteur psychiatrique [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/hopital/secteur_texte_base.html
50. Cohidon C, Duchet N, Cao MM, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C, et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. Santé Publique. 1999;11(3):357-362.
51. Fleury M-J, Imboua A, Aubé D, Farand L. Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec. Ment Health Fam Med. juin 2012;9(2):77-90.
52. Code de déontologie médicale | Legifrance [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=0D723D1C33483459696141905BDA0CBD.tpdila22v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807
53. PASSERIEUX C, JANVIER D, YOUNES N. Dépression : quel parcours de soin ? (dossier). SANTE Ment. mars 2007;(116):25-81.
54. Masfety VK. Place du généraliste dans la prise en charge des problèmes de santé mentale. Rev Prat Médecine Générale. 2007;(770-771):519-21.
55. Mercier A, Aubin Auger I, Stalnikiewicz B, Aulanier S, Kerhuel N, Boulnois C, et al. Satisfaction des généralistes sur la prise en charge des patients déprimés. Une comparaison France/Grande-Bretagne [Internet]. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. 2009 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/88/page/100/>
56. 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.
57. Sebbane D. « Être » psychiatre, clichés, réalités et perspectives: résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
58. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>

59. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France, Current State of General Practitioner Training in Psychiatry and Mental Health in France. *Inf Psychiatr*. 12 juin 2014;me 90(5):319-22.
60. de Reviere B. 2.4. S'inscrire dans une approche orientée vers le changement. *Anal Suivre Évaluer Sa Contrib Au Chang Soc*. 2016;91.
61. Fredheim T, Danbolt LJ, Haavet OR, Kjønberg K, Lien L. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst*. 23 mai 2011;5:13.
62. Collège de la Médecine Générale, Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés. Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur [Internet]. 2014 [cité 10 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/549-charte-partenariat-medecine-generale-psychiatrie-secteur.html>
63. RPSM78 - Soins partagés [Internet]. [cité 13 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.rpsm78.com/dispositifs/soins-partages>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 connaissance des recommandations HAS des MG et P du ML	9
Figure 2 fréquence des courriers adressés par les MG du ML.....	10
Figure 3 fréquence des courriers que les MG du ML déclaraient recevoir	11
Figure 4 fréquence des courriers rédigés par les P du ML.....	12
Figure 5 comparaison des points de vue concernant la fréquence des courriers des MG	13
Figure 6 comparaison des points de vue concernant la fréquence des courriers des P	13
Figure 7 contenu du courrier des MG selon eux.....	15
Figure 8 Contenu des courriers reçus par les P, selon eux	16
Figure 9 Contenu des courriers des P, selon les MG	17
Figure 10 contenu du courrier des P selon les MG.....	18
Figure 11 Contenu des courriers des P souhaité par les MG	20
Figure 12 Modalités de communication préférées par les MG.....	21
Figure 13 contenu du courrier des P souhaité par les MG.....	22
Figure 14 fréquence des courriers des MG souhaitée et perçue.....	23
Figure 15 comparaison des points de vue sur le contenu du courrier des MG.....	24
Figure 16 comparaison des points de vue sur le contenu du courrier des MG (suite).....	25
Figure 17 fréquence des courriers des P perçue et souhaitée	26
Figure 18 comparaison des points de vue sur le contenu du courrier des P	27
Figure 19 intérêt des MG pour la psychiatrie.....	28
Figure 20 connaissance des recommandations HAS	32
Figure 21 fréquence des courriers envoyés par les MG	33
Figure 22 fréquence des courriers reçus par les MG	34
Figure 23 fréquence des courriers envoyés par les P.....	35
Figure 24 comparaison entre la fréquence d'envoi et de réception des courriers des P.....	36

Figure 25 comparaison entre la fréquence d’envoi et de réception des courriers des MG	37
Figure 26 contenu des courriers des MG selon eux	38
Figure 27 contenu des courriers des MG selon les P	40
Figure 28 contenu des courriers des P selon eux	42
Figure 29 contenu des courriers des P selon les MG	43
Figure 30 souhaits des MG de recevoir des courriers des P	44
Figure 31 contenu des courriers des P souhaité par les MG	46
Figure 32 modalités de communication préférées des MG	48
Figure 33 contenu du courrier des MG souhaité par les P	50
Figure 34 comparaison des points de vue sur le contenu du courrier des MG	51
Figure 35 comparaison des points de vue sur le contenu du courrier des MG (suite)	52
Figure 36 comparaison des points de vue sur le contenu du courrier des MG	53

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
MÉTHODES	4
RÉSULTATS EN MAINE-ET-LOIRE	7
1. Population	7
1.1. Les médecins généralistes.....	7
1.2. Les psychiatres.....	7
2. Connaissances des recommandations HAS	8
2.1. Chez les MG	8
2.2. Chez les P.....	8
3. Fréquence des courriers	9
3.1. Point de vue des MG.....	9
3.1.1. Envoyés	9
3.1.2. Reçus	10
3.2. Point de vue des P	11
3.2.1. Envoyés	11
3.2.2. Reçus.....	12
3.3. Comparaison entre ce que les P et les MG déclaraient envoyer et recevoir.....	12
4. Contenu des courriers	14
4.1. Adressé aux psychiatres (d'après les MG).....	14
4.2. Reçus par les psychiatres (d'après les P)	15
4.3. Adressés aux généralistes (d'après les P)	16
4.4. Reçus par les généralistes (d'après les MG)	18
5. Les souhaits des MG et des P sur le courrier du confrère	19
5.1. Les souhaits des MG.....	19
5.1.1. La fréquence des courriers	19
5.1.2. Le contenu des courriers.....	19
5.1.3. Les modalités d'échange	20
5.2. Les souhaits des P	21
6. Comparaison des points de vue	23
6.1. Sur le courrier rédigé par les MG	23
6.2. Sur le courrier rédigé par les P.....	25
7. Intérêt des MG pour la prise en charge des pathologies psychiques	27
8. Données qualitatives	28
8.1. Chez les P.....	28
8.2. Chez les MG	29
RESULTATS EN PAYS DE LA LOIRE	30
1. Population des cinq départements	30
1.1. Les médecins généralistes.....	30
1.2. Les psychiatres.....	30
2. Connaissances des recommandations HAS	31
2.1. Chez les MG	31
2.2. Chez les P.....	31

3.	Fréquences des courriers	32
3.1.	Point de vue des MG.....	32
3.1.1.	Envoyés	32
3.1.2.	Reçus.....	33
3.2.	Point de vue des P	35
3.2.1.	Envoyés	35
3.2.2.	Reçus.....	36
3.3.	Comparaison entre ce que les MG et les P déclaraient envoyer et recevoir.....	36
4.	Contenu des courriers	37
4.1.	Adressés aux psychiatres (d'après les MG)	37
4.2.	Reçus par les psychiatres (d'après les P)	39
4.3.	Adressés aux généralistes (d'après les P)	41
4.4.	Reçus par les généralistes (d'après les MG)	43
5.	Les souhaits des MG et des P sur le courrier du confrère	44
5.1.	Les souhaits des MG.....	44
5.1.1.	La fréquence des courriers	44
5.1.2.	Le contenu des courriers	45
5.1.3.	Les modalités d'échange	48
5.2.	Les souhaits des P	49
6.	Comparaison des points de vue	51
6.1.	Sur le courrier rédigé par les MG.....	51
6.2.	Sur le courrier rédigé par les P.....	52
DISCUSSION ET CONCLUSION		54
1.	Résultats principaux	54
2.	Points forts de l'étude	55
3.	Points faibles de l'étude	56
4.	Représentativité de la population	57
4.1.	Etude dans le ML	57
4.1.1.	Concernant les MG	57
4.1.2.	Concernant les P.....	58
4.2.	Etude dans la région Pays de la Loire	58
4.2.1.	Concernant les MG	58
4.2.2.	Concernant les P.....	58
5.	Hypothèses	59
5.1.	Importance de la communication MG/P	59
5.2.	Etat des lieux de la communication MG/P	61
5.2.1.	Concernant la fréquence des échanges.....	61
	a) Des perceptions différentes.....	61
	b) Le parcours de soins	62
	c) Psychiatrie hospitalière et libérale	63
5.2.2.	Concernant les modalités de correspondance	64
	a) Le courrier : pierre angulaire de la communication	64
	b) Le téléphone.....	65
	c) Les rencontres physiques	66
	d) Le mail et la messagerie sécurisée	66
	e) Le patient vecteur d'informations.....	67
5.2.3.	Concernant le contenu des courriers	67

5.2.4.	Concernant les souhaits des MG et des P	68
5.2.5.	Concernant les recommandations	69
5.3.	Les obstacles à la communication	70
5.3.1.	La psychiatrie publique, une spécialité complexe dans son organisation	70
5.3.2.	Le secret médical difficile à partager	71
5.3.3.	La difficulté diagnostique de la pathologie psychiatrique	72
5.3.4.	Un problème de disponibilité et d'accès aux soins	73
5.3.5.	Des relations interprofessionnelles plus difficiles ?	74
5.3.6.	La formation des MG	75
5.3.7.	Intérêt des MG pour la psychiatrie	76
5.4.	Les axes d'amélioration	76
5.4.1.	Renforcer la connaissance réciproque entre MG et P.....	77
5.4.2.	Améliorer la formation professionnelle	78
5.4.3.	Améliorer les outils de communication	78
5.4.4.	Mieux définir le rôle de chacun.....	79
6.	Conclusion	80
	BIBLIOGRAPHIE	81
	LISTE DES FIGURES.....	87
	TABLE DES MATIERES.....	89
	ANNEXES.....	1
1.	Questionnaire des MG	1
2.	Questionnaire des P	5
3.	Recommandations du CNQSP	9
4.	Résultats significatifs des analyses en sous-groupes	13
4.1.	Concernant les P du Maine-et-Loire	13
4.2.	Concernant les P des Pays de la Loire	14
4.3.	Concernant les MG du Maine-et-Loire.....	15
4.4.	Concernant les MG des Pays de la Loire.....	16
5.	Serment d'Hippocrate	20

ANNEXES

1. Questionnaire des MG

Correspondance entre médecins généralistes et psychiatres : Questionnaire pour les médecins généralistes

Consigne de remplissage : Merci de cocher la ou les cases correspondant à votre réponse.

Par avance merci de renvoyer le questionnaire complété à l'aide de l'enveloppe préremplie et préaffranchie afin qu'il soit exploité et analysé.

Pavé sociodémographique

1. Sexe

1. Homme 2. Femme

2. Exercez-vous :

1. en libéral 2. à l'hôpital 3. en mixte

3. Age

1. moins de 45 ans 2. entre 46 et 61 ans 3. plus de 61 ans

4. Quand avez-vous débuté votre exercice ?

1. avant 2002 2. entre 2002 et 2005 3. après 2005

5. Quand avez-vous soutenu votre thèse ?

1. avant 2002 2. entre 2002 et 2005 3. après 2005

6. Quand avez-vous débuté votre 3ème cycle (internat, stage interné, fin externat) ?

1. avant 2002 2. entre 2002 et 2005 3. après 2005

7. Avez-vous suivi une formation complémentaire à la prise en charge de la souffrance psychique ?

1. Oui 2. Non

8. Si oui, laquelle ?

1. DU ou DIU 2. séminaire de FPC 3. DPC

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

9. Précisez l'intitulé de la formation complémentaire

La question n'est pertinente que si Formation complémentaire ? = "Oui"

Fréquence des courriers

10. A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères psychiatres pour la 1ère consultation d'un patient que vous adressez ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

11. A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères psychiatres lors du suivi conjoint d'un patient ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

Contenu des courriers

12. A quelle fréquence le courrier adressé au psychiatre est un simple mot d'introduction pour un remboursement dans le cadre du parcours de soins ?

1. Très souvent 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

13. Lorsque vous rédigez un courrier à vos confrères psychiatres vous y formulez des interrogations concernant :

- 1. les hypothèses diagnostiques
- 2. la prise en charge médicamenteuse initiée
- 3. le type de suivi
- 4. le suivi psychothérapeutique et médicamenteux
- 5. une prise en charge sociale (arrêt de travail, invalidité, mise en ALD, mesures de sauvegarde, dossier MDPH)
- 6. les éléments cliniques actuels
- 7. les symptômes repérés
- 8. l'évolution des symptômes

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

14. Lorsque vous rédigez un courrier à vos confrères psychiatres, vous y mentionnez :

- 1. les antécédents somatiques (comorbidités)
- 2. le contexte de vie (statut familial, travail)
- 3. les antécédents psychiatriques
- 4. les addictions
- 5. les allergies
- 6. les intolérances médicamenteuses
- 7. l'état de la prise en charge actuelle

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

15. Lorsque vous rédigez un courrier à vos confrères psychiatres vous y formulez l'état de la prise en charge actuelle avec

- 1. le traitement psychotrope mis en route
- 2. les traitements psychotropes déjà essayés
- 3. les autres traitements en cours
- 4. le degré d'acceptation du patient vis à vis des propositions résultant de cette consultation chez le psychiatre
- 5. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

16. Si 'autre', précisez :

Fréquence des courriers reçus de la part des psychiatres

17. A quelle fréquence recevez-vous des courriers de vos confrères psychiatres ?

1. Très souvent 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

18. A quelle fréquence recevez-vous un courrier de vos confrères psychiatre lors d'une 1ère consultation ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

19. A quelle fréquence recevez-vous un courrier de vos confrères psychiatres une fois le diagnostic posé ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

20. A quelle fréquence recevez-vous un courrier de vos confrères psychiatres pendant le suivi lors d'une modification clinique ou de la prise en charge ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

21. A quelle fréquence recevez-vous un courrier de vos confrères psychiatres en fin de prise en charge psychiatrique ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

Observations du médecin généraliste sur le courrier des psychiatres

22. A quelle fréquence contient-il les réponses sur l'hypothèse diagnostique ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

23. A quelle fréquence contient-il des réponses sur la prise en charge médicamenteuse ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

24. A quelle fréquence contient-il des réponses sur l'organisation d'un suivi ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

25. A quelle fréquence contient-il des réponses sur une demande de prise en charge psychothérapique ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

26. A quelle fréquence contient-il des réponses sur la prise en charge sociale ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

27. A quelle fréquence contient-il des réponses sur votre rôle dans le suivi ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

28. A quelle fréquence contient-il des informations sur les risques évolutifs immédiats ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

29. A quelle fréquence contient-il des informations sur les éléments cliniques psychiatriques de surveillance ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

30. A quelle fréquence contient-il des informations sur les facteurs environnementaux importants à prendre en compte (environnement professionnel, contexte conjugal, toxiques..) ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

31. A quelle fréquence contient-il des informations sur la nécessité d'un arrêt de travail ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

32. A quelle fréquence contient-il des informations sur la nécessité d'établir un protocole d'ALD ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

33. A quelle fréquence contient-il des informations sur un projet personnalisé de soins ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

34. A quelle fréquence contient-il des informations sur la proposition thérapeutique médicamenteuse ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

35. A quelle fréquence contient-il des informations sur les éléments de surveillance biomédicaux ou biologiques ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

36. A quelle fréquence contient-il des informations sur les modalités psychothérapeutiques mises en place ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

37. Quelles autres attentes avez-vous sur le contenu de ce courrier ?

Les attentes du médecin généraliste sur le contenu du courrier des psychiatres

38. Souhaitez-vous recevoir des courriers de vos confrères psychiatres ?

1. Oui 2. Non

Si non, passez directement à la question n°42

39. A quel moment de la prise en charge souhaitez-vous être destinataire d'un courrier du psychiatre ?

1. dès la 1ère consultation
 2. Une fois le diagnostic avéré
 3. en cours de suivi lors d'une modification clinique ou de prise en charge
 4. en fin de prise en charge

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

40. Dans le courrier du psychiatre vous souhaitez avoir des informations concernant :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. les hypothèses diagnostiques | <input type="checkbox"/> 2. la prise en charge médicamenteuse |
| <input type="checkbox"/> 3. l'organisation globale du suivi | <input type="checkbox"/> 4. la nécessité d'un suivi psychothérapeutique |
| <input type="checkbox"/> 5. la prise en charge sociale | <input type="checkbox"/> 6. le rôle du médecin généraliste dans le suivi |
| <input type="checkbox"/> 7. les risques évolutifs | <input type="checkbox"/> 8. les éléments de surveillance clinique |
| <input type="checkbox"/> 9. les facteurs environnementaux | <input type="checkbox"/> 10. la nécessité d'un arrêt de travail |
| <input type="checkbox"/> 11. la nécessité d'une mise en ALD | <input type="checkbox"/> 12. un projet personnalisé de soins |
| <input type="checkbox"/> 13. les propositions thérapeutiques médicamenteuses | <input type="checkbox"/> 14. les éléments de surveillance liés aux médicaments |
| <input type="checkbox"/> 15. les modalités psychothérapeutiques | <input type="checkbox"/> 16. autre |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

41. Si 'autre', précisez :

Conclusion

42. Connaissez-vous les recommandations validées par la HAS de 2010 sur la correspondance entre psychiatres et médecins généralistes ?

1. Oui 2. Non

43. Si oui, vous paraissent-elles réalistes ?

1. Oui 2. Non

44. Si non pourquoi ?

45. Évaluez l'intérêt que vous portez à la prise en charge des troubles mentaux et à la souffrance psychique sur l'échelle suivante

1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5 7. 6 8. 7 9. 8
 10. 9 11. 10

2. Questionnaire des P

Correspondance entre médecins généralistes et psychiatres : Questionnaire pour les psychiatres

Consigne de remplissage : Merci de cocher la ou les cases correspondant à votre réponse.

Par avance merci de renvoyer le questionnaire complété à l'aide de l'enveloppe préremplie et préaffranchie afin qu'il soit exploité et analysé.

Pavé sociodémographique

1. Sexe

1. Homme 2. Femme

2. Exercez-vous :

1. en libéral 2. à l'hôpital 3. en mixte

3. Age

1. moins de 45 ans 2. entre 46 et 61 ans 3. plus de 61 ans

4. Quand avez-vous débuté votre exercice ?

1. avant 2002 2. entre 2002 et 2005 3. après 2005

5. Quand avez-vous soutenu votre thèse ?

1. avant 2002 2. entre 2002 et 2005 3. après 2005

6. Quand avez-vous débuté votre 3ème cycle (internat, stage interné, fin externat) ?

1. avant 2002 2. entre 2002 et 2005 3. après 2005

7. Avez-vous suivi une formation complémentaire à la prise en charge de la souffrance psychique ?

1. Oui 2. Non

8. Si oui, laquelle ?

Fréquence des courriers

9. A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères généralistes pour la 1ère consultation d'un patient qui vous a été adressé ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

10. A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères généralistes une fois le diagnostic avéré ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

11. A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères généralistes en cours de suivi lors d'une modification clinique ou de la prise en charge ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

12. A quelle fréquence rédigez-vous un courrier à vos confrères généralistes en fin de suivi ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

Contenu des courriers

13. Lorsque vous rédigez un courrier à vos confrères généralistes vous y formulez des informations concernant :

- 1. les hypothèses diagnostiques
- 2. la prise en charge médicamenteuse initiée par le médecin généraliste
- 3. le suivi médicamenteux
- 4. la prise en charge psychothérapique
- 5. les éléments cliniques actuels
- 6. les éléments cliniques de suivi
- 7. les facteurs environnementaux importants à prendre en compte
- 8. la nécessité d'un arrêt de travail
- 9. la nécessité d'une mise en ALD
- 10. les risques évolutifs

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

14. Lorsque vous rédigez un courrier à vos confrères généralistes, vous y rappelez :

- 1. les antécédents somatiques (comorbidités)
- 2. le contexte de vie (statut familial, travail)
- 3. les antécédents psychiatriques
- 4. les allergies
- 5. les intolérances médicamenteuses
- 6. les éléments de surveillance biomédicaux et biologiques

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

15. Lorsque vous rédigez un courrier à vos confrères généralistes vous y formulez l'état de la prise en charge actuelle à la suite de la consultation avec

- 1. un diagnostic de situation
- 2. une proposition thérapeutique
- 3. le contenu de l'ordonnance prescrite
- 4. une proposition de parcours de soins
- 5. une proposition de prise en charge psychothérapique
- 6. une proposition de prise en charge sociale
- 7. une proposition de répartition des rôles dans le suivi
- 8. l'état d'acceptation du patient vis à vis des propositions résultant de cette consultation
- 9. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

16. Si 'autre', précisez :

Fréquence des courriers reçus de la part des médecins généralistes

17. A quelle fréquence recevez-vous des courriers de vos confrères généralistes ?

1. Très souvent 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

18. Souhaiteriez-vous en recevoir ?

1. Oui 2. Non

Aller à '40-Infos sur' si Souhait d'en recevoir ? = "Oui"

Observations du psychiatre sur le courrier des médecins généralistes

19. A quelle fréquence le courrier reçu du médecin généraliste est un simple mot d'introduction pour un remboursement dans le cadre du parcours de soins ?

1. Très souvent 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

20. A quelle fréquence contient-il les raisons circonstanciées de la demande ?

1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

21. A quelle fréquence contient-il des questions sur l'hypothèse diagnostique ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
22. A quelle fréquence contient-il des questions sur la prise en charge médicamenteuse initiée ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
23. A quelle fréquence contient-il des questions sur le type de suivi ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
24. A quelle fréquence contient-il une question sur une demande de prise en charge psychothérapeutique exclusive ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
25. A quelle fréquence contient-il des questions sur la prise en charge sociale ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
26. A quelle fréquence contient-il des informations sur les symptômes repérés ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
27. A quelle fréquence contient-il des informations sur l'évolution des symptômes ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
28. A quelle fréquence contient-il des informations sur les antécédents somatiques ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
29. A quelle fréquence contient-il des informations sur les antécédents psychiatriques ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
30. A quelle fréquence contient-il des informations sur le contexte de vie (famille, travail) ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
31. A quelle fréquence contient-il des informations sur les allergies ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
32. A quelle fréquence contient-il des informations sur les intolérances médicamenteuses ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
33. A quelle fréquence contient-il des informations sur les addictions ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
34. A quelle fréquence contient-il des informations sur l'état de la prise en charge actuelle ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
35. A quelle fréquence contient-il des informations sur les traitements psychotropes actuels N
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
36. A quelle fréquence contient-il des informations sur les traitements psychotropes antérieurs ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
37. A quelle fréquence contient-il des informations sur les autres traitements ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais
38. A quelle fréquence contient-il des informations sur le degré d'acceptation du patient vis à vis de cette consultation chez le psychiatre ?
 1. Toujours 2. Souvent 3. Rarement 4. Jamais

39. Quelles autres attentes avez-vous sur le contenu de ce courrier ?

Les attentes du psychiatre sur le contenu du courrier des médecins généralistes

40. Dans le courrier du médecin généraliste vous souhaitez avoir des informations concernant :

- 1. les raisons et motifs circonstanciés de la demande
- 2. les hypothèses diagnostiques
- 3. la prise en charge médicamenteuse initiée
- 4. le type de demande de suivi
- 5. la demande de prise en charge psychothérapique exclutive
- 6. les symptômes initiaux repérés
- 7. l'évolution des symptômes depuis la prise en charge initiale
- 8. les antécédents somatiques (comorbidités)
- 9. les antécédents psychiatriques
- 10. le contexte de vie
- 11. les allergies
- 12. les intolérances médicamenteuses
- 13. les addictions
- 14. l'état de la prise en charge actuelle
- 15. les traitements psychotropes actuels
- 16. les traitements psychotropes antérieurs
- 17. les autres traitements
- 18. le degré d'acceptation du patient vis à vis de la consultation
- 19. autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

41. Si 'autre', précisez :

42. Connaissez-vous les recommandations validées par la HAS de 2010 sur la correspondance entre psychiatres et médecins généralistes ?

1. Oui 2. Non

43. Si oui, vous paraissent-elles réalistes ?

1. Oui 2. Non

44. Si non pourquoi ?

3. Recommandations du CNQSP



SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

La coopération Médecins Généralistes – Psychiatres

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

Septembre 2010

La collaboration entre médecins généralistes et psychiatres est de mauvaise qualité, particulièrement en France. Cette situation a de nombreuses conséquences négatives sur la qualité de prise en charge du patient.

La qualité des courriers échangés reflète la qualité de la collaboration entre professionnels de santé et les données montrent que l'amélioration des courriers échangés influence favorablement la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres.

Les recommandations suivantes répondent 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 ?

Courrier adressé par le MG au Psychiatre

Le courrier d'adressage du Médecin généraliste au psychiatre devrait contenir les éléments suivants :

Les motifs de recours au psychiatre

De nombreuses situations peuvent justifier le recours au psychiatre. Parmi les plus fréquentes, la littérature relève : les demandes formulées par le patient ou son entourage de voir un spécialiste, un tableau clinique peu clair ou une gravité particulière des symptômes, des difficultés spécifiques rencontrées dans la relation thérapeutique, des demandes d'avis diagnostique ou thérapeutique, une demande de suivi spécialisé pour une technique de soins que le MG ne peut pas assurer, une demande de confirmation des choix faits par le MG...

Afin de favoriser la coopération, le motif de consultation doit se formuler sous la forme d'une question qu'adresse le MG au psychiatre.

L'explicitation de cette question permet d'ouvrir une modalité d'échange de type collaboratif puisqu'il oriente la réponse du psychiatre sur un mode non pas académique mais centrée sur la situation particulière présentée par le MG.

Les principaux éléments symptomatiques et l'impression ou les hypothèses diagnostiques du MG

L'information qu'apporte le MG sur les éléments symptomatiques qu'il a repérés est d'une grande importance pour le psychiatre. Le tableau clinique que le psychiatre constatera peut en effet différer et cette variabilité du tableau en fonction notamment du temps ou de l'interlocuteur constitue en soi une information précieuse.

Si le MG 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.

Les problèmes de santé somatiques et les traitements en cours.

Les intrications entre les problèmes de santé somatique et psychique sont importantes et complexes.

L'évaluation du problème psychique impose donc de connaître l'état somatique du patient.

Il en est de même en matière de choix thérapeutiques, en particulier pour une gestion optimale des risques de prescription des psychotropes.

Les éléments de l'histoire médicale et psychiatrique

Le MG transmet, avec l'accord du patient, certains éléments de son histoire médicale et psychiatrique.

Il est souhaitable que le courrier du MG résume, s'il possède ces informations les éléments qu'il juge les plus significatifs de l'histoire de la maladie.

Parmi ces informations, les plus fréquemment relevées dans la littérature comme devant être renseignés sont : la date de début des troubles, l'évolution des symptômes, les comportements jugés à risque évolutif comme des 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.

Parmi les éléments figurent également ceux que le patient aura du mal à livrer au psychiatre et qui sont importants à connaître pour répondre aux questions posées par le MG et orienter la prise en charge.

Les réactions notables liées à des traitements précédemment ou actuellement prescrits pour le trouble psychique

L'information sur les données d'efficacité (succès ou échec d'un traitement) et de tolérance (bonne ou mauvaise tolérance) est importante. Cette information concerne la réponse aux traitements médicamenteux. Cependant, elle peut également concerner d'autres types de thérapeutiques (sismothérapies, traitements psychologiques ...).

Les faits marquants de l'histoire personnelle du patient et de son contexte de vie, familial et/ou psychosocial

Il est souhaitable que le MG informe le psychiatre, s'il possède l'information et **avec l'accord du patient**, des éléments de l'histoire personnelle du patient et de son contexte de vie, familial et/ou psychosocial qu'il juge importants pour la prise en charge.

Cependant, Cette recommandation ne vise pas à inciter le MG à expliquer les troubles du patient par des événements de vie, **mais vise à aider le psychiatre à orienter son entretien** et à faciliter au patient l'expression des événements de son histoire personnelle.

Les modalités du suivi partagé concernant le suivi du problème psychique de son patient

La coopération entre MG et psychiatre impose que la place de chacun puisse être envisagée dans le projet de soins.

Il est donc essentiel que le médecin généraliste, dès son premier courrier, puisse exprimer ses attentes quant à sa place dans le suivi. Lorsqu'il n'a pas d'attentes particulières, il est également important qu'il le signale au psychiatre.

Les suggestions thérapeutiques

Il est important que le MG exprime les pistes thérapeutiques, notamment psychothérapeutiques, qu'il a envisagé ou, le fait qu'il n'en a pas de particulières à soumettre au psychiatre.

Ces suggestions sont une demande formulée au psychiatre d'argumenter le bien fondé ou non de la technique de soins proposée par le MG et d'envisager d'autres ressources thérapeutiques.

Les informations échangées avec le patient pour justifier d'une consultation auprès d'un psychiatre

Le MG informe le psychiatre de ce qu'il a dit au patient pour lui proposer une consultation avec un psychiatre. Cette information facilite l'ajustement du psychiatre au contexte de la demande.

Courrier adressé par le Psychiatre au MG

Les motifs de demandes de consultations sont divers, pourtant, qu'il s'agisse d'une demande d'avis ou d'une demande de suivi spécialisé, les mêmes informations méritent d'être échangées entre le MG et le psychiatre. En effet, lors d'un premier contact avec un psychiatre, savoir qui, du MG ou du psychiatre, est le mieux placé pour prendre en charge le patient s'inscrira dans le projet de soins proposé *in fine* par le psychiatre. D'autre part, **même s'il est finalement décidé que, pour le problème psychique, le patient sera suivi par le psychiatre, le MG reste référent du patient.** Il pourra être interpellé par le patient et, en tant que référent du suivi global, il doit posséder toutes les informations utiles. Le MG est un élément important également d'implication du patient ou de désengagement du patient dans sa prise en charge psychiatrique.

La réponse aux questions du MG

Le psychiatre apporte des réponses aux questions posées par le MG

Cette recommandation est sans doute la plus importante, dans le cadre d'un objectif d'amélioration de la coopération entre MG et psychiatres. Elle impose au MG de formuler, dans son courrier, les questions qu'il pose au psychiatre et au psychiatre de lui répondre.

L'avis diagnostique ou l'énoncé des hypothèses diagnostiques

Le psychiatre précise le diagnostic ou ses hypothèses diagnostiques et les arguments en rapport

Les risques évolutifs immédiats

Le psychiatre informe, si nécessaire, le MG des risques évolutifs immédiats et des éléments de surveillance à mettre en œuvre, tels qu'il a pu les percevoir lors de sa ou de ses consultations

Les facteurs environnementaux

Le psychiatre informe le MG des facteurs environnementaux pouvant avoir un impact, positif (ressources) ou négatif (facteurs de contrainte), sur le devenir du patient et les modalités d'intervention sur eux qui, pour lui, se justifient.

S'inscrivent dans cette rubrique les éléments justifiant d'un arrêt de travail.

Le projet de soins

Le psychiatre informe le MG du projet de soins qu'il propose et l'argumente.

Cette recommandation est distincte de la recommandation suivante qui porte sur l'organisation de la prise en charge et les modalités de suivi partagé qui vont être proposées au MG.

Elle répond à la question du « quoi faire » pour ce patient, c'est-à-dire des ressources thérapeutiques à mobiliser.

L'organisation de la prise en charge

Le psychiatre propose au MG une organisation de la prise en charge du problème psychique intégrant la place du MG. Il argumente ses propositions en y intégrant les attentes formulées par le MG dans son courrier d'adressage.

Par ailleurs, **le psychiatre informe le MG des recours possibles en cas de difficultés**, notamment des modalités selon lesquelles il peut être contacté dans cette prise en charge et les dispositifs de recours en cas d'urgence.

La prescription médicamenteuse

Le psychiatre informe le MG de la prescription médicamenteuse qu'il a éventuellement rédigée au patient ou des modifications de la prescription du MG qu'il propose et argumente ses propositions.

Les éléments de surveillance

Le psychiatre précise les éléments particuliers d'adaptation et de surveillance du traitement pour ce patient et les éléments de suivi de l'état du patient

Cette information est particulièrement justifiée si le MG assure le suivi médicamenteux. Mais, même si le suivi est assuré par le psychiatre, elle reste importante. En effet, le MG peut intervenir auprès du patient, notamment pour d'autres problèmes de santé que le problème psychique ou parce que le patient l'interpelle pour avoir son avis sur le traitement prescrit par le psychiatre.

Les modalités psychothérapeutiques du suivi

Le psychiatre informe le MG des modalités psychothérapeutiques de suivi et les motive.

Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la HAS. Ce label signifie que cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du CNQSP.

4. Résultats significatifs des analyses en sous-groupes

4.1. Concernant les P du Maine-et-Loire

Connaissance des recommandations HAS par les P du ML	critère	différence	significativité
	hommes vs femmes	62% vs 15%	p=0,02
	plus de 45 ans vs moins 45 ans	54% vs 13%	p=0,02
	début d'exercice avant 2005 vs après 2005	52% vs 14%	p=0,02
	début d'exercice avant 2002 vs après 2002	58% vs 13%	p=0,002

Fréquence des courriers rédigés par les P du ML	critère	différence	significativité
après la première consultation	hospitaliers ou mixte vs libéraux	68% vs 19%	p=0,002
en fin de suivi	hospitaliers ou mixte vs libéraux	56% vs 19%	p=0,02
une fois le diagnostic avéré	connaissant les recos HAS vs ne les connaissant pas	50% vs 16%	p=0,02

Contenu des courriers rédigés par les P du ML	critère	différence	significativité
éléments de surveillance biomédicaux	hommes vs femmes	86% vs 55%	p=0,03
risques évolutifs	libéraux vs hospitaliers ou mixtes	63% vs 20%	p=0,006
facteurs environnementaux du patient	plus de 45 ans vs moins de 45 ans	96% vs 67%	p=0,02
antécédents somatiques	plus de 45 ans vs moins de 45 ans	69% vs 27%	p=0,008
contexte de vie	plus de 45 ans vs moins de 45 ans	92% vs 60%	p=0,03
intolérances médicamenteuses	plus de 45 ans vs moins de 45 ans	62% vs 27%	p=0,03
répartition des rôles pour le suivi du patient	plus de 45 ans vs moins de 45 ans	73% vs 40%	p=0,03

4.2. Concernant les P des Pays de la Loire

Fréquence des courriers rédigés par les P des PDL	critère	différence	significativité
après la première consultation	homme vs femme	62% vs 48%	p=0,05
	hospitalier ou mixte vs libéraux	65% vs 42%	p=0,002
une fois le diagnostic avéré	homme vs femme	45% vs 29%	p=0,02
	connaissant les recos HAS vs ne connaissant pas	60% vs 27%	p=0,00001
en fin de suivi	hospitalier ou mixte vs libéraux	57% vs 25%	p=0,00001
	connaissant les recos HAS vs ne connaissant pas	57% vs 38%	p=0,01

Contenu des courriers rédigés par les P des PDL	critère	différence	significativité
degré d'acceptation du patient	hospitalier ou mixte vs libéraux	76% vs 58%	p=0,012
	moins de 45 ans vs plus de 45 ans	65% vs 80%	p=0,034
	début d'exercice avant 2002 vs après 2002	81% vs 65%	p=0,014
proposition de prise en charge psychothérapique	hospitalier ou mixte vs libéraux	31% vs 52%	p=0,0090
information sur la prise en charge psychothérapique	début d'exercice avant 2002 vs après 2002	91% vs 78%	p=0,016
risque évolutifs	moins de 45 ans vs plus de 45 ans	33% vs 58%	p=0,023
	début d'exercice avant 2002 vs après 2002	58% vs 35%	p=0,038
	début d'exercice avant 2005 vs après 2005	56% vs 34%	p=0,013
hypothèses diagnostiques	homme vs femme	98% vs 89%	p=0,010
répartition des rôles	hospitalier ou mixte vs libéraux	69% vs 52%	p=0,030
éléments de surveillance biomédicaux	hospitalier ou mixte vs libéraux	65% vs 48%	p=0,033
antécédents psychiatriques	hospitalier ou mixte vs libéraux	96% vs 81%	p=0,010

Attentes des P des PDL	critère	différence	significativité
souhait de recevoir plus de courriers	hospitalier ou mixte vs libéraux	92% vs 76%	p=0,034
	début d'exercice avant 2002 vs après 2002	81% vs 94%	p=0,027

4.3. Concernant les MG du Maine-et-Loire

Fréquence des courriers rédigés par les MG	critère	différence	significativité
pour la 1ère consultation chez le P	hommes vs femmes	58% vs 42%	p=0,023
simple mot pour un remboursement	thèse < 2005	29% vs 15%	p=0,048
	début 3e cycle < 2002	29% vs 12%	p=0,018

attentes des MG sur la fréquence des courriers reçus	critère	différence	significativité
de manière générale	absence de formation complémentaire	99% vs 89%	p=0,003
une fois le diagnostic avéré	thèse > 2005	98% vs 89%	p=0,036

attentes des MG sur le contenu des courriers reçus	critère	différence	significativité
le rôle du MG dans le suivi	femmes vs hommes	94% vs 80%	p=0,005

modalités d'échange des courriers	critère	différence	significativité
messagerie sécurisée	< 45 ans	88% vs 66%	p=0,014
	début 3e cycle > 2002	87% vs 72%	p=0,032
	thèse > 2002	87% vs 69%	p=0,003
	thèse > 2005	87% vs 72%	p=0,032
	début exercice > 2002	89% vs 67%	p=0,0003
	début exercice > 2005	89% vs 70%	p=0,003
poste	femmes vs hommes	88% vs 73%	p=0,015
fax	début 3e cycle < 2002	31% vs 15%	p=0,024
en transmettant le courrier au patient	début exercice > 2002	39% vs 25%	p=0,048

4.4. Concernant les MG des Pays de la Loire

Critères socio-démographiques des MG	critère	différence	significativité
sexe	Loire-Atlantique	femme = 64% vs hommes = 36%	p=0,00006
	Sarthe	femme = 34% vs hommes = 66%	p=0,01
	Mayenne	femmes = 31% vs hommes = 69%	p=0,02
âge	Loire-Atlantique	moins de 45 ans = 58% vs 40% en PDL	p=0,0002
	Vendée	plus de 61 ans = 15% vs 6% en PDL	p= 0,007
	Maine-et-Loire	plus de 61 ans = 11% vs 6% en PDL	p=0,03
début d'exercice	Mayenne	< 2002 = 71% vs 60% en PDL	p=0,05
	Sarthe	< 2002 = 72% vs 60% en PDL	p=0,003
	Loire-Atlantique	> 2002 = 58% vs 40% en PDL	p=0,0001

connaissance des recommandations du CNQSP	critère	différence	significativité
formation complémentaire en psychiatrie	oui vs non	12% vs 3%	p=0,00004

Fréquence des courriers rédigés par les MG	critère	différence	significativité
pour la 1ère consultation chez le P	Mayenne	87% vs 75% en PDL	p=0,02
	début d'exercice < 2005	78% vs 70% en PDL	p=0,03
au cours du suivi	hommes vs femmes	23% vs 15%	p=0,018
	> 45 ans	23% vs 14%	p=0,007
	début d'exercice < 2002	24% vs 13%	p=0,0007
	début d'exercice < 2005	23% vs 12%	p=0,0008
	thésé < 2002	23% vs 13%	p=0,002
	thésé < 2005	22% vs 13%	p=0,008
	début 3e cycle < 2002	22% vs 12%	p=0,005

contenu des courriers rédigés par les MG (en fréquence)	critère	différence	significativité
addictions	Loire-Atlantique	88% vs 94% en PDL	p=0,03
	< 61 ans	95% vs 86%	p=0,03
allergies	< 61 ans	73% vs 50%	p=0,004
intolérances médicamenteuses	< 61 ans	77% vs 62%	p=0,04
traitements psychotropes antérieurs	Mayenne	82% vs 93% en PDL	p=0,001
	Vendée	85% vs 93% en PDL	p=0,05
suivi psychothérapeutique et médicamenteux	Vendée	58% vs 73% en PDL	p=0,02
degré d'acceptation du patient	Maine et Loire	36% vs 46% en PDL	p=0,02
	début d'exercice < 2002	50% vs 39%	p=0,01
	début d'exercice < 2005	49% vs 39%	p=0,03

hypothèses diagnostiques	Maine et Loire	57% vs 67% en PDL	p=0,03
	hommes vs femmes	71% vs 61%	p=0,03
symptômes repérés	Maine et Loire	82% vs 89% en PDL	p=0,02
prise en charge médicamenteuse initiée	Maine et Loire	88% vs 93% en PDL	p=0,03
la prise en charge sociale	début d'exercice < 2002	54% vs 42%	p=0,01
	début d'exercice < 2005	54% vs 40%	p=0,004
	thèse < 2002	53% vs 42%	p=0,02
	thèse < 2005	55% vs 37%	p=0,0008
	début 3e cycle < 2002	54% vs 37%	p=0,001
	début 3e cycle < 2005	53% vs 35%	p=0,003

fréquence des courriers reçus par les P	critère	différence	significativité
de manière générale	hommes vs femmes	9% vs 5%	p=0,04
	> 45 ans	10% vs 5%	p=0,02
	thèse < 2002	10% vs 4%	p=0,007
	thèse < 2005	9% vs 4%	p=0,02
	début 3e cycle < 2002	9% vs 4%	p=0,02
après la 1ère consultation chez le P	> 45 ans	26% vs 17%	p=0,01
	thèse < 2002	26% vs 17%	p=0,02
	thèse < 2005	25% vs 16%	p=0,03
	début 3e cycle < 2002	25% vs 15%	p=0,01
en fin de prise en charge	hommes vs femmes	12% vs 6%	p=0,02

contenu des courriers reçus par les MG (en fréquence)	critère	différence	significativité
facteurs environnementaux	Sarthe	19% vs 31% en PDL	p=0,008
	Vendée	48% vs 31% en PDL	p=0,008
éléments de surveillance thérapeutique et biologique	Sarthe	9% vs 16% en PDL	p=0,03
proposition thérapeutique	Vendée	80% vs 62% en PDL	p=0,006

attentes des MG sur la fréquence des courriers reçus	critère	différence	significativité
dès la 1ère consultation chez le P	Maine et Loire	75% vs 84% en PDL	p=0,006
	hommes vs femmes	87% vs 80%	p=0,03
une fois le diagnostic avéré	Mayenne	85% vs 93% en PDL	p=0,01
	< 45 ans	96% vs 91%	p=0,01
	début d'exercice > 2002	96% vs 91%	p=0,01
	début d'exercice > 2005	96% vs 91%	p=0,02
	thèse > 2002	96% vs 91%	p=0,04
	thèse > 2005	97% vs 92%	p=0,03
	début 3e cycle > 2002	96% vs 92%	p=0,03

attentes des MG sur le contenu des courriers reçus	critère	différence	significativité
hypothèses diagnostiques	> 45 ans	99% vs 95%	p=0,01

	début 3e cycle < 2002	98% vs 95%	p=0,02
	début exercice < 2002	99% vs 95%	p=0,01
	thèse < 2002	98% vs 95%	p=0,01
	thèse < 2005	98% vs 95%	p=0,03
organisation globale du suivi	Mayenne	80% vs 91% des PDL	p=0,0001
	femmes vs hommes	95% vs 88%	p=0,005
	< 45 ans	94% vs 89%	p=0,03
	< 61 ans	92% vs 82%	p=0,03
	thèse > 2002	94% vs 89%	p=0,04
nécessité d'un suivi psychothérapeutique	Mayenne	78% vs 87% en PDL	p=0,03
prise en charge sociale	Mayenne	60% vs 73% en PDL	p=0,006
	Maine et Loire	65% vs 73% en PDL	p=0,03
	femmes vs hommes	77% vs 70%	p=0,04
	< 45 ans	79% vs 69%	p=0,01
	< 61 ans	75% vs 56%	p=0,01
	thèse > 2002	78% vs 70%	p=0,04
le rôle du MG dans le suivi	femmes vs hommes	93% vs 85%	p=0,006
risques évolutifs	Mayenne	77% vs 88% en PDL	p=0,006
éléments de surveillance clinique	Mayenne	75% vs 87% en PDL	p=0,002
	femmes vs hommes	93% vs 82%	p=0,0001
	début exercice > 2002	92% vs 84%	p=0,004
	début exercice > 2005	91% vs 85%	p=0,03
	thèse > 2002	92% vs 84%	p=0,01
facteurs environnementaux	Mayenne	49% vs 64% en PDL	p=0,01
	femmes vs hommes	71% vs 57%	p=0,0008
	< 45 ans	70% vs 59%	p=0,007
	< 61 ans	65% vs 46%	p=0,01
	début exercice > 2002	71% vs 59%	p=0,006
	début exercice > 2005	70% vs 60%	p=0,03
	thèse > 2002	69% vs 60%	p=0,02
nécessité d'un arrêt de travail	Maine et Loire	64% vs 73% en PDL	p=0,03
	début 3 cycle < 2005	75% vs 65%	p=0,04
	thèse < 2005	76% vs 67%	p=0,03
projet personnalisé de soins	femmes vs hommes	88% vs 80%	p=0,005
	< 61 ans	80% vs 62%	p=0,00008
	début exercice > 2002	88% vs 81%	p=0,02
	thèse > 2002	88% vs 81%	p=0,02
propositions thérapeutiques médicamenteuses	Mayenne	88% vs 95% en PDL	p=0,01
	Vendée	100% vs 95% en PDL	fischer=0,04
éléments de surveillance médicamenteuse			
modalités psychothérapeutiques	Mayenne	72% vs 83% en PDL	p=0,02
	Maine et Loire	76% vs 83% en PDL	p=0,03

modalités d'échange des courriers	critère	différence	significativité
messagerie sécurisée	Vendée	94% vs 84% en PDL	p=0,04

	Maine et Loire	77% vs 84% en PDL	p=0,03
	< 45 ans	90% vs 80%	p=0,002
	début exercice > 2002	90% vs 80%	p=0,002
	début exercice > 2005	91% vs 80%	p=0,001
	thèse > 2002	91% vs 80%	p=0,002
	thèse > 2005	90% vs 81%	p=0,01
	début 3e cycle > 2002	90% vs 81%	p=0,01
mail	Vendée	55% vs 32% en PDL	p=0,001
	Mayenne	17% vs 32% en PDL	p=0,007
poste	Mayenne	65% vs 79% en PDL	p=0,006
	femmes vs hommes	86% vs 71%	p=0,0002
fax	thèse > 2002	20% vs 13%	p=0,04
	thèse > 2005	22% vs 13%	p=0,01
	début 3e cycle > 2002	21% vs 13%	p=0,01

5. Serment d'Hippocrate



SERMEN D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

Le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie a émis des recommandations en 2010 sur les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Objectifs. Etudier les échanges de courriers dans le Maine-et-Loire et les Pays de la Loire : description des pratiques et des attentes en fonction des recommandations.

Matériel et méthode. Etude observationnelle, descriptive, déclarative et analytique. Utilisation d'un questionnaire en miroir, interrogeant les généralistes et psychiatres : auto-évaluation des courriers rédigés, évaluation du courrier du confrère, attentes de chacun, connaissance des recommandations. Questionnaires adressés par mail en 2016 auprès des généralistes et psychiatres du Maine-et-Loire. Utilisation des résultats des mêmes études des autres départements des Pays de la Loire entre 2014 et 2016.

Résultats. Le taux de réponse atteignait 25% en Maine et Loire et dans la région. Les généralistes déclaraient à 69% écrire un courrier lors de l'adressage d'un patient. C'était un courrier dédié au remboursement pour 19%. Les psychiatres déclaraient à 68% écrire au moins une fois au généraliste lors du suivi. Ils écrivaient surtout après la première consultation et en fin de suivi. Généralistes et psychiatres déploraient ne pas recevoir suffisamment de courriers et souhaitaient en recevoir plus. Il existait une discordance de perception des courriers adressés et reçus, en fréquence et en contenu, partagée par les deux spécialités. L'auto-évaluation des courriers rédigés coïncidait avec les attentes exprimées par chaque groupe et les recommandations du CNQSP, pourtant peu connues.

Les résultats étaient similaires dans tous les départements des Pays de la Loire.

Conclusion. Dans le Maine-et-Loire et les Pays de la Loire, les généralistes et psychiatres sont insatisfaits de leur communication, en termes de quantité et qualité des courriers échangés, mais sont demandeurs d'amélioration.

Mots-clés : médecine générale, psychiatrie, courriers échangés, communication, recommandations

STUDY OF THE CORRESPONDENCES BETWEEN PSYCHIATRISTS AND MEDICINES GENERALISTS IN MAINE-ET-LOIRE AND PAYS DE LA LOIRE

ABSTRACT

The National College for Quality Care in Psychiatry issued recommendations in 2010 about the letters exchanged between general practitioners and psychiatrists, in order to improve the quality of patient care.

Objectives. Studying letters exchanges in Maine-et-Loire and Pays de la Loire: description of practices and expectations based on recommendations.

Methods. Observational, descriptive, declarative and analytical study. Use of a mirror questionnaire, interviewing general practitioners and psychiatrists: self-evaluation of written letters, evaluation of the colleague's letter, expectations of each one, knowledge of the recommendations. Questionnaires sent by e-mail in 2016 to general practitioners and psychiatrists of Maine-et-Loire. Use of results of the same studies from other departments of the Pays de la Loire between 2014 and 2016.

Results. The response rate was 25% in Maine-et-Loire and Pays de la Loire, 69% of general practitioners reported writing a letter when addressing a patient. It was a letter dedicated to refund for 19%. Psychiatrists were 68% to report writing at least once to the general practitioner during the follow-up of patients. They wrote especially after the first consultation and at the end of the follow-up. Generalists and psychiatrists deplored not receiving enough letters and wished to receive more. There was a mismatch between addressed and received letters, in terms of frequency and content, shared by the two specialties. The self-evaluation of the letters written coincided with the expectations expressed by each group and the recommendations of the CNQSP, although little known.

The results were similar in every departments of the Pays de la Loire.

Conclusion. In Maine-et-Loire and Pays de la Loire, general practitioners and psychiatrists are unsatisfied with their communication, in terms of quantity and quality of letters exchanged, both of them are seeking improvement.

Keywords : general medicine, psychiatry, letters exchanged, communication, recommendations