HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux

État des lieux, repères et outils pour une amélioration

Guide

Septembre 2018

Ce document (rapport, guide), comme l'ensemble des publications,
est téléchargeable sur **www.has-sante.fr**

Haute Autorité de Santé – Service Communication - Information
5 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en septembre 2018.

© Haute Autorité de Santé septembre 2018

Sommaire

Abréviations et acronymes 5

Préambule 6
Introduction 8
Objectifs et cadrage méthodologique 12

1. Les expériences d'amélioration de la coordination en France et à l'étranger 14
1.1 Une dynamique initiée en France : une volonté affirmée des patients et des professionnels 15
1.2 Cinq grandes catégories d'expériences d'amélioration de la coordination : de la littérature aux expériences françaises 16

2. Repères et outils pour organiser et structurer la coordination 33
2.1 Identifier les ressources disponibles 37
2.2 Échanger et partager les informations utiles 39
2.3 Accéder à un avis diagnostique et thérapeutique, à un adressage et assurer un suivi conjoint 42
2.4 Outils de communication 47
2.5 Fonctions spécifiques de coordination et *care/case management* 50
2.6 Organisation du travail en équipe au niveau territorial 52

3. Freins et leviers à la mise en œuvre de la coordination 56
3.1 En amont de la coordination : motivation, convictions et implication des acteurs 56
3.2 Accompagnement du changement 57

Conclusion et perspectives 59

Annexe. Repères et outils spécifiques aux situations rencontrées 61
Situation 1 : patients souffrant de troubles mentaux pris en charge par le médecin généraliste 62
Situation 2 : patients souffrant de troubles mentaux pris en charge par des professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale 65
Situation 3 : Situations complexes impliquant plusieurs intervenants des champs sanitaire mais également médico-social et social 67

Références 69
Participants 74

Abréviations et acronymes

ACT	*Assertive community treatment*
ARS	Agence régionale de santé
ASM 13	Association de santé mentale du 13e arrondissement de Paris
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CLSM	Conseil local de santé mentale
CME	Commission médicale d'établissement
CMG	Collège de médecine générale
CMP	Centre médico-psychologique
CNAM	Caisse nationale de l'Assurance maladie
CNPP	Conseil national professionnel de psychiatrie
CNQSP	Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
CPT	Communauté psychiatrique de territoire
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
Cristales	Coordination pour la recherche et l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé
DMP	Dossier médical partagé
DPC	Développement professionnel continu
DSP	Dispositif de soins partagés
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMAP	Équipe mobile d'Argelès en psychiatrie
EPSM	Établissement public de santé mentale
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
ESP	Équipe de soins primaires
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
FFP	Fédération française de psychiatrie
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
MSP	Maisons de santé pluriprofessionnelles
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAPS	Portail d'accompagnement des professionnels de santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTSM	Projet territorial de santé mentale
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RPSM78	Réseau de promotion pour la santé mentale 78 sud
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SIP	Système d'information partagé
URPS	Union régionale des professionnels de santé
URPS-ML	Union régionale des professionnels de santé – médecine libérale

Préambule

Ce projet conduit par la Haute Autorité de Santé (HAS) a pour **finalité d'améliorer le diagnostic, les prises en charge et le suivi des patients souffrant de troubles mentaux**, notamment en évitant les ruptures de soins, **par la promotion d'une meilleure coordination entre le médecin généraliste exerçant en ville (libéral ou salarié) et les autres acteurs de soins**[1].

Les autres acteurs de soins incluent :

- **les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale** :
  - **professionnels des équipes des secteurs de psychiatrie** (psychiatres, psychologues, infirmiers, cadres de santé, assistants sociaux et praticiens de médecine polyvalente[a] notamment) ;
  - **psychiatres libéraux et psychiatres salariés** exerçant en établissements de santé privés et privés d'intérêt collectif (ESPIC) ainsi qu'en centres et maisons de santé ;
  - **psychologues libéraux ou salariés** hors équipes de psychiatrie ;
  - etc. ;
- **les autres acteurs de proximité** : urgentistes, infirmiers libéraux (ou salariés exerçant en ville), pharmaciens d'officine, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, laboratoires de biologie médicale, etc.

[a]Ces médecins, parfois également appelés médecins somaticiens, exercent au sein d'un établissement de soins de santé mentale et assurent notamment la prise en charge et le suivi somatique des patients. Ils peuvent avoir été formés à la médecine générale ou à une autre discipline médicale.

Il répond à des attentes fortes des usagers et des professionnels sur la nécessité d'améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les autres acteurs de soins, insuffisamment développée en France, notamment en raison de réticences, tant du côté des patients que des professionnels :

- à l'échange et au partage d'informations ;
- et à la construction d'une relation de confiance avec d'autres professionnels, au-delà de la dualité patient-soignant.

Il s'inscrit dans une dynamique professionnelle déjà engagée par les acteurs concernés (notamment psychiatres et médecins généralistes). Pour la HAS, il s'agit de s'appuyer sur cette dynamique et de la conforter en mettant son expertise au service des organisations professionnelles s'y étant engagées.

Pour cela, ce document dresse un **état des lieux des expériences conduites pour améliorer la coordination** entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Cet état des lieux s'appuie sur une recherche bibliographique et sur un recensement des expériences menées en France.

À partir de ces expériences, des **repères et outils**, applicables au champ de la psychiatrie et de la santé mentale sans y être nécessairement spécifiques, ont été extraits. Ils peuvent être mobilisés de façons différentes selon les contextes d'exercice et les besoins des acteurs, en tenant compte notamment des contraintes démographiques, souvent à l'origine des difficultés de disponibilité et d'accessibilité rencontrées par les patients.

Ce guide ne vise **pas à promouvoir la mise en œuvre d'un modèle unique** de coordination pour la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux. Il a pour objectif d'encourager cette coordination, moins développée dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale que dans d'autres spécialités, *via* une information de l'ensemble des acteurs, professionnels, usagers, associations représentatives des usagers et des proches et institutionnels, sur les repères et outils disponibles, mais aussi sur

[1] Les interactions avec les acteurs des secteurs médico-social et social ont été abordées dans certaines situations. Toutefois, ce guide, centré sur la coordination entre le médecin généraliste et les acteurs du secteur sanitaire, n'aborde pas spécifiquement l'interface entre le médecin généraliste et les professionnels des champs médico-social et social.

l'importance de leur engagement dans la mise en œuvre et la pérennisation de la coordination interprofessionnelle.

Il s'agit, pour les différents acteurs, de s'approprier le sujet de la coordination interprofessionnelle dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux et d'identifier ce qui fonctionne et ce qui fonctionne moins à l'échelle locale, régionale et nationale. Il s'agit ensuite d'organiser cette coordination à leurs niveaux de compétences, de responsabilités et de décision, dans le respect de valeurs partagées, en prenant en compte les leviers identifiés et en fonction des ressources, des contraintes et du contexte.

Introduction

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux

La détresse psychique est accueillie de façon habituelle par les **médecins généralistes** qui **assurent la détection et le traitement des troubles légers et modérés**, notamment de la dépression et des troubles anxieux, et **l'accompagnement psychiatrique et somatique des troubles graves stabilisés**, dans le cadre d'une prise en charge globale. Ils seraient également les acteurs du secteur sanitaire qui assurent le plus et le mieux la détection précoce des troubles graves (1).

Le médecin généraliste est en effet identifié en population générale comme le professionnel qui serait le plus consulté en cas de problème psychologique (58 % de la population adulte), et 47 % de la population déclarent qu'ils continueraient à consulter le médecin généraliste pour le suivi d'un trouble psychologique (2). Les troubles mentaux sont ainsi fréquents en médecine générale, ils représenteraient 15 % des consultations (3), et les médecins généralistes sont à l'initiative de 90 % des traitements antidépresseurs (4).

Ce rôle que jouent les médecins généralistes est en phase avec la définition de la Société européenne de médecine générale-médecine de famille qui précise notamment que le médecin généraliste est le **premier contact des usagers avec le système de soins**, qu'il assure la **coordination des soins avec les autres professionnels de santé**, en développant une **approche centrée sur la personne pour assurer des soins continus et longitudinaux** (5). Ce rôle de coordination et d'orientation a été formalisé en France par le dispositif du **médecin traitant**[2], qui est un médecin généraliste dans l'immense majorité des cas (6).

Troubles mentaux et comorbidités somatiques

Les troubles mentaux sévères, incluant notamment la schizophrénie et les troubles bipolaires, sont associés à des taux de mortalité deux à trois fois plus élevés qu'en population générale (7). Environ 60 % de la surmortalité observée serait attribuable à des maladies somatiques, plus prévalentes chez les patients souffrant de troubles mentaux sévères qu'en population générale et à l'origine de conséquences plus graves (7). Parmi les maladies somatiques associées aux troubles mentaux sévères, les plus fréquentes sont l'obésité (risque 2,8 à 3,5 fois plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie qu'en population générale), le syndrome métabolique, le diabète et les maladies cardiovasculaires (7, 8).

Plusieurs facteurs sont associés à cette surmortalité et à ce sur-risque somatique. Parmi eux, peuvent être cités : le mode de vie (addictions, tabagisme et consommation d'alcool, par exemple), les effets secondaires des traitements, notamment antipsychotiques, majoritairement associés à un sur-risque de maladies cardiaques (9), mais également une non-reconnaissance des problèmes de santé physique par les patients eux-mêmes, par leur entourage et par les professionnels de santé, à l'origine d'un moindre accès au dépistage, au diagnostic et aux traitements.

De manière plus générale, la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) a récemment mis en évidence une plus grande fréquence de personnes prises en charge pour une maladie cardio-neurovasculaire[3] ou un cancer chez les personnes identifiées comme souffrant d'une pathologie mentale qu'au sein de la population générale (10). Une intrication entre troubles somatiques et troubles mentaux fréquents était ainsi également identifiée, les personnes souffrant de ces troubles étant susceptibles d'être plus à risque de développer des troubles somatiques, et, inversement, certaines pathologies somatiques, telles que le cancer et le VIH/SIDA, seraient susceptibles de contribuer à l'émergence de troubles tels que la dépression et les troubles anxieux.

Ces constats mettent en évidence la nécessité de considérer la santé physique comme une composante importante d'une prise en charge globale des patients souffrant de troubles mentaux (11), ainsi que le rôle essentiel des médecins généralistes dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux, aux côtés des acteurs de la psychiatrie publique, libérale et associative.

[2] Article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

[3] Les pathologies cardio-neurovasculaires étudiées étaient l'accident vasculaire cérébral aigu, la séquelle d'accident vasculaire cérébral, l'accident vasculaire cérébral, l'insuffisance cardiaque aiguë, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et l'insuffisance cardiaque.

Une coordination nécessaire…

Dans ce contexte, une coordination entre le médecin généraliste et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, mais également avec les autres acteurs de proximité (urgentistes, infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, laboratoires de biologie médicale, etc.) est nécessaire. Les besoins de coordination et la forme qu'elle peut prendre sont cependant différents selon le rôle qu'assure le médecin généraliste dans la prise en charge, selon le type de pathologie dont souffre le patient et selon les professionnels assurant le suivi du patient (suivi assuré par une équipe de professionnels ou par un binôme médecin généraliste/psychiatre libéral ou médecin généraliste/psychologue libéral en fonction des besoins et de l'accessibilité des professionnels).

- Médecin généraliste : besoin d'un accès à un avis/conseil spécialisé ou d'un adressage

Lorsque le médecin généraliste assure seul le suivi d'un trouble mental, lorsqu'il est confronté aux premiers signes d'entrée dans une pathologie psychiatrique ou à des situations d'urgence (risque suicidaire par exemple (12)), il peut avoir besoin de recourir à d'autres acteurs pour l'accompagner dans la prise en charge (psychiatres et psychologues libéraux et équipes de psychiatrie notamment).

Ce recours peut consister en une demande d'avis sur le diagnostic, sur une stratégie thérapeutique adaptée ou sur une orientation, dans le cadre ou non de soins partagés, le médecin généraliste restant dans ce cas en charge du suivi du trouble mental. Il peut également s'agir d'un adressage vers une prise en charge spécialisée permettant un accès à une psychothérapie et/ou à un traitement médicamenteux pour le patient.

Exemples de situations cliniques rencontrées par le médecin généraliste

Le médecin généraliste prend, dans certains cas, en charge seul les troubles mentaux fréquents (dépression et troubles anxieux) d'intensité légère à modérée. Que le patient soit connu ou non, cette prise en charge peut être parfois couplée à une orientation vers une psychothérapie. En revanche, une coordination avec des professionnels spécialisés est incontournable dans certaines situations :

Patient connu

- Dépression grave d'emblée
- Dépression résistante, rechute
- Urgence psychiatrique, risque suicidaire, troubles graves du comportement et/ou nécessité de recourir à des soins sans consentement
- Suspicion de premiers signes de pathologie psychiatrique (repérage et diagnostic précoce)
- Situation complexe[a]

Patient non connu

- Présentant une pathologie psychiatrique sévère :
  - Consulte pour une affection somatique
  - En situation de crise et/ou nécessité de recours à des soins sans consentement
  - Demande un renouvellement d'ordonnance pour un trouble psychotique ou bipolaire
  - Situation complexe[a]

[a] « Une **situation complexe** peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé » (13). La loi de modernisation de notre système de santé (article L. 6327-1) définit un **parcours de santé comme complexe** « lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux ».

- Professionnels spécialisés : besoin d'un accès aux soins somatiques et/ou d'un relais dans le cadre d'une prise en charge globale

Lorsque le trouble mental est pris en charge par une équipe de psychiatrie, un psychiatre libéral, ou un psychologue libéral, un recours au médecin généraliste peut être nécessaire, par exemple pour la prise en charge d'un trouble somatique, pour la mise en œuvre de stratégies de dépistage ou pour assurer un relais à la sortie d'une hospitalisation.

Si le patient a désigné un médecin traitant, généraliste le plus souvent, dont les coordonnées sont connues des professionnels spécialisés, il s'agit alors, pour ces derniers, de contacter le médecin généraliste et de lui communiquer les informations nécessaires à la prise en charge, en accord avec le patient.

Si les coordonnées du médecin traitant ne sont pas disponibles (le patient ne souhaite pas les communiquer et/ou ne souhaite pas consulter son médecin traitant) ou si le patient n'a pas désigné de médecin traitant, il est nécessaire pour les professionnels spécialisés :

- d'identifier un médecin généraliste à même de les conseiller pour la prise en charge somatique dans un premier temps ;
- et d'inciter le patient à s'orienter vers une prise en charge globale en ville, éventuellement en lien avec un praticien de médecine polyvalente exerçant au sein d'un établissement de soins de santé mentale.

Il est toutefois important de souligner que, dans certaines situations, un suivi par un médecin généraliste en ville n'est pas envisageable pour les patients (troubles psychotiques graves, forte réticence, zone très faiblement dotée en médecins généralistes en ville, etc.). Pour éviter les ruptures de parcours et garantir un accès à la prévention et aux soins somatiques à la sortie d'une hospitalisation, certains établissements de soins de santé mentale organisent un suivi somatique en ambulatoire, notamment avec le concours d'un praticien de médecine polyvalente s'il existe un recours possible dans l'établissement. Le praticien de médecine polyvalente peut être désigné médecin traitant par le patient.

- Coordination dans le cadre d'un suivi conjoint

Un suivi conjoint peut être mis en place dans toutes les situations, à des degrés différents. Il est toutefois particulièrement important pour les patients en situation complexe, souffrant le plus souvent de troubles mentaux sévères et persistants, potentiellement en situation de précarité sociale et ayant des difficultés à exprimer leurs souffrances, tant psychiques que physiques. Pour certains patients, l'hospitalisation en psychiatrie peut être le seul moment où sont pratiqués un examen et des soins somatiques (14). Ainsi, la promotion des soins en dehors de l'hôpital, au plus près du milieu de vie du patient, ajoute encore à la nécessité d'un suivi par le médecin généraliste, assurant une prise en charge globale, aux côtés des professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale exerçant en structures extrahospitalières (centre médico-psychologique [CMP], centre d'accueil thérapeutique à temps partiel [CATTP] et hôpitaux de jour notamment), des psychiatres libéraux et des psychologues libéraux.

L'organisation de ce suivi conjoint suppose une définition commune des rôles et un partage d'informations entre le médecin généraliste et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale participant à ce suivi. Selon les besoins du patient, ce suivi conjoint peut également être assuré avec un infirmier libéral ou salarié exerçant en ville (hors équipe de psychiatrie) et des acteurs des secteurs médico-social et social, dans le respect du secret professionnel[4].

Quelle que soit la forme que prend la coordination, elle est évolutive et peut, à différents moments du parcours, dont il s'agit d'assurer la continuité, impliquer une prise en charge du trouble mental par différents acteurs (le médecin généraliste, une équipe de soins, un psychiatre libéral ou un psychologue libéral, etc.) dans le cadre ou non de suivis conjoints ou partagés.

… mais encore insuffisamment développée en France

Cependant, la coordination entre médecins généralistes et acteurs de la psychiatrie n'est pas toujours formalisée et peut encore faire l'objet d'améliorations en France. En effet, les échanges de courriers réciproques et les retours d'informations ne sont pas systématiques, les demandes des médecins généralistes ne sont pas toujours formulées de manière explicite et les attentes sur les rôles de chacun ne sont pas clarifiées. Les psychiatres et psychologues sont par ailleurs perçus comme étant peu accessibles : accès par téléphone pour obtenir un avis, un conseil, en amont d'un adressage ou d'une hospita-

[4] Article L 1110-4 du Code de la santé publique.

lisation, délais d'attente importants et non-remboursement des psychothérapies dispensées en ville par des psychothérapeutes non médecins (15-18).

Améliorer la coordination pour améliorer la qualité des prises en charge

Une coordination interprofessionnelle non optimale a des conséquences sur la prise en charge et la santé des patients, elle peut impacter leur qualité de vie et leur fonctionnement social.

En effet, les difficultés que rencontre le médecin généraliste pour contacter un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale et, parallèlement, la non-complétude des lettres d'adressage rédigées par le médecin généraliste peuvent induire un retard au diagnostic et des délais dans la mise place d'une stratégie thérapeutique pertinente. L'accès parfois difficile au médecin généraliste pour les professionnels spécialisés peut également être à l'origine d'une prise en charge non optimale des troubles somatiques, voire d'une absence de prise en charge. Un partage d'informations et une communication insuffisants entre professionnels peuvent également entraîner des erreurs de prescriptions à l'origine de risques iatrogènes, la mise en œuvre de stratégies thérapeutiques non efficientes (duplication d'examens et/ou de traitements) et la transmission d'informations contradictoires au patient. Cela peut être à l'origine d'une perte de confiance du patient, d'une faible adhésion aux traitements, voire d'une rupture dans la continuité des soins (19, 20).

Ainsi, les difficultés exprimées tant par les médecins généralistes que par les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, et les conséquences de ces difficultés pour les patients, mettent en évidence la nécessité d'améliorer la communication et la coordination interprofessionnelles, qui sont des leviers pour améliorer la qualité des prises en charge et en assurer la continuité.

Objectifs et cadrage méthodologique

Finalité et objectifs

La finalité du travail conduit par la HAS est d'améliorer les prises en charge et le suivi des patients adultes présentant des troubles mentaux, par la promotion d'une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins. Il a été décliné en deux projets complémentaires ayant pour objectifs de :

- mettre à disposition des acteurs, professionnels, institutionnels et usagers, le **socle des connaissances françaises et internationales publiées, sur la coordination interprofessionnelle dans la prise en charge des troubles mentaux**. Une attention particulière a été portée aux expériences menées pour améliorer la coordination et à leurs effets sur la prise en charge, la santé, la qualité de vie, le fonctionnement social des patients et leur satisfaction ;
- **promouvoir des pratiques de coordination entre médecins généralistes et autres acteurs de soins qui améliorent la prise en charge des patients** présentant des troubles mentaux, et ainsi favoriser l'évolution des pratiques et des organisations en France :
  - il s'agit de proposer des **repères et outils adaptés à la diversité des contextes**, et non de proposer un modèle unique d'organisation de la coordination ;
  - en s'inscrivant dans une dynamique professionnelle déjà engagée par les acteurs concernés (notamment psychiatres et médecins généralistes) et en la confortant en mettant l'expertise de la HAS au service des organisations professionnelles.

Délimitation du champ

- Ce travail est centré sur la coordination entre acteurs du champ sanitaire :
  - principalement le médecin généraliste exerçant en ville (libéral et salarié) et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale ;
  - mais aussi les autres acteurs de proximité impliqués dans la prise en charge ;
  - il aborde également les liens avec les secteurs social et médico-social dans certaines situations mais ne porte pas **spécifiquement** sur les articulations avec les professionnels exerçant en établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans le champ du handicap.
- Il concerne la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge autour de tous les patients souffrant de troubles mentaux. Toutefois, n'ont pas été prises en considération les spécificités attachées à la coordination impliquant des acteurs spécialisés dans la prise en charge des enfants et adolescents (pédopsychiatres, maisons des adolescents, etc.), des personnes âgées (gériatres, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], etc.) et des personnes en situation de grande précarité accédant difficilement aux soins (permanences d'accès aux soins de santé [PASS], équipes mobiles psychiatrie et précarité, etc.).
- Il n'a pas vocation à traiter certains points relevant d'autres champs de compétence ou d'autres travaux de la HAS : les définitions des pathologies, leurs niveaux de gravité et les indications des traitements médicamenteux et psychothérapiques (cf. recommandation de bonne pratique « Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours » (21)) ; le statut de psychothérapeute, défini par la réglementation ; la caractérisation de l'offre de soins (praticiens intervenant en premier recours, etc.) qui renvoie aux cadres réglementaire et conventionnel.

Modalités de réalisation

Ce travail a été réalisé suivant une méthodologie reposant sur une recherche documentaire et une analyse bibliographique, une consultation d'experts (groupe de travail), une relecture par un groupe de lecture, la prise en compte de l'avis du comité de suivi du programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS et une validation par le Collège de la HAS. Cette méthodologie est décrite dans le rapport méthodologique d'élaboration accompagnant ce document.

Contenu du document

Ce document, accompagné d'un rapport méthodologique d'élaboration et d'une synthèse, se décline en trois chapitres pouvant être mobilisés de façon indépendante.

- Chapitre I. Les expériences d'amélioration de la coordination en France et à l'étranger

  Ce chapitre propose une synthèse des différentes catégories d'expériences d'amélioration de la coordination identifiées en France et à l'étranger dans le cadre de la recherche documentaire et de la consultation des experts du groupe de travail. Cette synthèse est illustrée d'exemples concrets d'expériences conduites en France.

- Chapitre II. Repères et outils pour organiser et structurer la coordination

  Le deuxième chapitre met des repères et outils à disposition des professionnels pour améliorer la coordination. Il s'agit de repères et outils directement en lien avec la pratique clinique des professionnels, dont le but est de favoriser le développement de liens opérationnels et ainsi d'organiser et structurer la coordination. Le choix des outils les plus adaptés dépend du contexte d'exercice des professionnels, de leurs ressources et contraintes et de celles des patients et de leurs proches.

- Chapitre III. Freins et leviers à la mise en œuvre de la coordination

  Le troisième chapitre décrit les freins à la mise en œuvre et à la pérennisation de la coordination, ainsi que les leviers pouvant être mobilisés en réponse à ces freins.

Cibles

Tel qu'évoqué ci-avant, ce document s'adresse aux professionnels du champ sanitaire impliqués dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux :

- médecins généralistes exerçant en ville (libéraux et salariés) ;
- professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale ;
- autres acteurs de proximité.

Il intéresse également, dans un registre complémentaire du soin, tous les acteurs concernés à même de mobiliser les différents leviers identifiés pour mettre en œuvre et pérenniser la coordination : les patients, leurs proches, les tuteurs et curateurs, les associations représentatives des usagers et des familles d'usagers, les groupes d'entraide mutuelle (GEM), les acteurs des secteurs médico-social et social, les sociétés savantes, les organismes impliqués dans la formation, les institutionnels, etc.

1. Les expériences d'amélioration de la coordination en France et à l'étranger

La coordination interprofessionnelle est nécessaire à une prise en charge optimale des patients souffrant de troubles mentaux. Les méthodes pour organiser, structurer et faire vivre cette coordination sont diverses. Elles peuvent se décliner de différentes manières selon les territoires, en fonction des ressources disponibles et des contraintes, mais aussi des spécificités des organisations locales et du niveau de développement des liens interprofessionnels.

Afin de disposer d'un socle de connaissances sur les **expériences d'amélioration de la coordination conduites en France et à l'étranger**, et sur les **recommandations publiées** sur le sujet, une recherche documentaire et une analyse bibliographique ont été conduites, et complétées d'un **recensement des expériences de terrain menées en France** n'ayant pas nécessairement fait l'objet de publication (cf. rapport méthodologique d'élaboration).

Note de lecture

Les références anglo-saxonnes de la littérature n'étant pas toutes strictement superposables au vocabulaire médical francophone, nous avons souvent choisi de conserver les terminologies britanniques, tout en proposant des traductions françaises :

- la terminologie « coordination de parcours de santé » a été retenue pour faire référence au *care* et au *case management* (les nuances entre *care* et *case management* sont explicitées page 25). D'autres propositions de traduction ont cependant été formulées dans la littérature, sans toutefois que ne se dégage un consensus, notamment : « coordination de parcours » (22), « gestion de cas » (23-25) et « assistance au parcours » (13) ;
- parallèlement, la terminologie « coordonnateur de parcours de santé » a été retenue pour faire référence au *care* et au *case manager*. Les autres propositions de traduction qui ont pu être identifiées sont notamment : « coordonnateur de parcours de soins », « coordonnateur de santé » et « gestionnaire de cas » (25), « intervenant-pivot » (26), « assistant de parcours », « professionnel assurant une coordination d'appui » et « gestionnaire de situations complexes » (13). Enfin, les terminologies « référent du parcours » et « référent du patient » ont également été associées au terme *care/case management* dans le cadre du groupe de travail du projet, en lien avec la référence soignante ou éducative qui est une forme apparentée au *case management* dans les pratiques de secteurs (26) ;
- le terme *collaborative care*, faisant référence à un exemple de dispositifs intégrés dont la définition n'est pas stabilisée, a fait l'objet de peu de tentatives de traduction en langue française. Un recours à la traduction littérale « soins collaboratifs » a été proposée.

1.1 Une dynamique initiée en France : une volonté affirmée des patients et des professionnels

Depuis plusieurs années, les professionnels de soins de premier recours et de psychiatrie et santé mentale, les patients et leurs proches, ainsi que des sociétés savantes, se sont saisis du sujet de la coordination. Cela a notamment donné lieu à la publication d'une « charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur » ainsi que de deux recommandations sur cette thématique, illustrant la dynamique initiée en France :

- la « c**harte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur** » signée par la Conférence nationale des présidents de Commission médicale d'établissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés (CHS) et le Collège de la médecine générale (CMG) (27).
  Cette charte se décline en huit points relatifs à : l'identification d'un médecin généraliste traitant, la coopération dans le suivi des comorbidités et des traitements, l'accès téléphonique direct réciproque, la transmission d'informations sur le suivi ambulatoire et les hospitalisations, la prise en charge conjointe au domicile du patient entre le médecin traitant et l'équipe de secteur, la formation en miroir des internes de psychiatrie et de médecine générale, devant favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles ;
- les **recommandations du Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP) sur les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres** lors d'une première demande de consultation du médecin généraliste au psychiatre (28) ;
- la **recommandation de la Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie (FFP-CNPP) « Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique »** (8).

La dynamique initiée en France se manifeste également par l'importance de la coordination dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) tels que définis dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (29)[5] (30).

De nombreuses expériences sont par ailleurs conduites en France au niveau local. Celles qui ont été identifiées dans le cadre du projet réalisé par la HAS sont présentées en regard des expériences identifiées *via* la recherche documentaire et l'analyse bibliographique dans la suite de ce chapitre.

[5] Article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé.

1.2 Cinq grandes catégories d'expériences d'amélioration de la coordination : de la littérature aux expériences françaises

La recherche documentaire et l'analyse bibliographique ont conduit à la sélection de 172 références, décrivant des expériences d'amélioration de la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge de patients adultes souffrant de troubles mentaux.

En parallèle, un grand nombre d'expériences conduites au niveau local en France, n'ayant pas nécessairement fait l'objet de publications, ont été recensées par le groupe de travail. Certaines sont toujours en cours ou ont été pérennisées, d'autres ont en revanche été interrompues, pour partie en raison de difficultés, notamment financières et/ou liées à un essoufflement des acteurs en étant à l'initiative, n'ayant pas permis d'assurer un maintien dans le temps.

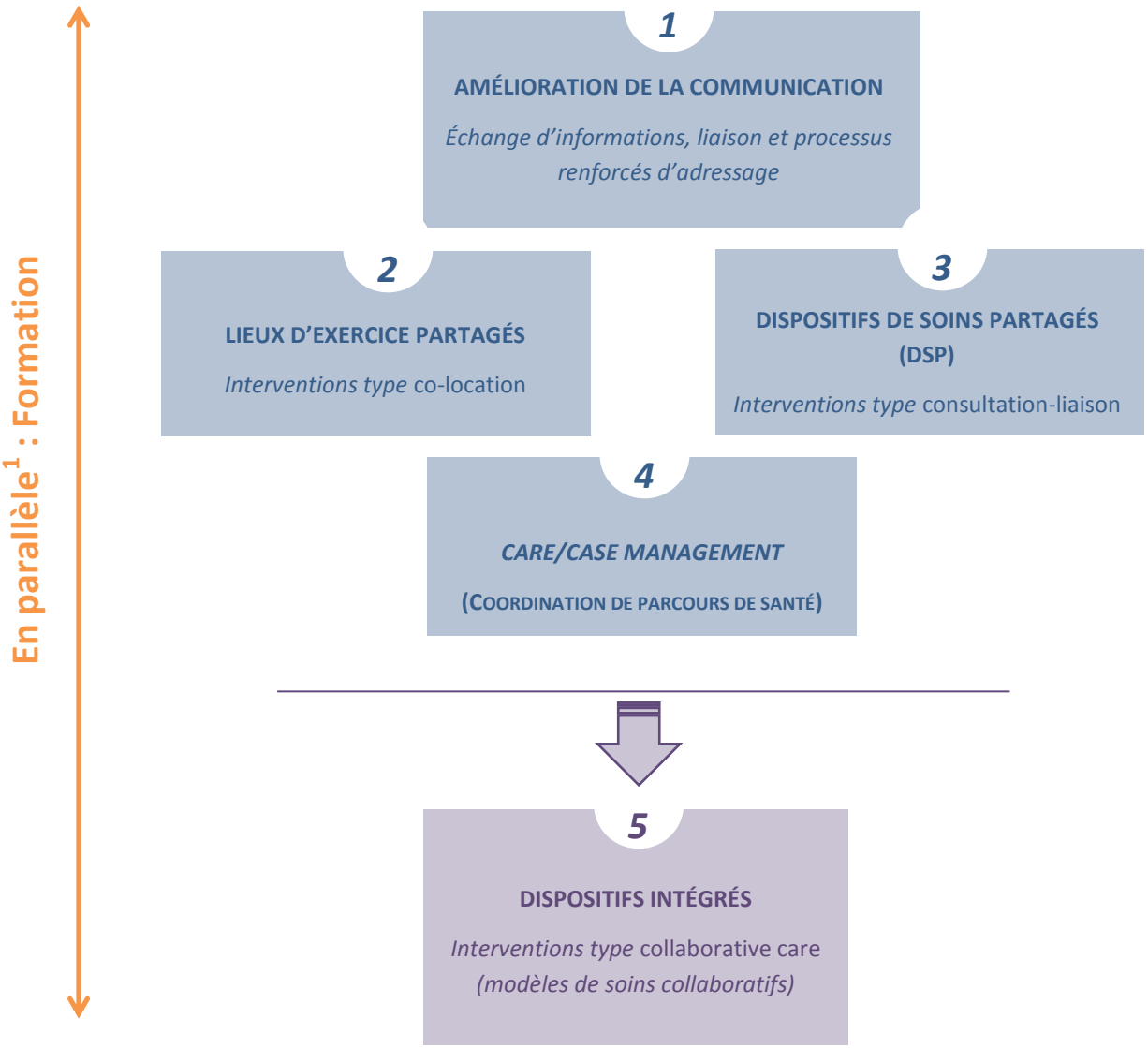
Afin de proposer une synthèse de ces expériences tout en en reflétant la diversité et l'hétérogénéité, **une typologie a été construite** :

- elle ne constitue pas une classification de référence, d'autres classifications sont possibles et pertinentes ;
- les grandes catégories d'interventions qui la composent ne sont pas mutuellement exclusives, mais peuvent être mobilisées de façon simultanée lors de la mise en œuvre pratique d'expériences d'amélioration de la coordination ;
- ainsi, le découpage effectué peut paraître artificiel mais permet une restitution accessible, synthétique et interprétable des données recueillies.

Les cinq grandes catégories d'expériences composant la typologie sont décrites ci-après et illustrées d'exemples d'expériences françaises :

- les quatre premières catégories de la typologie peuvent être mobilisées de façon simultanée ou indépendante lors de la mise en œuvre pratique d'une intervention visant à améliorer la coordination ;
- la cinquième regroupe des expériences complexes et multidimensionnelles faisant nécessairement appel à tout ou partie des quatre premières catégories d'expériences de la typologie.

UNE TYPOLOGIE POSSIBLE DES EXPÉRIENCES D'AMÉLIORATION DE LA COORDINATION IDENTIFIÉES EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER



[1]La formation n'a pas été considérée comme constituant une expérience d'amélioration de la coordination interprofessionnelle à part entière dans le cadre de ce travail. Elle fait en revanche partie des facteurs pouvant favoriser cette coordination, et des actions de formation étaient souvent intégrées en parallèle des expériences identifiées (enseignements en formation initiale ou continue concernant la coordination interprofessionnelle, en psychiatrie et santé mentale et/ou en médecine générale, etc.). Le chapitre 3 (Freins et leviers à la mise en œuvre de la coordination) de ce document intègre un paragraphe dédié à la formation.

1 ▶ Amélioration de la communication : échange d'informations, liaison et processus renforcés d'adressage

Cette catégorie est la plus hétérogène de la typologie. Elle regroupe deux grands types d'expériences :

- Des expériences portant sur des outils de communication et leurs modalités d'utilisation permettant d'améliorer le partage d'informations et la liaison entre professionnels.

  Ces expériences peuvent être considérées comme simples, mais des obstacles existent souvent à une utilisation optimale et efficiente des outils (difficultés à joindre son interlocuteur par téléphone, par exemple). Elles visent notamment à définir des **contenus standardisés de courriers échangés** entre professionnels, ou portent sur des **outils de télémédecine** ou sur des **systèmes d'information partagés**. Cette catégorie intègre également les **réunions pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles** (staffs et réunions cliniques autour de cas concrets, etc.).

- Des processus renforcés d'adressage vers les soins spécialisés.

  Ces processus ont vocation à fournir au médecin généraliste **un ou des contacts formels en cas de besoin**. Les **situations dans lesquelles un adressage est adapté sont prédéfinies** (en fonction, par exemple, de la sévérité des troubles) et les **rôles de chaque professionnel** dans la prise en charge du trouble mental après l'adressage sont formalisés. Il peut notamment s'agir de processus d'adressage vers des équipes spécialisées, mobiles ou non, assurant une coordination avec les médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge précoce des troubles psychotiques.

Des exemples en France

- **Les réunions cliniques pluridisciplinaires/pluriprofessionnelles et les groupes d'analyse conjointe de cas**

  - Des psychiatres de l'Association de santé mentale du 13e arrondissement de Paris (ASM 13) et des médecins du Pôle de santé Paris 13 organisent des rencontres s'adressant aux médecins généralistes des 13e et 5e arrondissements de Paris pour faciliter la communication et favoriser la coopération avec les psychiatres. Deux types de réunions sont proposés :
    - réunions « clinique psychiatrique en médecine générale » : animées par des psychiatres, des pédopsychiatres et des psycho-somaticiens, elles intègrent un temps d'apport de connaissances suivi d'un temps d'échanges cliniques, éventuellement autour de cas concrets ;
    - « Staffs Psy » : les médecins généralistes y évoquent des situations rencontrées au cours de leur pratique. La clinique de ces situations et les particularités de la relation patient-médecin sont ensuite analysées et la coopération avec les psychiatres est commentée.
  - Des Groupes Qualité en médecine générale se sont également développés en France à partir de 2001 (31). En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, des groupes réunissant des médecins généralistes autour de thématiques sur la psychiatrie et la santé mentale ont par exemple été organisés une fois par mois à l'initiative de l'Union régionale des professionnels de santé - médecine libérale (URPS-ML) à partir de 2010. Les objectifs étaient pour les médecins généralistes de :
    - s'approprier les recommandations de bonne pratique clinique ;
    - étudier l'évolution de leurs pratiques à partir de leur profil de prescription, élaboré par l'Assurance maladie et mis à leur disposition deux fois par an.
  - Un staff de santé mentale « adolescents et jeunes adultes » (10-30 ans) est organisé quatre fois par an dans le nord-est parisien de façon itinérante. Il s'adresse principalement aux médecins de ville et aux médecins scolaires. Les réunions sont coanimées par des soignants de pédopsychiatrie et de psychiatrie et sont l'occasion de discuter de situations cliniques difficiles. Les objectifs sont notamment de développer des liens entre professionnels et de favoriser une meilleure identification des lieux de soins spécialisés pour les médecins de ville.

- **Les expérimentations de la « Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur »**

Des expérimentations de la Charte ont été conduites sur six sites pilotes dans le cadre de thèses de médecine générale (Saint-Denis, Bobigny/Pantin, Strasbourg, Poitiers, Lyon, Grenoble).

Ces expérimentations varient selon les sites et incluent notamment la mise en place de **réunions de travail au CMP entre psychiatres, praticiens de médecine polyvalente exerçant au sein d'un établissement de soins de santé mentale et médecins généralistes** et de **staffs cliniques** autour de cas complexes et le **développement de courriers-types de sortie d'hospitalisation**. Elles sont également à l'origine de projets autour, par exemple, de l'utilisation de **messageries sécurisées** et du **dossier médical partagé** (DMP).

- **L'expérimentation d'une prise en charge des thérapies non médicamenteuses des troubles en santé mentale légers à modérés en médecine de ville** développée par la CNAM

Cette expérimentation, conduite dans quatre départements français (Bouches-du-Rhône, Morbihan, Haute-Garonne et Landes), prévoit une prise en charge psychothérapeutique se faisant dans le cadre d'un programme structuré impliquant échanges et concertation entre un médecin généraliste, un psychologue clinicien ou un psychothérapeute et un psychiatre si nécessaire.

Des exemples en France (suite)

L'Équipe mobile d'Argelès en psychiatrie (EMAP) (32)

L'Équipe mobile d'Argelès en psychiatrie (EMAP), rattachée à un CMP, a été créée en 2011.

- Elle se déplace sur demande, notamment des médecins généralistes (41 % des demandes), pour évaluer des situations de crise susceptibles de relever de réponses psychiatriques ou pour les anticiper.
- Une évaluation téléphonique est réalisée immédiatement après la demande.
- La première rencontre entre l'équipe et le patient peut avoir lieu au domicile du patient, dans un cabinet de consultation ou dans un lieu public, en présence du demandeur, le jour même si l'urgence de la situation le nécessite. Elle est couplée à une évaluation clinique.
- L'équipe évalue les besoins, facilite et accompagne l'entrée dans les soins tout en promouvant une alliance thérapeutique avec les patients et leurs proches.

- **Les services de liaison entre médecine somatique des établissements de soins de santé mentale et médecine de ville**

- Le réseau somatique « CoReSo Somapsy » (33)

Développée par le pôle de psychiatrie sectoriel et par le pôle de médecine du Centre hospitalier (CH) Le Vinatier, cette expérimentation vise à « ramener les patients suivis en psychiatrie ambulatoire et n'ayant pas de médecin généraliste vers des soins somatiques pérennes ». Elle prévoit :

- une orientation par le psychiatre des patients pour lesquels aucun médecin traitant n'est référencé vers le réseau somatique ;
- trois temps de consultations somatiques médico-infirmières maximum au CMP proposés par le réseau : travail de diagnostic, de prévention et d'éducation ;
- à l'issue du processus, une orientation des patients vers un médecin généraliste exerçant à proximité de leur domicile : premier rendez-vous organisé par le réseau en présence et en accord avec le patient et synthèse médicale adressée au médecin généraliste.

- Le pôle Cristales (Coordination pour la recherche et l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé) (34)

  Le pôle Cristales de l'établissement public de santé de Ville-Évrard propose des soins somatiques aux patients suivis en psychiatrie n'ayant aucune prise en charge en médecine de ville. Ces soins sont proposés sur les sites d'hospitalisation à temps complet et *via* des consultations ambulatoires.

  Il assure par ailleurs une **coordination des soins entre la médecine de ville et l'hôpital** :

  - **préparation de la sortie d'hospitalisation** en lien avec le médecin traitant quand il a été désigné par le patient : mise à jour des fiches somatiques du dossier du patient pour assurer une traçabilité de l'examen clinique, fiches de liaison et **courriers adressés au médecin traitant** ;
  - **ancrage progressif du patient auprès d'un médecin traitant en ville** quand le patient n'en a pas désigné : création d'un lien entre les praticiens de médecine polyvalente du pôle Cristales et le patient au moment de l'hospitalisation, continuité des soins somatiques assurée par le pôle à la sortie de l'hospitalisation puis, quand cela est possible, orientation et accompagnement du patient vers un médecin généraliste traitant en ville.

2 ▶ Lieux d'exercice partagés : interventions type *co-location*

Plusieurs expériences identifiées *via* la recherche bibliographique impliquent des lieux d'exercice communs entre médecins généralistes et professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, mais également avec d'autres acteurs de proximité, notamment des infirmiers.

Ces modèles dits de *co-location* dans la littérature anglophone sont identifiés sous la terminologie de regroupement en France. Le **regroupement** se définit comme étant l'exercice dans un même lieu d'au moins deux praticiens ou professionnels de santé. Il est **pluridisciplinaire** lorsqu'il implique des médecins de disciplines différentes (médecins généralistes et psychiatres, par exemple). Il est **pluriprofessionnel** lorsque des médecins exercent aux côtés d'autres professionnels de santé, médicaux (chirurgiens-dentistes et sages-femmes, par exemple) et/ou paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.), ou d'autres professions (secrétariat médical, psychologues, etc.) (35).

Le regroupement dans un même lieu est identifié comme un facteur favorisant la coordination et la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de la prise en charge des troubles mentaux, notamment en raison d'une **moindre stigmatisation**, d'un **accès facilité aux soins spécialisés** et du **développement de liens, au moins au plan informel, entre professionnels**.

Toutefois, **l'exercice dans un même lieu ne suffit pas à garantir une coordination interprofessionnelle**, il doit s'accompagner de modalités de communication organisées, telles que des réunions cliniques pluriprofessionnelles, des staffs cliniques et des systèmes d'information partagés.

Des exemples en France

- **Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et centres de santé**

En France, le regroupement pluriprofessionnel peut prendre, par exemple, la forme de maisons et centres de santé, les centres de santé se différenciant des maisons de santé principalement par le fait que le personnel y est très majoritairement salarié (35). Si le nombre de maisons et centres de santé associant des professionnels spécialisés (psychiatres et psychologues/psychothérapeutes) ou collaborant de façon formelle avec des professionnels ou structures spécialisées n'est pas connu, des exemples ont pu être identifiés :

- À Saint-Nazaire, consultations spécialisées de psychiatrie en MSP[a]

La MSP de Saint-Nazaire associe notamment médecins généralistes, infirmiers et psychologues. Elle propose depuis 2015 des consultations avec un infirmier des CMP du CH de Saint-Nazaire sur deux demi-journées par mois au sein de la MSP. Les objectifs sont notamment d'améliorer la prise en charge des personnes en souffrance psychique et de faciliter l'accès au dispositif de prise en charge spécialisée en psychiatrie et santé mentale pour les patients.

- À Marseille, le centre de santé André-Roussin couplé à un CMP du CH Édouard Toulouse[b, c]

Le centre de santé André-Roussin associe des médecins généralistes, des médecins spécialistes et assure des soins infirmiers. Le regroupement, depuis 2016, de ce centre et d'un CMP au sein d'un même bâtiment vise à améliorer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques suivis en ambulatoire par les secteurs de psychiatrie desservis par le CH Édouard Toulouse.

- **Consultations spécialisées en psychiatrie au cabinet de soins de premier recours**

  - L'équipe de psychiatrie du secteur 59G21 de l'Établissement public de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole dispose depuis 2001 d'un bureau de consultation au sein d'un cabinet médical où exercent six médecins généralistes. Cela facilite l'accès aux soins spécialisés pour les patients et permet également des échanges directs entre professionnels, l'organisation de consultations conjointes et une meilleure réactivité face à des situations aiguës nécessitant une approche pluridisciplinaire (36).
  - En région Bourgogne, des consultations avancées d'infirmiers en psychiatrie réalisées au cabinet du médecin généraliste (Agence régionale de santé [ARS] Bourgogne).

- **Consultations de médecine générale au CMP**

Les médecins généralistes du pôle de santé Paris 13 ont proposé, dans le cadre d'une étude pilote, des bilans de santé somatique au CMP de l'ASM 13. La coordination entre l'équipe de psychiatrie et le médecin généraliste était assurée par un infirmier, et un compte rendu était systématiquement envoyé par le médecin généraliste au psychiatre traitant du patient.

---

[a] http://www.arspg.org/_fichiers/phototheque/1460025196_pl%C3%A9ni%C3%A8re---delbrouck.pdf
[b] http://www.santementale.fr/actualites/a-marseille-un-centre-de-sante-couple-a-un-cmp.html
[c] http://www.ch-edouard-toulouse.fr/IMG/pdf/PLAQUETTE_CENTRE_DE_SANTE.pdf

3 ▶ Dispositifs de soins partagés (DSP) : les interventions type *consultation-liaison*

Les dispositifs de soins partagés (DSP), également appelés modèles de *consultation-liaison* dans la littérature anglophone, proposent des consultations d'avis et de suivi conjoint pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles mentaux, notamment des troubles mentaux fréquents et des troubles somatoformes.

Ces dispositifs visent à améliorer l'accès aux soins spécialisés, la qualité globale des soins et la formation des médecins généralistes.

Dans ce type de dispositifs, le médecin généraliste reste le plus souvent chargé du suivi du patient et de la mise en œuvre de la stratégie thérapeutique adaptée après l'adressage.

- Les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale (psychiatre et/ou psychologues le plus souvent) reçoivent le patient en consultation suite à un adressage du médecin généraliste.
- Le professionnel spécialisé communique ensuite des informations au médecin généraliste sur le diagnostic et des conseils relatifs à la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre.
- Le médecin généraliste et le patient décident ensemble de la prise en charge.
- Pour les pathologies qui nécessitent un suivi spécialisé, le projet de soins peut s'accompagner d'une orientation vers la filière psychiatrique avec une différenciation des adressages (psychiatres libéraux, CMP, équipes mobiles, équipes dédiées, etc.).

Les modalités de mise en œuvre pratique des DSP varient d'un dispositif à l'autre :

- consultation spécialisée réalisée conjointement avec le médecin généraliste ou non ;
- modalités de communication entre le professionnel spécialisé et le médecin généraliste : courriers, téléphone, etc. ;
- lieux de la consultation : cabinet du médecin généraliste, hôpital général, lieu de prise en charge spécialisé, etc.

Toutefois, ces dispositifs impliquent généralement :

- le développement d'une relation à visée éducative entre un spécialiste en psychiatrie et santé mentale et un médecin généraliste (dispositifs dits « apprenants ») (37) ;
- la tenue d'une consultation entre le patient et le professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale.

Des exemples en France

Trois dispositifs de soins partagés (DSP) ont été identifiés en France, dans les Yvelines Sud (depuis 2001), à Créteil (depuis 2012) et à Toulouse (depuis 2017), localisés au sein d'un hôpital général.

- Caractéristiques des interventions

Les équipes des trois DSP se composent de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers. Le dispositif toulousain associe psychiatres hospitaliers et libéraux, représentés par l'URPS-ML Occitanie.

- L'adressage aux dispositifs se fait par le médecin généraliste, par courrier et/ou par échange téléphonique. Les patients peuvent toutefois également solliciter d'eux-mêmes le dispositif des Yvelines Sud.
- Un premier entretien infirmier est réalisé avec le patient, souvent par téléphone.
- Une consultation est ensuite proposée au patient avec un psychiatre et/ou un psychologue. Une séquence thérapeutique de plusieurs consultations peut ensuite être initiée (évaluation, travail sur la demande du patient et de son entourage et élaboration d'un projet de soins partagés).
- Avec l'accord du patient, la réflexion sur le projet de soins associe le médecin généraliste et éventuellement l'entourage du patient. À défaut, un retour est fait par le DSP au médecin généraliste sur le diagnostic et les propositions thérapeutiques.
- Les DSP sont ensuite disponibles pour des avis et/ou des réévaluations si nécessaire. Une consultation systématique de suivi est proposée par le DSP des Yvelines Sud 1 an après l'élaboration du projet de soins pour évaluer la mise en œuvre et/ou les difficultés rencontrées.

En complément des consultations d'avis et de suivi conjoint, les DSP de Toulouse et Créteil se rendent également disponibles pour des demandes d'avis et d'orientation sans consultation avec le patient.

- Modalités d'organisation

- Le DSP des Yvelines Sud a été mis en place dans le cadre du Réseau de promotion pour la santé mentale 78 sud (RPSM78) et est porté par le CH de Versailles. Il s'adresse à tous les médecins généralistes exerçant sur les secteurs de psychiatrie de la zone géographique « Yvelines Sud » (38).
- Le DSP de Créteil est destiné à répondre aux besoins des médecins généralistes et d'autres spécialistes exerçant sur les trois secteurs de psychiatrie générale couverts par le pôle de psychiatrie et d'addictologie Henri-Mondor/Albert-Chenevier.
- Le DSP toulousain est un dispositif régional actuellement ouvert à l'agglomération toulousaine.

Le DSP des Yvelines Sud dispose d'un financement dédié pérenne, et celui de Toulouse a obtenu fin 2016 un financement de l'ARS pour une durée d'un an soumis à évaluation.

- Éléments d'évaluation : les DSP de Versailles et de Toulouse (38-40).

- Une première consultation proposée dans un délai de 1 à 4 semaines.
- Entre 70 et 80 % des patients réorientés vers le médecin généraliste pour les soins psychiques à la suite de l'intervention du DSP (20 à 30% des patients adressés vers des prises en charge spécialisées).

4 ▶ Le *care/case management* (coordination de parcours de santé)

Le *care/case management* est défini comme une fonction spécifique de coordination pouvant être nécessaire pour :

- organiser la prise en charge autour du patient en favorisant sa responsabilisation, son implication et son autonomie dans la gestion de sa maladie ;
- faciliter les interactions entre les différents professionnels impliqués dans les soins et l'accompagnement.

Il constitue ainsi un « processus par lequel on obtient, coordonne et assure l'utilisation de services qui aideront les personnes à satisfaire de façon efficiente leurs besoins multiples et variés » (23). Il suppose une évaluation des besoins du patient, l'élaboration d'un plan de soins, un suivi actif et programmé (adhésion au traitement, suivi de l'évolution des symptômes) et des réévaluations régulières (25, 41). Divers professionnels peuvent assurer une fonction de *care/case management* (coordination de parcours de santé) : infirmiers, ayant une formation en psychiatrie et santé mentale ou non, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, mais également, tel qu'identifié dans la littérature, médecins généralistes ou psychiatres, si c'est avec eux que le lien de confiance est le mieux établi (42, 43).

En France, le *care/case management* (coordination de parcours de santé) est encore peu développé en psychiatrie et santé mentale. Toutefois, des initiatives existent, notamment dans certains services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), **relevant du secteur médico-social** (44) (cf. encadré page 26).

Selon les besoins, l'intensité du *care/case management* (coordination de parcours de santé) peut varier :

- Prise en charge de la dépression en soins de premier recours :

  De nombreuses expériences identifiées *via* la recherche documentaire intégraient une fonction de *care management* pour la prise en charge de la dépression en soins de premier recours. Dans ces expériences, le *care management* (coordination de parcours de soins) était centré sur le soin (*care*). En général, le médecin généraliste assurait seul la prise en charge de la dépression et le *care manager* (coordonnateur des parcours de soins) effectuait un suivi programmé du patient (évaluation des symptômes et de l'adhésion au traitement, planification de rendez-vous, etc.).

- Situations « complexes » : un accompagnement au-delà du soin :

  Dans certaines situations dites complexes[6], l'intervention d'une personne ou d'une équipe assurant une fonction de *case management (*coordination de parcours de santé, au-delà du soin) peut être nécessaire à l'organisation des soins mais également de l'accompagnement, notamment médico-social et social. Différentes formes de *case management* (coordination de parcours de soins) se sont développées, par exemple :

  - le *case management* intensif (*Assertive Community Treatment* [ACT]) : il est destiné aux personnes difficiles à engager dans les soins, recourant souvent aux urgences (42) ;
  - le *case management* de transition : il vise à faire le lien entre les services hospitaliers et les professionnels en ville (médecins généralistes et/ou psychiatres libéraux) à la sortie d'hospitalisation (42, 45). Il peut notamment impliquer le praticien de médecine polyvalente exerçant au sein d'un établissement de soins de santé mentale.

[6] La loi de modernisation de notre système de santé (article L. 6327-1) définit un parcours de santé comme complexe « lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux »

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031918984&dateTexte=&categorieLien=cid

Un exemple en France : le SAMSAH PREPSY

Le SAMSAH Prépsy, situé à Paris, met en œuvre le *case management* en santé mentale en proposant un accompagnement médico-social à de jeunes adultes de 18 à 25 ans présentant des troubles psychiques débutants (en particulier la schizophrénie). L'objectif est de limiter le risque d'évolution des troubles vers un handicap psychique sévère *via* un accompagnement spécialisé et coordonné promouvant l'autonomie de l'usager. Le service procède à une évaluation globale des besoins de l'usager et de son entourage, reconstitue son parcours de soins, de santé et de vie et identifie les intervenants-pivots. Il assure ensuite des soins et un accompagnement, développe des liens entre les acteurs intervenant autour du patient (médecin traitant, psychiatre, psychologue, psychothérapeute et assistant social, notamment), coordonne les activités médicales et sociales et facilite l'accès aux différents services dont l'usager a besoin du fait de problèmes médicaux (une attention est notamment portée aux soins somatiques), psycho-sociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques.

L'accompagnement repose sur du *case management* de situations complexes, assuré par l'ensemble de l'équipe du SAMSAH et non par un intervenant dédié à cette fonction. L'équipe du SAMSAH Prépsy se compose d'un psychiatre, d'un médecin généraliste (ou somaticien), d'un médecin responsable du système d'information, d'un neuro-psychologue, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'un ergonome, d'un éducateur spécialisé, d'un assistant de coordination et d'une chargée d'insertion professionnelle. Elle accompagne 40 usagers. La structure est financée par le Conseil général de la ville de Paris, l'ARS Île-de-France, le Conseil régional d'Île-de-France et la Fondation de France.

Un exemple à l'étranger : *Case management* de transition en Suisse (45)

- Objectif de l'intervention

Dans le cadre d'une prise en charge usuelle, les patients hospitalisés en psychiatrie étaient, à leur sortie, adressés à un médecin généraliste ou à un psychiatre libéral. Une intervention de *case management* de transition a été développée afin d'améliorer l'engagement des patients dans les soins ambulatoire et de réduire le risque de rechute et de ré-hospitalisation. Pour cela, une équipe a été constituée d'un *case manager*, d'un infirmier et d'un travailleur social afin d'assurer une coordination des soins entre l'équipe de psychiatrie hospitalière et le médecin généraliste ou le psychiatre en charge du suivi ambulatoire.

- Caractéristiques de l'intervention : six étapes
  - Pendant l'hospitalisation :
    - identification des patients concernés par l'intervention dès l'admission en hospitalisation ;
    - premier contact avec le patient pendant l'hospitalisation : proposition d'intervention de l'équipe et évaluation de la demande ;
    - évaluation sur deux ou trois rendez-vous (patient seul et accompagné de ses proches) : évaluation des besoins et des attentes, de l'environnement social et professionnel et établissement d'un "plan de crise" avec le patient.
  - Après la sortie d'hospitalisation :
    - visite à domicile : validation du plan de sortie (réaliste et entourage du patient sur lequel il est prévu de s'appuyer effectivement disponible) et réajustement du plan de crise si besoin ;
    - durant le mois suivant la sortie : adaptation de l'intervention de *case management* aux besoins (*a minima*, appels téléphonique et disponibilité sur demande), participation du *case manager* aux consultations ambulatoires avec le patient ;
    - fin de l'intervention par un rendez-vous conjoint entre le patient, le *case manager* et le médecin en charge du suivi ambulatoire (médecin généraliste ou psychiatre libéral) et transmission du rapport rédigé pendant l'intervention.

L'étude a été réalisée dans le cadre d'un essai clinique randomisé dans un hôpital et impliquait 102 patients.

- Éléments de résultats sur l'efficacité du *case management* de transition par comparaison à la prise en charge usuelle :
  - davantage de contacts avec les services de soins en ambulatoire entre 1 et 3 mois : 2,8 *versus* 1,9), pas de différence statistiquement significative après 3 mois ;
  - moins de ré-hospitalisations (27,5 % *versus* 43,1 %), mais différence non statistiquement significative au seuil de 5 %

5 ▶ Dispositifs intégrés : les interventions type *collaborative care* (modèles de soins collaboratifs)

Les dispositifs regroupés dans cette catégorie d'expériences sont décrits comme complexes et multidimensionnels : ils font appel à plusieurs modalités d'interventions des autres catégories de la typologie. Il s'agit de dispositifs souvent caractérisés comme intégrés, correspondant généralement à des organisations intégrant les soins spécialisés aux soins de premier recours, telles que prônés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (46).

Lors d'une réflexion sur l'intégration des soins et éventuellement des accompagnements, plusieurs dimensions doivent être considérées (47, 48) :

- l'intégration clinique visant à la constitution de communautés de pratiques professionnelles et à la mise en cohérence de ces pratiques ;
- l'intégration fonctionnelle s'attachant à la lisibilité et à la cohérence des mécanismes administratifs et des normes institutionnelles ;
- l'intégration financière, impliquant un travail sur les mécanismes d'allocation des ressources entre structures et acteurs et sur les règles de tarification.

Le développement de dispositifs intégrés suppose également la prise en compte d'une dimension populationnelle et territoriale.

➔ Les modèles de *collaborative care* : les plus représentés dans la littérature

Au sein de ces interventions, les modèles de *collaborative care* sont ceux qui sont les plus représentés dans la littérature, **aucune expérience de *collaborative care* n'ayant toutefois été identifiée en France**.

Plusieurs définitions ont été proposées, celle développée par Gunn *et al*., considérée comme la plus complète, décrit les modèles de *collaborative care* appliqués à la prise en charge de la dépression comme reposant notamment sur (49) :

- **une approche pluriprofessionnelle** : au moins deux professionnels impliqués de façon conjointe dans la prise en charge.

  En général : un médecin généraliste (dépistage, diagnostic et mise en œuvre du traitement) ; un professionnel spécialisé (aide au diagnostic et éventuellement conseils sur le traitement) ; un *care/case manager* (coordonnateur de parcours de santé) (suivi "actif" du patient et lien avec les autres professionnels impliqués) ;

- **un programme de prise en charge structuré** : guides ou protocoles de soins basés sur des données probantes mis à disposition des professionnels ;
- **un suivi programmé du patient** : prédéfinition d'un calendrier de rendez-vous (adhésion au traitement, évolution des symptômes et éventuels effets secondaires) ;
- **une communication interprofessionnelle renforcée** : mise en place de mécanismes facilitant la communication (réunions cliniques pluriprofessionnelles, dossiers médicaux partagés par exemple).

Ces interventions présentaient des **résultats positifs en termes d'efficacité clinique**, pour la prise en charge de la dépression notamment, et ont été citées dans plusieurs recommandations de bonne pratique (50-52). Toutefois, elles variaient considérablement dans leur contenu et dans leur mise en œuvre (profils des professionnels impliqués, intensité de la fonction de *care/case management* [coordination de parcours] (nombre de sessions, modalités de suivi, échanges de visu ou par téléphone), modalités de communication interprofessionnelle, regroupement des professionnels dans un même lieu ou non, etc.).

Cette variabilité est l'origine de difficultés à identifier les caractéristiques précises de ces interventions qui sont liées à des résultats positifs sur la santé des patients.

À cela s'ajoute une interrogation quant à leur applicabilité en vie réelle, les résultats disponibles émanant principalement d'essais cliniques ou d'interventions réalisées dans le contexte de projets de recherche, bénéficiant de financements spécifiques.

➔ D’autres exemples de dispositifs intégrés

La recherche bibliographique, centrée sur les acteurs du secteur sanitaire, a principalement identifié des dispositifs intégrant les soins de santé mentale aux soins de premier recours.

Au-delà des modèles de *collaborative care* (soins collaboratifs), d’autres modèles visent toutefois une intégration des prises en charge sanitaires, médico-sociales et sociales. Dans ce cas, les niveaux d’intégration peuvent varier selon la complexité des situations.

- Le terme de « liaison » est utilisé lorsque sont développés des protocoles d’échange d’informations et de collaboration définissant les rôles entre chacun des acteurs (adressages et suivis) sans recours aux compétences d’un *care/case manager* (coordonnateur de parcours de santé) en impliquant des structures et acteurs qui restent indépendants.
- Le terme de « coordination » est mobilisé quand certaines ressources, compétences et missions sont mutualisées entre structures et acteurs. Ces dispositifs impliquent des échanges d’informations et l’intervention d’un *care/case manager* (coordonnateur de parcours de santé) qui fait le lien entre les structures et les acteurs.
- Enfin, le terme « d’intégration complète » réfère à des dispositifs impliquant une mutualisation de l’ensemble des ressources, compétences et missions, mais aussi des financements. Dans ce type de dispositifs, une équipe pluridisciplinaire assure l’ensemble des soins et accompagnements, en impliquant un *care/case manager* (coordonnateur de parcours de santé), et recourt à des dossiers patients partagés (53).

Un exemple à l'étranger : le *collaborative care* en Catalogne (54, 55)

Les modèles de *collaborative care* (soins collaboratifs) sont les plus représentés dans la littérature, mais **aucune expérience de ce type n'a été identifiée en France**. À titre d'illustration, une expérience d'intervention type *collaborative care* conduite en Catalogne est présentée. Un exemple français, ne répondant pas à la définition des modèles de *collaborative care* mais faisant appel simultanément à plusieurs catégories d'interventions, est proposé dans un second encadré.

- Contexte des soins en Catalogne

En Catalogne, les centres de soins primaires sont les structures de proximité constituant le point d'entrée des patients dans le système de santé. L'équipe est pluridisciplinaire et inclut notamment des médecins généralistes, des infirmiers, des pédiatres, des dentistes et des assistants sociaux.

- Objectifs de l'intervention : améliorer la prise en charge de la dépression en soins de premier recours *via* une réorganisation des prises en charge au sein de l'équipe de soins de premier recours et une amélioration de l'interface avec la psychiatrie.
- Caractéristiques de l'intervention
  - Une approche pluriprofessionnelle, rôle des intervenants :

    Médecins généralistes : 1) assurer la détection et le diagnostic des troubles dépressifs, évaluer leur niveau de sévérité, identifier les éventuelles comorbidités et évaluer le risque suicidaire ; 2) mettre en œuvre et adapter la stratégie thérapeutique en fonction de l'évolution clinique du patient ;

    Infirmiers (fonction de *case manager*) : 1) coordonner le processus de soins et en assurer la continuité entre les différents acteurs impliqués (médecins généralistes, infirmiers, psychiatres, entourage familial) et avec les prises en charge des troubles somatiques (maladies cardiovasculaires, diabètes, douleurs chroniques, etc.) ; 2) suivre l'évolution clinique du patient, favoriser l'adhésion au traitement et intervenir en psychoéducation auprès du patient et de sa famille ;

    Psychiatres : assurer des consultations conjointes patient-médecin généraliste-psychiatre et proposer une prise en charge spécialisée quand cela est nécessaire, sur adressage du médecin généraliste.

  - Modalités de l'intervention

    Suivi programmé du patient : consultation à 1 et 2 semaines après l'initiation du traitement, une fois par mois jusqu'à la rémission, puis tous les 2 ou 3 mois ;

    Modalités de communication renforcées : 1) échange d'informations systématique entre l'infirmier et le médecin généraliste ; 2) définition des critères de recours au psychiatre (consultations conjointes et adressages) et information au patient sur les objectifs de ce recours ; 3) en cas de prise en charge par un psychiatre, définition des responsabilités de chacun en termes de traitement et de suivi.

    Programme de prise en charge structuré : guides de bonne pratique

  L'intervention a été implémentée dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé multicentrique impliquant 78 médecins généralistes exerçant dans 20 centres de soins primaires et 302 patients.

- Éléments de résultats, par comparaison à une prise en charge usuelle :
  - meilleur taux de réponse **au traitement** (67 % *versus* 52 %), de **rémission** (49 % *versus* 35 %) et score de **qualité de vie psychique** à 1 an ;
  - pas de différence significative pour les scores de sévérité des symptômes et de qualité de vie physique à 1 an et des effets positifs s'estompant à 36 mois.

Un exemple de dispositif multidimensionnel en France : l'organisation du secteur 59G21 de l'EPSM Lille-Métropole (36)

- **Une communication inter professionnelle renforcée**

  - **Un accès téléphonique direct** 24h/24 au psychiatre sénior d'astreinte est assuré pour les médecins généralistes du réseau et les urgences.
  - **Un échange de courriers systématique** entre le médecin généraliste et l'équipe de psychiatrie :

    – courrier du médecin généraliste/traitant transmis par le patient à l'équipe de psychiatrie lors d'une première consultation ;

    – courrier formalisé transmis en retour au médecin généraliste traitant reprenant les principaux éléments collectés (antécédents, facteurs de risque, éléments diagnostiques, etc.) et proposant un programme de soins adapté (orientations et rendez-vous proposés) ;

    – courrier ensuite transmis par l'équipe de psychiatrie au médecin généraliste après chaque consultation de psychiatre. Le médecin généraliste est informé lors de la non-venue d'un patient en consultation.

  - **Des rencontres pluriprofessionnelles impliquant les médecins généralistes** du réseau sont organisées, le suivi somatique des patients y a par exemple été abordé, ainsi que des concertations pluriprofessionnelles avec le patient.
  - **Un travail sur le système d'information a également été conduit**, notamment *via* le développement d'un dossier patient informatisé au sein de l'EPSM Lille-Métropole, ainsi que par un travail sur le déploiement du DMP.

- **Des lieux d'exercice partagés** (cf. interventions type *co-location*)
- **Des consultations d'avis et de suivi conjoints**

  - Le secteur 59G21 propose des consultations d'avis et de suivi conjoints proches de celles conduites dans le cadre des dispositifs de soins partagés (DSP). Le patient peut être adressé par le médecin généraliste à l'équipe de psychiatrie. Il est reçu dans les 48h en consultation par un infirmier sur présentation d'un courrier du médecin généraliste/traitant. Hors situation d'urgence, une réunion pluriprofessionnelle est organisée par l'équipe de secteur pour proposer un programme de soins adapté. Un retour est assuré au médecin généraliste qui reste en charge du suivi global du patient et effectue notamment les renouvellements de prescriptions liées aux traitements psychiatriques.
  - En situation d'urgence, un psychiatre est sollicité suite à la consultation infirmière et propose un rendez-vous dans les heures qui suivent. Une équipe mobile, composée de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers, peut intervenir au domicile pour proposer une prise en charge intensive. Les actions à mener sont définies avec le médecin généraliste/traitant sollicité pour une rencontre avec l'équipe mobile au domicile du patient.

- Une fonction de ***care/case manager*** (coordonnateur de parcours de santé) assurée par l'infirmier de l'équipe de psychiatrie.

▶ Efficacité et efficience des interventions en synthèse

Les expériences conduites, leurs modalités et contextes de mise œuvre ainsi que les critères retenus pour les évaluer sont très hétérogènes (relatif au processus de soins, à l'efficacité clinique, à la qualité de vie et à la satisfaction des patients et des professionnels, à l'efficience, etc.), ce qui complexifie la comparabilité des interventions entre elles. Les résultats relatifs à l'efficacité et à l'efficience des différentes catégories d'expériences identifiées sont décrits dans le rapport méthodologique d'élaboration joint à ce document.

Toutefois, les résultats des travaux conduits suggèrent qu'une amélioration de la coordination nécessite un recours à des dispositifs multidimensionnels, incluant simultanément plusieurs interventions différentes, par exemple à la fois un renforcement de la communication interprofessionnelle, une fonction de *care/case management* (coordination de parcours de santé) et des modalités de recours formalisé à un professionnel spécialisé pour le médecin généraliste. En revanche, il n'existe pas de données probantes permettant de recommander une combinaison d'interventions plutôt qu'une autre, ni de préconiser des modalités précises de mise en œuvre pour chaque intervention.

Pour ces raisons, ce travail ne conduit pas à formuler des recommandations définitives ou des préconisations strictes, mais fournit des repères et outils qui peuvent être combinés de façons différentes en fonction des contextes et des besoins des professionnels et des patients.

Les exemples d'expériences françaises qui sont présentés constituent des illustrations de mise en œuvre concrète d'expériences d'amélioration de la coordination identifiées dans la littérature, notamment internationale**. Ils n'ont cependant pas tous fait l'objet d'une évaluation et n'ont pas vocation à servir de références, mais à refléter une partie des initiatives françaises pour améliorer la coordination.** Ces expériences sont, de plus, conduites dans des contextes donnés (contextes démographiques, mais également niveau de développement des relations interprofessionnelles préalables, motivation des acteurs, etc.), ce qui ne permet de conclure ni à leur reproductibilité en l'état dans d'autres endroits ni de définir précisément les conditions d'un fonctionnement durable dans le temps.

2. Repères et outils pour organiser et structurer la coordination

En tenant compte du contexte français, plusieurs **repères et outils** ont été extraits des différentes expériences identifiées ci-avant et sont présentés dans ce chapitre. Ils sont classés selon trois objectifs opérationnels visant à aider les professionnels à :

- identifier les ressources disponibles ;
- échanger et partager les informations nécessaires à la prise en charge ;
- accéder à des avis/conseils diagnostiques et thérapeutiques, à des adressages réciproques et assurer des prises en charge conjointes.

- **Des repères et des outils spécifiques**

Pour chacun des objectifs opérationnels identifiés, les difficultés rencontrées par les patients et les professionnels sont mises en regard de repères et outils spécifiques déclinés en réponse à ces difficultés.

- **Des repères et des outils transversaux**

En complément, des repères et outils transversaux, mobilisables pour répondre aux trois objectifs opérationnels, sont proposés :

- outils de communication ;
- fonctions spécifiques de coordination et *care/case management* (coordination de parcours de santé) ;
- organisation du travail en équipe au niveau territorial.

Ces repères et outils ont été mobilisés de façon hétérogène entre les grandes catégories d'expériences présentées dans le chapitre précédent, sous la forme d'une typologie, mais également au sein de ces catégories.

Ainsi, les combinaisons d'outils et les modalités de leur mise en œuvre pour organiser et structurer la coordination peuvent varier, notamment selon les contextes, les besoins et le niveau de développement des relations interprofessionnelles.

Il est, par exemple, envisageable de privilégier l'utilisation d'un outil en premier lieu (développement de réunions cliniques pluriprofessionnelles, par exemple) et de tendre vers un dispositif plus complet au fur et à mesure du développement des interactions entre professionnels et de l'identification de besoins sur un territoire donné.

DES REPÈRES ET DES OUTILS POUR AIDER LES PROFESSIONNELS À :

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	1 IDENTIFIER LES RESSOURCES DISPONIBLES *(Professionnels, établissements, dispositifs)*	2 ÉCHANGER ET PARTAGER LES INFORMATIONS UTILES	3 ACCÉDER *(à un avis diagnostique et thérapeutique, à un adressage)* & ASSURER UN SUIVI CONJOINT
REPÈRES ET OUTILS SPÉCIFIQUES	QUI ? QUOI ? COMMENT ? OÙ ?	QUOI ? COMMENT ?	À QUOI ? COMMENT ? AVEC QUI ?
REPÈRES ET OUTILS TRANSVERSAUX	4 OUTILS DE COMMUNICATION		
	5 FONCTIONS SPÉCIFIQUES DE COORDINATION ET *CARE/CASE MANAGEMENT*		
	6 ORGANISATION DU TRAVAIL EN ÉQUIPE AU NIVEAU TERRITORIAL		

Accord du patient

PROFESSIONNELS SPÉCIALISÉS EN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

ET AUTRES ACTEURS DE PROXIMITÉ POTENTIELLEMENT IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT (URGENTISTES, INFIRMIERS LIBÉRAUX (OU SALARIÉS EXERÇANT EN VILLE), PHARMACIENS D'OFFICINE, CHIRURGIENS-DENTISTES, MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES, LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE EN VILLE, ETC.)

Quelle que soit la manière dont la coordination s'organise et se structure, cela doit se faire dans le respect de valeurs partagées par l'ensemble des acteurs, professionnels et patients, et en tenant compte de la diversité des situations rencontrées et de leur niveau de complexité, ainsi que des ressources et contraintes locales.

Des valeurs partagées qui sous-tendent l'organisation et la structuration de la coordination

- Prise en compte des dimensions psychiques et physiques de la souffrance du patient, de façon globale et individualisée.
- Contribuer à faire du patient **l'acteur de sa prise en charge :**
  - prise en compte de ses préférences ;
  - implication du patient dans sa prise en charge, en s'appuyant sur ses ressources pour l'accompagner dans son parcours et en augmentant son pouvoir d'agir ;
  - respect de ses droits, de son autonomie et de ses choix éclairés.
- Communication basée sur l'écoute, l'empathie, le respect et la tolérance.
- Chercher à établir une **relation de confiance** favorisant l'**alliance thérapeutique** dans le parcours coordonné.
- Respect des valeurs et reconnaissance des rôles et compétences des différents professionnels impliqués dans la prise en charge :
  - favoriser la construction d'une relation de confiance avec d'autres professionnels, en dehors de la dualité patient-soignant ;
  - échange et partage des informations utiles avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge en respectant la vie privée du patient et le secret des informations le concernant, conformément à l'obligation du secret professionnel[a] : informations échangées ou partagées avec son accord et après l'en avoir informé, sauf situation d'urgence ou impossibilité liée à l'état de santé.
- Identifier, avec l'accord du patient, **le rôle et les attentes de ses proches** :
  - écoute et prise en compte de leurs demandes, de leur souffrance et de leur épuisement potentiel ;
  - reconnaissance et prise en compte de l'expertise des familles, partenaires précieux et vigilants dans la coordination du parcours du patient.

[a] Article L. 1110-4 du Code de la santé publique

… En tenant compte de la diversité des situations rencontrées et de leur niveau de complexité

Les repères et outils auxquels il est nécessaire de recourir peuvent varier selon le niveau de complexité des situations :

- Situation 1 : patients souffrant de troubles mentaux pris en charge par le médecin généraliste

Les outils mobilisés doivent *a minima* permettre aux professionnels d'identifier les ressources présentes sur le territoire, de connaître le rôle des différents acteurs et d'accéder à un avis, un conseil ou une prise en charge spécialisée, avec transmission et retours d'informations.

Identifier les ressources disponibles ; échanger et partager les informations utiles ; faciliter l'accès au second recours ; développer des lieux d'exercice partagé en ville

- Situation 2 : patients souffrant de troubles mentaux pris en charge par des professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale

En complément des outils mobilisés au niveau 1, la coordination implique à ce niveau un accès des professionnels spécialisés au médecin généraliste, ainsi qu'un recours à des outils favorisant une prise en charge conjointe entre le médecin généraliste, les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale (équipe de psychiatrie, psychiatre libéral et/ou psychologue libéral) et éventuellement les autres acteurs impliqués, dans le cadre d'une approche globale de la santé du patient.

Favoriser la prévention et le suivi somatique et bucco-dentaire ; co-construire des protocoles pluriprofessionnels de prise en charge

- Situation 3 : situation complexe impliquant plusieurs intervenants des champs sanitaire mais également médico-social et social

Tous les outils mobilisés dans le cadre des situations 1 et 2 peuvent être mobilisés en impliquant l'ensemble des acteurs présents autour du patient. Un recours à la fonction de *care/case management* (coordination de parcours de santé) peut être particulièrement nécessaire (il peut l'être également dans les situations 1 et 2, mais dans une forme moins intensive), et une organisation territoriale est essentielle pour que des réponses cohérentes et adaptées soient accessibles au bon moment pour les patients en situations complexes.

Les repères et outils transversaux sont mobilisables à tous les niveaux. Le choix des outils adaptés dépend du contexte d'exercice des professionnels et des besoins identifiés.

Les repères et outils proposés sont déclinés pour chacune de ces situations en **annexe**.

2.1 Identifier les ressources disponibles

Difficultés rencontrées

- Difficultés de repérage pour orienter les patients au sein du système de soins psychiatriques et de santé mentale : complexité du système et manque d'informations sur son fonctionnement.
- Difficultés des professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale à identifier le médecin traitant du patient : faible taux de patients souffrant de troubles mentaux déclarant un médecin traitant ; si un médecin traitant est déclaré, ses coordonnées ne sont pas nécessairement 1) transmises par le patient aux autres professionnels de santé ; 2) renseignées dans son dossier médical.

▶ Ressources présentes sur le territoire

Orienter les patients vers les dispositifs de soins et d'accompagnement les plus adaptés suppose que les professionnels :

- soient en mesure d'identifier les ressources disponibles sur le territoire ;
- disposent d'informations sur les missions des différents acteurs, dispositifs et structures de soins existants ;
- puissent accéder à leurs coordonnées (numéros de téléphone, adresses postales et adresses de messageries sécurisées).

Pour cela, les professionnels peuvent :

➔ S'appuyer sur leur propre répertoire de ressources, le compléter et l'actualiser *via* :

- l'annuaire santé d'ameli.fr (annuairesante.ameli.fr) ;
- l'annuaire.sante.fr (https://annuaire.sante.fr/) ;
- le répertoire opérationnel des ressources (ROR) (56), mobilisé notamment dans le cadre des plate-formes territoriales d'appui (PTA) (cf. page 56) ;
- les portails des Agences régionales de santé (ARS) ;
- les sites Internet des établissements de santé, quand ils existent, décrivant notamment l'offre de soins des secteurs de psychiatrie ;
- la liste des praticiens de ville habilités à utiliser le MEOPA[7], disponible auprès des Conseils départementaux de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

[7] Une prise en charge spécifique des patients souffrant de troubles mentaux est souvent nécessaire dans le cadre des soins bucco-dentaires, notamment en raison du profil anxieux voire phobique de certains patients. La sédation consciente *via* le MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote), qui est un gaz incolore, inodore et sans saveur utilisé pour faciliter les soins chez les patients anxieux ou phobiques, peut être pratiquée en ville et constitue une alternative à l'anesthésie générale et à l'anesthésie locale complétée d'une sédation intraveineuse, pratiquées à l'hôpital.

Points de vigilance

- L'**implication des ARS** pour effectuer l'inventaire des ressources disponibles est essentielle.
- Il est souhaitable que les répertoires évoqués soient régulièrement mis à jour et intègrent les adresses de messageries sécurisées des professionnels.
- La constitution de **répertoires au niveau des secteurs de psychiatrie** serait pertinente :
  - mise à disposition d'informations sur leur fonctionnement (offre de soins et coordonnées des différentes structures) ;
  - répertoires des médecins généralistes, psychiatres et psychologues libéraux exerçant sur le territoire mis à disposition des professionnels des secteurs de psychiatrie.

➔ Se rencontrer, se connaître, échanger sur les pratiques : participer à et/ou organiser des rencontres pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires

Les rencontres pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires constituent un **levier important pour identifier les professionnels de proximité, les connaître et appréhender leurs modalités d'exercice et leurs missions** au sein du système de soins.

Elles peuvent prendre **différentes formes et terminologies** telles que :

- les « groupes d'échange de pratique entre pairs » (57) ;
- les staffs cliniques ;
- les groupes d'analyse de pratiques (58) ;
- les réunions cliniques pluridisciplinaires/pluriprofessionnelles ;
- les Groupes Qualité ;
- etc.

Les groupes constitués peuvent adopter des **modalités de fonctionnement diversifiées**. Il s'agit généralement d'un groupe de professionnels qui se réunit régulièrement autour de l'analyse de dossiers de patients ou d'une thématique particulière en lien avec leur pratique. Ces rencontres peuvent être mises en œuvre dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

▶ Ressources impliquées dans la prise en charge et/ou l'accompagnement du patient

La mise en œuvre d'une coordination interprofessionnelle autour du patient suppose également d'identifier et de pouvoir joindre les professionnels impliqués dans sa prise en charge.

Il est pour cela souhaitable de :

- recueillir auprès du patient les noms et coordonnées de l'ensemble des professionnels et structures impliqués dans sa prise en charge ;
- renseigner, avec l'accord du patient, ces coordonnées dans son dossier médical et les actualiser régulièrement ;
- informer le patient de l'usage qui sera fait de ces informations.

2.2 Échanger et partager les informations utiles

Difficultés rencontrées

➔ Dans le cadre d'une demande d'avis/conseil ou d'adressage du médecin généraliste :

- objet de la demande pouvant être perçu comme peu clair par le professionnel spécialisé ;
- pas toujours de retour de la part du professionnel spécialisé au médecin généraliste ;
- rôle de chaque professionnel non clarifié après l'adressage : perte de confiance du patient, non-adhésion voire arrêt des soins.

➔ Dans le cadre d'une prise en charge conjointe :

- échange d'informations souvent partiel, pouvant être à l'origine d'erreurs de prescriptions, d'interactions médicamenteuses, de pathologies iatrogènes, d'une non-prise en considération d'intolérances ou d'allergies, de stratégies thérapeutiques non efficientes (duplication des examens et/ou des traitements) et d'un déficit de confiance dans la collaboration ;
- rôle de coordination et d'orientation du médecin généraliste traitant, dans une approche de prise en charge globale, insuffisamment pris en compte par les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale.

▶ Les points de vigilance

- Respecter la vie privée du patient et le secret des informations le concernant, conformément à l'obligation du secret professionnel[8] :

  - Les professionnels participant à la prise en charge d'un même patient peuvent échanger ou partager des informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de ce patient, qu'il s'agisse d'une équipe de professionnels ou de binômes médecin généraliste-psychiatre ou médecin généraliste-psychologue.
  - Les catégories de professionnels susceptibles d'échanger ou de partager ces informations sont définies par décret[8] (59) : il s'agit notamment des professionnels de santé, des assistants de service social, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux, non professionnels de santé salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux, etc.
  - Les professionnels échangeant ou partageant des informations peuvent ou non faire partie de la même équipe de soins (cf. encadré page 40). Le partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins requiert le consentement préalable du patient[5].
  - Le patient doit être préalablement informé de l'échange ou du partage d'informations et de son droit à s'y opposer[8]. L'urgence ou une impossibilité liée à la situation clinique peuvent dispenser les professionnels de l'obligation d'information préalable. Dans ce cas, le patient est informé de l'échange ou du partage d'informations dès que son état de santé le permet[9] (59).
  - L'accord du patient pour que des informations soient échangées ou partagées ne délivre pas le professionnel de santé de son obligation de respecter le secret professionnel.
  - Si le patient y consent, des informations peuvent être transmises à la famille, aux proches ou à la personne de confiance du patient[8].

- Modalités de communication

En l'absence de système d'information partagé, les informations sont transmises aux autres professionnels impliqués dans la prise en charge par **messagerie sécurisée**[10] ou par tout autre moyen garantissant la **confidentialité des informations**. Un courrier est **également transmis au patient (ou à son tuteur)** et est versé au dossier médical partagé s'il existe. Selon les situations, le partage d'informations entre professionnels peut également se faire par l'intermédiaire du patient, *via* le cahier de liaison, par exemple.

[8] Article L. 1110-4 du Code de la santé publique

[9] Article R. 1110-3 du Code de la santé publique

[10] Article L. 1110-4-1 du Code de la santé publique

Lors du partage ou de l'échange d'informations, il est tenu compte, dans le choix de la modalité de communication, du caractère **communicable ou non communicable** des informations : les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ne sont pas communicables au patient (60)[11].

L'équipe de soins : Ensemble de professionnels participant directement à la prise en charge au profit d'un même patient, qui[1] :

- soit exercent dans le même établissement, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant à l'article D. 1110-3-4 du Code de la santé publique ;
- soit se sont vus reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;
- soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du Ministre chargé de la Santé.

▶ Assurer le partage d'un socle minimal d'informations, nécessaires à la prise en charge du patient

- Lors d'une demande de première consultation du médecin généraliste au psychiatre

Les professionnels peuvent s'appuyer sur les recommandations du CNQSP (28) qui rappellent les éléments devant être indiqués :

- dans le **courrier de demande du médecin généraliste** : motif du recours sous forme de question, éléments symptomatiques et hypothèses diagnostiques, attentes relatives aux modalités de suivi partagé, pistes thérapeutiques, antécédents médicaux et traitements en cours, etc. ;
- dans le **courrier de réponse du psychiatre** : réponse aux questions du médecin généraliste, avis diagnostique, projet de soins, prescription médicamenteuse, etc.

Point de repère

Recommandations du CNQSP sur les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une première demande de consultation du médecin généraliste au psychiatre (28).

- Lors d'une hospitalisation en psychiatrie ou aux urgences : **lettres de liaison ville-hôpital obligatoires**

La loi de modernisation de notre système de santé (29) prévoit que deux lettres de liaison, une lettre d'entrée et une lettre de sortie, soient échangées entre le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé et le médecin de l'établissement qui a pris en charge le patient. Elle en définit les modalités et le contenu dans un décret[12] (61) :

- la **lettre d'entrée** est rédigée par le médecin généraliste/médecin traitant qui adresse le patient. Elle inclut les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont le praticien dispose sur son lieu d'intervention, notamment : les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus ;
- la **lettre de sortie** est rédigée par le praticien qui a pris en charge le patient (psychiatre, urgentiste, etc.). Elle contient les informations utiles à la continuité des soins, notamment le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les traitements prescrits à la sortie et arrêtés pendant le séjour et les suites à donner (actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières).

[11] Article L. 1111-7 modifié par la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

[12] Article L. 1112-1 du Code de la santé publique et R. 1112-1 et suivants du Code de la santé publique

[1] Article L. 1110-12 du Code de la santé publique

- Dans le cadre d'une prise en charge et d'un suivi conjoints

Un échange d'informations entre le médecin généraliste et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale est effectué, en accord avec le patient, à chaque changement significatif dans la prise en charge (évolution clinique, traitements, modalités de suivi), qu'il s'agisse de prises en charge à temps complet, à temps partiel ou ambulatoire.

Les éléments diagnostiques, les traitements en cours, les éventuels facteurs de risque identifiés ainsi que les modalités de prévention et de gestion des situations de crise ou d'urgence (définis avec le patient) peuvent être communiqués aux autres acteurs de santé de proximité identifiés par le patient. Un échange d'informations avec l'infirmier libéral (ou salarié exerçant en ville) impliqué, le cas échéant, dans la prise en charge du patient peut notamment être effectué.

L'infirmier libéral (ou salarié exerçant en ville) fait en effet partie des acteurs pouvant jouer un rôle majeur dans l'identification de signes de risque de crise ou de rechute et dans la détection de signes d'aggravation de la maladie.

➔ Spécificités attachées aux échanges d'informations avec :

- **Le chirurgien-dentiste**

Pour assurer une prise en charge bucco-dentaire adaptée aux besoins du patient, il est nécessaire que les chirurgiens-dentistes aient accès à certaines informations : pathologies dont souffre le patient et traitements qu'il suit, notamment.

L'objectif est d'éviter des interactions médicamenteuses et de mettre en œuvre une stratégie thérapeutique adaptée.

Des échanges simples par courrier peuvent permettre un accès aux informations nécessaires.

- **Le pharmacien d'officine**

Le pharmacien d'officine, susceptible d'être régulièrement en contact avec le patient, joue un rôle de conseil, de prévention et de surveillance (amélioration/dégradation de l'état de santé, survenue d'effets indésirables, observance, risques iatrogènes).

Dans certaines situations et avec l'accord du patient, il est nécessaire qu'il puisse échanger avec les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, notamment par **téléphone en cas d'urgence**.

▶ Élaboration conjointe de documents/courriers types permettant d'améliorer la communication

- Des documents « types » peuvent être co-établis par les professionnels pour **standardiser les échanges d'informations entre eux**.
- Cela permet de **définir l'ensemble des informations devant être échangées** en fonction des situations rencontrées.
- Cette protocolisation peut être un **levier pour structurer la coordination** au-delà de l'échange d'informations et **poser les conditions d'un partenariat futur** (15, 62).

2.3 Accéder à un avis diagnostique et thérapeutique, à un adressage et assurer un suivi conjoint

▶ Faciliter l'accès au second recours (psychiatres libéraux, équipes de psychiatrie)

Difficultés rencontrées :

- ➔ difficultés fréquentes pour joindre un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale par téléphone ;
- ➔ démographie médicale/soignante : délais d'attente souvent importants ;
- ➔ complexité du système de soins de santé mentale : difficultés d'orientation ;
- ➔ réticence, parfois, des patients à une orientation vers des soins spécialisés.

- Assurer au médecin généraliste un **accès téléphonique direct à un psychiatre sénior**

  ◗ Des **lignes téléphoniques dédiées** aux médecins généralistes, développées au sein de services spécialisés, peuvent permettre de garantir un accès rapide à un avis spécialisé sur de larges plages horaires.
  ◗ Cet accès téléphonique direct peut également prendre d'autres formes : numéro de téléphone du psychiatre de garde/psychiatre en service d'urgence transmis aux médecins généralistes d'un territoire donné, identification d'un référent infirmier de l'équipe de secteur à même de contacter le psychiatre du service, etc.

- Réserver des **plages horaires pour des consultations non programmées** (situations d'urgence ou de crise) et proposer des **plages horaires élargies pour des consultations** dans la semaine :

  ◗ Il est souhaitable que des protocoles spécifient les délais dans lesquels les réponses peuvent être apportées selon les situations[13].

- **Proposer des consultations d'avis et de suivi conjoints**

  ◗ Ces consultations peuvent par exemple se faire dans le cadre d'un dispositif de soins partagés (DSP), tels que ceux développés à Versailles, Créteil et Toulouse (dispositifs décrits pages 23 et 24).
  ◗ Il peut également s'agir de consultations organisées directement entre le médecin généraliste et l'équipe de secteur.

- Au cas par cas et selon le contexte démographique, **des interventions de l'équipe soignante, d'infirmiers notamment, conjointes avec le médecin généraliste, peuvent être envisagées en dehors des structures spécialisées** (domicile du patient, établissements et services sociaux et médico-sociaux, etc.) dans le cadre formalisé ou non d'une équipe mobile.

- **Proposer des prises de rendez-vous par Internet**[14]

  Elles peuvent faciliter les démarches pour le patient, mais également pour les médecins généralistes et acteurs de proximité l'accompagnant dans la prise de rendez-vous auprès d'un professionnel spécialisé.

[13] Il s'agirait de proposer des délais de réponse gradués, les suivants ont par exemple été proposés en 2006 : réponse urgente, une demi-journée ; réponse rapide, moins d'une semaine ; réponse programmée, 15 jours (63).

[14] Une charte de confiance a été développée par l'URPS Médecins Libéraux Île-de-France concernant l'utilisation des Plateformes de prise de rendez-vous en ligne (64).

- **Processus renforcés d'adressage**

Une communication claire sur le rôle et les missions des CMP permettrait l'identification du CMP par les patients et les autres acteurs de soins et favoriserait l'adressage au CMP, diminuant ainsi les orientations directes vers les urgences et les services d'hospitalisation (65).

Si des équipes d'interventions spécialisées existent (dépistage et prise en charge précoce des troubles psychotiques, par exemple), il est souhaitable que soient clairement définies les modalités d'intervention de ces équipes, les critères selon lesquels elles peuvent être sollicitées par les professionnels (médecin généraliste, pharmacien d'officine et infirmier libéral (ou salarié exerçant en ville) notamment) et les rôles de chacun des professionnels après l'adressage.

▶ Favoriser la prévention et le suivi somatique et bucco-dentaire

Difficultés rencontrées :

- manque d'attention portée aux troubles somatiques par certains patients souffrant de troubles sévères, leurs proches et les professionnels ;
- parfois, refus de prise de rendez-vous avec le médecin généraliste ou perte de la carte vitale par le patient ;
- réticence de certains médecins généralistes à recevoir en consultation des patients souffrant de troubles mentaux sévères (peur de la maladie mentale, difficultés de communication avec eux, temps nécessaire à accorder à ces patients, difficulté à les prendre en charge) ;
- rôles de chacun des professionnels dans la prise en charge non clarifiés : chacun fait l'hypothèse que la prise en charge somatique relève des compétences de l'autre ;
- rôle de coordination et d'orientation du médecin généraliste traitant, dans une approche de prise en charge globale, insuffisamment pris en compte par les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale ;
- difficultés, pour les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, à joindre les médecins généralistes par téléphone.

Considérant le sur-risque somatique et la surmortalité associés aux troubles mentaux, il est primordial que **l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge du patient, chacun à leur niveau, portent une attention aux comorbidités somatiques** pour favoriser le dépistage, le recours aux soins et un suivi régulier :

- alerter et informer le patient et ses proches sur les **risques somatiques, bucco-dentaires et sur les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse** ;
- alerter et informer le patient et ses proches sur la nécessité de **désigner un médecin traitant**, médecin généraliste le plus souvent :
  - si le patient n'a pas désigné de médecin traitant, **l'accompagner dans ces démarches**.
- **Simplifier les démarches de prise de rendez-vous** avec le médecin généraliste

  Il s'agit de faciliter les démarches pour les patients déjà connus et suivis, mais également pour les patients non connus, notamment adressés par des psychiatres libéraux, des équipes de psychiatrie de secteur, des équipes de soins primaires, etc. :

- porter une attention à la **conciliation des traitements médicamenteux** pour éviter les effets iatrogènes[15] ;
- considérer le rôle que peuvent jouer les **praticiens de médecine polyvalente** exerçant au sein d'un établissement de soins de santé mentale, les **pharmaciens d'officine**, les **infirmiers libéraux** (ou salariés exerçant en ville) et les **professionnels des laboratoires de biologie médicale** dans la **prévention, le dépistage et le suivi des troubles somatiques ;**
- favoriser les **interventions du médecin généraliste au sein des unités de soins psychiatriques** (en hospitalisation et en ambulatoire) dans le respect du cadre légal et réglementaire des établissements de santé, notamment concernant les établissements publics[16].

[15] « La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts » (66).

[16] Articles L. 6146-2 et R. 6146-17 et suivants du Code de la santé publique et son décret d'application.

Points de repère

- Recommandation de bonne pratique : « Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère chronique » (2015) établie par la FFP-CNPP, labélisée par la HAS (8).
- Guide : « Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux » (2017) produit par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) (67).

▶ Développer des lieux d'exercice partagés en ville : accès aux soins spécialisés et somatiques, suivi conjoint

Le regroupement pluridisciplinaire et pluriprofessionnel au sein d'un même lieu, *via* les MSP et centres de santé par exemple, est un levier possible pour améliorer la coordination. Il doit toutefois s'accompagner d'un renforcement des modalités de communication et d'interactions entre professionnels, par exemple :

- développement d'une fonction de coordination, notamment administrative : accueil et orientation des patients, gestion des plannings, prises de rendez-vous, etc. ;
- organisation de concertations formalisées et régulières entre les médecins généralistes et les autres professionnels (spécialisés en psychiatrie et santé mentale, mais aussi infirmiers libéraux [ou salariés exerçant en ville], masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, etc.) ;
- développement d'un système d'information sécurisé, administré et partagé.

Plus généralement, il est souhaitable que les infirmiers libéraux (ou salariés exerçant en ville), chirurgiens-dentistes, pharmaciens d'officine et masseurs-kinésithérapeutes initient des démarches pour s'associer aux équipes de proximité, éventuellement dans le cadre de lieux d'exercice partagés et/ou *via* d'autres modalités de coordination n'impliquant pas nécessairement un exercice regroupé (cf. paragraphe 2.6).

- Ils ont, lors de leurs rencontres avec le patient (en particulier l'infirmier libéral [ou salarié exerçant en ville] intervenant au domicile), un rôle majeur dans **l'identification de signes d'alerte** concernant son état de santé, tant sur le plan physique que psychiatrique.
- Le pharmacien d'officine a un rôle essentiel dans le **suivi des ordonnances et de leur délivrance**. Il peut, avec l'accord du patient, alerter le médecin généraliste en cas de non-adhésion au traitement, d'une compréhension insuffisante ou erronée de l'ordonnance ou de cumul d'ordonnances, et doit signaler d'éventuelles incohérences.

▶ Co-construire des protocoles pluriprofessionnels de prises en charge

➔ Protocole concernant des situations ou des pathologies spécifiques

Lorsque plusieurs professionnels travaillent ensemble régulièrement, que ce travail en équipe soit formalisé ou non, des protocoles pluriprofessionnels **définissant *a priori* les modalités de prises en charge optimales dans certaines situations** (risque suicidaire, suspicion d'entrée dans la maladie, etc.) **ou concernant des types de pathologies spécifiques** peuvent être définis (68).

Ces protocoles :

- s'appuient sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés ;
- prennent en compte les données actualisées de la littérature ;
- sont gradués selon l'état clinique et la situation des patients ;
- définissent clairement les rôles de chacun des acteurs dans la prise en charge ;
- sont évalués et actualisés régulièrement, par exemple *via* des réunions de concertation pluriprofessionnelles ;
- sont diffusés à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge ;
- sont élaborés, si possible, en impliquant les patients. À défaut, ils sont présentés et explicités aux patients dans une recherche d'alliance thérapeutique.

➔ Projet thérapeutique individualisé, élaboré avec le patient

Pour certains patients, l'élaboration d'un **projet thérapeutique individualisé** peut être nécessaire pour assurer la continuité des soins en évitant des ruptures dans la prise en charge.

- Ce plan est élaboré **avec le patient** en impliquant **l'ensemble des acteurs de soins et d'accompagnement**.
- Il **favorise l'implication du patient** dans la prise en charge.
- Il est **évolutif** et **actualisé** avec le patient et l'ensemble des acteurs en tenant compte de l'évolution de la situation.

Il peut être accompagné d'un **plan de prévention partagé** visant à prévenir un moment de violence ou un arrêt du traitement. Ce plan vise à identifier les facteurs de risque, les circonstances déclenchant le moment de violence ou l'arrêt des soins. Il a également pour objectif de définir avec le patient quelle est la conduite à tenir par l'équipe impliquée autour de lui lorsqu'une telle situation se présente (69).

2.4 Outils de communication

Selon le contexte et les besoins, **différentes modalités de communication** peuvent être mobilisées pour **différents usages**. Elles doivent l'être conformément aux **exigences de confidentialité et de sécurité établies par la loi**.

Points de vigilance :

- s'assurer que le patient, préalablement informé, ne s'est pas opposé à l'échange ou au partage d'informations, dans le respect du secret professionnel ;
- l'échange ou le partage d'informations est, dans la mesure du possible, réalisé par l'intermédiaire du patient.

▶ Échange ou partage d'information entre deux interlocuteurs identifiés

➔ Les échanges écrits : traçabilité dans les dossiers médicaux

Les informations nécessaires à la coordination, à la continuité des soins ou au suivi médico-social et social du patient sont échangées ou partagées par écrit entre les professionnels impliqués dans sa prise en charge pour **assurer une traçabilité dans les dossiers médicaux**.

Le contenu de ces échanges est abordé ci-avant (cf. pages 39-41).

Les **messageries sécurisées de santé**[17] sont un outil rapide d'échange et de partage d'informations en toute sécurité dont le déploiement est considéré comme une priorité de la Stratégie nationale e-santé 2020 (71) et qui pourrait permettre une modification des relations entre professionnels.

➔ La communication par téléphone : échanges informels

Le **téléphone** est un moyen souvent utile et adapté en psychiatrie. Sous réserve que l'interlocuteur soit facile d'accès, il permet :

- l'obtention d'avis et de conseils, de rendez-vous rapides en cas de situation de crise ou d'urgence ;
- la tenue de discussions et d'échanges, complémentaires à la transmission descendante d'informations entre professionnels effectuée par écrit.

Il est toutefois nécessaire de **s'assurer de l'identité de la personne à qui l'on s'adresse**.

En complément, le **SMS** constitue un moyen facile de communication entre professionnels, par exemple pour fixer l'horaire d'un rendez-vous téléphonique pour un avis/conseil. Le respect de la confidentialité des informations impose cependant qu'aucune information nominative ne soit échangée par ce biais.

➔ La télémédecine

La **télémédecine** peut faciliter l'accès aux soins, notamment sur les territoires peu dotés en professionnels et structures spécialisés, et fournir un appui aux médecins généralistes dans leur exercice quotidien, notamment pour la prise en charge des patients les plus complexes (71).

Après des réticences initiales, la télémédecine trouve aujourd'hui sa place en France en psychiatrie. Elle devrait connaître un déploiement dès 2018 grâce au financement des actes de téléconsultation et de télé-expertise, dans le champ de la psychiatrie comme dans d'autres spécialités.

[17] Le cadre à appliquer à l'utilisation de la messagerie électronique a été décrit par le Conseil national de l'ordre des médecins et la Commission nationale de l'informatique et des libertés (70).

▶ Rencontres physiques

La communication orale « directe » par des rencontres de visu est pertinente pour **établir des liens entre professionnels**. Ces rencontres peuvent prendre différentes formes évoquées précédemment (cf. page 38).

▶ Échange ou partage d'informations *via* un collecteur de données, alimentées et consultables par l'ensemble des professionnels autorisés

Des systèmes d'information permettant à **plusieurs professionnels impliqués dans la prise en charge ou l'accompagnement** du patient d'**accéder aux informations nécessaires** et de **les alimenter** sont un levier pour améliorer la coordination interprofessionnelle.

- **Dossier médical partagé (DMP)** (72)

Le DMP peut être mobilisé et alimenté **quand il existe**. Son déploiement fait partie des priorités fixées par la Stratégie nationale e-santé 2020 (71). Il est toutefois important de noter que :

- le DMP **n'est pas obligatoire**. Toute personne peut à tout moment fermer son DMP ou **masquer certaines des données** qu'il contient de façon à ce que seul son médecin traitant puisse y avoir accès. Les modalités d'accès et de consultation, notamment concernant les professionnels autorisés, sont définis par les articles R. 1111-26 et suivants du Code de la santé publique ;
- **en cas d'urgence**, tous les professionnels de santé peuvent accéder au DMP, sauf si la personne s'y est préalablement opposée.

Dans le cadre du DMP, un **volet de synthèse médicale** est également élaboré annuellement par le médecin traitant. Il reprend le projet thérapeutique, incluant le calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné[18] (73). Avec l'accord du patient, ce volet de synthèse peut être partagé avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge.

- **Systèmes d'information partagés**

Les systèmes d'information partagés (SIP) sont un levier pour faciliter la communication entre professionnels au sein d'une même structure ou entre plusieurs structures de soins[19] (74, 75).

- **Dossier pharmaceutique** (76)

Le dossier pharmaceutique est créé par le pharmacien d'officine et peut être mobilisé **quand il existe**. Il recense, pour chaque bénéficiaire qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des 4 derniers mois, prescrits par un médecin ou conseillés par un pharmacien.

Il permet de **mieux sécuriser la dispensation des médicaments**, en limitant les risques d'interactions et les traitements redondants. Il est également accessible aux pharmaciens et médecins exerçant en établissements de santé.

- Le dossier pharmaceutique **n'est pas obligatoire** et peut être clôturé à tout moment par le patient.
- Sa consultation ou modification nécessite la carte Vitale et l'accord du patient.

- **Base de données médicales de l'Assurance maladie**

Elle est accessible aux médecins pendant une consultation avec le patient. Avec l'accord du patient et sa carte Vitale, le médecin peut consulter les actes médicaux et paramédicaux ayant été pris en charge par l'Assurance Maladie ainsi que les prescriptions médicales ayant donné lieu à remboursement et les arrêts de travail.

[18] Article L. 1111-15 du CSP modifié par l'article 96 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé.

[19] L'instruction n° DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 prévoit notamment un accompagnement au déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNACs) dans les régions *via* un appel à projets capitalisant sur le programme « Territoire de soins numérique » (TSN). http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-05/ste_20170005_0000_0031.pdf

- **Cahier de liaison**

En l'absence de système d'information partagé, le cahier de liaison, conservé par le patient, peut permettre de communiquer des informations essentielles aux différents professionnels, notamment pour des prises en charge somatiques (chirurgien-dentiste, infirmier libéral [ou salarié exerçant en ville], etc.).

▶ Systèmes d'échanges interactifs et instantanés de type réseau social entre professionnels autorisés

Ces systèmes peuvent permettre aux professionnels d'échanger des informations, des avis et conseils de façon sécurisée[20] *via* des outils informatiques et de se constituer un réseau.

▶ Outils de e-santé mentale : applications mobiles, objets connectés et dispositifs médicaux

Ces outils pourraient être un appui à la coordination interprofessionnelle dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Ils sont en plein développement et en cours d'expérimentation, les professionnels étant actuellement engagés dans des dispositifs innovants dans ce domaine. Ils ont toutefois fait l'objet de peu de programmes d'évaluation scientifique.

[20] Article L. 1110-4-1 du Code de la santé publique.

2.5 Fonctions spécifiques de coordination et *care/case management*

Difficultés rencontrées :

- diversité, complexité, fragmentation et manque de lisibilité de l'offre existante (sanitaire, mais aussi médico-sociale et sociale) perçues par les usagers, leurs proches et par les professionnels : difficultés d'accès aux soins et aux services ;
- manque de transmission d'informations et d'harmonisation des pratiques : redondances en matière d'évaluation des besoins et éventuelles contradictions ;
- manque de temps des professionnels pour assurer la coordination.

Points de vigilance

- La fonction de *care/case management* (coordination de parcours de santé) est en général assurée par un **professionnel référent, initialement impliqué dans la prise en charge du patient, et avec lequel le patient entretient une relation de confiance particulière**.
- S'il est envisagé qu'un **tiers**, ne faisant pas partie des professionnels initialement impliqués dans la prise en charge du patient, assure la fonction de *care/case management* (coordination des parcours de santé) :
  - les **préférences du patient**, qui peut y être réticent, doivent être respectées ;
  - le recours à cette fonction ne doit pas être un **obstacle à l'alliance thérapeutique** s'étant développée de façon duale entre le patient et le soignant assurant initialement sa prise en charge (psychiatre, médecin généraliste, infirmier, psychologue, etc.).
- U**ne supervision régulière et planifiée** du professionnel exerçant une fonction de *care/case management* (coordonnateur des parcours de santé) a été identifiée dans la littérature comme étant associée à une plus grande efficacité des interventions de *care/case management* (77, 78).
- Le recours à une fonction de *care/case management* (coordination de parcours de santé) implique une **transmission d'informations systématique** de la personne assurant cette fonction aux médecins en charge du suivi du patient, qui prennent les décisions thérapeutiques.
- Il est important que soient clairement définies les **compétences** nécessaires à l'exercice de la fonction de *care/case management* (coordination de parcours de santé) ainsi que les **activités relevant de cette fonction**.

▶ Coordination des soins et coordination administrative en premier recours

Le développement du travail en équipes pluriprofessionnelles en premier recours (maisons et centres de santé pluriprofessionnelles notamment) a conduit au développement de nouvelles fonctions aux côtés des médecins. Cela va dans le sens d'un renforcement des soins de premier recours *via* un recours à des fonctions d'appui, par exemple :

- actions de prévention et de suivi de cohortes de patients assurées par un infirmier, par exemple (facilitation de l'accès aux soins, opérationnalisation du suivi thérapeutique, fluidification du parcours, accompagnement à la prise de décisions, etc.) ;

- coordination administrative, assurée le plus souvent par un infirmier coordonnateur ou un titulaire de master en management organisationnel. Les autres professionnels de santé sont ainsi déchargés de certaines tâches (aide à la prise de rendez-vous et facilitation de l'accès aux soins, par exemple) et peuvent se centrer sur les soins aux patients (79).

▶ Fonction de coordination assurée par l'équipe de l'établissement assurant la mission de psychiatrie de secteur

Il existe, dans les secteurs de psychiatrie, des pratiques recouvrant en grande partie celles du *care/case management* (coordination de parcours de santé). Il y est souvent fait référence par les termes « référence soignante ou éducative » ou « fonction de coordonnateur des soins ou de parcours » (23).

Il serait pertinent de **conforter et d'étendre la mission de coordination de parcours de l'équipe de psychiatrie en direction du médecin généraliste traitant dans le cadre de suivis conjoints** : aide à la prise de rendez-vous pour une prise en charge somatique, coordination de transition avec le médecin généraliste à la sortie d'hospitalisation psychiatrique, etc.

Selon les situations et les souhaits du patient, cette fonction de coordination peut être assurée par un infirmier référent, un assistant social, un médecin ou un psychologue, par exemple, en associant éventuellement le praticien de médecine polyvalente de l'équipe de psychiatrie pour garantir la continuité des soins somatiques.

Cette coordination doit, en complément du médecin généraliste, se faire en direction de l'infirmier libéral (ou salarié exerçant en ville), pouvant jouer un rôle de lien et de liant dans la prise en charge, mais également en direction des professionnels des secteurs médico-social et social quand un **accompagnement est nécessaire au-delà du soin**.

Lorsqu'une **coordination des interventions de multiples acteurs des champs sanitaire, médico-social et social est pertinente**, la fonction de *care/case management* peut également, selon les situations et les préférences des patients, être assurée par :

- les acteurs des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH) notamment) ;
- les Plateformes territoriales d'appui (PTA), en développement[21] (80, 81) (cf. page 56).

Points de repère

- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques » (82) ;
- Recommandations de l'ANESM sur les « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap » (83) ;
- Référentiel d'activités et de compétences des gestionnaires de cas MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) (84) ;
- Rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale « Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique » (85).

[21] Article 74 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

2.6 Organisation du travail en équipe au niveau territorial

In fine, l'organisation et la structuration de la coordination implique le **développement du travail en équipes de professionnels** à différents niveaux, concernant des périmètres territoriaux distincts :

- en soins de premier recours, autour du patient, en impliquant l'ensemble des acteurs de proximité (médecins généralistes, infirmiers libéraux [ou salariés exerçant en ville], chirurgiens-dentistes, pharmaciens d'officine, etc.) et des acteurs spécialisés impliqués dans la prise en charge du patient ;
- au niveau de la population, *via* une articulation entre les soins de premier recours, les soins spécialisés en ville et à l'hôpital et les acteurs des secteurs médico-social et social.

Le développement du travail en équipe vise à proposer des soins et des accompagnements **intégrés**, à l'échelle du **territoire le plus pertinent,** pour répondre aux besoins des patients et de la population. Dans le cadre de la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux, il implique :

- un renforcement du rôle du médecin généraliste et des soins de premier recours dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ;
- le développement de communautés de pratiques professionnelles ;
- la mise à disposition de guichets uniques d'accès ;
- une réflexion sur des modalités possibles d'intégration fonctionnelle (cohérence des mécanismes administratifs) et financière (mécanismes d'allocation des ressources, modalités de rémunération et de tarification).

Le travail en équipes, sur un territoire donné, autour d'un projet et d'une population définie, a été organisé localement, *via* des réseaux, des pôles ou des centres et maisons de santé, par exemple. Il s'est parfois également structuré en dehors de dispositifs formels et repose sur une collaboration organisée entre professionnels de spécialités et/ou de disciplines différentes ayant l'habitude de travailler ensemble, n'exerçant pas nécessairement dans un même lieu.

Pour organiser le travail en équipes, les acteurs peuvent mobiliser **tout ou partie des outils décrits ci-avant** afin de faciliter l'identification des ressources disponibles sur le territoire (objectif opérationnel 1), l'échange des informations nécessaires à la prise en charge (objectif opérationnel 2), l'accès aux soins psychiatriques et somatiques ainsi qu'à des prises en charge conjointes (objectif opérationnel 3), mais également des **outils législatifs**, créés dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé (29), décrits ci-après.

Les **ARS**, de par leur **rôle d'accompagnement et d'appui technique**, peuvent apporter une aide logistique au montage de projets visant à améliorer la coordination, ainsi qu'une **aide financière**. Elles portent également une attention particulière à la cohérence et à la complémentarité des projets territoriaux, dont il doit notamment être tenu compte dans le cadre du Projet territorial de santé mentale (PTSM) (30).

➔ Des outils législatifs

Plusieurs outils sont mis à disposition des acteurs par la loi de modernisation de notre système de santé en vue, notamment, d'améliorer la coordination dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux. Ces outils (équipes de soins primaires [ESP], communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS], communautés psychiatriques de territoire [CPT] et plateformes territoriales d'appui [PTA]) sont **mobilisables à différents échelons territoriaux et ont vocation à s'articuler dans le cadre de projets territoriaux de santé mentale (PTSM).**

- **Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM)** (29, 30, 86)

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit qu'un PTSM soit élaboré et mis en œuvre dans un objectif d'« **amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture** ». Il :

- « favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- permet la structuration et la **coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social** ;
- détermine le cadre de la coordination de second niveau et la décline dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur. »

Le PTSM est défini sur la base d'un **diagnostic territorial partagé en santé mentale** établi par les acteurs de santé du territoire en vue d'identifier « **les insuffisances** dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et **dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services**, et de préconiser des actions pour y remédier. »

Le PTSM est « élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre **l'association de l'ensemble des acteurs** » intervenant dans les domaines de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale (**établissements de santé autorisés en psychiatrie, médecins libéraux, psychologues** et ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion notamment).

Lorsque des acteurs de santé mentale prennent l'initiative de l'élaboration d'un PTSM :

- ils s'assurent de la participation des **communautés psychiatriques de territoire (CPT)** lorsqu'elles existent ;
- ils veillent à la cohérence entre le projet médical partagé du ou des groupements hospitaliers de territoire (GHT) présents sur le territoire de santé mentale et le PTSM ;
- ils tiennent compte des projets des **équipes de soins primaires (ESP)**, des **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** et des **plateformes territoriales d'appui (PTA)**.

Ces différents outils sont brièvement décrits ci-après.

« En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'Agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale. »

Les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Le travail en équipes pourra trouver sa place dans le cadre des **équipes de soins primaires (ESP)** et des **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**.

- **Les Équipes de soins primaires (ESP)** (80) sont un mode d'organisation coordonné, conçu par des professionnels de santé. Elles sont constituées d'au moins un **médecin généraliste et regroupent plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours**, exerçant ou non sur un même site et souhaitant se mobiliser autour d'un projet commun bénéficiant à leurs patients (par exemple, la prise en charge des personnes vulnérables, la réponse aux demandes de soins non programmées, etc.).

  - Les ESP peuvent prendre la forme d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un centre de santé, mais peuvent également revêtir des formes de coopération plus légères.
  - Le territoire de mise en œuvre de leur projet est celui de leur patientèle.
  - Le projet doit décrire les engagements des professionnels sur les modalités de travail pluriprofessionnel : organisation des concertations, protocole(s) pluriprofessionnel(s), dispositif d'information sécurisé permettant le partage des données (au minimum, messageries sécurisées de santé), etc.

- **Les Communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS) (80) constituent une forme de coordination plus large que les ESP et émanent de **l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé de ville**. Elles peuvent être constituées d'une ou plusieurs ESP, de professionnels de santé assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui veulent s'organiser pour mieux travailler ensemble sur un territoire donné.

  - Les CPTS se constituent autour d'un projet visant à organiser la réponse à un besoin de santé sur un territoire *via* une approche de responsabilité populationnelle.
  - Le territoire couvert par le projet est celui de la population concernée et est plus large que celui de la patientèle des professionnels impliqués.

Les communautés psychiatriques de territoire (CPT)

Les **équipes des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur**, ayant notamment pour mission de garantir à l'ensemble de la population, sur une zone d'intervention définie, un recours de proximité en soins psychiatriques, une accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques et la continuité de ces soins, sont également **l'un des moteurs de l'organisation du travail en équipe sur leur zone d'intervention**. À ce titre, il est attendu qu'elles coopèrent avec les ESP et CPTS et participent aux actions menées en matière de prévention, de soins et d'insertion (29)[22]. Cela peut être mis en œuvre à un échelon territorial plus large que le secteur de psychiatrie, notamment dans le cadre de **communautés psychiatriques de territoires (CPT)** regroupant des établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie[23].

Elles sont créées à l'initiative des établissements de santé de service public hospitalier et regroupent les établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie signataires d'un même contrat territorial de santé mentale sur la base du volontariat. Elles visent à offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture. Elles impliquent que des modalités de coordination avec les ESP, les CPTS et les autres acteurs du PTSM soient définies et précisées dans la convention (87).

[22] Article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé.

[23] En complément, les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) peuvent également favoriser la coordination avec la médecine générale. Il s'agit d'un dispositif conventionnel, obligatoire depuis juillet 2016, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé. Ce projet médical partagé implique notamment la mise en œuvre des actions nécessaires à la réduction des inégalités d'accès aux soins somatiques pour les populations vulnérables, incluant les personnes souffrant de troubles mentaux. (Article 74 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.)

Les plateformes territoriales d'appui (PTA)

Enfin, les **plateformes territoriales d'appui (PTA)** peuvent constituer un guichet unique notamment d'information et d'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire et pour la gestion et la coordination des parcours de santé complexes.

Elles peuvent être constituées par l'ARS, sur la base des initiatives des acteurs du système de santé (80, 81). Elles ont vocation à :

- informer et orienter des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;
- aider les professionnels de santé (notamment les médecins généralistes) pour la gestion et la coordination des parcours de santé complexes ;
- apporter un soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Les ESP et les CPTS peuvent bénéficier, à leur demande, des services offerts par les PTA (80).

Elles peuvent être déclenchées par le médecin traitant ou par un médecin en lien avec lui. Le patient est informé du recours à la PTA qui propose un service polyvalent permettant d'offrir une réponse globale au patient.

L'ANAP a élaboré un document visant à aider à la mise en œuvre des missions et à l'organisation de plateformes territoriales d'appui (88).

3. Freins et leviers à la mise en œuvre de la coordination

Plusieurs freins et leviers à la mise en œuvre et à la pérennisation de la coordination ont été identifiés *via* la recherche bibliographique et par les experts du groupe de travail.

Freins :

- représentations négatives réciproques et méconnaissances des rôles et compétences des autres catégories professionnelles ;
- évolution constante et complexité de la législation pouvant réduire la connaissance et la maîtrise de certains dispositifs visant à favoriser la coordination ;
- réticence des patients au second recours et au partage d'informations : représentation sociétale et stigmatisation de la maladie mentale ;
- faible attention portée aux troubles physiques des patients souffrant de troubles mentaux par les professionnels ;
- manque de connaissance des patients et de leurs proches sur les comorbidités somatiques associées aux troubles mentaux et sur leurs traitements ;
- réticence au changement ;
- manque de temps pour la coordination et de valorisation du temps de coordination dans un cadre démographique restreint, notamment pour les professionnels libéraux ;
- difficultés d'accès aux psychothérapies dispensées en ville par des psychothérapeutes non médecins en raison de leur non-remboursement ;
- précarité des financements dans le cadre d'expériences d'amélioration de la coordination ;
- cloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social.

3.1 En amont de la coordination : motivation, convictions et implication des acteurs

Plus qu'un levier, la motivation, les convictions et l'implication des acteurs constituent un prérequis à la mise en œuvre d'une coordination effective et à sa pérennisation.

▶ Du côté des professionnels

Cela nécessite une connaissance et une reconnaissance réciproques des rôles et des compétences de chacun, dans le but de développer une culture partagée et une envie de travailler ensemble. Cela nécessite aussi la conviction des acteurs sur le fait que la coordination améliore la prise en charge des patients et facilite l'accomplissement des tâches pour les professionnels. Cela est en effet une potentielle source de plus grande satisfaction et un facteur protecteur de l'épuisement au travail (89). Plusieurs leviers peuvent être mobilisés :

- Formation, initiale et continue

  Exemples : possibilité d'intégration de stages en psychiatrie en alternance avec le stage en médecine générale au cours de la formation initiale ; de même, possibilité de réciprocité de stages pour les internes en psychiatrie, sur le modèle des formations croisées qui avaient été proposées par la faculté

de médecine de Montpellier ; stages pluriprofessionnels en ville pour les élèves infirmiers, par exemple dans des cabinets de médecins généralistes ; formation paramédicale en coordination de parcours ; ciblage des soins coordonnés dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux comme une orientation prioritaire de formation continue (parcours de Développement professionnel continu [DPC], actions portées ou non par des organismes de DPC).

- Accompagnement des professionnels, et travail sur les représentations réciproques (ARS, URPS, organisations professionnelles et syndicales, sociétés savantes)
- Valorisation de la coordination dans le cadre éthique et déontologique (Ordres professionnels)
- Informations sur les dispositifs législatifs visant à favoriser la coordination (ARS)

Exemples : Le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS ; www.paps.sante.fr) et le portail national des ARS (www.ars.sante.fr) sont des leviers de diffusion des informations relatives à ces dispositifs.

▶ Du côté des patients et des proches

La **conviction des patients** quant à l'importance de la coordination et du partage d'informations, pour garantir la qualité et la continuité des soins, est également indispensable pour que soit assurée une coordination interprofessionnelle. Pour cela, il est important que les patients, mais également leurs proches, avec l'accord des patients, soient alertés et informés sur le fait que :

- le trouble mental s'inscrit dans l'histoire globale de la personne ; sa prise en charge peut donc nécessiter l'intervention de différents professionnels tout au long du parcours de vie, notamment de soins ;
- les troubles mentaux sont associés à davantage de risques de troubles somatiques et odontologiques, pouvant conduire à des pathologies chroniques graves et à une mortalité prématurée. Des consultations régulières avec un médecin traitant, généraliste le plus souvent, et un chirurgien-dentiste, à titre préventif et dès l'apparition de signes d'appel inhabituels, sont donc nécessaires ;
- l'alliance thérapeutique, développée entre le patient et le professionnel/l'équipe de soins, s'inscrit dans le cadre du secret professionnel, qui garantit la confidentialité des informations échangées.

L'**implication du patient dans la gestion de sa maladie**, par la mobilisation de ses compétences et de ses ressources, est un levier majeur pour conserver et améliorer son autonomie, ce à quoi l'éducation thérapeutique peut contribuer. Cette recherche d'autonomie peut constituer un objectif consensuel pour l'ensemble des professionnels impliqués autour du patient, et ainsi favoriser la coordination.

3.2 Accompagnement du changement

Le développement d'interactions entre professionnels n'est pas instantané et requiert du temps. Lors du développement de nouveaux dispositifs de coordination, plusieurs leviers peuvent favoriser sa mise en œuvre et sa pérennité :

- évaluation préalable des besoins en termes de coordination (au niveau de la pratique individuelle, de la structure ou au niveau territorial), en distinguant ce qui relève de l'intégration des pratiques cliniques et ce qui relève du fonctionnement des structures, pour agir en cohérence sur les deux registres et avec les autres dispositifs existants ;
- prise en compte des expériences menées localement et au niveau national et international et appui sur les données les plus récentes de la science ;
- développement progressif et flexible reposant sur des relations inter professionnelles préalables ;
- implication de tous les acteurs (médecins généralistes et professionnels spécialisés et non spécialisés en psychiatrie et santé mentale, patients et proches, etc.) (90) dans le développement d'un projet collectif en tenant compte du contexte local, des ressources disponibles et des besoins, tout en tendant vers une équité nationale ;
- formation des professionnels aux nouveaux dispositifs de coordination ;
- *leadership* dans l'accompagnement du changement : en promouvoir la légitimité sur le terrain et au niveau de la gouvernance ;
- démarche d'amélioration continue de la qualité ;

- évaluation de l'efficacité (critères cliniques, mais également qualité de vie et satisfaction des usagers et des professionnels, par exemple) et de l'efficience avec retour d'information aux usagers et aux professionnels. Des indicateurs de qualité et sécurité des soins sont actuellement en cours de développement sur le thème de la coordination ville-hôpital en lien avec le médecin généraliste.

En complément, un portage politique et institutionnel peut favoriser l'amélioration de la coordination interprofessionnelle par :

- la reconnaissance des fonctions de coordinateur administratif au sein d'équipes de soins de premier recours, et des fonctions d'appui que peuvent jouer les infirmiers, libéraux (ou salariés exerçant en ville) et de secteur, dans la mission de coordination des soins : levier pour conforter la position de ces professionnels au sein des équipes et pour susciter l'envie de se former et d'acquérir les compétences spécifiques nécessaires ;
- un accès facilité aux psychothérapies dispensées en ville par des psychothérapeutes non médecins, notamment *via* un remboursement des consultations par l'Assurance maladie : possibilité de réponses graduées, un recours aux traitements médicamenteux n'étant pas toujours nécessaire en première intention, en particulier pour les patients souffrant de troubles mentaux légers à modérés ;
- financements pérennes et modalités de rémunération et de tarification adaptées[24].

[24] La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie prévoit des modalités de rémunération visant à favoriser la coordination entre les interventions des spécialistes de premier et de second recours (91).

Conclusion et perspectives

Un processus progressif et continu

La coordination interprofessionnelle, quelle qu'en soit la forme, nécessite que **les acteurs échangent et se connaissent**. Ainsi, l'amélioration de la coordination, dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins, doit être envisagée comme un **processus progressif et continu** :

- impliquant une volonté et une conviction des différents acteurs ;
- et tenant compte de la diversité des besoins et de la complexité des situations, ainsi que du contexte local pour développer des organisations adaptées tout en recherchant une équité au niveau national.

Une planification, un pilotage et une régulation aux différents échelons du territoire

Toutefois, dans un contexte démographique très contraint pour les professionnels de santé, **la motivation, les convictions et la mobilisation d'acteurs très impliqués ne suffisent pas**. De même, l'utilisation par les professionnels de terrain des repères et outils proposés dans ce guide, qu'ils soient les plus simples (accès téléphonique direct organisé, par exemple) ou les plus complexes et structurés (dispositifs intégrés type *collaborative care* (soins collaboratifs), par exemple) **ne permettra pas une coordination effective et pérenne** sans qu'**une planification, un pilotage et une régulation** ne soient assurés aux différents échelons du territoire.

La question de la coordination interprofessionnelle dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale s'inscrit dans le cadre législatif qui met à disposition des acteurs différents outils pour la mettre en œuvre et la renforcer. La loi de modernisation de notre système de santé précise en effet, dans son article 69, que « la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale » et « est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion » (29). L'accent y est mis sur la coordination territoriale et un travail partenarial entre acteurs matérialisés dans le cadre d'un projet territorial de santé mentale (PTSM) « élaboré à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs » et « dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ».

Dans ce cadre, le renforcement de la coordination interprofessionnelle devra être opérationnalisé et suivi sur le terrain et pourra notamment s'appuyer sur :

- **Des instances de concertation** réunissant tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ainsi que les représentants des usagers et des familles : réalisation d'un diagnostic territorial pour identifier les besoins et des solutions pour y répondre.

  Ces instances de concertation peuvent, par exemple, être formalisées dans le cadre de conseils locaux de santé, de conseils locaux de santé mentale (CLSM), d'ateliers santé ville ou de plateformes territoriales d'appui (PTA) et, plus globalement, autour d'un PTSM. En l'absence d'initiatives des acteurs de terrain pour mettre en place ces instances de concertation, il est nécessaire que la gouvernance, notamment les ARS, les suscite et garantisse les moyens de cette concertation.

- **Un pilotage opérationnel de la coordination**

  La désignation de pilotes responsables de la mise en œuvre de la coordination est nécessaire. Ce pilotage peut être assuré par une équipe de professionnels, représentant les différents acteurs impliqués et dont la composition peut varier selon les besoins et les périmètres territoriaux considérés.

  À titre d'exemple, à l'échelle du secteur de psychiatrie, une équipe associant un psychiatre et un infirmier de l'équipe de psychiatrie ainsi qu'un médecin généraliste, sous réserve de disposer d'un temps de coordination dédié, pourrait être en charge de renforcer et fluidifier la coordination entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur.

- **Un accompagnement et une régulation aux échelons régional et national :**
  - un accompagnement et un appui technique par les ARS ;

- un suivi et une évaluation des dispositifs de coordination mis en œuvre, dans un objectif d'amélioration continue, en prenant en compte les spécificités locales ;
- une réflexion sur des modalités de rémunération et de tarification adaptées pour favoriser la mise en œuvre de la coordination, mais également la pérennisation des dispositifs ayant montré des résultats probants.

Annexe. Repères et outils spécifiques aux situations rencontrées

- Cette annexe pratique s'adresse spécifiquement au médecin généraliste et aux professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale.
- Elle propose des repères et outils pour la coordination dans trois situations différentes.

Situation 1 : patients souffrant de troubles mentaux pris en charge par le médecin généraliste

Étape 1 : Le médecin généraliste identifie la nécessité d'un avis/conseil spécialisé ou d'un adressage vers des soins spécialisés et contacte un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale

Les besoins du médecin généraliste (en accord avec le patient) :

- identifier des professionnels ressources (psychiatres et psychologues libéraux, équipes de psychiatrie) à même de l'accompagner dans la prise en charge ;
- joindre un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale, dans un délai court si l'urgence de la situation l'impose ;
- obtenir facilement et rapidement **si besoin**, avec l'accord du patient :
  - un rendez-vous pour une consultation ;
  - une intervention de l'équipe de psychiatrie au domicile du patient ou au cabinet du médecin généraliste ;
  - une prise en charge en hospitalisation, programmée ou non.

Si le médecin généraliste ne dispose pas d'un réseau, formel ou informel, il doit pouvoir :

- se renseigner sur les ressources présentes sur le territoire en consultant notamment les annuaires de ressources existants ;
- être à l'initiative d'échanges avec les autres professionnels du territoire et/ou participer à des rencontres pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires déjà organisées.

Si le médecin généraliste ne peut pas accéder à l'avis/ conseil ou à la prise en charge spécialisée dont il a besoin dans un délai raisonnable au regard de la situation, il est souhaitable que :

- les professionnels spécialisés s'organisent pour, *a minima* :
  - garantir un accès téléphonique direct au médecin généraliste pour avis/conseil (ligne téléphonique dédiée, etc.) ;
  - réserver des plages horaires pour des consultations non programmées permettant une réponse à l'urgence.

Étape 2 : Une première évaluation est réalisée par le professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale

Les besoins du médecin généraliste :

- disposer des éléments nécessaires à une première évaluation et être en mesure d'identifier son rôle attendu dans la prise en charge à la suite de l'adressage.

➔ Dans le cadre d'une première demande d'avis ou d'adressage, hors situation d'urgence

Le médecin généraliste :

- discute avec le patient de la nécessité du recours aux soins spécialisés : objet du recours (avis/conseil ou adressage) et rôles attendus de chaque professionnel dans les suites de la prise en charge. Avec l'accord du patient, les proches peuvent être associés à la démarche ;
- transmet, en accord avec le patient, les informations nécessaires au professionnel spécialisé, notamment :

  - le motif du recours au professionnel spécialisé, formulé sous la forme d'une question ;
  - les éléments symptomatiques et les hypothèses diagnostiques ;
  - les problèmes de santé somatiques et les traitements en cours ;
  - les éléments de l'histoire médicale et psychiatrique (antécédents connus et éléments de contexte) (exemple : date de début des troubles, évolution des symptômes) ;
  - les réactions notables liées à des traitements précédemment ou actuellement prescrits pour le trouble psychique ;
  - les faits marquants de l'histoire personnelle du patient et de son contexte de vie ;
  - les attentes relatives aux modalités de suivi partagé du problème psychique ;
  - les pistes thérapeutiques, notamment psychothérapeutiques, envisagées ;
  - les informations échangées avec le patient pour justifier d'une consultation auprès d'un professionnel spécialisé.

Ces informations sont transmises par écrit au professionnel spécialisé, par messagerie sécurisée ou par tout autre moyen garantissant la confidentialité des informations.

Elles sont également transmises par courrier au patient (ou à son tuteur) et versées à son dossier médical partagé s'il existe.

Point de repère

Recommandations du CNQSP sur les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une première demande de consultation du médecin généraliste au psychiatre (28)

➔ En cas d'urgence (hors nécessité de recourir à des soins sans consentement), si une hospitalisation est nécessaire

Une lettre d'entrée est rédigée par le médecin généraliste/médecin traitant qui adresse le patient. Elle inclut les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont le praticien dispose sur son lieu d'intervention, notamment : les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus.

Ces informations sont transmises par écrit au professionnel spécialisé, par messagerie sécurisée ou par tout autre moyen garantissant la confidentialité des informations.

Un courrier est également remis au patient (ou à son tuteur) et est versé à son dossier médical partagé s'il existe.

Étape 3 : Le professionnel spécialisé fait un retour au médecin généraliste

Les besoins du médecin généraliste

➔ Disposer des éléments nécessaires pour définir, avec le patient, une stratégie thérapeutique adaptée, que ce soit suite à une consultation ou à une hospitalisation.

➔ Dans le cadre d'une première demande d'avis/conseil ou d'adressage

- Les informations transmises par le professionnel spécialisé au médecin généraliste intègrent notamment :

  - des réponses aux questions formulées par le médecin généraliste ;
  - un avis diagnostique ou un énoncé des hypothèses diagnostiques ;
  - risques évolutifs immédiats ;
  - facteurs environnementaux ;
  - projet de soins ;
  - organisation de la prise en charge ;
  - prescription médicamenteuse ;
  - éléments de surveillance ;
  - modalités psychothérapeutiques du suivi.

Ces informations sont transmises par écrit au médecin généraliste, par messagerie sécurisée ou par tout autre moyen garantissant la confidentialité des informations.

Elles sont également transmises par courrier au patient (ou à son tuteur) et versées à son dossier médical partagé s'il existe.

Point de repère

Recommandations du CNQSP sur les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une première demande de consultation du médecin généraliste au psychiatre (28)

➔ Si une hospitalisation a eu lieu

Une lettre de sortie d'hospitalisation (lettre de liaison ville-hôpital) est rédigée par le praticien qui a pris en charge le patient (psychiatre, urgentiste, etc.). Elle contient les informations utiles à la continuité des soins, notamment le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour (résultats des évaluations psychiatriques et somatiques), les traitements prescrits à la sortie et arrêtés pendant le séjour et les suites à donner (actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières).

Ces informations sont transmises par écrit au médecin généraliste, par messagerie sécurisée[25] ou par tout autre moyen garantissant la confidentialité des informations.

Un courrier est également remis au patient (ou à son tuteur) et est versé à son dossier médical partagé s'il existe.

Cas particulier : spécificités et difficultés attachées à la prise en charge quand le patient n'est pas demandeur de soins psychiatriques

Si le patient refuse des soins psychiatriques, ils ne peuvent être imposés… Le médecin généraliste est limité et doit s'organiser à son niveau. Il peut toutefois :

- alerter et informer le patient pour essayer de le convaincre. Il peut également s'appuyer, avec l'accord du patient, sur sa famille et ses proches ;
- échanger avec des professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale et solliciter des avis et conseils pour assurer la prise en charge.

Des consultations conjointes médecin généraliste/professionnels spécialisés peuvent également constituer une modalité d'organisation pour faciliter l'adhésion du patient *via* le développement d'un lien privilégié (à son domicile ou au cabinet du médecin généraliste).

Enfin, si les troubles mentaux du patient rendent impossible son consentement et que son état mental impose des soins immédiats tels que définis dans l'article L. 3212-1 du Code de la santé publique, des soins psychiatriques sans consentement constituent un dernier recours.

[25] Article L. 1110-4-1 du code de la santé publique,

Situation 2 : patients souffrant de troubles mentaux pris en charge par des professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale

Nécessité d'un accès aux soins somatiques (avis, conseils, adressage pour une prise en charge) ou besoin d'un relais dans le cadre d'une prise en charge globale

Étape 1 : Identifier et joindre le médecin généraliste/médecin traitant

➔ Si le patient a désigné un médecin généraliste traitant

- Les professionnels spécialisés renseignent les coordonnées du médecin généraliste traitant dans le dossier médical du patient.
- Le médecin généraliste :
  - garantit un accès par téléphone aux professionnels spécialisés ;
  - facilite la prise de rendez-vous pour les patients dont il est le médecin traitant, en particulier quand ils sont adressés par des professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale

➔ Si le patient n'a pas désigné de médecin traitant, a désigné un médecin généraliste traitant mais ne souhaite pas communiquer ses coordonnées, ou ne souhaite pas le consulter

- Les professionnels spécialisés :
  - alertent et informent le patient, et, avec son accord, sa famille et ses proches, sur les risques somatiques, bucco-dentaires et sur les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse ;
  - alertent et informent le patient sur la nécessité de désigner un médecin traitant, généraliste le plus souvent, et l'accompagnent dans ces démarches si nécessaire ;
  - dans certains établissements, le praticien de médecine polyvalente exerçant au sein d'un établissement de soins de santé mentale peut être amené à intervenir, en particulier si le patient est réticent à consulter un médecin généraliste traitant ; dans d'autres, un médecin généraliste vacataire peut assurer des consultations sur place pour faciliter l'adhésion du patient.
- Le médecin généraliste, dans la mesure du possible :
  - facilite la prise de rendez-vous pour les patients non connus, en particulier lorsqu'ils sont adressés par des professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale ;
  - accepte, si le patient est demandeur, d'être désigné comme médecin traitant.

Étape 2 : Partager les informations utiles

➔ Quelles-sont les informations utiles ?

- Des professionnels spécialisés au médecin généraliste :

- informations sur l'histoire et le suivi psychiatrique : avis / hypothèses diagnostiques, risques évolutifs, projet de soins, traitements, éléments de surveillance, etc. ;
- état somatique du patient et questions éventuelles sur la prise en charge.

- Du médecin généraliste aux professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale :
  - traitements en cours ;
  - résultats des analyses biologiques ;
  - évolution générale et évolution des symptômes ;
  - projet de soins actualisé.

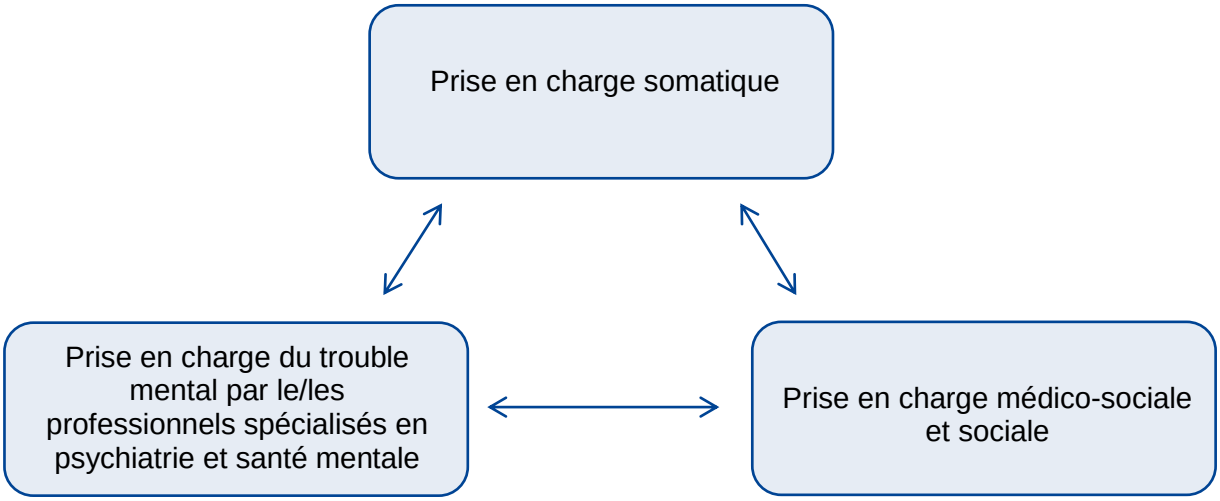
➔ Comment les transmettre ?

En l'absence de système d'information partagé, les informations sont transmises aux autres professionnels impliqués dans la prise en charge par messagerie sécurisée ou par tout autre moyen garantissant la confidentialité des informations. Un courrier est également transmis au patient (ou à son tuteur) et est versé au dossier médical partagé s'il existe. Selon les situations, le partage d'informations entre professionnels peut également se faire par l'intermédiaire du patient, *via* le cahier de liaison, par exemple.

Étape 3 : Définir les modalités de collaboration entre le médecin généraliste et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale

- Définir ensemble, en associant le patient ainsi que, avec son accord, sa famille et ses proches :
  - les rôles de chacun dans la prise en charge, en incluant l'ensemble des acteurs impliqués autour du patient (infirmiers libéraux [ou salariés exerçant en ville], pharmaciens d'officine et chirurgiens-dentistes notamment) ;
  - les modalités de communication : vecteurs de communication, fréquences des échanges ;
  - les modalités de prévention et de gestion des situations de crise ou d'urgence.
- Assurer ensemble une prévention et un suivi somatique et bucco-dentaire.
- Évaluer régulièrement le travail partenarial, dans une logique d'amélioration continue.

Situation 3 : Situations complexes impliquant plusieurs intervenants des champs sanitaire mais également médico-social et social



Si le patient est pris en charge par un établissement ou service social ou médico-social (ESSMS) :

- recueillir auprès du patient les noms et coordonnées des acteurs qui l'accompagnent au sein de ce service, ainsi que, le cas échéant, ceux de la personne assurant le rôle de référent au sein de l'établissement ou service ;
- définir les modalités de collaboration avec les professionnels de l'établissement ou service social ou médico-social : partage des informations (avec l'accord du patient), fréquence des rencontres et modalités de communication, gestion des situations d'urgence, rôle de chacun dans la prise en charge et dans l'accompagnement ;
- être joignable et disponible en cas de besoin de l'établissement ou service social ou médico-social ;
- recourir éventuellement au *care/case management* (coordination de parcours de santé).

Si le patient ne bénéficie pas d'un accompagnement/d'une prise en charge par un établissement ou service social ou médico-social, mais qu'un besoin est identifié :

- évaluer les besoins en accompagnement du patient et compléter avec lui un dossier MDPH ;
- identifier les ressources présentes sur le territoire et contacter les acteurs concernés :
  - les acteurs des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH) notamment) ;
  - les Plateformes territoriales d'appui (PTA), en développement[26] (80, 81) ;
  - etc.

[26] Article 74 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&idArticle=JORFARTI000031913316&categorieLien=cid

Points de repère

- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM : « Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques » (82)
- Recommandations de l'ANESM sur les « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap » (83)
- Référentiel d'activités et de compétences des gestionnaires de cas MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) (84)
- Rapport du Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale : « Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique » (85)

Références

1. Kannas S, Hardy-Baylé MC, Reboul G, Milleret G, Hennart C, Ganne-Klodzinski V, *et al.* Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? Pluriels 2011;(92-93).

2. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, *et al.* What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. BMC Public Health 2007;7:188.

3. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, *et al.* General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. BMC Fam Pract 2005;6:18.

4. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2015. Paris: CNAMTS; 2014. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2015.pdf

5. World Organization of Family Doctors. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. [sl]: WONCA; 2002. http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

6. Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. Rev Fr Aff Soc 2007;(1):109-26.

7. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, *et al.* Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10(1):52-77.

8. Fédération française de psychiatrie, Conseil national professionnel de psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie. Paris: FFP; 2015. http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf

9. Disability Rights Commission. Equal treatment: closing the gap. A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems. Formal investigation report. Part 1. Leeds: DRC; 2006. https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/DRC-Health-FI-main.pdf

10. Caisse nationale de l'assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Paris: Cnam; 2018. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf

11. Mesidor M, Gidugu V, Rogers ES, Kash-MacDonald VM, Boardman JB. A qualitative study: barriers and facilitators to health care access for individuals with psychiatric disabilities. Psychiatr Rehabil J 2011;34(4):285-94.

12. Organisation mondiale de la santé. La prévention du suicide. Indications pour les médecins généralistes. Genève: OMS; 2001. http://www.who.int/mental_health/media/en/57.pdf?ua=1

13. Haute Autorité de Santé. « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? ». Note méthodologique et de synthèse documentaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf

14. Cabaret W. Un réseau de soins somatiques en psychiatrie. Soins Psychiatr 2006;27(247):27-30.

15. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». Info Psy 2014;90(5):311-7.

16. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, *et al.* Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Info Psy 2014;90(5):341-52.

17. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40(11):892-8.

18. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. Médecine 2008;4(6):279-83.

19. Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. Améliorer les échanges d'informations. « Quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre doit lui transmettre après un premier adressage d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique (lorsque les professionnels ne travaillent pas dans un dispositif dédié à la coopération médecin généraliste – psychiatre?) ». Recommandation de bonne pratique sur

le thème de la coopération psychiatres-médecins généralistes. Pacé: CNQSP; 2011. https://www.cnpp-cnqsp.com/blank-dvouy

20. Durbin J, Barnsley J, Finlayson B, Jaakkimainen L, Lin E, Berta W, *et al.* Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters. J Behav Health Serv Res 2012;39(4):445-61.

21. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique. Texte des recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf

22. Roman C, Guy C, Gobbo J, Dubreucq J. Décloisonner l'offre de soins et de services. Santé Mentale 2017;(216):72-6.

23. Glaser C. La dynamique du case management. Santé Mentale 2017;(216):34-7.

24. Le Bihan E, Daumerie N, Kruhelski G, Ramonet M, Defromont L. Un case management flexible et partagé. Santé Mentale 2017;(216):66-71.

25. Bloch MA, Hénaut L, Havis D. Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Paris: Dunod; 2014.

26. Petitqueux-Glaser C, Acef S, Mottaghi M. *Case management*: quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? Vie Sociale 2010;(1):109-28.

27. Collège de la médecine générale, Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés. Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur [En ligne]. Lille: Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France; 2014. https://www.f2rsmpsy.fr/549-charte-partenariat-medecine-generale-psychiatrie-secteur.html

28. Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. 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. Recommandation de bonne pratique. Pacé: CNQSP; 2010. https://www.cnpp-cnqsp.com/blank-dvouy

29. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel 2016;27 janvier.

30. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. Journal Officiel 2017;29 juillet.

31. Portail d'accompagnement des professionnels de santé Bretagne. Groupes qualité en médecine générale [En ligne] 2015. http://www.bretagne.paps.sante.fr/Groupes-qualite-en-medecine-generale.36793.0.html

32. Alezrah C. L'Equipe Mobile d'Argelès en Psychiatrie (EMAP). Séminaire de La Bussière, Strasbourg, 11-12 juin 2015 [En ligne] 2015. http://www.cme-psy.fr/ANPCME/AMEMBRE/FILEDOC/source/Publications/document/Prsentation_EMAP_Dr_ALEZRAH.pdf

33. Fau L, Gelas Ample B, Pillot Meunier F. Psychiatrie et médecine générale : un futur commun ? Info Psy 2017;93(2):107-10.

34. Coordination pour la recherche et l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé. Pôle Cristales. Ville-Evrard: Etablissement public de santé; 2016. http://www.eps-ville-evrard.fr/fileadmin/webmestre-fichiers/CRISTALES/FICHE_POLE_CRISTALES_12_fevrier_2016_EPSVE.pdf

35. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Afrite A, Mousquès J. Formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). DT 2014;(62).

36. Defromont L, Verriest O, Dudenko P. Les médecins généralistes au coeur de la santé mentale. Rev Hosp Fr 2012;(547):26-9.

37. Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry 2010;32(3):246-54.

38. Réseau promotion santé mentale 78 sud. Rapport d'activité 2015. Le Chesnay: RPSM 78; 2016. https://www.rpsm78.com/pdf/RPSM78_RAPPORT_ACTIVITE_2015.pdf

39. Younès N, Passerieux C, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Gasquet I. Long term GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems. BMC Fam Pract 2008;9:41.

40. Union régionale des professionnels de santé Midi Pyrénées. Bilan DSPP au 24/11/2017. 2e évaluation ARS à 9 mois de l'ouverture du DSPP. Toulouse: Centre hospitalier G. Marchant; 2017.

41. Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. Psychol Med 2006;36(1):7-14.

42. Bonsack C, Conus P. Le case management clinique en santé mentale. Santé Mentale 2017;(216):24-31.

43. Van den Broeck K, Remmen R, Vanmeerbeek M, Destoop M, Dom G. Collaborative care regarding major

depressed patients: a review of guidelines and current practices. J Affect Disord 2016;200:189-203.

44. Bonsack C, Conus P, Bloch MA, Hénaut L, Glaser C, Friard D*, et al.* Case management en santé mentale [dossier]. Santé Mentale 2017;(216):23-79.

45. Bonsack C, Golay P, Gibellini Manetti S, Gebel S, Ferrari P, Besse C*, et al.* Linking primary and secondary care after psychiatric hospitalization: comparison between transitional case management setting and routine care for common mental disorders. Front Psychiatry 2016;7:96.

46. World Health Organization, World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care. A global perspective. Geneva;London: WHO;WONCA; 2008. http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf

47. Acef S, Barreyre JY, Bouquet T. De la démarche d'évaluation et de concertation territoriale vers les dispositifs intégrés. *Expérimentation en Ile-de-France dans le domaine de l'autisme*. Vie Sociale 2014;(6):13-35.

48. Haute Autorité de Santé. Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ? Note méthodologique et de synthèse documentaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_integration__25_09_2014.pdf

49. Gunn J, Diggens J, Hegarty K, Blashki G. A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. BMC Health Serv Res 2006;6:88.

50. Community Preventive Services Task Force. Recommendation from the Community Preventive Services Task Force for use of collaborative care for the management of depressive disorders. Am J Prev Med 2012;42(5):521-4.

51. American Psychiatric Association, Academy of Psychosomatic Medicine. Dissemination of integrated care within adult primary care settings. The collaborative care model. Arlington: APA; APM; 2016. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/professional-interests/integrated-care/get-trained/about-collaborative-care

52. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults. Quality standard. London: NICE; 2011. https://www.nice.org.uk/guidance/qs8/resources/depression-in-adults-pdf-58302785221

53. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Q 1999;77(1):77-110.

54. Aragonès E, López-Cortacans G, Sánchez-Iriso E, Piñol JL, Caballero A, Salvador-Carulla L*, et al.* Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care. J Affect Disord 2014;159:85-93.

55. Aragonès E, Piñol JL, Caballero A, López-Cortacans G, Casaus P, Hernández JM*, et al.* Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. J Affect Disord 2012;142(1-3):297-305.

56. Agence des systèmes d'information partagés de santé. Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) au service du parcours patient [En ligne] 2016. http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/hit_2016_ror_parcours_soins.pdf

57. François P, Philibert AC, Esturillo G, Sellier E. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale. Presse Méd 2013;42(1):e21-7.

58. Haute Autorité de Santé. Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques (GAP). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf

59. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. Journal Officiel 2016;22 juillet.

60. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel 2002;5 mars:4118-59.

61. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. Journal Officiel 2016;22 juillet.

62. Hardy-Baylé MC, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? Info Psy 2014;90(5):359-71.

63. Massé G, Rauzy A, Séguier N, Straub D, Vaiva G. L'intervention de crise. A quoi servent les urgences psychiatriques ? Pluriels 2006;(56).

64. Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux Ile-de-France. Charte de confiance. Plateformes de prise de rendez-vous en ligne. Paris: URPS médecins libéraux Ile-de-France; 2018. https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2018/02/URPS-m%C3%A9decins-IDF-charte-e-rdv-medicaux-2018.pdf

65. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. L'organisation des centres médico-psychologiques. Bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences. Paris: MeaH; 2008. http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Images/Initiatives/Bpo_CMP_v6.pdf

66. Haute Autorité de Santé. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Sécuriser la prise en charge

médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf

67. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux. Guide. Saint-Denis La Plaine: Anesm; 2017. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/guide_des_problemes_somatiques.pdf

68. Haute Autorité de Santé. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? Fiche Points clés et solutions. Organisation des parcours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf

69. Haute Autorité de Santé. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie : 14 outils d'amélioration des pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie

70. Conseil national de l'ordre des médecins, Commission nationale de l'informatique et des libertés. Guide pratique sur la protection des données personnelles. Paris: Cnom; 2018. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guide_cnom_cnil_rgpd.pdf

71. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale e-santé 2020. Le numérique au service de la modernisation et de l'efficience du système de santé. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2016. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_e-sante_2020.pdf

72. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. Journal Officiel 2016;5 juillet.

73. Haute Autorité de Santé. Synthèse médicale : quel contenu ? Analyse bibliographique réalisée entre décembre 2011 et février 2012. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/synthese_medicale_quel_contenu_analyse_bibliographique.pdf

74. Direction générale de l'offre de soins, Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction n° DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNACs) dans les régions. Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité 2017;2017/5.

75. Haute Autorité de Santé. Axe : système d'information [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1757246/fr/axe-systeme-d-information

76. Direction de l'information légale et administrative. Dossier pharmaceutique. Fiche pratique [En ligne] 2017. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16033

77. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression. A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med 2006;166(21):2314-21.

78. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. Br J Psychiatry 2006;189(6):484-93.

79. Holué C. Coordination en équipe de soins primaires. Pourquoi, comment, par qui ? [dossier]. Concours Méd 2017;139(3):20-9.

80. Direction générale de l'offre de soins, Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité 2017;2017/1.

81. Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. Journal Officiel 2016;6 juillet.

82. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2016. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_1__rbpp_accompagnement_adultes_handicapes_psychiques_2016.pdf

83. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap. Synthèse et outils. Saint-Denis La Plaine: Anesm; 2018. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/coordination_synthese_et_outils.pdf

84. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. MAIA [En ligne] 2018. https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia

85. Centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale, Hardy-Baylé MC. Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique. Le Chesnay: CDPPSM; 2015. http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2015/11/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf

86. Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la cohésion sociale, Direction générale de la santé. Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale. Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité 2018;2018/6.

87. Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire. Journal Officiel 2016;28 octobre.

88. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 2 : mise en oeuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui. Paris: ANAP; 2018. http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/organisations-territoriales-au-service-de-la-coordination-tome-2-mise-en-oeuvre-des-missions-et-organisation-dune-plateforme-territoriale-dappui/

89. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2011. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000201.pdf

90. Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R*, et al.* Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. BMC Health Serv Res 2011;11:66.

91. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Journal Officiel 2016;23 octobre.

Participants

▶ Équipe ayant participé à l'élaboration du guide, de la synthèse et du rapport méthodologique

Sous la direction de Marie-Hélène RODDE-DUNET, chef du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours (SA3P) et directrice adjointe de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS), et de Marc FUMEY, adjoint du SA3P, les personnes ayant participé à l'élaboration et à la rédaction ont été les suivantes :

- Marielle LAFONT, conseiller, SA3P
- Anne DEPAIGNE-LOTH, conseiller technique, SA3P
- Amélie PRIGENT, chef de projet, SA3P

Le groupe de travail a été co-présidé par le Dr Jacques GLIKMAN, psychiatre, EPS Maison blanche, et le Pr Albert OUAZANA, médecin généraliste, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ).

La recherche documentaire a été réalisée par Mireille CECCHIN, documentaliste, assistée de Sylvie LASCOLS et Renée CARDOSO, sous la direction de Frédérique PAGÈS, chef de service.

Le secrétariat a été assuré par Pascale POCHOLLE et Chantal HOTTIN, assistantes.

Les rapporteur et contre-rapporteur, membres du Collège de la HAS, étaient Anne-Marie ARMANTERAS-DE SAXCÉ et Christian SAOUT.

Des remerciements tout particuliers sont adressés à Éric DARVOY, assistant communication ; Yvan Halimi, psychiatre, président du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » de la HAS ; Christiane JEAN-BART, chef de service, mission personnes handicapées, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social ; Pierre LIOT, Chef de projet, SA3P ; Vincent MOUNIC, conseiller, SA3P ; Ariane SACHS, juriste ; et Stéphanie SCHRAMM, adjointe au chef de service, SA3P.

La HAS souhaite également remercier chaleureusement les personnes qui ont contribué à ce travail :

▶ Groupe de travail

Le groupe de travail était constitué des professionnels suivants :

M. Saïd ACEF, représentant ARS, Bordeaux,

Dr Léonard AMÉPÉTÉ, psychiatre libéral, Toulouse,

Dr Bruno BEAUCHAMPS, médecin généraliste, Élancourt,

Mme Marie-Pierre BIDAL, psychologue, Vauréal,

M. Georges BRAOUDAKIS, usager, Grenoble,

Mme Constance BROCA ÉLIÇABE, psychologue clinicienne, Paris,

M. Claude CHANTEREAUX, cadre de santé infirmier, Apt,

Dr Pierre CHARESTAN, urgentiste, Aulnay-sous-Bois,

M. Pierre CHARLEUX, usager, Paris,

Dr Michel COMBIER, médecin généraliste, Toulouse,

Dr Laurent DEFROMONT, psychiatre, Ronchin,

Dr Frédéric DENIS, chirurgien-dentiste, Dijon,

Dr Pierre FIRKET, médecin généraliste, Stoumont, Belgique,

M. Guillaume GAND, infirmier, Fondettes,

Dr Bernadette GELAS-AMPLE, psychiatre, Bron,

Mme Nathalie GOUSSARD, responsable qualité, Paris,

Dr Philippe GUILLOU, médecin généraliste, Strasbourg,

M. Piotr KRZAKOWSKI, psychologue, Montigny-le-Bretonneux,

Dr Aurélie LAFFARGUE, médecin généraliste, Paris,

Pr Philippe LAMBERT, médecin généraliste, Sète,

Dr Isa LINARES, psychiatre, Neuilly-sur-Marne,

M. Guillaume LUGEZ, psychologue, Libourne,

Dr Pascale MARTIN-BERTHOLE, médecin somaticien, Dijon,

Mme Marie-Astrid MEYER, infirmière, Paris,

Dr Gérard MILLERET, psychiatre, Dijon,

Dr Christine NAUDIN, pharmacienne d'officine, Aix-en-Provence,

Dr Cécile OMNÈS, psychiatre, Plaisir,

Pr Antoine PELISSOLO, psychiatre, Créteil,

Dr Sophie PREBOIS, psychiatre, Toulouse,

Dr Marie-Jeanne RICHARD, représentante de familles d'usagers, Grenoble,

Mme Valérie ROGEAU, infirmière libérale, La Roche-sur-Foron,

Dr Charlotte ROUAULT, médecin généraliste, Le Versoud,

Dr Rémy SEBBAH, médecin généraliste, Marseille,

Dr Olivier VERRIEST, médecin généraliste, addictologue, Mons-en-Barœul,

Dr Frédéric VILLEBRUN, médecin généraliste, Champigny-sur-Marne,

Dr Nicolas VINAY, chirurgien-dentiste libéral, Montpellier,

Mme Catherine VINCKE, infirmière, Lille.

▶ Personnalités auditionnées

Pr Hector FALCOFF, médecin généraliste, Paris,

Dr Bernard ODIER, psychiatre, Paris.

▶ Membres du comité de suivi et des parties prenantes ayant contribué à la relecture

Dr Marie-Josée AUGÉ-CAUMON, Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière,

Dr Maurice BENSOUSSAN, Conseil national professionnel de psychiatrie, Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie,

Dr Jean-Jacques BONAMOUR DU TARTRE, Fédération française de psychiatrie,

M. Jacques BORGY, Syndicat national des psychologues,

Dr Roland BOUET, CH Henri-Laborit, Poitiers,

Dr Fanny CASANOVA, Collège de la médecine générale,

Dr Marie-Hélène CERTAIN, Collège de la médecine générale,

Dr Christian DECLOQUEMENT, Collège de bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire,

Mme Anne-Charlotte de VASSELOT, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne,

Dr Pierre-Louis DRUAIS, Collège de la médecine générale,

Mme Claude FINKELSTEIN, Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie,

Dr Pascale FRITSCH, Direction générale de la santé,

Dr Pierre GABACH, Caisse nationale de l'Assurance maladie,

Dr Nabil HALLOUCHE, Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale,

Dr Christophe LAMISSE, Conseil national professionnel de psychiatrie, Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie,

Dr Philippe MARISSAL, Fédération soins primaires,

Mme Corinne MARTINEZ, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux,

Mme Odile MAURICE, ministère des affaires sociales et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins,

Dr Christian MULLER, Conférence des Présidents de CME de CHS.

Dr Maurice NÈGRE, Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie,

Mme Maud PAPIN-MORARDET, Association nationale des responsables qualité en psychiatrie,

Dr Sylvie PERON, Conférence des Présidents de CME de CHS,

Mme Annick PERRIN-NIQUET, Comité d'étude des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie,

Dr Dominique PETON-KLEIN, Contrôleur général des lieux de privation de liberté (contrôleur extérieur),

Dr Mirna SALLOUM, Collège de la médecine générale,

Dr Michel SERIN, Fédération française maisons et pôles de santé,

Dr Samia TAHRAOUI, Fédération nationale des centres de santé,

Dr Frédéric TALLIER, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie,

Dr Frédéric URBAIN, Collège de la médecine générale,

Dr Wanda YEKHLEF, Conférence des présidents de CME de CHS.

▶ Autres membres du groupe de lecture

Dr Charles ALEZRAH, psychiatre,

Dr Gérard ANDRÉOTTI, médecin généraliste,

Dr Jérôme ATTAL, psychiatre,

Dr Zohra BAARIR, psychiatre,

Dr Jacques BIRGÉ, médecin généraliste,

Dr Cédric BOUCHERAT, pharmacien,

M. Brahim BOUSELMI, responsable du département prévention promotion de la sante, personnes en difficultés spécifiques et soins de psychiatrie à l'ARS Île-de-France,

Mme Nathalie CAMPREDON-DAUVERGNE, coordonnatrice générale plateforme territoriale d'appui,

Dr Anne CHAVET-VIALE, présidente plateforme territoriale d'appui,

Dr Christian COMTE, médecin généraliste,

Pr Marie-Josée FLEURY, chercheur en santé publique,

Mme Gwenola GABORIEAU, travailleur social,

Dr Marie-Thérèse GOERGER, proche d'usager,

Mme Laetitia GUILLAUME, psychothérapeute,

Mme Maria KUHN MEDINA, cadre supérieur de santé,

Dr Corinne LAUNAY, psychiatre,

Mme Donatienne LERMINE, coordonnatrice de soins,

Mme Julie L'HÉRONDEL, usager,

Dr Isabelle MARTINOT, médecin généralise,

Dr Ariane MIMOUN, médecin généraliste,

Dr Marie PÉNICAUD, médecin généraliste,

Dr Christel PÈTRE, médecin généraliste,

Mme Marie-Laure RESTA, psychologue-psychothérapeute,

Dr Delphine RUBÉ-MILLON, médecin généraliste,

Dr Eric RUSPINI, pharmacien,

Mme Marjolaine RUYNAT, infirmière,

Dr Marie SALTEL, pharmacienne,

Dr Beatrice SEGALAS, psychiatre,

M. Irénée SKOTAREK, usager,

Pr Jean-Pierre SOUBRIER, psychiatre,

Dr Jean-Claude SOULARY, médecin généraliste,

Dr Jean-Luc VIDAL, médecin généraliste.

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-santé.fr

© Haute Autorité de Santé septembre 2018 – N° ISBN 978-2-11-152345-6