



HAL
open science

Organisation des soins en santé mentale : le rôle des médecins traitants Changer le comportement vis-à-vis des patients ayant des troubles psychiatriques

Viviane Kovess-Masféty, Martine Barres, Magali Coldefy, Maria Melchior, Jacques Piant, Nathalie Senecal, Jean-Louis Senon, Claudine Berr

► To cite this version:

Viviane Kovess-Masféty, Martine Barres, Magali Coldefy, Maria Melchior, Jacques Piant, et al.. Organisation des soins en santé mentale : le rôle des médecins traitants Changer le comportement vis-à-vis des patients ayant des troubles psychiatriques. *Revue du Praticien (La)*, 2017, 67, pp.14. inserm-02466650

HAL Id: inserm-02466650

<https://inserm.hal.science/inserm-02466650>

Submitted on 4 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Organisation des soins en santé mentale : le rôle des médecins traitants

Changer le comportement vis-à-vis des patients ayant des troubles psychiatriques

VIVIANE KOVESS-
MASFETY*
MARTINE BARRÉS
MAGALI COLDEFY**
MARIA MELCHIOR***
JACQUES PIANT#
NATHALIE SENEAL##
JEAN-LOUIS SENON&
CLAUDINE BERR&

* École des hautes études en santé publique, département MéTis épidémiologie et biostatistiques pour la décision en santé publique ; laboratoire psychopathologie et processus de santé (EA 4057), université Paris-Descartes, 93210, La Plaine-Saint-Denis, France

vkovess@gmail.com

** Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Paris, France

** Sorbonne universités, UPMC université Paris 6, Inserm, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP-UMRS 1136), Paris, France

Centre hospitalier Gonesse, Gonesse, France

Les soins en santé mentale et leur organisation restent une préoccupation tant par la fréquence de la survenue des troubles de santé mentale et de psychiatrie que par la complexité de l'accès aux soins aux différentes périodes de leur évolution. Les médecins généralistes, étant donné leur place centrale dans le dispositif d'accès aux soins, sont souvent en première ligne dans le diagnostic précoce et la prise en charge de ces troubles. Leur rôle de coordination, y compris avec le médico-social, est donc essentiel (cela concerne autant l'enfant que l'adolescent et l'adulte). Une étude menée sur un échantillon de 441 adultes montre que plus de la moitié d'entre eux (58 %) se tourneraient vers leur médecin traitant s'ils étaient confrontés à un problème de santé mentale, et que 47 % souhaiteraient que celui-ci assure leur prise en charge.¹ Plusieurs plans concernant ces troubles se sont succédé et dernièrement un rapport de mission a été remis aux autorités par M. Laforcade^a. Ces plans définissent les modalités de recours aux soins et ont tenté, chacun à sa manière, de corriger les problèmes d'accès aux soins.

Le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015^b est le plus récent et a fait l'objet d'une évaluation par le Haut Conseil en santé publique (HCSP) par les auteurs de cet article. Les résultats de cette évaluation, qui s'est faite à partir de nombreuses auditions des parties prenantes (incluant des médecins généralistes) ainsi que des visites sur site dans cinq régions, permettent de décrire l'organisation des soins en santé mentale et en psychiatrie et ses difficultés. Nous avons choisi dans cet article de privilégier les thèmes qui concernent plus directement les médecins généralistes. À partir des constats faits dans cette évaluation, nous rapporterons certaines des recommandations du HCSP pour améliorer la situation et corriger les points défaillants observés. Le texte intégral de cette évaluation et des recommandations est disponible sur le site du HCSP^c (v. encadré p. 15).

Ce plan dit « de nouvelle génération » (un des premiers après la mise en place des agences régionales de santé [ARS]) se concentrait sur des objectifs stratégiques

et soulignait que les réponses à apporter s'appuieraient sur les régions, en particulier les ARS qui devaient bénéficier d'une certaine autonomie et d'un champ élargi de leurs actions grâce, par exemple, à l'intégration du secteur médico-social et de la médecine de ville. Pour chacun des objectifs du plan abordés, nous présenterons la problématique, les constatations sur le terrain, et les recommandations éventuelles (v. encadré p. 16).

Améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques

L'enjeu est d'améliorer la communication entre les médecins traitants et le système de soins spécialisés.

« Pour que les personnes puissent bénéficier des soins mieux adaptés, au moment où ils en ont besoin, les acteurs doivent élaborer des organisations sur quatre points majeurs :

- la réponse aux appels et situations d'urgence ;
- la réponse à une demande de soins programmés ou programmables permettant notamment un accueil adapté rapide des personnes (malades et aidants) dès les premières manifestations des troubles ;
- la réponse aux besoins de soins somatiques ;
- le repérage précoce des troubles. »

De fait, la réponse à des situations d'urgence ou de crises aiguës a été pointée comme une des difficultés majeures dans la concertation qui a précédé le plan. Notre constat, qui part des informations transmises par les ARS et les sites hospitaliers, en particulier dans le cadre de la sectorisation psychiatrique, fait état de la mise en place d'un dispositif pour recevoir les urgences psychiatriques dans un certain nombre de territoires. Les dispositifs proposés visent à éviter le passage aux urgences : mise en place d'équipes mobiles, installation et diffusion de numéros d'information pour les patients, leur famille et dans certains cas le médecin traitant. Il s'agit cependant d'initiatives ponctuelles dont certaines semblent efficaces mais loin d'être systématisées, et il reste beaucoup à faire pour que ces dispositifs soient présents d'une manière exhaustive sur tout le territoire.

LES GRANDS AXES DU PLAN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE 2011-2015

Ce plan se déclinait autour de 4 axes stratégiques :

- **axe 1** : « Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne » ;
- **axe 2** : « Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires » ;
- **axe 3** : « Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal » ;
- **axe 4** : « Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs ».

Une convention signée en 2011 devait permettre de développer les partenariats entre les médecins traitants et les psychiatres par le biais d'une tarification spécifique pour les consultations réalisées sous 48 heures par un psychiatre à la demande du médecin traitant. Cette mesure est, au vu des auditions, très peu connue et peu appliquée.

Les centres médico-psychologiques (CMP) qui sont répartis sur tout le territoire sont supposés répondre aux demandes qui ne sont pas faites en urgence. Selon la Statistique annuelle des établissements de santé, on compte en France, en 2015, 2068 CMP pour la psychiatrie générale et 1458 pour la psychiatrie infanto-juvénile. Mais il semble que la méconnaissance de l'implantation des CMP et de leurs conditions d'accueil⁴ détourne vers les urgences des patients qui auraient dû être orientés directement en CMP. Par ailleurs, les unités de psychiatrie implantées dans des services d'urgence des hôpitaux généraux indiquent que toute une population relevant d'un accueil rapide en CMP est, faute de réponse de ceux-ci, détournée vers les urgences, la nuit ou le week-end. Les délais de rendez-vous en CMP sont rapportés comme beaucoup trop élevés particulièrement en pédopsychiatrie, même dans des régions relativement bien dotées. De plus, les heures d'ouverture des CMP, même si elles ont été aménagées, restent restreintes. Au total, cette ressource reste difficilement lisible pour les médecins traitants qui y adressent peu de patients.

Devant les difficultés posées par ces délais de rendez-vous en CMP des pistes d'amélioration ont été identifiées au sein et hors de CMP⁵ :

- possibilité d'un accueil et d'un premier entretien par un infirmier ou un psychologue ;
- plages horaires réservées dans chaque CMP pour l'accueil non programmé ;
- entretien téléphonique préalable structuré par un infirmier ou secrétaire puis présentation des éléments au psychiatre ou à l'équipe qui propose un rendez-vous proche en fonction de l'évaluation de la situation ;
- demande d'une lettre d'adressage d'un médecin traitant avant le premier rendez-vous ;
- présence psychiatrique (infirmière ou médicale) dans les maisons de santé pluri-professionnelles et centres de santé, ou co-localisation CMP/maison ou centre de santé ;
- mise en place de réseaux de soins partagés médecin généraliste-hôpital.²

Il est encore difficile d'estimer le déploiement des différentes mesures préconisées.

Le repérage pour les jeunes enfants, mais aussi pour les adolescents, a été mentionné comme une difficulté persistante, engendrant des retards de prise en charge parfois critiques. Une meilleure formation des médecins traitants aux signes de troubles psychiques et du développement chez les enfants pourrait permettre de limiter les retards de dépistage et de prise en charge. Pour les adolescents, des maisons départementales des adolescents, lieu « neutre » d'accueil pour les adolescents et leurs parents, ont été déployées. La présence de psychologues, voire de psychiatres dans ces structures contribue à l'identification des détresses et des troubles psychiques pour une orientation ou une prise en charge adaptée⁶. Ces structures, peu connues des médecins, peuvent permettre dans les territoires couverts⁸ l'adressage des adolescents.

Améliorer l'accès des personnes souffrant de problèmes psychiatriques aux soins somatiques

Le rôle du médecin généraliste est ici essentiel et souligne l'importance de l'organisation des réseaux pluri-professionnels.

La mortalité prématurée des personnes vivant avec des troubles mentaux est le plus souvent liée à des maladies somatiques comorbides – diabète, maladies cardiovasculaires – insuffisamment prises en charge et à des facteurs de risque non contrôlés tels que le tabagisme, le surpoids, l'obésité.³ Parallèlement, pour les représentants des amis et familles de patients, il est noté que « d'une façon générale, les médecins généralistes ne connaissent pas bien le monde de la psychiatrie et sont en difficulté pour prendre en charge, sur le plan somatique, un malade vivant avec des troubles psychiques, ne serait-ce que devant l'absence de lien ou de correspondance avec le psychiatre référent qui fait rarement partie du réseau du médecin généraliste ». De plus, les troubles somatiques peuvent, par défaut, être attribués à la pathologie psychiatrique ou à son traitement.

Différentes initiatives ont pu être à l'origine d'évolutions positives dans ce domaine, la prise en compte des besoins somatiques des personnes atteintes de troubles psychiques semble en effet s'être améliorée pendant la période du plan. Les établissements spécialisés en psy- >>>

Observatoire régional de santé Île-de-France, Paris, France

⁴ Faculté de médecine, université de Poitiers, Poitiers, France

^{5&6} Inserm U1061, université de Montpellier, Montpellier, France

claudine.berr

@inserm.fr

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

EXTRAITS DES RECOMMANDATIONS DU HAUT CONSEIL EN SANTÉ PUBLIQUE SUR L'ACCÈS AUX SOINS EN PSYCHIATRIE

- Créer au niveau territorial optimal une plateforme d'information et d'orientation sur la santé mentale et les dispositifs de psychiatrie (accueil physique, téléphonique, site internet dédié).
- Assurer aux médecins généralistes et aux intervenants de premier recours, l'accès à un avis spécialisé donné par un psychiatre senior dans un délai contraint par une ligne téléphonique dédiée accessible sur de larges plages horaires.
- Développer l'information régulière des médecins généralistes sur les évolutions de l'offre en psychiatrie de leur territoire et actualiser ces informations pour optimiser les relations entre médecin généraliste et dispositif spécialisé en psychiatre.
- Développer les liens entre les services d'urgence des hôpitaux généraux, les services d'aide médicale urgente (Samu), les services d'accueil et d'urgence (SAU) et la psychiatrie publique en implantant dans chaque territoire pertinent au niveau des urgences une équipe psychiatrique multidisciplinaire où psychiatres et infirmiers psychiatriques ont les moyens de conseiller, et éventuellement d'accompagner, les urgentistes et le Samu dans les situations de crise à composante psychiatrique.
- Continuer les efforts sur la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique et vérifier que chaque établissement spécialisé ou service de psychiatrie a une offre de prise en charge en médecine générale.

chiatrie ont recruté des médecins généralistes et spécialistes pour la détection et la prise en charge des maladies somatiques. Une charte de partenariat entre la Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement de centre hospitalier spécialisé et le Collège de la médecine générale, signée en mars 2014, est expérimentée dans 6 sites pilotes. L'objectif de cette charte est de mieux coordonner la psychiatrie et la médecine générale notamment dans la prise en charge des comorbidités.

La Haute Autorité de santé (HAS) a labellisé en 2015 une recommandation sur la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique, élaborée par la Fédération française de psychiatrie^b. Ces évolutions concernent par exemple la systématisation des bilans somatiques dans des hôpitaux spécialisés en psychiatrie ou le développement du temps dévolu à la pratique de la médecine somatique dans les hôpitaux spécialisés lors des hospitalisations et en consultation. Pour les patients qui ne sont pas hospitalisés, en pratique la majorité des patients suivis en psychiatrie, les soins somatiques semblent toujours insuffisants. Le développement de consultations longues en médecine générale pour les personnes atteintes de troubles psychiques est évoqué par les acteurs comme une action à mettre en place.

Limiter la surmédicalisation du mal-être : les médecins traitants en 1^{re} ligne

La surmédicalisation du mal-être fait référence au traitement médicamenteux de situations sociales qui ne relèvent pas d'un trouble psychique caractérisé. En effet, si parmi les personnes atteintes de troubles psychiques fréquents, comme la dépression, environ un tiers ont une prise en charge médicamenteuse (en raison de la sévérité des symptômes et de leur durée), environ un tiers des

patients traités par des psychotropes n'ont pas de symptômes correspondant à un diagnostic psychiatrique^c. La surconsommation d'anxiolytiques est aussi présente chez les enfants et les adolescents qui, en France en comparaison à d'autres pays, ont une consommation plus élevée tandis que celle des psychostimulants est plus basse.⁴

Un ensemble d'actions a visé à limiter cette surmédicalisation et l'usage des psychotropes. Depuis 2014, la HAS a produit plusieurs recommandations de bonnes pratiques sur l'usage des psychotropes dans différentes populations :

- « – *épisode dépressif caractérisé chez l'adulte : prise en charge en premier recours* ;
- *manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours*^k ;
- *arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire*^l. »

Les derniers travaux publiés en 2015 recommandaient notamment une meilleure information du public sur les risques et le bon usage des benzodiazépines, un renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé sur le bon usage, les modalités d'arrêt des benzodiazépines et le développement de l'accès aux prises en charge non médicamenteuses. Une fiche mémo concerne la démarche du médecin traitant lors de l'arrêt des benzodiazépines et des médicaments apparentés en ambulatoire. Elle a pour objectif d'aider à réduire les prescriptions au long cours de benzodiazépines dans l'anxiété et l'insomnie, du fait d'un rapport bénéfice-risque défavorable.

Enfin, depuis novembre 2011, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) pour les médecins généralistes a été remplacé par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qui repose sur le suivi de 29 indicateurs. Un des indicateurs porte sur la prescription de benzodiazépines (patients âgés de plus de

65 ans prenant des benzodiazépines à demi-vie longue inférieure à 5 % ; durée de prescription des benzodiazépines supérieure à 12 semaines inférieure à 12 %).

Procéder à des expérimentations pour compléter l'offre de soins en ville : le médecin traitant prescripteur de psychothérapies ?

L'analyse du fonctionnement du système de soins français pour les problèmes de santé mentale fait ressortir que, s'il est comme dans les autres pays européens fondé sur la consultation du médecin traitant en première intention, ce dernier n'a pas ou peu la possibilité de proposer à son patient une psychothérapie faite par un intervenant non médecin. L'assurance maladie ne rembourse pas les psychothérapies faites par un psychologue et rares sont les mutuelles ou assurances complémentaires qui proposent une prise en charge, d'un montant limité. En France, plus de la moitié des psychothérapies sont faites par des psychiatres, ce qui permet aux patients d'être remboursés au moins en partie. Cette situation est considérée comme négative sur plusieurs aspects : elle diminue les solutions alternatives à l'usage des psychotropes et pèse indirectement sur la répartition des psychiatres sur le territoire en favorisant les concentrations dans les grandes villes où les activités de psychothérapie, qui exigent des contacts fréquents, mobilisent nombre de psychiatres. Cette situation aboutit à des déserts « psychiatriques » alors même que leur densité nationale est une des plus élevées des pays développés.^{5,6}

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a récemment entrepris une réflexion autour du remboursement des psychothérapies en médecine de ville. Ayant documenté que les dépenses liées à la santé mentale et à la psychiatrie sont devenues les deuxièmes dépenses de santé devant celles des cancers ou des maladies cardiovasculaires, elle se mobilise pour les diminuer, et l'accès aux soins de psychologie fait partie de cette mobilisation. Se basant sur les actions mises en place par le système de soins britannique, la proposition 25 « *Expérimenter une organisation de soins coordonnée pour les dépressions légères et modérées* » du rapport Charges et produits pour 2015^m ouvre des possibilités pour l'expérimentation, dans quelques territoires, de la prise en charge des thérapies non médicamenteuses avec une évaluation médico-économique. La Cnamts, en collaboration avec la Direction générale de la santé, a mis en place un groupe d'experts afin d'élaborer le cahier des charges de cette prise en charge expérimentale de la psychothérapie dans le cadre d'une prise en charge coordonnée de ces patients en médecine de ville pour des troubles anxio-dépressifs.

Il est aussi proposé d'expérimenter, à l'échelle locale sur deux ou trois territoires, en collaboration avec les ARS, un (des) modèle(s) de prise en charge coordonnée de la dépression associant les médecins généralistes, les

psychiatres libéraux et le secteur psychiatrique.

Enfin, le nouveau plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunesⁿ propose de créer, à partir du printemps 2017, pour une période expérimentale de 3 ans un P@ss santé jeunes (P@ssSaJ) assurant l'accès gratuit d'enfants et de jeunes adultes à des consultations auprès d'un psychologue clinicien formé pour ce type de consultation, dans la limite de 10 séances, encadrées par deux séances de bilan.

Ces expérimentations devraient permettre de tester les modalités d'un accès gradué à des thérapies non médicamenteuses, dans un cadre structuré et encadré sur le plan financier.

Améliorer la formation des professionnels et encourager la formation pluridisciplinaire

Cet objectif impose une formation des médecins généralistes en psychiatrie tant initiale que continue.

« Il s'agit d'améliorer la formation des médecins généralistes (à peine un praticien sur cinq a effectué un stage de psychiatrie au cours de sa formation initiale alors qu'il sera quotidiennement confronté à la souffrance psychique dans sa pratique), y compris à travers le développement professionnel continu (DPC). Le développement de maisons et pôles de santé peut contribuer à une meilleure formation en favorisant les collaborations entre psychiatres et médecins généralistes... »

À ce titre, le lancement du développement professionnel continu représente une véritable opportunité... Le DPC permet d'ailleurs de décloisonner ces démarches, puisqu'un programme de DPC peut rassembler des médecins, des personnels paramédicaux, et même des non-soignants. Il transcende les clivages ville-hôpital. Les professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale, les organismes de formation, sont donc invités à se saisir pleinement du DPC pour réduire les ruptures entre les savoirs, entre les professionnels et les modes d'exercice. »

L'évaluation remarque que le concept de DPC est récent ; il a été introduit par la loi Hôpital, patients, santé et territoires en 2009 et est effectif depuis 2013. Il regroupe les notions de formation professionnelle continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Tout professionnel de santé est ainsi soumis à l'obligation de suivre un programme de DPC chaque année. Au sein des programmes de DPC proposés aux médecins généralistes, on trouve des DPC « psychiatriques » mais il est difficile d'évaluer cette offre tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif.

Pour ce qui concerne la formation initiale des médecins généralistes, des demandes de la profession sont à prendre en compte (v. encadré p. 18) :

– le besoin d'un approfondissement de la formation clinique et relationnelle, en complément de la préparation aux Épreuves classantes nationales, permettant d'accompagner les patients ayant des troubles mentaux, de >>>

EXTRAITS DES RECOMMANDATIONS DU HAUT CONSEIL EN SANTÉ PUBLIQUE SUR LA FORMATION ET LA COMMUNICATION

La formation interdisciplinaire est à privilégier (sanitaire, médico-social, social). La participation des personnes vivant avec un trouble psychique à la formation des acteurs de la prise en charge est une étape déterminante pour faire évoluer les regards.

- Améliorer la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale avec deux niveaux :
 - formation initiale (un semestre de psychiatrie obligatoire dans le cadre de l'internat en médecine générale) ;
 - formation continue : dans le cadre des DPC qui doivent être largement disponibles, sous une forme adaptée, encadrés pour la qualité scientifique de leur contenu.
- Sensibiliser les psychiatres à l'importance de la prise en charge des soins somatiques notamment par des programmes de DPC ; évaluer les contenus des DPC psychiatriques et leur conformité aux données probantes disponibles.
- Évaluer le contenu des DPC pour la formation des psychiatres et des médecins généralistes à la psychiatrie.
- Former les médecins et les infirmiers, et sensibiliser les intervenants dans les milieux scolaire, universitaire et du travail, à la compréhension des troubles psychiques et à l'accompagnement des personnes pour une meilleure intégration.
- Diffuser largement, auprès du grand public, des informations de qualité sur la vie des personnes vivant avec un trouble psychique pour changer le regard sur ces personnes.

mieux discuter leur diagnostic et de poser l'indication d'une consultation spécialisée sans délai. Ce domaine pourrait être travaillé dans le 3^e cycle de médecine générale ;

- l'élargissement des possibilités de stage en psychiatrie (générale et pédopsychiatrique) des internes de médecine générale.

Lutter contre les discriminations

L'objectif est d'augmenter/améliorer la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, de lutter contre les discriminations et de renforcer l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap psychique.


« Chaque professionnel veillera à réfléchir à ce qu'il "fait passer" à son entourage sur ces questions dans le cadre d'une démarche institutionnelle cohérente et planifiée particulièrement attentive à l'élaboration de plans de communication (notamment en situation de crise). »

La lutte contre les discriminations des personnes ayant un trouble psychique est une préoccupation centrale des associations de patients et de familles de patients⁹. Pour les associations de patients, il est évident que l'accès aux soins et l'insertion sociale sont freinés par la stigmatisation associée à la maladie mentale. Le terme de « handicap psychique » bien qu'ayant amené des bénéfices incontestés reste encore globalement perçu comme un terme stigmatisant. Les médecins ne sont pas exempts de ces préjugés et leur attitude a une influence importante sur la société.

UN CHANGEMENT D'ÉTAT D'ESPRIT ?

À côté des constats factuels de cette évaluation, ce plan a été important pour aider à changer les regards et les comportements vis-à-vis des patients souffrant de troubles psychiques. En 2016, la nécessité d'un nouvel

état d'esprit vis-à-vis de ces personnes doit être au cœur des évolutions : l'approche de « rétablissement » (*recovery*) doit être recherchée et promue.⁷ « Il s'agit d'un paradigme décrit par les personnes comme un processus dont le but n'est pas de devenir "normal", mais plutôt de trouver une façon de vivre, une attitude et une façon de relever les défis de la vie de tous les jours (...). C'est l'aspiration à vivre, à travailler, à aimer dans une communauté où il est possible de prendre sa place pleine et entière, les personnes vivant avec un trouble psychique gérant elles-mêmes ce rétablissement avec l'aide des professionnels qui les entourent et les conseillent. Le rôle des professionnels n'est pas de "faire le rétablissement" mais de faciliter ce processus par leur posture et leur croyance dans les capacités des personnes à se rétablir et ce à partir de trois composantes clés : a) l'espoir, qui est au cœur du concept de rétablissement ; b) le pouvoir qui comprend l'autodétermination, le choix et la responsabilité de soi-même ; c) l'inclusion sociale, qui comprend l'accès équitable et la participation active aux services de la cité. »

Cette évolution d'état d'esprit est un nouveau challenge pour les professionnels et implique nécessairement les médecins généralistes. 

ORGANISATION DES SOINS

RÉSUMÉ ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE : LE RÔLE DES MÉDECINS TRAITANTS

XXXXX

SUMMARY ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH CARE: THE ROLE OF GENERAL PRACTITIONERS

XXXXX

- a. <http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-michel-laforcade-relatif-a-la-sante-mentale>
- b. <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>
- c. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=226>
- d. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er810.pdf> DRESS Études et Résultats n° 810 - septembre 2012. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville
- e. L'organisation des centres médico-psychologiques - guide de bonnes pratiques organisationnelles - MEAH http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Images/Initiatives/Bpo_CMP_v6.pdf
- f. Évaluation de la mise en place du dispositif « Maison des adolescents », IGAS, octobre 2013 http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-142P_MDA_doc.pdf
- g. <http://www.anmda.fr/nc/les-mds/la-carte-de-france/>
- h. Label de la HAS - Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique)
- i. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2013-a-2017/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2015.php>
- j. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours-note-de-cadrage
- k. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours
- l. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire
- m. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2013-a-2017/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2015.php>
- n. social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf
- o. <http://www.unafam.org/Discrimination-des-personnes.html>

RÉFÉRENCES

1. Kovess-Masfety V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, 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.
2. Younes 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.
3. De Hert M, Correll CU, Bobes J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52-77.
4. Kovess V, Choppin S, Gao F, Pivette M, Husky M, Leray E. Psychotropic medication use in French children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2015;25:168-75.
5. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv* 2007;58:213-20.
6. Kovess V, Sapinho D, Briffault X, Villamaux M. Usage des psychothérapies en France : résultats d'une enquête auprès des mutualistes de la MGEN. *Encéphale* 2007;33:65-74.
7. Le Cardinal P, Roelandt JL, Rafael F, Vasseur-Bacle S, François G, Marsili M. Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *Inf Psychiatr* 2013;89:365-70.