

Projet «cabinets de groupe» : collaboration entre médecine de premier recours et psychiatrie

Drs STÉPHANE SAILLANT^a, RÉGIS MARION-VEYRON^b, PIERRE-NICOLAS OBERHAUSER^c,
PEDRO PLANAS^d, AMANI BEN CHEIKH^e et KONSTANTINOS TZARTZAS^f

Rev Med Suisse 2020; 16: 1579-81

La collaboration entre la médecine de premier recours et la psychiatrie représente une difficulté bien connue. Pour améliorer l'accès aux soins psychiques des patients suivis en médecine de premier recours, le projet «cabinets de groupe» propose un modèle de soins collaboratifs dans lequel un psychiatre employé d'une institution psychiatrique publique intègre des cabinets de groupe afin d'apporter son aide aux médecins de premier recours (MPR). Il est ainsi en mesure, d'une part, d'évaluer les patients directement au sein des cabinets et, d'autre part, d'offrir des espaces de supervision et de consilium aux MPR.

«Group medical practices» project: collaboration between primary care medicine and institutional public psychiatry

Collaboration between primary care medicine and psychiatry is a well-known challenge. In order to improve access to psychological care for patients undergoing primary care, the «group medical practices» project proposes a collaborative care model in which a psychiatrist employed by a public psychiatric institution integrates group medical practices in order to provide assistance to primary care physicians. It is thus able to evaluate patients directly in the practices and to offer supervision and consilium spaces to primary care physicians.

INTRODUCTION

Les médecins de premier recours (MPR) sont souvent le premier point de contact avec la médecine et les soins pour les patients présentant une problématique de santé mentale.^{1,2} La prévalence des troubles mentaux dans le domaine des soins de premier recours s'élève à 25-60%, et il s'agit souvent du diagnostic principal des patients concernés.^{3,4} Plus de la

moitié des patients souffrant de ces troubles ne reçoivent pas de soins spécialisés (60% n'ont aucun contact avec un psychiatre) et sont donc pris en charge uniquement par les MPR.⁵⁻⁷ Parmi ceux-ci, on trouve, par ordre décroissant, le trouble dépressif, la dysthymie, le trouble anxieux généralisé, le trouble panique et enfin les abus de substances.⁸ Les MPR occupent ainsi une place centrale dans la prévention et le traitement de ces troubles.⁶

Par ailleurs, les patients qui présentent ces troubles en médecine générale sont considérés comme plus difficiles à prendre en charge et tendent à utiliser davantage les ressources à leur disposition (services d'urgences, aide sociale, aides à domicile, suivis médicaux multiples, etc.).⁸ Le temps disponible limité, le manque de formation spécifique, les comorbidités somatiques, la somatisation et la stigmatisation des troubles mentaux font partie des multiples obstacles qui affectent la prise en charge de ces patients en médecine générale.^{6,9}

CONTEXTE GÉNÉRAL DE COLLABORATION ENTRE MPR ET PSYCHIATRIE

Diverses modalités de collaboration sont proposées entre les psychiatres et les MPR.¹⁰ En combinant formations, guidelines ajustées au contexte clinique et interventions multidisciplinaires spécifiques, il est possible de diminuer les difficultés auxquelles les MPR sont confrontés dans le domaine de la santé mentale.¹¹ La collaboration entre les MPR et les psychiatres est cependant complexe, en raison notamment de paradigmes de soins différents,^{1,12-13} et ces deux disciplines sont en perpétuelle recherche d'une collaboration harmonieuse et efficace.¹⁴⁻¹⁵

Dans la pratique de la psychiatrie de liaison pour la médecine de premier recours, nous avons assisté à l'émergence progressive de différentes modalités de collaboration. Il y a, d'une part, l'expérience acquise par la pratique de liaison en milieu hospitalier et, d'autre part, des interventions collaboratives de diverses sortes. Parmi celles-ci, on compte notamment les visites à domicile conjointes (psychiatre et MPR), les groupes d'échange clinique (supervision/intervention) entre MPR et psychiatres, dans lesquels le patient n'est pas évalué par le psychiatre mais sa situation est discutée «sur dossier» (*consilium*), la présence ponctuelle d'un psychiatre dans un cabinet de médecine de premier recours,¹⁶ les formations spécifiques ou groupes de supervision clinique (groupes Balint) ou encore

^aDépartement de psychiatrie générale et liaison, Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), Maladière 45, 2000 Neuchâtel, ^bUnité de psychiatrie de liaison, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne, ^cFaculté des sciences sociales et politiques, Institut des sciences sociales, Quartier UNIL-Mouline, Bâtiment Géopolis, 1015 Lausanne, ^dDirection médicale, Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), Préfargier, 2074 Marin-Epagnier, ^eDépartement de psychiatrie générale et liaison, Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), Maladière 45, 2000 Neuchâtel, ^fUnité de psychiatrie de liaison, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne
stephane.saillant@cnp.ch | regis.marion-veyron@chuv.ch
pierre-nicolas.oberhauser@unil.ch | pedro.planas@cnp.ch
amani.ben-cheikh@cnp.ch | konstantinos.tzartzas@unisante.ch

les consultations conjointes dans lesquelles le patient est évalué simultanément par le MPR et le psychiatre.

PROJET «CABINETS DE GROUPE»

Neuchâtel est un canton de 176 720 habitants, avec trois pôles urbains et une grande partie de territoire rural, divisé en plusieurs vallées de moyenne montagne. Cette diversité représente un défi pour la mise en place d'une collaboration optimale entre la psychiatrie et les MPR. Les difficultés mises en évidence sont l'accessibilité aux soins de manière générale et aux soins psychiques en particulier, l'ajustement de la psychiatrie aux différents systèmes de soins et cultures, ainsi que le regard porté sur la santé mentale et les troubles psychiques, notamment la question de leur stigmatisation.

Afin d'améliorer la collaboration entre MPR et psychiatrie, notamment dans le but de permettre une meilleure accessibilité aux soins pour les patients suivis dans les cabinets de groupe et qui sont souvent réticents à se rendre dans des lieux de soins psychiatriques, l'institution psychiatrique publique cantonale (Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP)) a mis sur pied un projet pilote «cabinets de groupe», qui propose l'intégration d'un psychiatre expérimenté au sein de cabinets de groupe de médecine générale. Cette démarche a été soutenue d'une part par l'État, par le biais de la validation d'une option stratégique institutionnelle soumise au politique, et d'autre part par l'Association neuchâteloise de médecine de premier recours (MFE Neuchâtel). Les objectifs du projet sont listés dans le **tableau 1**.

CONCEPT ET FONCTIONNEMENT

Le psychiatre est physiquement présent dans des cabinets de groupe, à un pourcentage adapté aux besoins des MPR. Les activités du psychiatre comprennent à la fois des aspects cliniques et des aspects de «supervision et formation» (ces divers aspects sont détaillés dans le **tableau 2**). La question du choix du professionnel de santé mentale – psychiatre, psychologue ou infirmier en psychiatrie – s'est posée dès le début de la conceptualisation du projet. Il s'est porté sur la profession médicale en raison d'impératifs tels que la prescription médicamenteuse et la rédaction de certificats médicaux d'arrêt de travail.

Cette intervention vise à améliorer la collaboration entre MPR et psychiatrie, avec des bénéfices tant pour les MPR que pour leurs patients. Nous pensons que la proximité physique proposée – puisque le psychiatre vient consulter au sein du cabinet de groupe – facilite nettement l'accès des patients aux soins, tout comme la mise en place d'un projet thérapeu-

tique.¹⁷ La posture du psychiatre exerçant en milieu de soins de premier recours est inspirée des interventions de psychiatrie de liaison,⁴ offrant aux MPR non seulement des possibilités de supervision et d'intervention, mais également des espaces informels d'échanges. Les interventions du psychiatre immergé dans l'environnement professionnel des MPR se focalisent sur les besoins concrets de ceux-ci. Le rattachement institutionnel du psychiatre offre deux avantages importants: d'une part, la proximité avec le réseau sociosanitaire et, d'autre part, une certaine marge de manœuvre vis-à-vis des impératifs de rentabilité, plus grande que s'il était installé en pratique privée. Cette flexibilité permet au psychiatre de s'adapter à un flux continu de patients qui rejoignent et quittent le processus de soins.

Une convention de collaboration fixe les modalités contractuelles entre la psychiatrie institutionnelle et les MPR: facturation, location du local dévolu à cette activité, accès aux agendas partagés, frais administratifs, aspects médico-légaux. Ces aspects contractuels sont très importants et font souvent partie des obstacles potentiels à une bonne collaboration et une coordination optimale de soins.¹⁵ Le psychiatre engagé dans le projet dépend du Département de psychiatrie générale et de liaison du CNP et reçoit une supervision régulière par des médecins-cadres formés dans le domaine de la psychiatrie de liaison.

RÉSULTATS

Le projet pilote a débuté en octobre 2018 et concerne trois cabinets de groupe répartis de manière équitable dans les trois grandes régions du canton (Littoral, Val-De-Ruz et Montagnes). Il n'était destiné à durer que 6 mois, mais il est désormais en cours de pérennisation. Les données présentées ci-dessous sont issues des 6 premiers mois d'activité (phase pilote). Une psychiatre en fin de formation a travaillé un jour par semaine dans chacun des cabinets de groupe précités. Elle a rencontré 110 patients (dont 80 encore suivis) et a effectué 570 consultations, soit une moyenne de 5 consultations par patient. On note des différences notables de fonctionnement entre les cabinets de groupe dans la manière d'adresser les patients (contact direct avec le MPR vs courriel): le profil des patients adressés à la psychiatre et la durée des suivis diffèrent en fonction de la situation géographique dans le canton.

La faisabilité du projet n'est plus à démontrer: il a été adéquatement mis en place dans les trois cabinets durant les 6 premiers mois et se poursuit actuellement. Selon les MPR, les patients

TABLEAU 1		Objectifs du projet
•	Amélioration de l'accessibilité aux soins psychiques de certains patients suivis en médecine de premier recours	
•	Dépistage et traitement précoce des maladies mentales	
•	Meilleure utilisation de la médication psychotrope	
•	Recours plus efficient aux services psychiatriques spécialisés	
•	Potentielle diminution des coûts de la santé	

TABLEAU 2		Activités du psychiatre au sein des cabinets de groupe
MPR: médecins de premier recours.		
Aspects cliniques	Aspects «conseils et formation»	
<ul style="list-style-type: none"> Évaluation des patients adressés par les MPR Suivi de patients Réorientation de patients dans le réseau sociosanitaire du canton Consultations conjointes Contact avec le réseau psychiatrique et sociosanitaire cantonal 	<ul style="list-style-type: none"> Consilium psychiatrique Supervision des MPR Intervention Espaces d'échanges «informels» 	

ont généralement bien reçu la proposition de rencontrer la psychiatre présente dans les cabinets de groupe et accepté de le faire. D'un point de vue financier, le projet est viable, la psychiatre facturant ses prestations au tarif TARMED. À l'unanimité des MPR et de la psychiatre qui ont participé au projet, le climat de travail est agréable et respectueux.

Plus précisément, et après avoir récolté les opinions de la psychiatre et des MPR impliqués, il semble que le projet puisse répondre (en tout cas partiellement) favorablement aux problématiques suivantes:

- Amélioration de l'accessibilité aux soins psychiques pour une partie de la population qui ne se présente habituellement pas dans les lieux de soins psychiatriques «classiques». Ce point confirme en partie l'un des postulats à la base de ce projet.
- Meilleures collaboration et coordination des soins entre les MPR et les psychiatres, grâce notamment à une amélioration de la communication et un accroissement des échanges directs.
- Gestion optimale des situations cliniques qui sont perçues comme «complexes» par les MPR.
- Désigmatisation de la santé mentale, avec une approche communautaire et davantage centrée sur une psychiatrie «extra-muros» allant dans le sens de soins collaboratifs.
- Prestation originale de supervisions/intervisions des MPR par la psychiatrie publique. Cet aspect semble être particulièrement apprécié par les MPR.

Compte tenu de la spécificité de cette activité, un psychiatre engagé dans ce type de soins, de prestations et de collaboration devra en particulier être capable de travailler de manière flexible, de s'adapter à des environnements de travail variés et de fonctionner avec des praticiens ayant des cultures et des expériences différentes.

CONCLUSION

De l'avis unanime de la psychiatre et des MPR engagés dans le projet, cette modalité de collaboration entre les deux corps de métier représente une réponse intéressante au besoin majeur de rapprochement entre psychiatrie et médecine de premier

recours. Tout comme les interventions de psychiatrie de liaison dans les soins de premier recours, la présence de psychiatres au sein de cabinets de médecine de premier recours peut participer à créer des cultures de soin partagées, à développer la collaboration et à améliorer la qualité des soins offerts aux patients.⁶

Le projet actuel n'a qu'une année. Nous manquons donc encore de recul pour tirer des conclusions définitives, mais les premiers résultats sont fort encourageants. La faisabilité du projet a été démontrée dans le contexte cantonal neuchâtelois. Des investigations ultérieures sont nécessaires, notamment afin d'identifier la catégorie de patients qui bénéficient le plus de cette prestation. Il s'agirait aussi de cerner plus adéquatement les effets concrets d'une telle prestation quant aux compétences cliniques et au vécu des MPR dans le suivi de patients qui souffrent de pathologies psychiatriques mais ne consultent que dans des cabinets de médecine de premier recours. Enfin, une étude qualitative est en cours afin d'analyser précisément le vécu et les attentes des MPR dans cette collaboration avec les psychiatres et, plus globalement, la place des problèmes psychiatriques dans leur activité clinique quotidienne.¹⁴

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La collaboration entre la médecine de premier recours et la psychiatrie représente une difficulté importante
- L'intégration d'un psychiatre au sein de cabinets de groupe de médecine de premier recours pourrait améliorer l'accès aux soins psychiques pour des patients souffrant de problématiques psychiatriques, suivis en médecine de premier recours et réfractaires à se rendre dans des lieux de soins psychiatriques
- L'intérêt du projet réside également dans la possibilité d'effectuer une détection précoce des troubles psychiques et ainsi améliorer la rapidité de prise en charge, facteur déterminant dans l'évolution et le pronostic des troubles psychiques

1 Fredheim T, Danbolt LJ, Haavet OR, Kjongsberg K, Lien L. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst* 2011;5:13.
 2 Thompson TL, Thomas MR. Teaching psychiatry to primary care internists. *Gen Hosp Psychiatry* 1985;7:210-3.
 3 World Health Organization (WHO) and World Organisation of Family Doctors (Wonca). Integrating mental health into primary care: A global perspective. Geneva - Singapore 2008.
 4 Guthrie E, Rao S, Temple M. Seminars in liaison psychiatry. 2 éd. The Royal College of Psychiatrists Publications; 2012. p. 304-21, 428-39.
 5 *Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2006;56:496-503.

6 Kessler R, Stafford D. Primary care is the de facto mental health system. Collaborative medicine case studies: Evidence in practice. New York: Pringer-Verlag; 2008. p. 9-21.
 7 Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med* 2014;29:870-7.
 8 Leigh H, Stewart D, Mallios R. Mental health and psychiatry training in primary care residency programs. Part I. Who teaches, where, when and how satisfied? *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:189-94.
 9 *Kroenke K, Taylor-Vaisey A, Dietrich AJ, Oxman TE. Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care. A critical review of the literature. *Psychosomatics* 2000;41:39-52.
 10 Gask L, Khanna T. Ways of working at the interface between primary and

specialist mental healthcare. *Br J Psychiatry* 2011;198:3-5.
 11 Sikorski C, et al. Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2012;12:10.
 12 Fleury MJ, Imboua A, Aube D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract* 2012;13:19.
 13 *Mykletun A, Knudsen AK, Tangen T, Overland S. General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC Health Serv Res* 2010;10:35.
 14 Sørensen CW, Bækka O, Kallestrup P, Carlsson J. Integrating mental health in primary healthcare in low-income countries: changing the future for people

with mental disorders. *Nord J Psychiatry* 2017;71:151-7.
 15 *Ramanuj P, Ferenchik E, Docherty M, et al. Evolving Models of Integrated Behavioral Health and Primary Care. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21:4.
 16 Kates N. Sharing mental health care. Training psychiatry residents to work with primary care physicians. *Psychosomatics* 2000;41:53-7.
 17 Wranika WD, Price S, Haydt SM, et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy* 2019;123:550-63.

* à lire

** à lire absolument