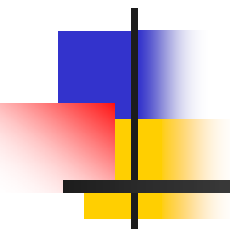


Dépression et Réseau Santé Mentale Yvelines Sud



Marie-Christine Hardy-Baylé

Les questions auxquelles sont confrontées les professionnels d'un réseau ne peuvent pas trouver de réponses dans des savoirs déjà constitués...

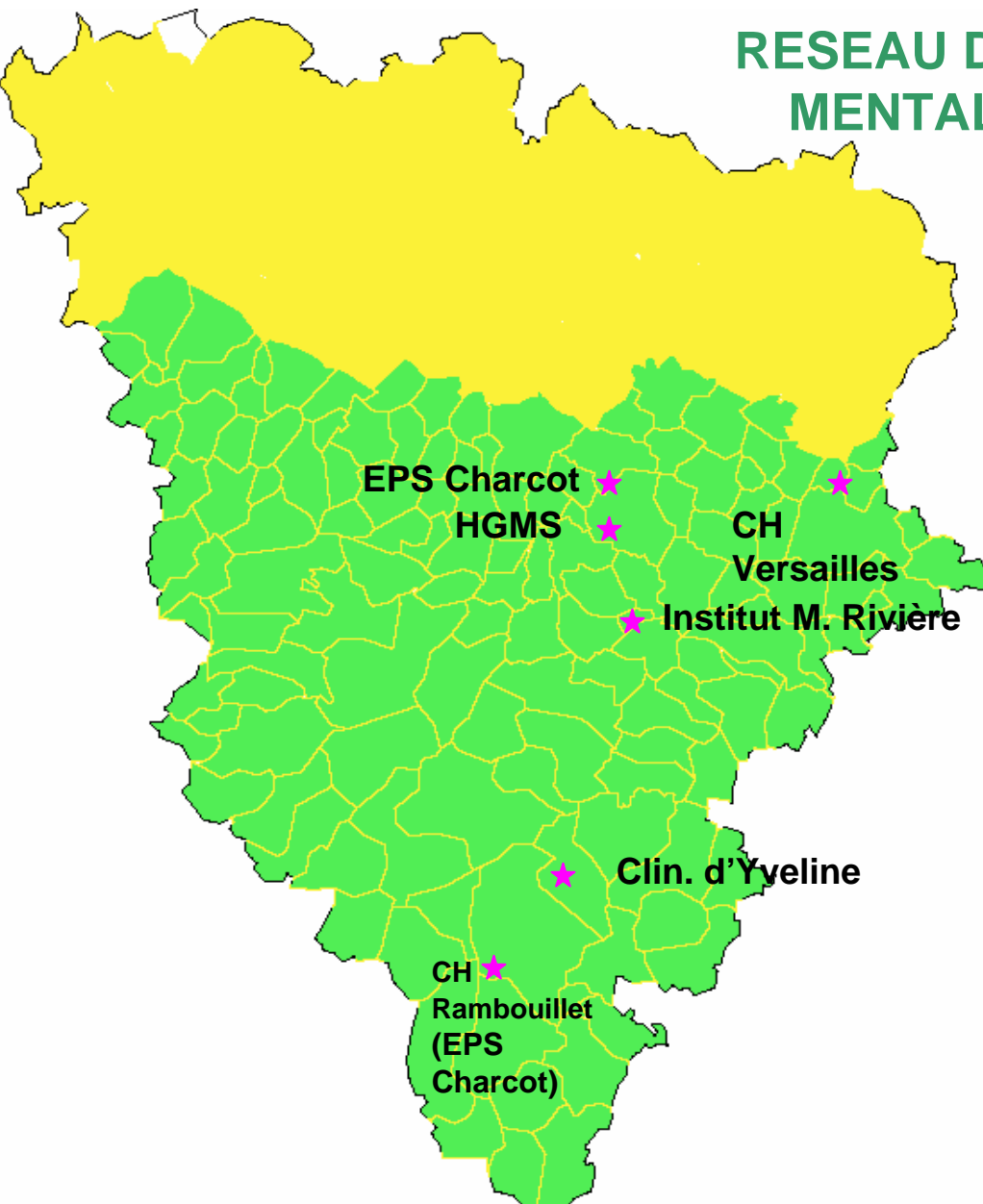


... le choix d'être un réseau de coordination

Le Réseau Santé Mentale Yvelines Sud Principes « méthodologiques »

- une logique de territoire
- une logique de fonctionnement

RESEAU DE PROMOTION POUR LA SANTE MENTALE DANS LES YVELINES SUD – RPSM78



5 établissements de soins
3 associations de praticiens libéraux (Gypsy :médecins généralistes, Psylib :psychiatres et Apcy : psychologues)

1040 adhérents sanitaires
47 partenaires hors sanitaire
Partenariat avec les **représentants d'usagers et de leurs familles**

 Zone géographique du RPSM 78

Une logique de fonctionnement :



■ Des groupes de travail....

- Relevé des dysfonctionnements dans la chaîne des soins
- Evaluation des ressources et des spécificités territoriales
- Ensemble des partenaires
 - Notions de trajectoire
 - Diversité des pratiques

■ Aux dispositifs d'offre innovants :

- Une conception partenariale
- Une mise en œuvre fonction des possibilités et des compétences
- Un suivi de pertinence
- **Une confrontation aux « impensés du soin »**

**Plate forme* pour la qualité
des soins en psychiatrie dans les Yvelines sud**

**Espaces de réflexion
communs**

Actes / Formations / groupes

**Gestion
Coordination**

Systèmes d'information

**Plate forme
méthodologique**

EPP / Recherche

**Troubles anxieux
et dépressifs
CASSC**

Population : patients déprimés, anxieux, difficultés dans parcours de soins
Objectifs : définir le meilleur projet de soins avec le MG
Partenaires : surtout praticiens libéraux
Activité 2004
530 appels-370 consult.

**Réponse à
l'urgence**

Population : patients de SAU
Objectifs : Définir le meilleur projet de soins avec partenaires
Activité 2005
Ouverture unité de 72 heures
1 protocole organisationnel
2 conventions de partenariat
1 protocole d'EPP

Psychogériatrie

Population : personnes âgées avec troubles du comportement ou patho psy
Objectifs : avis spécialisé
Organiser les différents acteurs du parcours de soins
Partenaires : acteurs sanitaires et sociaux
Activité 2004
1 protocole organisationnel
Formations

**Obligations
de soins**

Population : patients sous obligation de soins
Objectifs : Evaluer possibilité de mise en œuvre de cette décision et définir le type de prise en charge adapté
Partenaires : Justice, Professionnels spécialisés
Activité 2005
Protocole mis en place
8 patients

**Dérogations tarifaires
psychothérapies**

Population : patients de la CASSC nécessitant une psychothérapie mais pb de coût.
Objectifs : permettre un accès suffisamment précoce à une psychothérapie
Partenaires : psychologues libéraux
Activité : début en 2005
12 patients

Hébergement Patients psy

Population : patients présentant un trouble psy sans structure d'hébergement adapté
Objectifs : Trouver un hébergement adapté aux besoins évolutifs des patients
Activité :
1 protocole organisationnel
2 conventions signées
89 patients hébergés

**Relations champs
sanitaire / champs social**

Population : personnes en difficulté sociale avec troubles du comportement ou pathologie psy-diff ; d'accès aux soins
Objectifs : travail avec interlocuteurs sociaux
Pour meilleure prise en charge sociale et Sanitaire
Partenaires : professionnels sociaux
Activité 2004 : 110 actions mises en liens, 250 dossiers de patients analysés ; 39 formations

* Plate forme : Ensemble d'idées sur lesquelles on s'appuie pour présenter une politique commune



Le premier groupe de travail : « trajectoire de soins d'un déprimé »

■ Les constats :

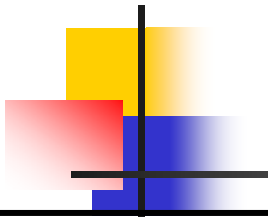
- L'importance de cette problématique en médecine générale
 - Enquête RPSM :
 - Nombre important (15% - 1519 / 180 MG; 1130 / 45 psy lib)
 - 66.8% troubles dépressifs (33.1) et anxieux (pas de PP)
 - 64% des MG suivent trop et trop longtemps les patients « psy »
 - Satisfaction lien MG / psychiatres :
 - Souhait d'avis pour 43.1% de leur patient (26% ont une collaboration)
 - 88% notent une plus grande difficulté d'adressage
 - 75% des MG sont insatisfaits des relations avec les psychiatres
 - 81% des adressages se concluent par un suivi psychiatrique exclusif
- Nécessité d'un dispositif de réponse adapté aux demandes des MG



La consultation de suivi conjoint

- **Dispositif spécialisé (psychiatre – psychologue - infirmière) situé au sein d'un hôpital général, mis à la disposition des MG pour obtenir une réponse, dans des délais adaptés, sans ciblage préalable sur une population particulière**
- **Un fonctionnement « formalisé »**

La consultation de suivi conjoint : les constats



	patients	Adressés par un MG (163 MG)	Par lui même / par praticien
2002	398	22%	38% / 47%
2003	347	26%	42% / 48%
2004	366	29%	37% / 55%
2005	190	48%	25% / 66%

La consultation de suivi conjoint : les constats (2004)

Moins de 4 cs (2004)	79%
Moins de 6 cs	91%

	2003	2004
1 cs	42.8%	53.8%


% de dépression en suivi conjoint

60%

La consultation de suivi conjoint : les questions



- **Des questions « organisationnelles » : l'intérêt d'une meilleure coordination MG / Psychiatres**
- **Des questions de stratégies thérapeutiques : une confrontation aux « impensés de la clinique »**



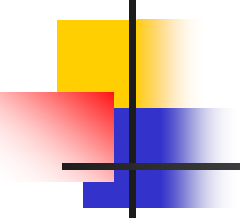
Des questions « organisationnelles » : l'intérêt d'une meilleure coordination MG / Psychiatres

■ Les critères d'adressage du MG au psychiatre

- Au moment de la prise de rendez-vous : les raisons avancées sont souvent vagues (« avis »; psychothérapie ?; sentiment d'impasse...)
- Le vécu rétrospectif du MG « qu'est ce que cette cs vous a apporté ? » : enquête rétrospective téléphonique (139 MG)
 - L'importance des conditions d'adressage : un désaccord patient / MG
 - L'impact de l'adressage : très positif (n patients = 125)
 - Aide technique à la prise en charge (pb dg (1) / mts (3)) : lever de résistances aux soins / réassurance du MG / rôle de tiers / indication de psychothérapie
 - Reconnaissance et délégation du problème

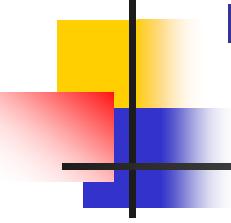
■ et du psychiatre au MG

- Quels sont les patients pouvant bénéficier d'un suivi exclusif par le MG ? Ou « sous quelles conditions.... ? »



Des questions de stratégies
thérapeutiques : une confrontation aux
« impensés de la clinique »

Des RPC et un référentiel d'intérêt limité



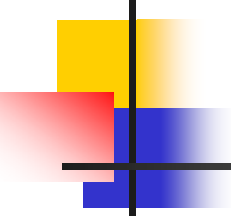
Les conférences de consensus des recommandations de pratique clinique : l'exemple de la « prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » (mai 2002)

- De grade A :
 - Prescrire des AD à un EDM
 - Poursuivre le traitement pendant « 6 mois à 1 an »
 - Informer le patient

- De grade B :
 - Proposer une TCC lors d'une dépression modérée

- Une grande majorité «d'accord professionnel»
 - Les critères CIM 10 sont utilisés pour poser le diagnostic
 - Les critères d'hospitalisation
 - L'adressage au spécialiste
 - L'association d'une psychothérapie psychanalytique

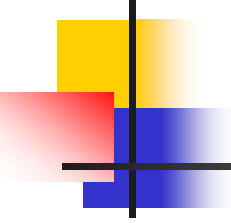
La consultation de suivi conjoint

- 
- **Les impensés de la clinique : des références utiles ?**
 - Que faire devant un déprimé partiellement amélioré par le traitement AD ?
 - Sous quelles conditions proposer une TCC, une psychothérapie psychanalytique, une thérapie systémique, un changement de traitement ?
 - Quand hospitaliser un déprimé ?
 - Par qui quel déprimé doit-il être suivi ?
 - **La concertation pluri-professionnelle pour répondre au : qui fait quoi, avec qui et comment ?**
 - Les groupes TCC / psychanalyse / thérapie systémique
 - La commission d'attribution : les dérogations tarifaires

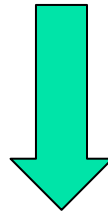


Pour une épistémologie du soin : Une position nouvelle des praticiens dans un travail en réseau

- avoir un doute raisonnable sur nos propres pratiques
- accepter de « mettre sous d'autres regards » que celles de nos « communautés » habituelles, notre démarche de soins : l'apport des concertations pluri-professionnelles
- Accepter les contraintes d'une démarche de qualité sans rien céder de la pertinence clinique des évaluations nécessaires : les suivis de patients



***Le partenariat dans le réseau
impose ce retour à une
pensée clinique et dévoilent les
« points aveugles » de la démarche de soins***



**La nécessité d'une concertation pluri-professionnelle
et d'un suivi coordonné des soins pour
construire des références utiles en psychiatrie**

Quelle prise en charge pour un déprimé partiellement amélioré par le traitement AD ?



■ Les critères de décision

- Un postulat : l'efficacité des techniques suivantes : psychanalyse, TCC, Thérapie familiale, chimiothérapie
- Une constatation : pas de critères prédictifs de réponse aux techniques de soins
- Une nécessité : la définition d'indicateurs cliniques d'observation simple en pratique « quotidienne » pour guider la décision

Quelle prise en charge pour un déprimé partiellement amélioré par le traitement AD ?



■ La formalisation du suivi

- Comment définir les critères de mise en œuvre « optimale » de la technique : prescriptions / cadre psychanalytique / TCC... ?
- Quels critères d'amélioration ? Les attendus du traitement : les objectifs de soins / le suivi d'efficacité

Une démarche de qualité dans un réseau : une amélioration des pratiques... et des référentiels

