



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

**Rapport méthodologique
d'élaboration**

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

Sommaire

Abréviations et acronymes	4
Introduction	5
1. Méthode d'élaboration : généralités	6
1.1 Finalité et objectifs	6
1.2 Modalités de réalisation	6
2. Recherche documentaire et analyse bibliographique : socles des connaissances publiées françaises et internationales	7
2.1 Objectifs	7
2.2 Méthodologie	7
2.3 Résultats	12
3. Élaboration du guide par un groupe de travail	90
3.1 Composition du groupe de travail	90
3.2 Organisation de la réflexion conduite avec le groupe de travail	90
3.3 Résultats des travaux du groupe de travail	91
3.4 Groupe des parties prenantes et groupe de lecture	104
Annexe 1. Stratégie de recherche documentaire : équations de recherche	106
Annexe 2. Stratégie de recherche documentaire : sites Internet consultés	121
Annexe 3. Références analysées	124
Références	134

Abréviations et acronymes

ACT	<i>Assertive community treatment</i>
ARS	Agence régionale de santé
BDSP	Banque de données en santé publique
CADET	<i>Collaborative care for depression trial</i>
CIH-2	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CIM	Classification internationale des maladies
CME	Commission médicale d'établissement
CMG	Collège de médecine générale
CMP	Centre médico-psychologique
CNPP	Conseil national professionnel de psychiatrie
CNQSP	Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
COINCIDE	<i>Collaborative interventions for circulation and Depression</i>
DIAMONDS	<i>Depression Improvement Across Minnesota—Offering a New Direction</i>
DMS	Différence moyenne standardisée
DSP	Dispositif de soins partagés
DU	Diplôme universitaire
EPSM	Établissement public de santé mentale
ESP	Équipe de soins primaires
ETP	Équivalent temps plein
FFP	Fédération française de psychiatrie
IAPT	<i>Improving access to psychological therapy</i>
IC 95 %	Intervalle de confiance à 95 %
LEO CAT	<i>Lambeth early onset crisis assessment team</i>
INDI	<i>Interventions for depression improvement</i>
MSP	Maisons de santé pluri professionnelles
NHS	<i>National health service</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
PC-MH	<i>Patient-centered medical home</i>
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTSM	Projet territorial de santé mentale
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
RESPECT-D	<i>Re-Engineering Systems for Primary Care Treatment of Depression</i>
RR	Risque relatif
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TIPP	<i>Transition into primary care psychiatry</i>
VAMC	<i>Veterans Administration Medical Centers</i>

Introduction

Le travail « 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 » s'inscrit dans le programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale élaboré par la HAS.

Il a donné lieu à trois productions : un [guide](#) et une [synthèse](#) dont la rédaction s'est appuyée sur les travaux décrits dans le présent [rapport méthodologique d'élaboration](#).

1. Méthode d'élaboration : généralités

1.1 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 publiées françaises et internationales 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 le médecin généraliste et les différents 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.

1.2 Modalités de réalisation

Ce travail a été réalisé suivant une méthodologie reposant successivement sur :

- une recherche documentaire et une analyse bibliographique (chapitre 2) ;
- une consultation d'experts (groupe de travail) (chapitre 3) ;
- une relecture par un groupe de lecture et la prise en compte de l'avis des parties prenantes identifiées et des membres du comité de suivi du programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS ;
- une validation par le Collège de la HAS.

2. Recherche documentaire et analyse bibliographique : socles des connaissances publiées françaises et internationales

2.1 Objectifs

L'objectif général de la recherche documentaire et de l'analyse bibliographique était de mettre à disposition des acteurs professionnels, institutionnels et usagers le socle des connaissances publiées françaises et internationales sur la coordination interprofessionnelle et interdisciplinaire avec le médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux.

Il s'agissait plus précisément de réaliser un état des lieux et une analyse des données scientifiques sur :

- les caractéristiques et difficultés de la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux, notamment en France (objectif 1) ;
- les expériences d'amélioration de cette coordination en France et à l'étranger ainsi que leurs effets sur la qualité de la prise en charge et la santé des patients (les résultats des évaluations économiques ont également été pris en compte) (objectif 2).

Nota bene : Les publications retenues pour l'élaboration du socle des connaissances publiées françaises et internationales sont de qualité et de nature très variables. La synthèse de la littérature a ainsi permis de dresser un état des lieux des recherches existantes sur le sujet 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 et de proposer des exemples d'expériences, ne s'appuyant pas nécessairement sur des études apportant de hauts niveaux de preuve et ayant ainsi une vocation illustrative. Cet état des lieux a ensuite été utilisé comme support des travaux conduits dans un second temps avec les experts du groupe de travail (cf. chapitre 3).

2.2 Méthodologie

► Stratégie de recherche

La recherche documentaire a été réalisée dans les bases de données Medline, SantéPsy, Pascal, Banque de Données en Santé Publique (BDSP), PsychInfo, Cochrane Library.

Elle a été effectuée sur la période allant de janvier 2005 à juillet 2015 et a été restreinte aux publications de langues anglaise et française. La période de recherche bibliographique de dix ans se justifiait par le fait que l'objectif du travail conduit par la HAS n'était pas de restituer un historique de l'évolution des modalités de coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux, mais de proposer un état des lieux pertinent dans le contexte de l'organisation actuelle du système de soins. Cette restriction tenait par ailleurs à une contrainte de faisabilité, la littérature étant très abondante sur le sujet.

Différentes équations de recherche correspondant aux différents angles selon lesquels peuvent être abordées les questions de la revue de littérature et en reflétant la complexité ont été établies (annexe 1). Ces équations intégraient toutes des mots clefs permettant d'identifier le médecin généraliste (*general practitioner* et *family physician* par exemple) et des termes relatifs à la coordination/collaboration/coopération interprofessionnelle et interdisciplinaire.

Deux entrées distinctes ont été utilisées :

- une entrée par les acteurs de soins de la prise en charge des troubles mentaux, via une liste de mots clefs correspondant aux différents professionnels impliqués ;
- une entrée par pathologie, s'appuyant sur une liste de mots clefs couvrant le champ des troubles mentaux.

Enfin, plusieurs mots clefs associés aux différents types d'études entrant dans le champ de la recherche bibliographique (*cohort study* et *clinical trial* par exemple) ou aux objectifs poursuivis (*impact* et *barrier/difficulties* par exemple) ont été utilisés.

La recherche de ces mots clefs a été effectuée dans les titres et résumés des références et dans le thésaurus de la base bibliographique quand celui-ci existait.

Les résultats de la recherche bibliographique ont été restitués sous la forme de listings correspondant aux différentes approches du sujet et bases de données documentaires étudiées.

En complément, les références identifiées à partir des sites Internet d'organismes produisant des recommandations ou des rapports d'évaluation et des sites des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié (annexe 2) ; les références utilisées dans la note de cadrage du projet ; certaines des références citées dans les articles analysés et les références issues d'une veille documentaire, réalisée entre août 2015 et août 2016, ont également été examinées.

► Critères de sélection des références

La sélection des références pertinentes a été effectuée par l'analyse successive des titres, résumés et textes complets des références identifiées. Une double lecture des titres et résumés a été réalisée de façon indépendante par deux lecteurs sur les dix premières références de chaque listing résultant de la recherche bibliographique. Cette démarche a permis d'évaluer la fiabilité du processus de sélection et, quand cela était nécessaire, de consolider et affiner les critères d'inclusion et d'exclusion initialement définis. La sélection a été effectuée par un seul lecteur pouvant faire appel à une double lecture donnant suite à une discussion quand cela était nécessaire.

→ Critères d'inclusion et d'exclusion communs aux deux objectifs

Critères d'inclusion

Au regard des objectifs poursuivis, différents types de documents relatifs à la coordination interprofessionnelle dans la prise en charge des troubles mentaux ont été considérés : études originales fondées sur des données empiriques, travaux de synthèse des données scientifiques, revues de littérature, méta-analyses et recommandations organisationnelles ou cliniques.

Seules les références relatives à des travaux réalisés en Europe, en Amérique du Nord, en Amérique du Sud, en Australie et en Nouvelle-Zélande ont été incluses.

- Patients/usagers

Les critères d'inclusion relatifs aux patients pris en charge dans les études identifiées étaient les suivants :

- ▶ études portant sur une population adulte (18 ans et plus) ;
- ▶ études relatives à des populations souffrant de troubles mentaux et du comportement au sens de la Classification internationale des maladies, 10^e version (CIM-10), à l'exception des troubles mentaux organiques (codes F00-F09), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (codes F10-F19), des retards mentaux (codes F70-F79) et des troubles du développement psychologiques (codes F80-F89). Les études sur la prévention du suicide ou la prise en charge des suicidants ont également été incluses ;
- ▶ la prise en charge des troubles somatiques dont souffrent les patients présentant des troubles mentaux constituant un enjeu important de la coordination, les études portant sur des populations souffrant de comorbidités psychiatriques et somatiques ont également été incluses.

- Professionnels

Les études impliquant des médecins généralistes exerçant en ambulatoire ont été incluses, tous les modes d'exercice ont été pris en compte (exercice individuel ou dans le cadre d'une équipe de soins de premiers recours [maison de santé par exemple]). Dans le cadre d'études impliquant une équipe de soins de premiers recours, le médecin généraliste et son rôle devaient être clairement identifiables au sein de cette équipe.

Ce travail portant sur la coordination interprofessionnelle et interdisciplinaire, au moins un autre acteur de soins dans la prise en charge des troubles mentaux devait être identifié. Il devait s'agir de professionnels du champ sanitaire tels que :

- des équipes de psychiatrie au sein d'établissements de soins de santé mentale publics ou privés (en France : psychiatres, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) ;
- des psychiatres libéraux ;
- des psychologues ou psychothérapeutes libéraux ;
- des infirmiers exerçant dans le champ de la santé mentale ;
- des *counselors*¹.

Les professionnels des secteurs social et médico-social n'ont été pris en considération que s'ils faisaient partie des équipes de psychiatrie.

Critères d'exclusion

Ont été exclues les études portant *exclusivement* sur :

- une population d'enfants et/ou d'adolescents ;
- des populations souffrant de troubles mentaux organiques (codes CIM-10 F00-F09), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (codes CIM-10 F10-F19), de retards mentaux (codes CIM-10 F70-F79) et de troubles du développement psychologiques (codes CIM-10 F80-F89) ;
- des populations spécifiques définies selon des critères démographiques (âge et sexe), ethniques ou sociaux notamment. Toutefois, les résultats spécifiques à ces populations, lorsqu'elles étaient traitées dans un cadre général, ont été restitués, et les études portant sur des troubles qui par définition n'affectent que des populations spécifiques (dépression *post-partum* par exemple) ont été examinées en vue d'une inclusion. Les études menées dans une optique générale mais réalisées sur des populations spécifiques pour des raisons de disponibilité de bases de données de grandes tailles ont également été examinées en vue d'une inclusion (études sur les populations bénéficiaires de *Medicaid* et *Medicare* ou prises en charge par le Département des anciens combattants aux États-Unis [*Department of Veterans' Affairs*] par exemple).

Les documents ne s'appuyant pas sur des données empiriques (lettres à l'éditeur et papiers d'opinions, notamment), ainsi que les thèses de médecine et de sciences ont été exclus, de même que les références dont le résumé n'était pas disponible et dont le titre n'évoquait pas explicitement la problématique générale de la coordination interprofessionnelle et interdisciplinaire dans le cadre de la prise en charge des troubles mentaux.

→ Critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques aux différents objectifs et types de références

Expériences d'amélioration de la coordination et effets de ces expériences

Les critères d'exclusion suivants ont été appliqués :

- L'évaluation des effets de l'intervention
Les publications relatives à des expériences menées à l'étranger qui n'ont pas donné lieu à une évaluation publiée ont été exclues. En revanche, afin d'en assurer la représentation, les expériences menées en France ayant fait l'objet d'une publication sans qu'une évaluation ait été effectuée ont été incluses.
- La description des modalités de coordination
 - Certaines expériences ont été exclues lorsque les publications disponibles ne permettaient pas une description des processus de coordination et des rôles des professionnels impliqués.
 - Les études portant exclusivement sur la description ou l'analyse du rôle d'un profil spécifique d'intervenants dans le cadre d'une expérience d'amélioration de la coordination ont également été exclues.

¹ Un *counselor* est défini comme étant une personne dont le travail est de dispenser des avis, une aide et des encouragements (*Cambridge dictionary*).

- La description du rôle du médecin généraliste

Les publications relatives à des expériences dans lesquelles le rôle du médecin généraliste n'était que marginal ou était insuffisamment décrit ont été exclues.

Revue de la littérature et méta-analyses

Seules les revues de la littérature et méta-analyses fondées sur une analyse systématique de la littérature et dont la stratégie de recherche et les critères d'inclusion et d'exclusion étaient précisément décrits ont été incluses.

Recommandations organisationnelles ou cliniques

Les recommandations organisationnelles ou cliniques portant spécifiquement sur la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux ont été étudiées en vue d'une inclusion.

Le statut de certaines publications est parfois apparu comme incertain (dans le cas, par exemple, des *position papers*). Les préconisations destinées aux acteurs de la santé sur ce sujet touchant à l'organisation des soins ne prenaient en effet pas toujours la forme habituelle des recommandations de bonne pratique clinique. Des critères généraux ont donc été appliqués afin d'identifier les publications pouvant être considérées comme des recommandations organisationnelles ou cliniques. Elles ont été caractérisées comme des préconisations destinées aux acteurs de la santé (professionnels de santé, mais aussi éventuellement décideurs publics et représentants d'usagers, par exemple) :

- produites par une organisation publique ou une société savante chargée d'élaborer des recommandations de bonne pratique ;
- fondées sur une méthodologie transparente incluant :
 - une synthèse des données scientifiques disponibles ;
 - la recherche d'un consensus.

► Analyse bibliographique

→ Synthèse de la littérature

Panorama général des références sélectionnées

Une description globale des références sélectionnées en fonction de l'objectif auquel elles permettaient de répondre, de leur type (étude originale, revue de la littérature/méta-analyse, recommandation), du pays dans lequel l'étude a été menée et de la catégorie de troubles mentaux concernée a été effectuée.

Une analyse plus précise des références sélectionnées a ensuite été conduite, des méthodes distinctes, décrites ci-après, ayant été mobilisées selon l'objectif poursuivi.

Caractéristiques de la coordination et difficultés rencontrées

Une restitution narrative des données de la littérature a été réalisée. Elle a permis de présenter une vue d'ensemble des caractéristiques de la coordination et des difficultés rencontrées, notamment en France, à la fois par les médecins généralistes et par les autres acteurs de soins dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux, sur la base de travaux quantitatifs et qualitatifs.

Les publications analysées sont listées en annexe 3.

Expériences d'amélioration de la coordination et effets de ces expériences

La recherche documentaire a conduit à l'identification d'un nombre important d'expériences d'amélioration de la coordination interprofessionnelle. La multiplicité et la variabilité de ces expériences, mais également l'hétérogénéité et l'instabilité des terminologies utilisées pour les décrire, nous ont conduits, dans une première étape de l'analyse, à proposer une typologie des expériences identifiées, basée sur le niveau de complexité des interventions. Cette typologie ne constitue pas une classification de référence, d'autres classifications sont possibles et pertinentes, mais permet une restitution synthétique et accessible des données de la littérature.

Dans une seconde étape, une analyse des revues de la littérature et méta-analyses identifiées a été effectuée. Les résultats ont été présentés, selon la typologie développée, par grandes catégories d'expériences identifiées. Ils intègrent une description générale des expériences sélectionnées *via* ces revues de la littérature et méta-analyses, ainsi qu'une description de leurs composantes, notamment collaboratives, et des acteurs impliqués. Les résultats de l'évaluation des effets de ces expériences ont ensuite été présentés, sans que les critères d'évaluation pertinents n'aient été préétablis. Ainsi, les critères mobilisés pour l'analyse sont ceux identifiés dans les références sélectionnées, une attention particulière ayant toutefois été portée aux critères directement liés à la santé, au bien-être ou à la satisfaction des patients, par comparaison aux critères relatifs aux processus de soins ou à la satisfaction des professionnels de santé. Les résultats des analyses économiques conduites dans le cadre des expériences identifiées (analyses coût-efficacité et coût-utilité) ont également été rapportés lorsque ces analyses économiques avaient été menées.

Pour chaque grande catégorie d'expériences, un ou plusieurs exemple(s) issu(s) de la recherche documentaire a (ont) ensuite été présenté(s) à titre d'illustrations concrètes. Le choix de ces exemples a été fait de façon à :

- refléter la diversité des expériences menées en France et à l'étranger, en mettant l'accent sur les expériences menées en Europe ;
- représenter l'ensemble du champ de la prise en charge des troubles mentaux, en présentant des exemples d'interventions destinées à prendre en charge les troubles fréquents, mais également des expériences s'adressant à des patients souffrant de troubles mentaux dits sévères, moins représentés dans la littérature étudiée ;
- illustrer la diversité des professionnels pouvant être impliqués aux côtés du médecin généraliste dans une prise en charge coordonnée des troubles mentaux ;
- mettre en lumière les expériences ayant concerné un grand nombre de patients et de professionnels ;
- mettre l'accent sur les expériences dont les effets ont été évalués dans différentes dimensions (critères d'évaluation concernant directement le patient, le processus de soin, la satisfaction des professionnels et critères d'évaluation économique).

Les publications analysées sont listées en annexe 3.

Recommandations cliniques et organisationnelles

Une restitution narrative a été effectuée pour chacune des recommandations identifiées, qui ont été mises en perspective de la typologie proposée pour décrire les expériences d'amélioration de la coordination mises en œuvre.

2.3 Résultats

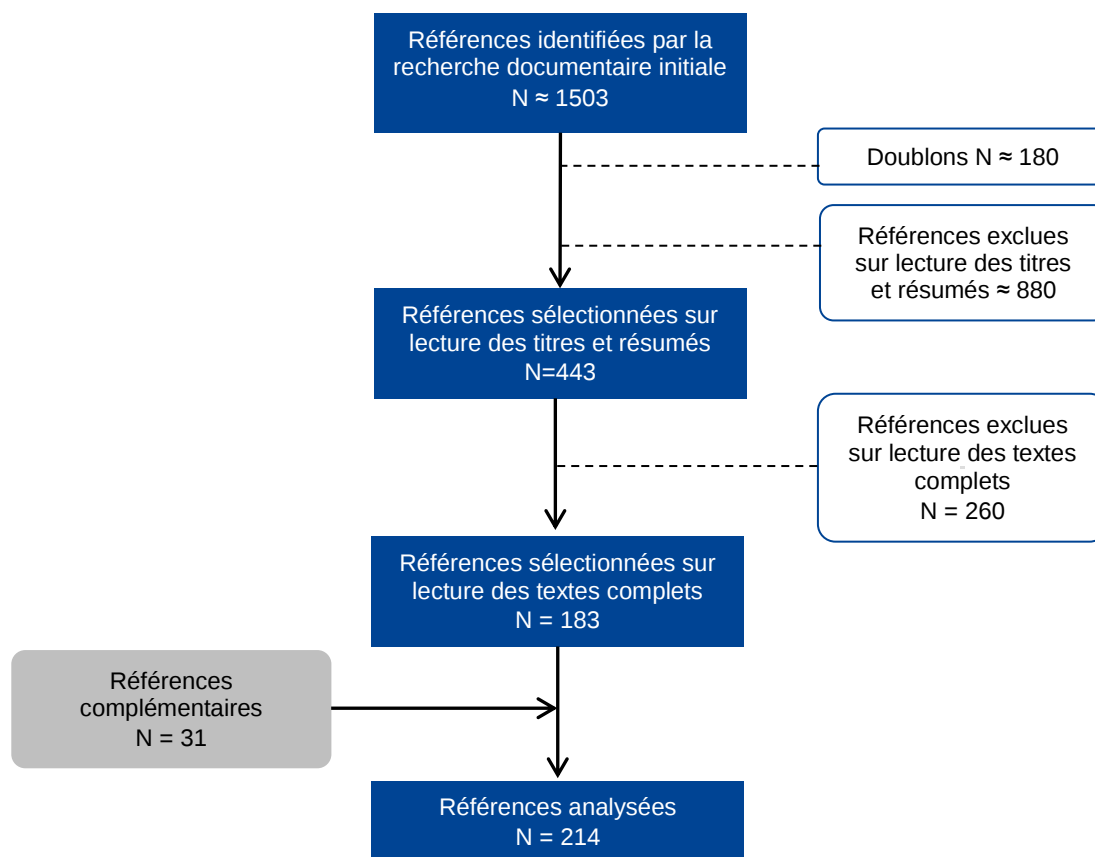
► Panorama général des références sélectionnées

→ Résultats du processus de sélection

Mille cinq cent trois références ont été identifiées par la stratégie de recherche mise en œuvre. À la suite de l'analyse des titres et résumés, 443 textes complets ont été sélectionnés pour aboutir à un corpus de 183 références incluses. En complément, 31 références issues de la recherche à partir des sites Internet d'organismes produisant des recommandations ou des rapports d'évaluation et des sites des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ; de la bibliographie établie lors de l'élaboration de la note de cadrage ; des bibliographies des références incluses et de la veille documentaire ont été incluses.

Au total, 214 références ont été analysées (graphique 1).

Graphique 1. Diagramme de sélection des références



→ Description générale des références sélectionnées

Parmi les références sélectionnées, 33 répondaient au premier objectif de cette revue (« Réaliser un état des lieux et une analyse des données scientifiques sur les caractéristiques et difficultés de la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux »), 171 répondaient au deuxième objectif (« Réaliser un état des lieux et une analyse des données scientifiques sur les expériences d'amélioration de cette coordination en France et à l'étranger »), et trois apportaient des éléments répondant aux deux objectifs.

Enfin, sept recommandations organisationnelles ou cliniques ont été identifiées, dont une recommandation française relative à l'échange de courriers entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation (1, 2).

Les chapitres suivants présentent une cartographie des références sélectionnées, par types de documents, zones géographiques concernées et types de troubles mentaux considérés.

Références relatives aux caractéristiques de la coordination et aux difficultés rencontrées

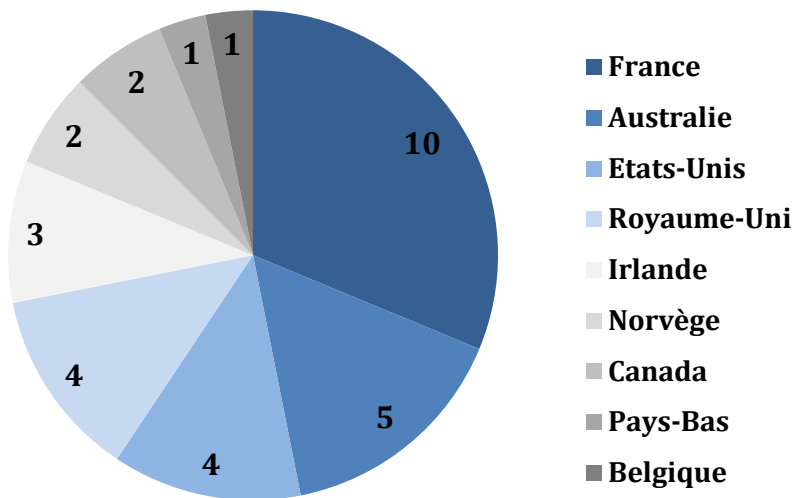
Au total, 34 références dont deux revues de la littérature traitaient des caractéristiques et des difficultés rencontrées pour la coordination (l'une de ces revues abordait également les expériences d'amélioration de la coordination conduites en France). En complément, deux documents de synthèse publiés dans des journaux français et répondant également à l'objectif 2 ont été identifiés.

Les graphiques ci-dessous présentent la répartition des références identifiées par pays (graphique 2) et par types de troubles mentaux (graphique 3)².

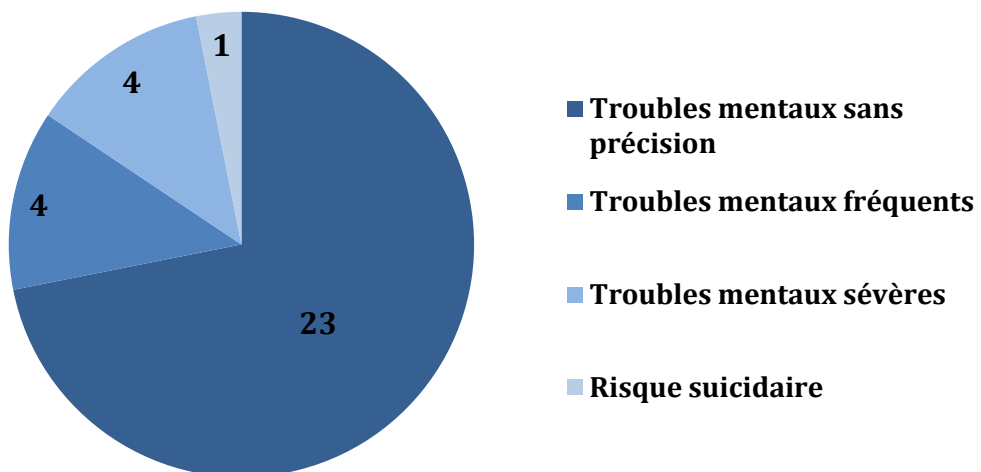
Une sur représentation des études menées en France était observée. Elle s'expliquait en partie par la stratégie de recherche mise en œuvre et l'accent délibérément porté dans la note de cadrage sur la situation française, dans la perspective de proposer des repères et outils adaptés au terrain professionnel en France.

²Seules les références portant sur des études originales sont prises en compte. Les revues de littérature et les synthèses identifiées ne sont pas incluses dans ce comptage.

Graphique 2. Références relatives aux caractéristiques de la coordination et aux difficultés rencontrées : répartition par pays (N = 32)



Graphique 3. Références relatives aux caractéristiques de la coordination et aux difficultés rencontrées : répartition par type de troubles (N = 32)

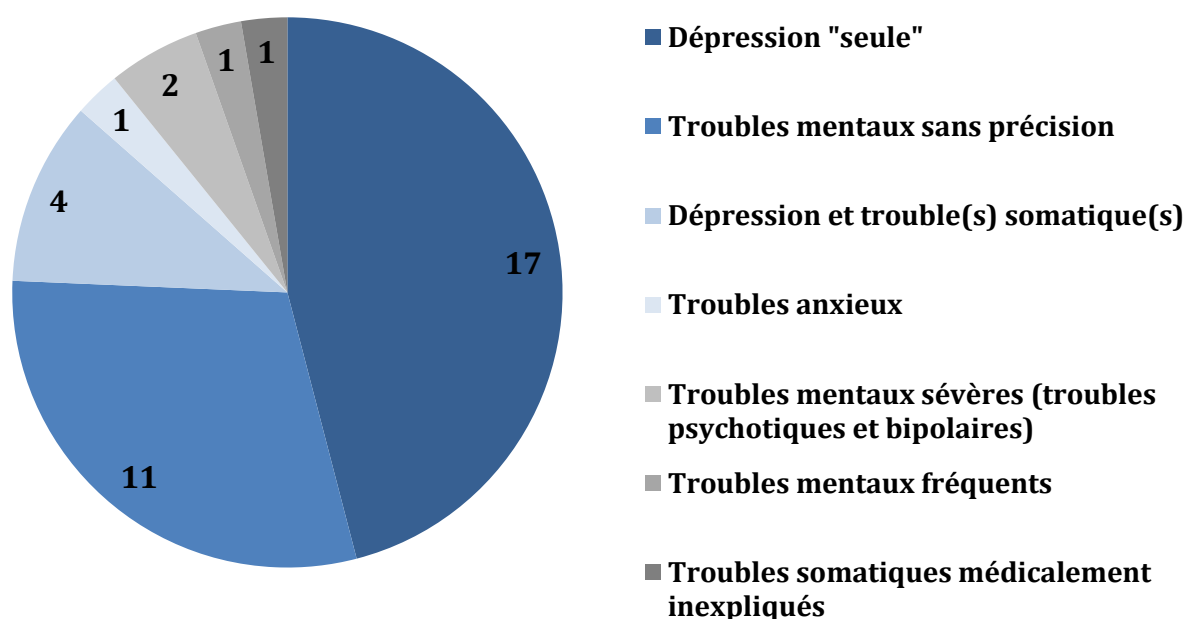


Références relatives aux expériences d'amélioration de la coordination

Cent soixante-douze références répondant à l'objectif 2 ont été identifiées³, dont 37 revues de la littérature et/ou méta-analyses. Près de la moitié des revues de la littérature et méta-analyses était centrée sur la dépression, un peu plus du quart traitait de tous types de troubles et seulement deux étaient spécifiques aux troubles mentaux sévères (graphique 4). Les troubles dépressifs étaient également les plus représentés dans les études originales (54 études, 40 % des études analysées), les troubles mentaux sévères n'étant la pathologie spécifiquement étudiée que dans six études (graphique 5).

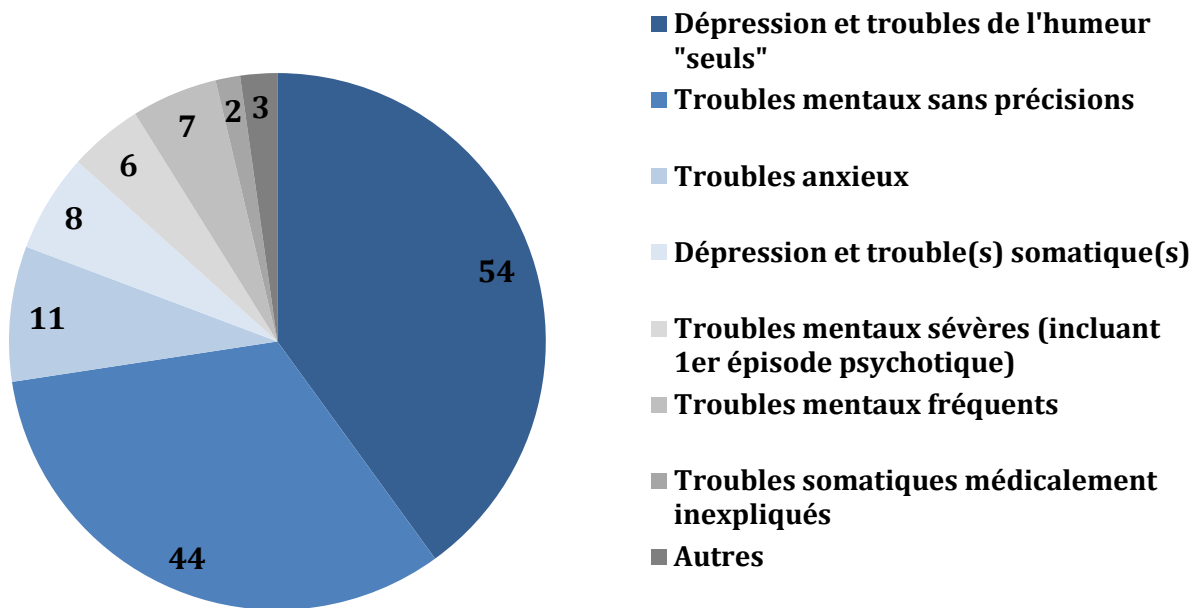
Les études conduites aux États-Unis représentaient près de la moitié des études analysées, plus de 10 % des études ont été conduites au Royaume-Uni et seulement trois en France (graphique 6).

Graphique 4. Répartition par types de troubles des références répondant à l'objectif 2 (revues de la littérature et méta-analyses) (N = 37)

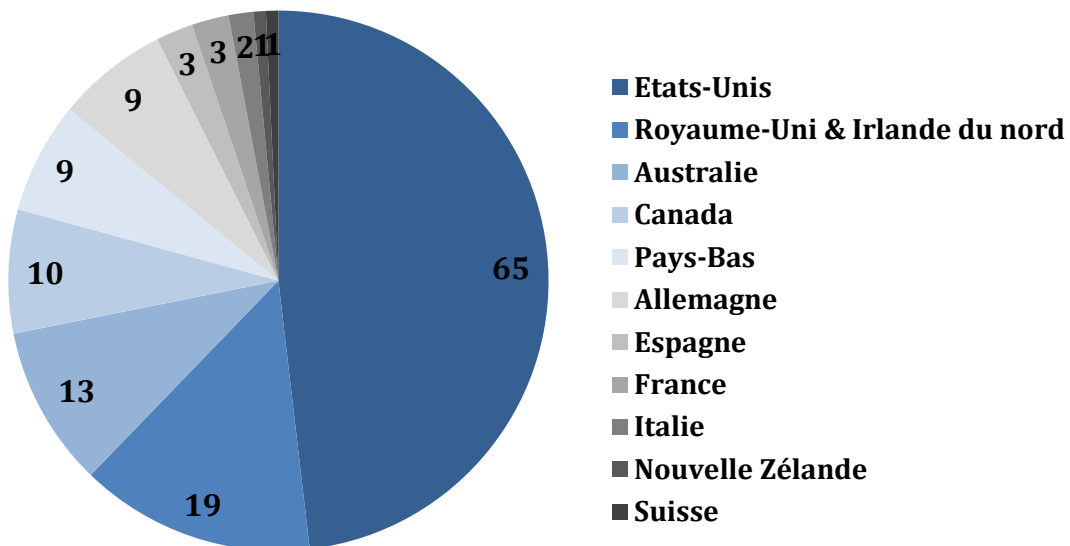


³ En complément, deux documents de synthèse publiés dans des journaux français et répondant également à l'objectif 1.

Graphique 5. Répartition par pays des références répondant à l'objectif 2 (études originales) (N = 135)



Graphique 6. Répartition par types de troubles des références répondant à l'objectif 2 (études originales) (N = 135)



► Caractéristiques de la coordination et difficultés rencontrées

Les données françaises sur les caractéristiques de la coordination et les difficultés rencontrées sont pour l'essentiel **issues d'études centrées sur le recueil de la perception des médecins généralistes**, la perception des autres acteurs de soins dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux y étant moins représentée. En revanche, les études internationales intégraient davantage les points de vue des différentes catégories de professionnels ainsi que ceux des usagers et de leurs proches.

Les principaux résultats de ces études sont présentés ci-après.

→ Caractéristiques de la coordination

Besoins et pratiques de coordination

Interrogés sur leur vision du contenu de la coopération avec les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, les médecins généralistes en ont identifié quatre composantes dans le cadre de la prise en charge de la dépression (3) :

- l'adressage de patients vers le second recours ;
- le retour d'informations sur les patients ;
- la demande de conseils ;
- la réalisation de prises en charge conjointes.

Selon eux, ces modalités de coopération permettraient une amélioration de la prise en charge et de l'accès aux soins ainsi qu'un développement de leurs compétences.

Les pratiques et besoins de collaboration rapportés par les médecins généralistes variaient selon les types et niveaux de sévérité des troubles auxquels ils étaient confrontés.

Adressage vers le second recours

Tous troubles confondus (4)

- Un besoin de collaboration avec des professionnels spécialisés était exprimé par les médecins généralistes pour 43 % des patients identifiés comme souffrant de troubles mentaux.
- Ce besoin n'était considéré comme satisfait que par 35 % des médecins généralistes.
- En cas de besoin non satisfait, un **adressage vers un professionnel spécialisé était souhaité pour environ un tiers des patients**, notamment en raison d'un manque de confiance du médecin généraliste pour prendre en charge seul le patient.

Suspicion de schizophrénie débutante

- Lorsqu'ils étaient confrontés à une schizophrénie débutante, les médecins généralistes déclaraient faire **fréquemment le choix d'un adressage à un psychiatre**, notamment à un psychiatre libéral (souvent ou très souvent : 83 %), mais beaucoup **plus rarement à un psychologue** (jamais : 57 %) (5).
- Une fois le diagnostic de schizophrénie établi, environ la moitié des médecins généralistes disaient prescrire fréquemment des traitements psychotropes (5).

Troubles anxieux

- Les patients souffrant de troubles anxieux seraient **moins souvent** orientés vers une prise en charge spécialisée que les patients souffrant de troubles psychotiques (6).
- Cela pourrait s'expliquer par le fait que les médecins généralistes se sentent **plus à l'aise** avec ce type de troubles (4).

Dépression

- Dans le cas de la dépression, l'adressage vers le second recours était décrit comme **occasionnel**, moins de 5 % des médecins généralistes déclarant y recourir (3).
- Le choix d'un adressage se ferait principalement au regard de la **sévérité du trouble dépressif**, et les médecins généralistes collaboreraient essentiellement avec des **psychiatres libéraux** (7).

À l'étranger

- En Irlande (8) :
 - 81 % des médecins généralistes déclaraient adresser systématiquement un patient pour lequel ils suspectaient un premier épisode de schizophrénie ;
 - plus de la moitié d'entre eux annonçait un taux de patients "perdus de vue" de plus de 25 % à la suite de l'adressage.
- En Norvège, dans le cas d'un adressage vers une hospitalisation sans consentement, les attentes des médecins généralistes étaient (9) :
 - l'initiation d'un traitement neuroleptique (58 %) ;
 - un suivi et une prise en charge du patient par l'équipe hospitalière (45 %) ;
 - des modifications du traitement (37 %) ;
 - la résolution d'une situation aiguë (35 %) ;
 - et une clarification du diagnostic (22 %).

Retours d'informations

En France, dans le cadre d'une enquête réalisée au niveau national (6) :

- la quasi-totalité des médecins généralistes déclarait envoyer un courrier au psychiatre lorsqu'ils orientaient un patient ;
- 74 % d'entre eux disaient ne recevoir aucune réponse.

Ce manque de retour d'information était rapporté dans plusieurs travaux concernant :

- la prise en charge du risque suicidaire (10) ;
- la prise en charge la dépression (11), 59 % des médecins généralistes déclarant qu'une absence de retour d'information lors d'une prise en charge du patient par un centre médico-psychologique (CMP) était un frein à l'adressage (3) ;
- le suivi de patients pour lesquels une schizophrénie débutante était suspectée (5).

Demande de conseils

Seuls 3 % des médecins généralistes déclaraient prendre un avis auprès d'un professionnel spécialisé avant de débiter une prise en charge thérapeutique pour traiter une dépression (3, 7).

Tous troubles mentaux confondus, les travaux menés dans la région Yvelines Sud suggéraient toutefois l'existence d'un besoin de collaboration autre que l'adressage du côté des médecins généralistes. En effet, un besoin occasionnel de conseils était identifié pour 5 % des patients, et, pour 64 % des patients, les médecins généralistes déclaraient ne pas savoir quel type de collaboration rechercher (4).

Prises en charge conjointes

Pour les composantes de coordination évoquées ci-avant, les pratiques ont principalement été décrites du point de vue des médecins généralistes dans des situations où ils assuraient seuls le suivi des patients souffrant de troubles mentaux et identifiaient un besoin de recourir aux professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale.

Lorsque les patients sont pris en charge par des professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale pour le suivi du trouble mental, une coordination avec le médecin généraliste est également nécessaire pour assurer la prise en charge des troubles somatiques, mais aussi pour garantir une prise en charge globale du patient. Les pratiques de coordination interprofessionnelle lorsque les patients sont suivis par des professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale sont décrites ci-après.

Une étude centrée sur une population de patients suivis par un CMP à Paris (12) a mis en évidence que :

- seuls 65 % des patients pris en charge déclaraient avoir un **médecin somaticien** (médecin généraliste dans 99 % des cas) ;
- seuls 33 % des patients avaient réellement un **médecin traitant** (défini comme ayant vu le patient au moins deux fois, dont une au cours de l'année précédente) ;
- le nom du médecin somaticien et/ou traitant n'était répertorié que dans 13 dossiers sur 143 ;
- parmi les patients souffrant d'un problème somatique (85 % des patients ayant un médecin traitant), ce problème n'était précisément renseigné dans les dossiers du CMP que pour 39 % des patients et en était totalement absent pour 27 % des patients ;
- lorsqu'un traitement somatique au long cours était prescrit, il n'était pas répertorié dans les dossiers du CMP pour 48 % des patients et l'était de façon partielle dans 16 % des cas.

Le médecin traitant connaissait l'existence d'une prise en charge au CMP pour 89 % des patients, mais le diagnostic psychiatrique exact seulement pour 44 % d'entre eux et les noms de tous les médicaments prescrits pour 29 %. Enfin, les médecins traitants ont fait état de prescriptions croisées de psychotropes pour 35 % des patients (12).

En parallèle, seuls 26 % des médecins généralistes disaient adresser un courrier au psychiatre traitant quand le patient était également suivi par un/des professionnel(s) spécialisé(s) pour le(les) tenir informé(s) des éventuels diagnostics et traitements somatiques prescrits (6).

Dans une étude menée sur une population de patients hospitalisés pour un premier épisode psychotique (13) :

- le taux de patients ayant déclaré être suivis par un médecin généraliste était identique à celui rapporté dans l'étude de Bohn *et al.* (65 %) (12) ;
- dans le cas d'hospitalisations de courte durée (≤ 35 jours), entre 50 et 60 % des médecins généralistes se disaient informés sur la date de sortie d'hospitalisation, sur les symptômes et diagnostics du patient et connaissaient le nom du psychiatre en charge du suivi. Ces taux d'information passaient à 20 % dans le cas de séjours de plus longue durée.

À l'étranger

Une étude conduite aux **États-Unis** a décrit les modalités de collaboration entre des équipes de suivi intensif dans la communauté (*Assertive community treatment (ACT) teams*) et les professionnels de premier recours dans le cadre de la prise en charge des troubles somatiques de patients souffrant de troubles mentaux sévères (14) :

- plus de la moitié des équipes de suivi intensif dans la communauté interrogée déclarait que la **majorité des patients suivis avaient un médecin généraliste identifié à l'admission** ;
- la quasi-totalité des équipes déclarait organiser le **transport des patients lors de rendez-vous pour une prise en charge somatique** ;
- un médecin généraliste était par ailleurs présent aux réunions de trois des 55 équipes ayant participé à l'étude.

Aux **Pays-Bas**, une étude qualitative relative à la prise en charge des troubles physiques chez les patients souffrant de troubles mentaux sévères a montré que (15) :

- les patients percevaient que les changements de traitements n'étaient pas forcément partagés entre médecins généralistes et professionnels spécialisés ;
- les retours d'informations du professionnel spécialisé au médecin généraliste étaient considérés comme rares ;
- il n'existait pas de moyens de communication structurés concernant les symptômes physiques ;
- les résultats de dépistage des risques cardiovasculaires n'étaient pas toujours communiqués aux médecins généralistes.

Deux études réalisées en **Irlande**, respectivement auprès de médecins généralistes et de psychiatres, ont décrit leurs pratiques de prises en charge conjointes :

- 94 % des médecins généralistes déclaraient assurer un suivi conjoint avec des services spécialisés en psychiatrie et santé mentale. Ce suivi conjoint concernait à la fois des prescriptions partagées pour les traitements et un suivi de l'état de santé mentale pour 73 % d'entre eux (16) ;
- parallèlement, 39 % des psychiatres déclaraient que les médecins généralistes de leurs patients étaient impliqués à la fois dans le renouvellement d'ordonnances et dans le suivi de l'état de santé mentale des patients, et 12 % d'entre eux déclaraient que le médecin généraliste n'était pas du tout impliqué dans la prise en charge des troubles mentaux (17).

La constitution de réseaux informels : un facteur facilitant la coordination

Certains médecins généralistes évoquaient l'existence de réseaux informels, constitués notamment de psychiatres, avec lesquels ils avaient des relations privilégiées, l'habitude de travailler et un rapport de confiance (7).

L'existence de ce type de réseaux avec les équipes de psychiatrie publique a été identifiée comme facilitant les démarches d'adressage de patients souffrant de schizophrénie débutante, notamment dans des délais plus restreints, et garantissant un meilleur retour d'information sur le diagnostic ou le traitement (5).

Chez des médecins généralistes interrogés dans le cadre de la prise en charge du risque suicidaire, la construction progressive d'un réseau personnalisé était perçue comme fondamentale pour obtenir des réponses dans un délai raisonnable, qu'il s'agisse ou non de situations considérées comme urgentes (10).

À l'étranger

Dans une étude réalisée en Australie, la communication a été décrite comme se faisant majoritairement de façon informelle (courriels, appels téléphoniques) et les relations de travail étaient considérées comme favorisées lorsque des connexions personnelles existaient entre professionnels. La communication était alors basée sur une relation de confiance et de la réciprocité. Elle pouvait cependant être fragilisée lors de départs ou arrivées de professionnels dans les équipes. Ainsi, l'importance d'organiser également des réunions formelles était soulignée (18).

→ Les difficultés rencontrées

Lorsqu'ils étaient interrogés sur leur satisfaction concernant leurs relations avec les autres acteurs du soin dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux, les médecins généralistes ne se déclaraient pas satisfaits dans la majorité des cas :

- dans le cadre d'une enquête nationale sur la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, près des deux tiers des médecins généralistes se disaient insatisfaits de leur coopération avec les professionnels spécialisés (3) ;
- une étude menée dans la région Yvelines Sud a, quant à elle, montré que seule la moitié des médecins généralistes était très ou plutôt satisfaite de ses relations avec les psychiatres libéraux, cette proportion n'étant plus que de 35 % concernant les psychiatres du secteur public et de moins de 30 % concernant les travailleurs sociaux (4).

Plusieurs explications à ce niveau d'insatisfaction ont été avancées dans la littérature. Elles peuvent être classées en trois grandes catégories de facteurs, plus ou moins interdépendantes selon les cas :

- des facteurs liés à l'organisation du système de soins ;
- des facteurs liés directement aux professionnels impliqués dans la prise en charge des troubles mentaux ;
- des facteurs liés aux patients.

Difficultés liées à l'organisation du système de soins

Une offre de soins jugée insuffisante

Les médecins généralistes étaient nombreux à estimer que l'offre de soins spécialisés était insuffisante (6) :

- concernant la **psychiatrie privée**, plus de 80 % d'entre eux jugeaient l'offre hospitalière et ambulatoire insuffisante, et plus de la moitié d'entre eux la jugeait inadaptée ;
- pour ce qui est de l'**offre d'hospitalisation en psychiatrie publique**, les résultats étaient plus positifs, un quart des médecins la considérant suffisante et la moitié d'entre eux la jugeant adaptée ;
- **les soins prodigués en ambulatoire par le système de psychiatrie publique** étaient en revanche identifiés comme insuffisants pour 84 % des médecins généralistes.

Cette insuffisance de l'offre était associée à un **manque de places** et à des **délais d'attente trop importants**, rapportés dans de nombreux travaux (3, 6). À titre d'exemple :

- un délai de plus de 2 semaines était nécessaire pour obtenir une consultation avec un psychiatre du public ou du privé pour 60 % des patients pour lesquels les médecins généralistes suspectaient une schizophrénie débutante (5) ;
- dans le cas de la prise en charge de la dépression, les médecins généralistes ont invoqué une mauvaise gestion et répartition de l'offre de soins, tant les concernant que concernant les psychiatres (11) ;
- pour l'adressage d'un patient présentant un risque suicidaire, les structures d'hospitalisation privées ont été identifiées comme inadéquates par des médecins généralistes dans un contexte d'urgence immédiate (10).

À l'étranger

Des **médecins généralistes australiens** soulignaient également un trop faible nombre de psychiatres et psychologues pour répondre aux besoins d'adressage vers les services de soins de santé mentale (19), ce manque de professionnels spécialisés étant aussi identifié aux **États-Unis** (20).

Des délais d'attente importants (allant jusqu'à 8 mois) ont été rapportés au **Royaume-Uni** (21).

En parallèle, un manque de médecins généralistes était souligné au **Canada** par des professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale. Ce manque a été identifié comme étant à l'origine de difficultés pour assurer une transition des services spécialisés vers les soins de premier recours (22).

Un système de soins de santé mentale complexe

Des difficultés d'orientation des patients dans un système de soins psychiatriques et de santé mentale identifié comme complexe ont également été rapportées :

- environ deux tiers des médecins généralistes ayant participé à une enquête en Bourgogne regrettaient un **manque d'information sur le fonctionnement du système de soins** psychiatriques et de santé mentale et déclaraient souhaiter participer à des rencontres pour améliorer leurs connaissances (23) ;
- de façon similaire, dans le cadre de la prise en charge du risque suicidaire, les médecins généralistes décrivaient des **difficultés de repérage** dans un système complexe, générant des changements de structures de soins pour les patients et vécues comme un dysfonctionnement du système (10).

À l'étranger

- En Australie, deux études ont montré :
 - que des médecins généralistes exprimaient une méconnaissance des services de soins de santé mentale et de leur fonctionnement (24) ;
 - que des usagers du système de soins de santé mentale soulignaient des modalités d'accès multiples au système de soins, cette multiplicité étant perçue comme déroutante, compliquant l'accès et en allongeant les délais (25).
- Aux Pays-Bas, des médecins généralistes ont exprimé des difficultés à joindre le « bon » professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale au sein d'institutions de grande taille (15).
- En Norvège (26) :
 - des médecins généralistes rapportaient une méconnaissance des acteurs spécialisés en psychiatrie et santé mentale ;
 - certains soulignaient une absence d'information sur la localisation des unités de psychiatrie dédiées aux prises en charge des situations aiguës.

Une activité de coordination coûteuse en temps non valorisée

Le temps nécessaire à l'activité de coordination était également l'une des difficultés évoquées, de même que la non-prise en compte de cette activité dans les modes de rémunération des professionnels (27).

À l'étranger

La question de la nécessité de ressources plus importantes permettant notamment aux médecins généralistes de suivre les patients et de coordonner les soins avec d'autres services a été soulevée en **Australie** (19).

Des barrières associées aux modalités de financements, notamment à l'absence de remboursement de consultations conjointes entre professionnels de premier recours et professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, ont également été identifiées aux **États-Unis** (28).

Difficultés liées aux professionnels de santé : relations interprofessionnelles et inter-organisationnelles

Des modalités de communication insatisfaisantes

Des problèmes de communication et de liaison ont été rapportés par de nombreux médecins généralistes (6). Concernant l'échange de courriers, les taux de retours et le contenu des courriers étaient globalement jugés insuffisants. Le secret médical a notamment été évoqué pour expliquer ce manque de retour : « C'est toujours quelque chose de très risqué de mettre trop d'informations dans des dossiers, de faire des courriers » (10).

À l'étranger

Des médecins généralistes canadiens considéraient les retours d'information des psychologues à la suite d'un adressage comme inadéquats (29).

En Australie, des médecins généralistes mettaient également en évidence l'importance de l'échange d'informations entre l'hôpital et la ville et faisaient état :

- d'une qualité insuffisante des résumés de sortie d'hospitalisation ;
- d'un retour d'information insuffisant après l'adressage, notamment en termes de conseils sur le traitement ou les modalités de suivi ;
- et d'un système d'information inadéquat pour partager l'information entre professionnels (19, 30).

Certains médecins généralistes évoquaient également les difficultés qu'ils rencontraient lorsqu'ils cherchaient à joindre par téléphone un professionnel spécialisé pour une demande d'avis, de conseils, ou en amont d'une hospitalisation ou d'un adressage (10, 26).

Au Royaume-Uni, certains professionnels de psychiatrie et santé mentale ont rapporté des **difficultés pour réorienter des patients vers les soins de premier recours** à la fin d'une prise en charge spécialisée. Les auteurs concluaient à une **réticence des médecins généralistes** à assurer à nouveau la prise en charge de patients suivis un temps par des professionnels spécialisés. Cette réticence était interprétée comme étant due aux doutes des médecins généralistes sur la capacité des patients suivis en psychiatrie à mener leur vie dans le monde ordinaire (31).

Incompréhension mutuelle et méconnaissance des rôles et compétences de chacun

Dans le cadre d'une étude qualitative, certains médecins généralistes ont fait état de prises en charge souvent de qualité insuffisante par les psychiatres libéraux, d'une variabilité des compétences entre psychiatres et de retours négatifs de la part des patients (consultations trop courtes, manque d'écoute accordée au patient). Une variabilité des pratiques des psychiatres libéraux a également été évoquée, certains privilégiant des prises en charge médicamenteuses, d'autres des psychothérapies (7).

À l'étranger, des constats analogues du point de vue des médecins généralistes

En Australie, des tentatives infructueuses pour adresser des patients présentant un risque suicidaire ou gravement malades ont également été rapportées, avec un sentiment de processus de sélection défec-tueux pour les médecins généralistes (19).

Mais également des réserves du côté des psychiatres

Une étude réalisée en Belgique auprès d'une centaine de médecins généralistes et d'une centaine de psychiatres concluait notamment que « l'image réciproque des généralistes et des psychiatres est loin d'être toujours positive » et que « peu d'entre eux semblent connaître les spécificités du travail de l'autre » (32).

Dans une étude menée en Australie (30), la plupart des psychiatres évoquait la nécessité d'une forma-tion continue des médecins généralistes en santé mentale pour améliorer leur niveau de connaissances et ainsi faciliter la collaboration interprofessionnelle.

Les médecins généralistes étaient parfois perçus comme étant réticents à prendre en charge des pa-tients souffrant de troubles mentaux sévères, notamment en raison d'un manque de confiance (14, 15), ce qui était cohérent avec :

- une étude menée du point de vue des médecins généralistes en Irlande, qui montrait qu'ils se déclaraient plus confiants à prendre en charge des patients souffrant de dépression ou de troubles anxieux (16) ;
- une seconde étude réalisée du point de vue des psychiatres, également en Irlande, qui se déclaraient plus confiants pour transférer des patients stabilisés vers les soins de premier recours lorsqu'ils souf-fraient de dépression ou de troubles anxieux (17). Cette étude mettait par ailleurs en évidence que 60 % des psychiatres interrogés considéraient que les structures de soins de premier recours ne dispo-saient pas des ressources nécessaires pour assurer les prises en charge en psychiatrie et santé mentale.

Les médecins généralistes ont par ailleurs été décrits, au Royaume-Uni et en Australie, comme réticents à travailler avec des collègues non médecins (équipes infirmières notamment) et préférant travailler avec des psychiatres (19, 33).

Et le constat d'un manque de clarification sur les rôles de chacun

Au Royaume-Uni, des médecins généralistes interrogés sur le rôle d'une équipe de santé mentale com-munautaire (*Community mental health team*) déclaraient savoir qu'elle avait pour objectif de prendre en charge des patients souffrant de troubles mentaux sévères mais une hétérogénéité était observée dans la manière dont ils définissaient les troubles mentaux sévères. Certains médecins généralistes rappor-taient un manque de clarté concernant les critères d'adressage vers l'équipe de santé mentale commu-nautaire, évoquant même des modifications au cours du temps quant aux profils de patients finalement pris en charge par l'équipe (34).

Dans le cadre de la prise en charge des troubles somatiques de patients souffrant de troubles mentaux au Pays-Bas, certains médecins généralistes ont déclaré s'être sentis évincés lorsque des profession-nels spécialisés ont adressé un patient vers un autre spécialiste sans les consulter. Un consensus entre médecins généralistes et professionnels spécialisés sur l'existence d'un manque de clarté sur les rôles de chacun dans la prise en charge était rapporté (15).

Réticence des patients et freins financiers

Déni des troubles mentaux, stigmatisation et image de la psychiatrie

De nombreuses études ont révélé que les médecins généralistes percevaient une réticence des patients à être pris en charge par des professionnels spécialisés⁴.

En effet, si le regard des patients sur la psychiatrie a, selon certains médecins généralistes, évolué posi-tivement, le déni des troubles psychiques, la peur de la folie et l'image négative des dispositifs de santé mentale seraient un frein à une orientation vers les soins spécialisés (6).

⁴ Ces perceptions sont cohérentes avec les résultats d'une enquête menée en population générale (35).

Dans le cas de la prise en charge du risque suicidaire, l'hétérogénéité des troubles traités en hospitalisation (troubles psychotiques et dépressifs notamment) était identifiée par les médecins généralistes comme étant à l'origine de certaines réticences des patients à recourir à des soins spécialisés, en raison notamment d'échecs de prise en charge antérieures (10).

Mais également une faible attention portée aux troubles somatiques

Un manque de conscience des troubles somatiques ou un manque d'attention leur étant portée et un refus de prise de rendez-vous chez le médecin généraliste étaient rapportés chez des patients souffrant de troubles mentaux sévères aux **États-Unis** (14).

Une étude réalisée aux Pays-Bas a également mis en évidence une incertitude du côté des patients sur le professionnel devant être consulté pour la prise en charge de symptômes physiques, potentiellement liés à des effets secondaires de traitements psychiatriques. Des difficultés ont également été rapportées par les patients pour prendre rendez-vous avec le médecin généraliste, pour communiquer avec lui, ainsi que des difficultés à attendre l'heure du rendez-vous dans la salle d'attente ou pour gérer des reports de rendez-vous. Les proches des patients ont également fait état d'un manque d'information sur les risques somatiques associés aux troubles mentaux (15).

Coût et non-remboursement des psychothérapies dans le dispositif privé

En France, le coût des prises en charge psychothérapeutiques dans le dispositif privé était identifié comme un frein à leur accès, ces prises en charge, lorsqu'elles sont dispensées par des psychologues ou psychothérapeutes non-médecins en ville, ne donnant pas lieu à un remboursement par l'Assurance maladie (3, 6, 10).

Pour la prise en charge de la dépression, plus de neuf médecins généralistes sur dix considéraient que le non-remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non-médecin était un frein à l'adressage des patients vers des soins spécialisés (7).

À l'étranger

Cette barrière économique, afférente à l'organisation du système de soins, était également identifiée par des médecins généralistes au Canada, où le coût des consultations avec un psychologue n'était pas couvert par l'Assurance maladie, comme la principale raison de ne pas recourir à un adressage (29).

→ Les conséquences d'une coordination interprofessionnelle non optimale

Les difficultés rencontrées pour la coordination peuvent avoir des conséquences sur la prise en charge et la santé des patients :

- une communication insuffisante entre médecins généralistes et autres acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux est susceptible de conduire à des erreurs de prescriptions et à des stratégies thérapeutiques incohérentes (duplication/réplication des examens et/ou des traitements) (1, 36). À titre d'exemple, l'étude menée par Bohn *et al.* (12) auprès de patients suivis en CMP et par un médecin généraliste traitant a mis en évidence que des associations de médicaments prescrits à certains des patients étaient déconseillées (trois patients) ou nécessitaient des précautions d'emploi (18 patients) ;
- des difficultés à contacter un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale ou la non complétude des lettres d'adressage peuvent induire des délais dans la mise place d'une stratégie thérapeutique pertinente (36) et un retard au diagnostic (1) ;
- un manque de coordination entre professionnels peut également conduire à une prise en charge insuffisante des troubles somatiques (15) ;
- ce manque de coordination est également susceptible d'entraîner une perte de confiance du patient, recevant potentiellement des informations contradictoires, et peut ainsi être à l'origine d'une non-adhésion au traitement, voire d'une interruption des soins (1, 36). Les difficultés des patients pour circuler dans le système de soins sont également identifiées comme à l'origine de frustrations liées à la multiplication des évaluations (25).

► Expériences d'amélioration de la coordination

De nombreuses expériences visant à améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ont été identifiées via la recherche documentaire.

Ce chapitre propose une description générale de ces expériences et des données disponibles sur leur efficacité. À titre illustratif, des exemples d'expériences spécifiques sont également présentés.

→ Une typologie possible

Au total, 135 publications relatives à des études originales ont été identifiées, une grande **variabilité** en termes de contenu et de dénominations des interventions mises en œuvre étant observée.

Afin de proposer une description synthétique et lisible des différentes expériences et stratégies d'amélioration de la coordination mises en œuvre en France et à l'étranger, une **typologie** se composant de cinq grandes catégories d'interventions a été construite (Graphique 7).

Elle se présente sous la forme d'un continuum allant :

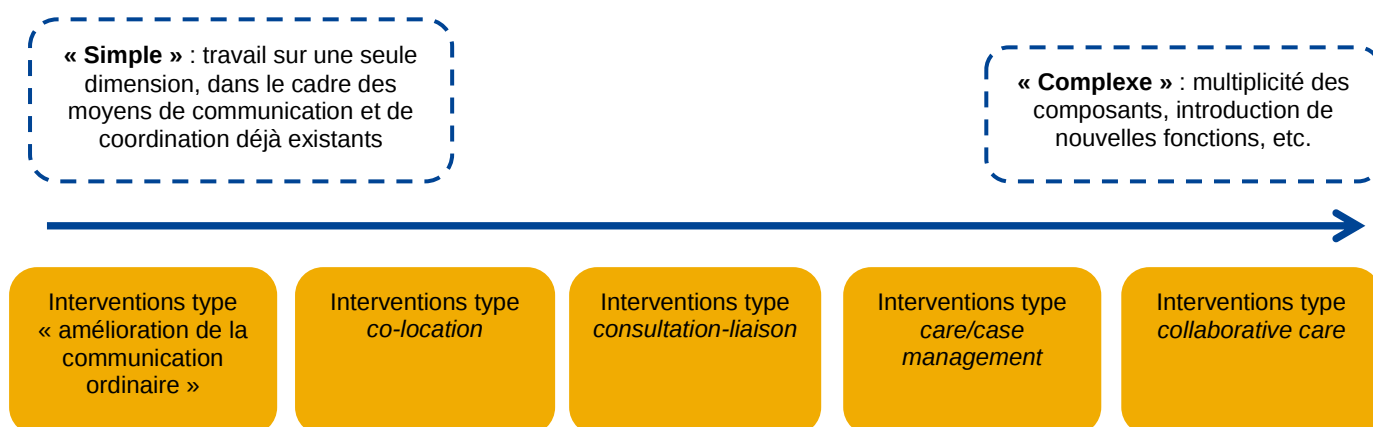
- d'**interventions "simples"**, impliquant un travail sur une dimension (par exemple, la structuration de documents mobilisés pour l'échange d'informations entre professionnels) sans qu'un recours à des changements organisationnels majeurs ne soit forcément nécessaire ;
- à des **interventions "complexes"** s'appuyant sur plusieurs dimensions de la coordination, sur de nouvelles fonctions professionnelles (par exemple, le *care/case management*) et/ou sur des modifications de l'organisation des soins.

Cette typologie n'est pas unique, d'autres catégorisations peuvent être proposées en fonction de critères tels que le niveau d'intégration des professionnels ou l'implication relative du médecin généraliste et des professionnels spécialisés dans la prise en charge du trouble mental (mise en œuvre de la stratégie thérapeutique, par exemple) (37).

Elle est toutefois cohérente avec les catégorisations proposées respectivement par Fuller *et al.* (38) et Floyd (39).

Les grandes catégories d'interventions visant à améliorer la coordination qui composent la typologie Construite sont brièvement présentées et définies ci-après.

Graphique 7. Une typologie possible des expériences d'amélioration de la coordination entre médecins généralistes et autres acteurs de soin



Interventions type amélioration de la communication « ordinaire » : processus d'échange d'informations standardisé et formalisé, processus renforcé d'adressage

La continuité de la transmission de l'information entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux est le fil conducteur du soin et permet une articulation entre acteurs et entre épisodes de soins. Elle garantit la continuité globale des soins par une intégration des différentes prises en charge dans un processus longitudinal au sein duquel il est tenu compte des stratégies thérapeutiques établies dans le passé pour prendre une décision à un instant donné (1, 2, 36).

Différents outils de partage d'information existent : ils incluent notamment les lettres d'adressage, les résumés de consultations et les résumés de sortie d'hospitalisation. Ces documents peuvent être transmis d'un professionnel à un autre par courrier, par fax, par voie électronique ou directement par le patient (36) et accompagnés ou non d'échanges par téléphone.

Cependant, comme cela a été décrit au chapitre précédant, ces échanges d'informations, qui pourtant permettraient de poser les conditions d'un partenariat futur (1), sont, dans le cadre de la prise en charge des troubles mentaux, trop peu fréquents et leur contenu est souvent jugé insuffisant. Des stratégies visant à améliorer l'échange d'informations entre professionnels ont été développées, elles constituent un premier groupe d'interventions composant cette catégorie.

En complément du partage d'informations entre acteurs, des processus renforcés d'adressage vers des soins spécialisés ont également été mis en place. Ils ont vocation à fournir au médecin généraliste un ou des contacts formels en cas de besoin d'adressage. Dans le cadre de ces processus, les situations dans lesquelles l'adressage est adapté sont prédéfinies (en fonction, par exemple, de la sévérité des troubles ou du niveau d'urgence ressentie par le médecin généraliste) et les rôles de chaque professionnel dans la prise en charge du trouble mental après l'adressage sont formalisés.

Interventions type *co-location* (dans le cadre du modèle de remplacement)

La *co-location* inclut notamment les formes connues d'exercices en groupe (maisons de santé pluriprofessionnelles et/ou pluridisciplinaires, par exemple). Dans ce type d'interventions, le ou les professionnel(s) spécialisé(s) en psychiatrie et santé mentale (généralement un psychiatre ou un psychologue) exerce(nt) au sein du cabinet de soins de premiers recours. Une présence sur site permet un adressage rapide (souvent le jour même) des patients vers des soins spécialisés quand le médecin généraliste l'estime nécessaire (40), une prise en charge spécialisée dans le cabinet de soins de premier recours pouvant de plus être considérée comme moins stigmatisante par les patients. Le modèle de *co-location* décrit dans ce rapport est un modèle dit de "remplacement", à savoir que le professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale assure, au moins pour partie, la prise en charge thérapeutique du patient après l'adressage (41). D'autres modèles impliquant dans certains cas une *co-location* mais dans lesquels les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale apportent une aide au diagnostic et conseillent le médecin généraliste qui reste en charge de la prise en charge thérapeutique existent également (cf. interventions type *consultation-liaison* et *collaborative care* décrites ci-après).

Dans les modèles de "remplacement" impliquant la *co-location* du médecin généraliste et du professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale, le niveau d'intégration entre les rôles des deux catégories de professionnels peut être considéré comme faible, au moins au plan formel, et l'efficacité de l'intervention repose pour partie sur les choix thérapeutiques effectués par le professionnel spécialisé. Cependant, ces modèles peuvent modifier les comportements des professionnels de soins de premier recours, notamment via une facilitation de la communication (possibilités de discuter de façon informelle un potentiel adressage et partage de dossiers médicaux, par exemple). Ces modifications seraient notamment susceptibles de contribuer à réduire la charge de travail des professionnels de soins de premier recours (41).

Interventions type *consultation-liaison*

Les dispositifs de *consultation-liaison* (également appelés dispositifs de soins partagés dans la littérature francophone) se sont d'abord développés dans les pays anglo-saxons dans les années 80, à la suite de plusieurs constats (42) :

- une prévalence importante des troubles mentaux fréquents (troubles dépressifs et anxieux notamment) ;
- la complexité clinique de ces troubles, avec un risque de chronicisation important, notamment pour la dépression ;
- des prescriptions de psychotropes majoritairement effectuées par le médecin généraliste et pas toujours adaptées.

Ces dispositifs ont vocation à améliorer la prise en charge des patients souffrant de **troubles mentaux fréquents**, notamment de dépression et de troubles anxieux, et à modifier les **parcours de soins de ces patients** en favorisant une prise en charge en soins de premier recours (43, 44). Ils peuvent également s'adresser aux patients souffrant de symptômes physiques médicalement inexpliqués qui sont souvent réticents à un adressage vers un psychiatre ou un psychologue (45).

Contrairement aux modèles de "remplacement" évoqués ci-avant, le médecin généraliste reste, dans la plupart des cas, chargé du suivi du patient et de la mise en œuvre de la stratégie thérapeutique adaptée.

Ces dispositifs s'adressent principalement aux **médecins généralistes** souhaitant bénéficier d'avis diagnostiques ou de conseils sur la prise en charge thérapeutique. *Via* ce type de dispositifs, un psychiatre ou un psychologue reçoit le patient en consultation, le plus souvent suite à un **adressage du médecin généraliste** :

- le patient peut, selon les cas, **être reçu seul** par le psychiatre/psychologue ou être accompagné par le médecin généraliste dans le cadre d'une consultation conjointe ;
- la consultation peut avoir lieu **au cabinet du médecin généraliste** ou dans un autre lieu, le cabinet du professionnel spécialisé (46).

Le professionnel spécialisé ayant réalisé la consultation communique ensuite des informations au médecin généraliste sur le **diagnostic** et des **conseils relatifs à la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre**. La communication de ces informations peut se faire par échange écrit, couplé ou non avec un échange par téléphone.

Le médecin généraliste et le patient décident ensuite ensemble de la prise en charge.

Dans certains cas, un adressage vers une prise en charge spécialisée est nécessaire, le patient est dans ce cas orienté vers un professionnel ou une structure spécialisé(e).

Ainsi, la définition exacte de la notion de *consultation-liaison* varie d'une intervention à l'autre et dépend des modalités choisies pour leur mise en œuvre. Souvent, ces modèles impliquent :

- le développement d'une relation à visée éducative entre un spécialiste en psychiatrie et santé mentale (le "consultant") et un médecin généraliste cherchant à proposer une prise en charge adaptée au patient (37) ;
- la tenue d'une consultation *de visu* entre le patient et le professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale.

Interventions type *care/case management* (coordination de parcours de santé)

Le *care/case management* est, dans la littérature relative à la prise en charge des maladies chroniques en général, considéré comme une stratégie de soins à part entière, alors que, dans le cadre de la prise en charge de la dépression, cette modalité de soins est plutôt définie comme une composante de stratégies multidimensionnelles que sont notamment les modèles de *collaborative care* (décrits ci-dessous) (47). Toutefois, dans la mesure où, dans certaines études identifiées dans le cadre de notre recherche, les interventions mises en œuvre sont définies comme relevant du *care/case management*, nous avons fait le choix de la considérer à la fois comme une stratégie de soins spécifique et comme une composante des modèles de *collaborative care*.

Le *care/case management* a récemment été défini comme une approche centrée sur le patient devant favoriser sa responsabilisation et son autonomie dans la gestion de sa maladie. Le *care/case management* suppose d'assurer un suivi programmé du patient, d'évaluer son adhésion au traitement, l'évolution des symptômes, de proposer des modifications en cas de non-adhésion ou de non-réponse au traitement et de garantir la coordination des soins entre les différents professionnels impliqués (48).

La fonction de *care/case manager* était, dans les expériences identifiées dans la littérature, potentiellement assurée par plusieurs catégories de professionnels : des infirmiers, ayant ou non une formation initiale en psychiatrie et santé mentale, des pharmaciens, des psychologues, etc.

Interventions type *collaborative care*

Le terme *collaborative care* est communément utilisé dans la littérature relative aux stratégies d'amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les différents acteurs du soin dans la prise en charge des patients souffrant troubles mentaux. Dans certains cas, il renvoie à toutes formes de coopération/collaboration, mais il est également fréquemment utilisé pour caractériser un modèle spécifique parfois également désigné par d'autres termes tels que *multifaceted care*. Ce paragraphe vise à décrire les caractéristiques principales de ce modèle spécifique dont la terminologie et la définition ne semblent pas totalement stabilisées. Il y sera fait référence dans la suite du rapport par le terme *collaborative care*.

Ce modèle s'est largement inspiré du *Chronic care model*, développé par Wagner *et al.* (49) pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques, telles que le diabète, notamment en soins de premier recours. L'adaptation du *Chronic care model* pour améliorer la prise en charge de la dépression a conduit au développement du modèle de *collaborative care* dans les années 1990 aux États-Unis. Il a notamment été décrit comme (50, 51) :

- une intervention complexe et multidimensionnelle à l'échelon du système de santé ;
- mobilisant un *case manager* pour assurer la liaison entre les médecins généralistes (ou plus généralement les professionnels de premier recours), les patients et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale ;
- ayant pour objectifs 1) d'améliorer le dépistage et le diagnostic des troubles dépressifs, 2) de favoriser l'utilisation, par les professionnels, de protocoles basés sur des preuves scientifiques, 3) de favoriser l'engagement des patients dans les soins *via* un support clinique et communautaire ; en encourageant le développement de liens plus étroits entre les professionnels de soins de premier recours, notamment les médecins généralistes, et les acteurs spécialisés en psychiatrie et santé mentale.

Ce modèle vise ainsi principalement à améliorer la prise en charge des troubles dépressifs, mais également anxieux, *via* les structures de soins de premier recours, parfois décrites, notamment aux États-Unis, comme étant "le système de soins de psychiatrie et santé mentale *de facto*" (52).

Il n'existe pas de définition standardisée et précise de ces modèles, qui, en pratique, recouvrent des expériences hétérogènes dans lesquelles le niveau de développement des différentes dimensions varie. Six définitions distinctes ont été identifiées dans la revue Cochrane réalisée par Reilly *et al.* (51). La définition proposée par Gunn *et al.* (53) a toutefois été considérée comme étant la plus complète (54) et a été mobilisée dans plusieurs revues de la littérature et méta-analyses pour caractériser de façon opérationnelle les interventions selon qu'elles relèvent ou non du modèle de *collaborative care*. Selon cette définition, une intervention est considérée comme entrant dans le champ du *collaborative care* si elle répond aux critères suivants :

- elle s'appuie sur une **approche pluri professionnelle des soins** : un professionnel de soins de premier recours (notamment un médecin généraliste) et au moins un autre professionnel de santé (infirmier, psychologue, psychiatre ou pharmacien, par exemple) sont impliqués de façon conjointe dans la prise en charge du patient. En pratique, trois grandes catégories de professionnels prennent souvent part à une intervention de type *collaborative care*, un médecin généraliste (ou plus généralement un professionnel de soins de premier recours), un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale et un *care/case manager* ;
- un programme de prise en charge structuré : les soins sont dispensés selon une approche structurée et organisée. Pour cela, des informations relatives aux modalités de prises en charge pertinentes et efficaces sont mises à disposition des praticiens sous la forme, par exemple, de guides ou protocoles de soins basés sur des preuves. Les stratégies thérapeutiques peuvent inclure des traitements médicamenteux (exemple : traitements par antidépresseurs) et/ou non médicamenteux (exemple : éducation thérapeutique du patient, psychothérapies) ;
- un suivi programmé du patient : un calendrier de rendez-vous, téléphoniques ou *de visu*, est prédéfini afin notamment de favoriser l'adhésion au traitement, de suivre l'évolution des symptômes et d'identifier les éventuels effets secondaires du traitement ;
- une communication interprofessionnelle renforcée : l'intervention intègre de nouveaux mécanismes pour faciliter la communication (réunions, conférences, consultations/supervision, dossiers médicaux partagés, retours écrits ou oraux entre professionnels).

S'ils peuvent varier entre interventions, les rôles des professionnels impliqués sont généralement définis comme suit : le médecin généraliste est en charge du dépistage, du diagnostic et de la mise en œuvre du traitement ; le professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale, du corps médical ou non (psychiatre, psychologue, infirmiers, etc.), apporte une aide au diagnostic et peut prodiguer des conseils sur le traitement approprié (par exemple, par le biais de modalités décrites dans les cadre des modèles de *consultation-liaison*) et le *care/case manager* assure un suivi "actif" du patient pour favoriser l'adhésion au traitement, évaluer l'évolution des symptômes et faire le lien avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge. Il est souvent considéré comme le professionnel pivot garant de la qualité de la collaboration et de la communication entre les différents acteurs (professionnels, patients, mais également proches des patients) (55). Son rôle peut être assuré par le médecin généraliste, par un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale ou par un professionnel non spécialisé.

Ainsi, selon la définition proposée par Gunn *et al.* (53), en complément de composantes collaboratives, les interventions caractérisées comme relevant du modèle de *collaborative care* sont généralement considérées comme devant s'appuyer sur des guides de bonnes pratiques impliquant, dans certains cas, des prises en charge graduées (*stepped care*) et peuvent intégrer d'autres composantes telles qu'une formation des médecins généralistes et un système d'information partagé. Ce modèle a été largement étudié et mis en œuvre dans de nombreux pays. Des illustrations sont présentées dans le chapitre ci-après.

→ Résultats des revues de la littérature et des méta-analyses illustrés par des exemples d'expériences

Les grandes catégories d'interventions présentées ci-dessus ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent être mobilisées de façon simultanée lors de la mise en œuvre pratique d'expériences d'amélioration de la coordination. Ces potentiels recouvrements sont évidents dans les modèles de *collaborative care* qui peuvent à la fois intégrer 1) des processus d'amélioration de la communication « ordinaire », 2) la *co-location* de professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale au sein de cabinets de médecine générale ou un dispositif de soins partagés, et 3) une fonction support de type *care/case management*. Ils peuvent également apparaître dans le cadre d'autres types d'interventions.

Les différents types d'interventions et leurs effets sont présentés dans ce chapitre sur la base des résultats des revues de la littérature et méta-analyses identifiées par la recherche documentaire. Des exemples d'interventions sont également proposés. Dans la mesure du possible, nous avons cherché à isoler les résultats propres à chaque grande catégorie d'interventions.

Interventions type amélioration de la communication « ordinaire » : processus d'échange d'informations standardisé, processus renforcés d'adressage

Deux revues de la littérature recensant des interventions visant à améliorer l'échange d'informations entre médecins généralistes et professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale (36, 45) ont été identifiées. La revue menée par Hoedeman *et al.* (45) porte exclusivement sur l'utilisation de lettres de suivi de consultation (*consultation letters*), transmises par le professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale au médecin généraliste à la suite d'un adressage, dans le cadre d'interventions type *consultation-liaison*. De ce fait, les résultats de cette revue de la littérature sont présentés ci-après, dans le paragraphe relatif à ce type d'interventions.

La revue de la littérature menée par Durbin *et al.* (36) visait à identifier les stratégies mises en œuvre pour **améliorer la qualité de l'échange d'informations entre médecins généralistes et professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale**. Ce travail portait exclusivement sur deux types de documents :

- ▶ **la lettre d'adressage**, transmise par le médecin généraliste au professionnel spécialisé (le plus souvent un psychiatre) pour solliciter des avis et conseils sur le diagnostic et la prise en charge thérapeutique ou pour demander un transfert de la prise en charge du trouble mental vers les soins spécialisés ;
- ▶ **le résumé de sortie d'hospitalisation**, adressé par les professionnels ou services spécialisés en psychiatrie et santé mentale au médecin généraliste pour formaliser la fin d'un épisode de soins et transmettre les informations nécessaires au suivi du patient en médecine générale (diagnostic(s), symptômes ou troubles persistants, traitements, etc.).

• Caractéristiques des interventions identifiées

Neuf études évaluant des interventions d'amélioration de la qualité des échanges d'informations ont été identifiées, cinq concernaient les lettres d'adressage et quatre les résumés de sorties d'hospitalisation. La quasi-totalité des études a été menée au Royaume-Uni [6] et en Australie [2] ; une étude a été conduite en Arabie Saoudite.

• Éléments de résultats

Cinq interventions reposaient sur l'**implémentation de formats de documents standardisés et structurés** :

- ▶ deux études mettaient en évidence une **amélioration de la qualité des informations transmises** (moins de données manquantes) quand une étude rapportait une **détérioration, potentiellement due au nombre important d'éléments à renseigner**. Déterminer le niveau de détails pertinent et réaliste à introduire dans les documents types était décrit comme une opération complexe ;
- ▶ une étude concluait que l'utilisation de lettres d'adressage structurées et standardisées induisait un plus grand nombre de mentions "urgent" dans les documents transmis mais à une moindre proportion d'adressages considérés comme réellement urgents par un panel d'experts, suggérant ainsi une **surutilisation de cette mention liée à l'usage du format de document standardisé** ;
- ▶ dans la cinquième étude identifiée, la standardisation des lettres d'adressage faisait partie d'une intervention plus vaste intégrant d'autres composantes collaboratives. Selon notre typologie, cette étude entre dans une autre catégorie d'interventions, les résultats ne sont donc pas présentés ici.

Deux études ont évalué l'impact de l'**introduction de guides de bonne pratique concernant le contenu des lettres d'adressage** :

- **aucune différence** en termes de qualité du contenu n'a été identifiée dans une étude et une **détérioration de la qualité** était observée dans la seconde ;
- une expérience ayant mis en place une **évaluation du contenu des documents avec un retour aux praticiens** et une formation n'a mis en évidence **aucune différence statistiquement significative** avec la stratégie usuelle⁵ en termes de contenu des courriers ;
- enfin, une étude a montré une amélioration dans la transmission des informations quand elles étaient **communiquées par téléphone** dans le cadre d'un adressage du médecin généraliste au professionnel spécialisé.

Éléments de discussion

- Des difficultés à modifier le comportement des praticiens ont été rapportées : processus d'adressage pouvant devenir ritualisé et difficile à changer.
- La nécessité de définir un délai maximal entre la sortie d'hospitalisation et la transmission des informations au médecin généraliste et l'importance d'assurer un suivi de ce délai étaient soulignées par les auteurs.
- Aucune étude incluse à la revue de la littérature n'a analysé la transmission d'informations *via* des dossiers médicaux informatisés. Les auteurs en évoquaient le potentiel tout en soulignant les enjeux en termes d'interopérabilité, de confidentialité, de sécurité, de temps nécessaire pour renseigner les dossiers et y trouver l'information pertinente, de fiabilité et de sens clinique des données.

En complément des expériences visant à améliorer les échanges écrits d'information entre professionnels, la catégorie de la typologie « interventions type amélioration de la communication ordinaire » inclut d'autres modalités de communication (par téléphone, *via* la télémédecine, etc.) ainsi que des processus renforcés d'adressage vers les soins spécialisés mis à disposition des médecins généralistes. Aucune revue de la littérature spécifiquement dédiée à ce type d'interventions n'a été identifiée. Trois exemples d'expériences sont proposés ci-après.

⁵ *Nota bene* : Les stratégies de prises en charge dites « usuelles » sont pas nécessairement comparables entre études et n'étaient pas systématiquement précisément décrites dans les publications analysées. Dans certains cas, ces prises en charge usuelles étaient considérées comme « améliorées » ou « enrichies » et pouvaient impliquer, par exemple, une formation des professionnels.

Exemples d'interventions type amélioration de la communication « ordinaire »

Exemple 1 : En Allemagne, modalités de communication entre le service de psychiatrie de liaison d'un hôpital général et le médecin généraliste (56)

- Objectif de l'intervention

Améliorer la qualité des informations transmises par le service de psychiatrie de liaison d'un hôpital général au médecin généraliste assurant le suivi du patient à sa sortie et ainsi renforcer l'efficacité de la prise en charge.

- Population cible :

- ▶ patients hospitalisés dans des services de médecine interne, neurologie ou chirurgie de l'hôpital général dans lequel se déroulait l'intervention ;
- ▶ ayant été adressés au service de psychiatrie de liaison de l'hôpital ;
- ▶ pour lesquels un diagnostic de troubles dépressifs et/ou anxieux a été posé par ce service.

Environ 5 % des patients hospitalisés dans l'établissement étaient adressés au service de psychiatrie de liaison qui réalisait autour de 960 consultations par an. Ce service se composait d'un interne en psychiatrie, d'un infirmier et d'un psychiatre sénior.

- Caractéristiques de l'intervention

Trois modalités de communication entre le service de psychiatrie de liaison de l'hôpital et le médecin généraliste prenant en charge le patient à sa sortie ont été comparées :

- ▶ **modalité de communication usuelle** : courrier transmis au médecin généraliste dans lequel les informations et conseils renseignés étaient laissés à la discrétion du psychiatre ayant assuré la prise en charge au sein du service de psychiatrie de liaison ;
- ▶ **deux modalités d'amélioration de la communication** entre le service de psychiatrie de liaison de l'hôpital et le médecin généraliste :
 - **appel téléphonique** du psychiatre du service de psychiatrie de liaison au médecin généraliste dans les 5 jours suivant la consultation : communication des informations pertinentes et formulation de conseils pour la prise en charge ;
 - **rapport de consultation structuré** transmis par le psychiatre du service de psychiatrie de liaison au patient, qui le remettait ensuite à son médecin généraliste lors de sa première visite après la sortie.

La transmission d'informations concernait le ou les diagnostics de troubles psychiatriques et des conseils relatifs aux traitements à initier (traitements médicamenteux, psychothérapies, adressages vers des soins spécialisés ou des prises en charge psychosociales et/ou démarches diagnostiques).

Cent seize patients ont été inclus dans l'étude et affectés à l'une des modalités de communication par pseudo-randomisation (affectation en fonction de l'ordre chronologique de prise en charge).

- Éléments de résultats : modalités d'amélioration de la communication *versus* modalités de communication usuelles

- ▶ meilleur suivi des conseils formulés sur les traitements médicamenteux et psychothérapies à mettre en œuvre quand ils étaient transmis par téléphone ou via un rapport de consultation structuré (la transmission par téléphone montrait de meilleurs résultats que le rapport de consultation structuré) ;
- ▶ absence de différence statistiquement significative pour les autres types de conseils (adressages, par exemple) ;
- ▶ un meilleur suivi des conseils était associé à une plus grande diminution de la sévérité des symptômes dépressifs (absence de différence significative concernant l'évolution de la sévérité des symptômes anxieux) ;
- ▶ 76 % des médecins généralistes ont exprimé une préférence pour la modalité de communication par téléphone.

Exemples d'interventions type amélioration de la communication « ordinaire »

Exemple 2 : Au Royaume-Uni, processus d'adressage renforcé pour la détection précoce des premiers épisodes de psychose (57)

- Éléments de contexte, en amont de la mise en œuvre de l'intervention :
 - zone de l'intervention : quartier de Lambeth (sud de Londres), couvrant une population de 267 000 habitants ;
 - soins de santé mentale dispensés par plusieurs équipes pluridisciplinaires : une équipe dédiée à l'urgence psychiatrique, un service d'hospitalisation à temps plein, un service d'intervention précoce disposant de 18 lits d'hospitalisation et une unité d'intervention précoce en ambulatoire ;
 - prise en charge usuelle : patients présentant un premier épisode psychotique adressés à et évalués par l'une de ces équipes.
- Objectifs de l'intervention : **réduire les délais d'accès à un traitement pour les patients confrontés à un premier épisode psychotique.**
- Population cible : patients âgés de 16 à 35 ans résidant dans le quartier de Lambeth et souffrant d'un premier épisode psychotique.
- Caractéristiques de l'intervention :
 - **création d'une équipe « porte d'entrée »** dédiée à la détection précoce des psychoses débutantes, en lien étroit avec les médecins généralistes (*the Lambeth early onset crisis assessment team, LEO CAT*) : accès direct pour les médecins généralistes entre 9h et 17h en semaine, traitement initial proposé à domicile avant un passage de relais à l'équipe d'intervention précoce en ambulatoire ;
 - **formation des médecins généralistes** par l'équipe LEO CAT pour favoriser l'adressage des patients souffrant d'un premier épisode psychotique et en réduire les délais (déjeuner organisé dans chaque cabinet de médecine générale ; rappels, suivis et échanges complémentaires éventuels au cas par cas).

L'intervention a été conduite dans le cadre d'un essai randomisé : sur les 62 cabinets de médecine générale présents sur le territoire, 58 ont participé et ont été répartis dans les groupes « intervention » et « prise en charge usuelle » (maintien des modalités de travail usuelles avec les équipes de soins de santé mentale locales). L'évaluation de l'intervention a été effectuée en **comparant les parcours des patients adressés aux équipes de soins de santé mentale des deux groupes** (113 patients au total).

- Éléments de résultats : groupe « intervention » *versus* groupe « prise en charge usuelle » :
 - davantage de patients **adressés par le médecin généraliste** (86,1 % *versus* 65,7 % ; $p < 0,05$) ;
 - moins de patients **adressés via le service des urgences** (12,0 % *versus* 47,6 % ; $p < 0,05$) ;
 - des **délais plus courts entre le premier contact avec le médecin généraliste et la première évaluation par une équipe spécialisée** (26,3 jours en moyenne [médiane : 14] *versus* 92,3 jours en moyenne [médiane : 22]), mais **une différence non statistiquement significative** au seuil de 5 % ;
 - une proportion plus faible de patients pour lesquels **plus de 6 semaines se sont écoulées entre le premier contact avec le médecin généraliste et l'évaluation par une équipe spécialisée** (13,9 % *versus* 37,1 %, $p < 0,05$) ;
 - une proportion plus faible de patients pour lesquels **plus de 3 mois se sont écoulés entre le premier contact avec le médecin généraliste et l'initiation d'un traitement antipsychotique** (5,9 % *versus* 27,3 %, $p < 0,05$) ;
- Éléments de discussion :
 - **absence d'augmentation de la proportion d'adressages considérés comme inappropriés** vers les soins spécialisés *via* l'intervention ;
 - **difficultés rencontrées pour l'organisation de sessions de formation dans chaque cabinet de médecine générale** : séminaires s'adressant à des groupes de cabinets et organisés par exemple avec l'appui du collège de médecine générale identifiés comme une piste d'amélioration ;
 - **nécessité de réitérer les sessions de formations**, notamment dans les zones dans lesquelles le *turnover* des professionnels est important ;
 - perspective : évaluer l'association entre une **réduction des délais d'accès aux soins et aux traitements** et de **meilleurs résultats cliniques**.

Exemples d'interventions type amélioration de la communication ordinaire

Exemple 3 : Aux États-Unis, télémedecine pour la prise en charge de la dépression en zone rurale (58)

- Objectifs de l'intervention : améliorer la prise en charge de la dépression en médecine générale par une **amélioration de l'accès aux psychiatres dans une zone mal desservie**.
- Population cible : patients âgés de 18 à 80 ans, souffrant de dépression, suivis en soins de premier recours et disposés à prendre un traitement antidépresseur.
- Caractéristiques de l'intervention :
 - ▶ étape diagnostique effectuée par auto-questionnaire et *via* un entretien structuré entre le patient et un psychiatre ;
 - ▶ dépliant et vidéo mis à disposition du patient, notamment sur le mode d'action des antidépresseurs ;
 - ▶ calendrier de prise en charge :
 - **consultations du patient avec le médecin généraliste** programmées à 1, 4, 8, 12 et 16 semaines ;
 - **entretiens téléphoniques entre le patient et un infirmier** (ou un investigateur recrutés dans le cadre de l'étude) à 2 et 4 semaines pour évaluer l'adhésion au traitement, les effets secondaires des médicaments et orienter le patient vers le médecin généraliste ou le psychiatre (*via* téléconsultation) si besoin ;
 - **téléconsultations proposées au patient avec un psychiatre** à 2, 6, 10, 14 et 18 semaines après la consultation initiale.

Lorsqu'un patient ne se présentait pas à un rendez-vous, il recevait un appel téléphonique de l'un des investigateurs de l'essai.

- ▶ formation et échanges entre professionnels :
 - **échanges téléphoniques** ou par vidéoconférences entre le médecin généraliste et le psychiatre autour des situations des patients après la première téléconsultation du patient avec le psychiatre et pendant le suivi ;
 - **formation du médecin généraliste** par le psychiatre aux traitements à mettre en œuvre, en concordance avec les guides de bonnes pratiques ;
 - **accès téléphonique** du médecin généraliste au psychiatre pour toute question relative à la prise en charge : le psychiatre conseillait le médecin généraliste mais ne prescrivait pas les traitements.

L'intervention a été conduite dans le cadre d'un essai randomisé incluant 94 patients. La prise en charge usuelle incluait le même calendrier de consultations entre le patient et le médecin généraliste que celui prévu dans le cadre de l'intervention (certains patients ont également bénéficié de téléconsultations avec un psychiatre [0,5 consultation en moyenne sur 12 mois]).

- Éléments de résultats : groupe « intervention » *versus* groupe « prise en charge usuelle » :
 - ▶ 4,5 téléconsultations avec un psychiatre en moyenne sur 12 mois dans le groupe intervention ;
 - ▶ **une diminution des symptômes dépressifs observée dans les deux groupes, mais aucune différence significative en termes d'évolution** entre groupes ;
 - ▶ une **amélioration significativement plus importante des symptômes de somatisation, phobiques et anxieux** ;
 - ▶ **aucune différence significative en termes d'évolution du niveau de fonctionnement** entre le début et la fin de l'intervention et entre les deux groupes ;
 - ▶ **un niveau de satisfaction des patients significativement plus important** à 6 et 12 mois.

Interventions type *co-location* (dans le cadre de modèles de remplacement)

Une revue de la littérature/méta-analyse a été identifiée sur l'efficacité de la *co-location* de professionnels de soins de premiers recours et de professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale **dans le cadre de modèles de remplacement** (41).

Elle était centrée sur l'effet de la *co-location* sur les changements de pratiques des professionnels de soins de premiers recours et l'influence de ces changements sur la consommation de soins et les coûts y étant associés. Les stratégies thérapeutiques mobilisées par les professionnels spécialisés incluaient des psychothérapies et des interventions psychosociales au sens large (intégrant notamment le *counseling*).

Les effets de la *co-location* ont notamment été mesurés *via* trois critères :

- **le nombre moyen de consultations par patient avec un professionnel de soins de premier recours au sein du cabinet médical** (médecin généraliste, infirmier, etc.) et le coût moyen par patient associé à ces consultations.
 - ▶ hypothèse : le nombre moyen de consultations serait plus faible dans le cadre d'un modèle de *co-location* ;
- **le pourcentage de patients auxquels a été prescrit un traitement psychotrope** et les coûts moyens associés à ces traitements.
 - ▶ hypothèse : le modèle de *co-location* serait associé à des taux de prescription de médicaments plus faibles ;
- **le pourcentage de patients adressés à un professionnel spécialisé en santé mentale autre que le professionnel intervenant au sein de soins de premier recours** dans le cadre du modèle de *co-location* et les coûts moyens associés à ces adressages.
 - ▶ hypothèse : le taux d'adressage serait plus faible dans le cadre d'un modèle de *co-location*.

Les trois critères d'efficacité mobilisés ont été évalués en termes d'effets directs et indirects :

- effets **directs** : effets associés à des changements de pratiques du professionnel de soins de premier recours **concernant les patients adressés au professionnel spécialisé** exerçant au sein du cabinet de soins de premier recours dans le cadre du modèle de *co-location* ;
- effets **indirects** : effets associés à des changements de pratiques du professionnel de soins de premier recours **concernant l'ensemble des patients souffrant de troubles mentaux qu'il prenait en charge** (les patients adressés vers le professionnel spécialisé exerçant au sein du cabinet médical, mais également les patients non adressés, exclusivement pris en charge par les professionnels de premier recours).

Description générale des études incluses

Au total, **42 études** comparant des interventions de *co-location* (dans le cadre de modèles de remplacement) à des prises en charge usuelles par un professionnel de soins de premiers recours ont été identifiées.

La large majorité de ces études a été menée au Royaume-Uni (35 études), deux l'ont été aux États-Unis et une dans chacun des pays suivants : Australie, Nouvelle-Zélande, Sri Lanka, Pays-Bas et Allemagne.

La majeure partie de ces études décrivait les effets directs de la *co-location* (33 études), seulement neuf en rapportant les effets indirects. Dans toutes les études identifiées, le professionnel de soins de premiers recours était un **médecin généraliste** dont les caractéristiques et le rôle étaient peu décrits, l'accent étant porté sur la prise en charge dispensée par les professionnels spécialisés, qui appartenaient à des corps de métiers hétérogènes :

- *counselors* (16 études) ;
- psychologues (11 études) ;
- infirmiers (neuf études) ;
- psychiatres (cinq études) ;
- travailleurs sociaux (une étude).

La plupart des études concernait des patients souffrant de troubles mentaux fréquents (anxieux et dépressifs), mais les troubles mentaux plus sévères et chroniques étaient également représentés.

Effets directs : patients adressés vers le professionnel spécialisé sur site versus patients exclusivement pris en charge par le médecin généraliste :

- **nombre moyen de consultations avec un professionnel de soins de premier recours significativement plus faible** (dix études [1 061 patients] ; différence moyenne standardisée [DMS] = -0,17 ; IC 95 % = [-0,30 ; -0,05]) ;
- **taux de prescriptions de psychotropes significativement plus faible** (13 études [1 299 patients] ; risque relatif [RR] = 0,67 ; IC 95 % = [0,56 ; 0,79]), de même que les coûts associés à ces prescriptions (sept études [701 patients] ; DMS = -0,22 ; IC 95 % = [-0,38 ; -0,07]) ;
- **pourcentage de patients adressés vers un professionnel spécialisé en santé mentale autre que le professionnel exerçant dans le cadre du modèle de co-location significativement plus faible** (7 études [793 patients] ; RR = 0,13 ; IC 95 % = [0,09 ; 0,20]).

Effets indirects : patients pris en charge dans une structure impliquant un professionnel spécialisé en santé mentale sur site versus prise en charge usuelle

- Aucune différence significative n'était identifiée entre les modèles de *co-location* et les prises en charge usuelles en termes de coût moyen par patient des consultations avec un professionnel de soins de premier recours et de prescriptions globales de médicaments (psychotropes et non psychotropes). De même, aucune différence significative n'a été identifiée en termes de taux de prescriptions de psychotropes.
- Concernant le pourcentage de patients adressés vers un professionnel spécialisé en santé mentale autre que le professionnel exerçant dans le cadre du modèle de *co-location* : une hétérogénéité des résultats était observée entre études, certaines concluant à une augmentation des adressages dans le cadre du modèle de *co-location*, d'autres à une diminution.

Éléments de discussion

- Des tailles d'effets directs considérées comme modestes et/ou une hétérogénéité observée dans les résultats.
- Nécessité de conduire des études à plus long terme pour évaluer la stabilité des effets observés.
- Une catégorie d'interventions modifiant les relations interprofessionnelles et interpersonnelles : peu de connaissances sur les mécanismes de ces modifications (Comment et pourquoi des changements s'opèrent ?).
- Une revue de la littérature/méta-analyse centrée sur les effets du modèle de *co-location* sur l'utilisation des services de santé résultant de modifications dans le comportement du médecin généraliste : effets sur la santé des patients non étudiés, de même que les effets sur leur satisfaction et sur celle des professionnels impliqués⁶.

⁶ Les deux derniers points évoqués sont abordés dans les exemples d'interventions présentés ci-après.

Exemples d'interventions type *co-location*

Exemple 1 : Aux États-Unis, des psychologues cliniciens exerçant en soins de premier recours (59)

- Contexte de l'intervention

L'intervention a été mise en œuvre dans de grands centres médicaux faisant partie de systèmes appelés *Health maintenance organizations* (HMO). Ces systèmes réunissent les fonctions d'assurance et de production des soins au sein d'un même organisme et proposent à leurs adhérents un accès à un réseau de praticiens et d'hôpitaux. Le budget est fixé préalablement et ne dépend pas du recours de l'adhérent aux différents services (60).

- Objectifs de l'intervention :

- ▶ améliorer le diagnostic de la dépression par les médecins généralistes et l'adhésion des patients aux traitements antidépresseurs ;
- ▶ améliorer l'aisance des médecins généralistes dans le diagnostic et le traitement des patients souffrant de dépression.

- Caractéristiques de l'intervention

Des psychologues exerçant aux côtés des professionnels de soins de premier recours dans des centres médicaux :

- ▶ présentation des psychologues aux professionnels des centres médicaux au cours d'une **réunion d'équipe** et **description de leurs rôles** dans la prise en charge (aide au diagnostic, suivi et encouragement de l'adhésion au traitement, information au patient, suivi des effets du traitement, thérapies) ;
- ▶ mise à disposition de **locaux au sein du cabinet de premier recours** pour les psychologues ;
- ▶ attention portée à la **garantie de disponibilité** du psychologue pour les patients ;
- ▶ **modalités de communication formelles** : un formulaire structurant les échanges d'informations :
 - après la première consultation, le psychologue transmettait ce formulaire au médecin généraliste et y renseignait des informations sur le diagnostic, les symptômes ainsi que des conseils sur la prise en charge ;
 - des formulaires étaient également transmis dans les suites de la prise en charge (progrès, évolution de la sévérité de symptômes, conseils) ;
- ▶ **modalités de communication informelles** : déjeuners quotidiens entre le psychologue et le médecin généraliste
 - permettant de discuter de cas cliniques ;
 - servant de rappel de la présence du psychologue ;
 - favorisant le développement de relations interprofessionnelles sans empiéter sur l'emploi du temps chargé du médecin généraliste ;
- ▶ **modalités de traitement de la dépression par le psychologue** : travail sur l'adhésion au traitement *via* une recherche d'alliance thérapeutique ; psychothérapies ; identification, avec le patient, d'objectifs thérapeutiques, souvent centrés sur la réduction des symptômes.

L'intervention a été évaluée dans le cadre d'une étude avant-après impliquant 47 médecins généralistes dans quatre centres médicaux. Trente-neuf médecins généralistes ont adressé 358 patients adultes à un psychologue dans le cadre de l'intervention, sur une période de 12 mois. Deux cent vingt-quatre patients adressés au psychologue souffraient de dépression, parmi eux, 76 patients pour lesquels des données de suivi à 3 mois étaient disponibles ont été inclus dans l'étude.

Exemples d'interventions type *co-location*

Exemple 1 : Aux États-Unis, des psychologues cliniciens exerçant en soins de premier recours (suite) (59)

- Éléments de résultats :
 - ▶ une prise en charge associant psychothérapie et traitement médicamenteux pour 84,2 % des patients ;
 - ▶ 6,2 consultations en moyenne par patient ;
 - ▶ absence d'amélioration en termes de capacité des médecins généralistes à diagnostiquer la dépression ;
 - ▶ augmentation de 10 % du taux d'adhésion au traitement antidépresseurs ;
 - ▶ diminution de la sévérité des symptômes dépressifs à 3 mois ;
 - ▶ une plus grande satisfaction des médecins généralistes participant à l'intervention (par comparaison à un échantillon de médecins généralistes n'y étant pas impliqué).
- Éléments de discussion :
 - ▶ nécessité pour le professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale de garder à l'esprit qu'il doit « faire la promotion » de son rôle au sein du cabinet de soins de premier recours : **présentation claire du rôle du psychologue et des potentiels bénéfiques liés à son intervention** ;
 - ▶ **absence de groupe « contrôle » et période de suivi courte** (3 mois) pour évaluer l'intervention.

Exemples d'interventions type *co-location*

Exemple 2 : Au Canada, réflexion sur le processus de construction des relations interprofessionnelles dans le cadre de modèles de *co-location* (61)

Le processus de construction des **relations interprofessionnelles** dans le cadre de la *co-location* de professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale et de professionnels de premier recours au sein de cabinets médicaux au Canada a fait l'objet d'une publication dédiée. Quatre étapes ont été identifiées comme faisant partie de ce processus. Elles ont été identifiées *via* une étude qualitative conduite auprès de médecins généralistes, de psychiatres et d'infirmiers ainsi que de professionnels impliqués dans l'organisation des soins au niveau régional.

- **Étape 1 : Rechercher de l'aide**

Cette étape était décrite comme initiée à partir de :

- **l'expression d'un besoin d'aide** de la part des professionnels de soins de premier recours pour 1) **accéder** aux services de psychiatrie et santé mentale dans les meilleurs délais et 2) **améliorer leurs connaissances et compétences** pour prendre en charge les patients souffrant de troubles mentaux ;
- l'identification, au niveau de la gouvernance à l'échelon régional, d'un besoin de **renforcer les services de santé mentale au sein des structures de soins de premier recours**, *via* une collaboration entre les professionnels de premier recours et les professionnels spécialisés en santé mentale.

- **Étape 2 : Initier la *co-location***

Cette étape, à l'initiative de la gouvernance à l'échelon régional, résultait d'une conviction sur la pertinence de la *co-location* et la nécessité pour les professionnels d'avoir des contacts *de visu* pour initier une collaboration. Un salaire annuel a été prévu pour les psychiatres et *counselors* exerçant au sein des cabinets de soins de premier recours et impliquait un temps quotidien de collaboration.

- **Étape 3 : S'adapter**

Au moment du démarrage des interactions entre professionnels pour proposer des soins de santé mentale aux patients, il s'agissait pour chacun des professionnels de se familiariser avec l'autre et sa façon d'exercer. Plusieurs constats ont été faits cette étape :

- la nécessité, pour les professionnels spécialisés, de développer des stratégies de communication centrées sur le patient et flexibles, s'adaptant à chaque professionnel de premier recours ;
- des interactions qui n'étaient pas initiées entre tous les professionnels ;
- l'importance d'une communication par écrit (rapports écrits transmis du professionnel spécialisé au professionnel de premier recours, dossiers informatisés partagés), qui favoriserait le développement de connaissances, de compétences et de confiance en psychiatrie et en santé mentale du professionnel de premier recours ;
- l'importance d'une communication orale directe avant qu'un patient ne soit vu en consultation ou avant son départ du cabinet médical.

- **Étape 4 : Développer la réciprocité**

À cette étape, les professionnels étaient décrits comme se connaissant et prêtant attention les uns aux autres, appréciant leurs expertises personnelles et professionnelles réciproques et percevant les apports pour les patients d'une prise en charge partagée :

- conseils des professionnels spécialisés sur la prise en charge appréciés des médecins généralistes, de même que les connaissances du *counselor* sur les autres ressources en psychiatrie et santé mentale disponibles localement ;
- relations interprofessionnelles décrites comme basées sur la confiance et le respect, qui ont également favorisé la confiance entre les médecins généralistes et les patients au moment de l'adressage vers les soins spécialisés (possibilité d'annoncer au patient que l'on connaît le professionnel auquel on l'adresse) ;
- *co-location* identifiée comme favorisant les bons soins au bon moment ;
- une collaboration favorisée par une prise de conscience d'une volonté partagée par tous les professionnels de faire au mieux pour le patient, malgré des opinions, connaissances et compétences différentes.

Interventions type *consultation-liaison*

Trois revues de la littérature/méta-analyses étudiant l'efficacité des dispositifs de *consultation-liaison* ont été identifiées (37, 62, 63). Leurs conclusions, hétérogènes, sont présentées séparément ci-dessous.

Les résultats d'une quatrième revue de la littérature/méta-analyse, centrée sur les lettres de suivi de consultation dans le cadre d'un dispositif de *consultation-liaison* sont également présentés dans ce paragraphe (45).

Un niveau de preuves limité dans le cadre de la prise en charge de la dépression

Le travail de Cape *et al.* (37), centré sur les dispositifs de *consultation-liaison* appliqués à la prise en charge de la dépression, a conduit à l'identification de cinq interventions, menées aux États-Unis (deux études), au Royaume-Uni, en Italie et à Taiwan (une étude dans chaque pays).

Les auteurs ont rapporté une grande variabilité dans le contenu de ces interventions, notamment en termes de **niveau d'interaction entre le médecin généraliste et le professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale**, allant de la transmission d'un **rapport écrit** au médecin généraliste à la suite de la consultation spécialisée à des **réunions conjointes**.

Les résultats de la méta-analyse ont montré que, par rapport aux prises en charge usuelles, les dispositifs de *consultation-liaison* ne conduisaient ni à une diminution significativement plus importante des **symptômes dépressifs à court (moins de 12 mois) et long termes (plus de 12 mois)**, ni à une augmentation significativement plus importante du taux de patients auxquels étaient prescrits des antidépresseurs.

Bien que le faible nombre d'études incluses à la méta-analyse ne permette pas de dresser des conclusions définitives, les auteurs soulignaient un **niveau de preuves relatives à l'efficacité des modèles de *consultation-liaison* appliqués à la prise en charge de la dépression restant limité**.

Des effets positifs dans le cadre de la prise en charge des troubles somatoformes

Contrairement aux travaux de Cape *et al.* (37), la revue de la littérature/méta-analyse de van der Feltz-Cornelis *et al.* (62) ne ciblait pas spécifiquement les interventions visant à prendre en charge des patients souffrant de dépression.

Par ailleurs, elle n'incluait pas que des interventions mobilisant un dispositif de *consultation-liaison* de façon isolée, ce dispositif pouvant faire partie d'un modèle plus large de *collaborative care* (voir ci-après). De façon à extraire les résultats relatifs aux dispositifs de *consultation-liaison* exclusivement, seules les interventions mobilisant isolément ce type de dispositifs ont été sélectionnées pour l'analyse dans le cadre de ce rapport.

Au total, cinq études ont été identifiées, incluant des patients souffrant de dépression (une étude) et des patients souffrant de symptômes physiques médicalement inexpliqués ou troubles somatoformes⁷ (quatre études) :

- dans trois études, la **consultation spécialisée avait lieu au cabinet du médecin généraliste** en sa présence et, dans un cas, **une lettre de suivi de consultation était transmise au médecin généraliste et au patient** ;
- dans les deux autres études, la **consultation spécialisée avait lieu en dehors du cabinet du médecin généraliste** et une **lettre de suivi de consultation était transmise exclusivement au médecin généraliste**.

Les critères d'efficacité mobilisés ont été standardisés et combinés dans une analyse agrégée. Ils incluaient le **niveau global de fonctionnement**, la **sévérité des symptômes psychologiques et somatiques** ainsi que le **niveau d'utilisation des services de santé**.

Par rapport aux prises en charge usuelles, les interventions de *consultation-liaison* présentaient des résultats positifs pour la **prise en charge des troubles somatoformes** (quatre études), la taille de l'effet étant considérée comme importante (DMS = 0,614 ; IC 95 % = [0,206 ; 1,022]).

⁷ Une étude considérée comme appliquée aux patients souffrant de troubles somatoformes dans la revue de van der Feltz-Cornelis *et al.* (62) était également incluse à la revue de Cape *et al.* (37), dans laquelle elle était donc considérée comme appliquée à la prise en charge de la dépression.

Une **forte hétérogénéité** était toutefois observée entre études. Les modèles dans lesquels le patient était vu en consultation en dehors du cabinet du médecin généraliste et ceux dans lesquels il était vu au cabinet du médecin généraliste en sa présence montraient des effets positifs, mais la taille de l'effet variait. Elle était considérée comme importante dans le premier cas (DMS=0,564 ; IC 95 % = [0,165 ; 0,962]) et comme modérée dans le second (DMS=0,391 ; IC 95 % = [0,163 ; 0,620]).

Plusieurs limites pouvaient toutefois être soulignées pour l'interprétation des résultats, notamment :

- le faible nombre d'études sur lequel était basée l'analyse ;
- la variabilité des prises en charge usuelles auxquelles étaient comparées les interventions de *consultation-liaison*.

Au regard de ces limites, et considérant les différences d'organisation des soins de premier recours entre pays, **les auteurs concluaient à une nécessité d'adapter les dispositifs de *consultation-liaison* aux spécificités des services de soins considérés.**

Une amélioration de l'état de santé des patients jusqu'à 3 mois, des effets positifs à plus long terme sur la satisfaction et l'adhésion des patients au traitement

La revue de la littérature/méta-analyse de Gillies *et al.* (63) a identifié 12 essais impliquant 2 605 patients et plus de 900 professionnels de soins de premier recours. Les essais analysés incluaient des dispositifs de *consultation-liaison* considérés isolément ainsi que des dispositifs faisant partie d'une intervention plus large. Ces dispositifs devaient impliquer au moins une consultation entre le professionnel de soins de premier recours et le professionnel spécialisé en santé mentale (en présence ou non du patient), mais une consultation entre le patient et le professionnel spécialisé n'était pas considérée comme nécessaire pour répondre à la définition du modèle de *consultation-liaison*.

Six essais ont été conduits aux États-Unis, les autres l'ont été en Australie, au Canada, en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (un essai dans chaque pays). Onze essais comparaient un dispositif de *consultation-liaison* à une prise en charge considérée comme usuelle, le douzième comparait un dispositif de *consultation-liaison* à un modèle de *collaborative care*.

Plusieurs types d'interactions, développées dans le cadre d'interventions type *consultation-liaison*, entre acteurs ont été décrits :

- interactions entre le patient et le professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale :
 - entretien d'évaluation (six essais) ;
 - adressage vers des soins spécialisés (trois essais) ;
 - mise à disposition d'outils de psychoéducation (DVD, livrets, etc.) (trois essais) ;
 - *counseling*, conseils et suivi du traitement (six essais) ;
 - information (un essai).

La plupart de ces interactions se faisaient *de visu*, trois essais incluant toutefois des contacts par téléphone. En termes de fréquences, une seule session avait lieu dans cinq essais (évaluation initiale et proposition d'une stratégie de prise en charge) quand d'autres dispositifs prévoyaient plusieurs contacts potentiels.

- interactions entre le professionnel de soins de premier recours et le professionnel spécialisé en santé mentale :
 - réunions pour échanger sur le diagnostic du patient et/ou la prise en charge (sept essais) ;
 - transmission par le professionnel spécialisé d'un rapport relatif à l'évaluation effectuée avec le patient ou des conseils sur la prise en charge notamment (sept essais) ;
 - disponibilité du professionnel spécialisé pour des conseils ou une aide sur demande (quatre essais) ;
 - facilitation de l'adressage (deux essais) ;
 - formation professionnelle (quatre essais) ;
 - mise à disposition de matériel d'information (guides de bonne pratique par, exemple) (trois essais).

Le nombre de contacts entre le professionnel de soins de premier recours et le professionnel spécialisé variait entre essais :

- un contact unique (trois essais) ;
- un contact unique avec possibilité de contacts ultérieurs si besoin (cinq essais) ;

- entre deux et 12 contacts, avec possibilité de contacts additionnels si besoin (cinq essais).
- les interactions entre le patient et le professionnel de soins de premier recours n'étaient décrites que dans deux essais :
 - l'un précisait que le professionnel de soins de premier recours était en charge de l'initiation du traitement et de la coordination des soins ;
 - le second recommandait un échange sur l'évolution des symptômes avec le patient toutes les 4 à 6 semaines.

En termes d'efficacité, les dispositifs de *consultation-liaison* étaient associés à une amélioration de l'état de santé mentale jusqu'à 3 mois après l'initiation du traitement, mais cet effet positif ne semblait pas persister entre 3 et 12 mois. Ces dispositifs étaient en revanche associés à une amélioration de la satisfaction et de l'adhésion au traitement des patients jusqu'à 12 mois.

Les auteurs soulignaient toutefois une faible qualité des résultats pour la quasi-totalité des critères mobilisés.

Lettres de suivi de consultation pour la prise en charge des symptômes physiques médicalement inexpliqués en soins de premier recours

La revue de la littérature conduite par Hoedeman *et al.* (45) a permis d'évaluer l'efficacité associée à la transmission d'une lettre de suivi de consultation au médecin généraliste dans le cadre d'un dispositif de *consultation-liaison* pour la prise en charge de symptômes physiques médicalement inexpliqués.

Au total, six études ont été identifiées :

- quatre études conduites aux États-Unis, dans lesquelles **la consultation associait uniquement le patient et le psychiatre** (le médecin généraliste n'y prenant pas part) et dans lesquelles la **lettre de suivi de consultation n'était transmise qu'au médecin généraliste** ;
- deux études, l'une conduite aux États-Unis, la seconde aux Pays-Bas, impliquant une **consultation conjointe patient-psychiatre-médecin généraliste**, l'une d'entre elles prévoyant également que la lettre de suivi de consultation soit transmise au patient (46).

En termes d'efficacité, les auteurs concluaient :

- sur la base d'études de qualité modérée, que l'utilisation d'une lettre de consultation était associée à des coûts de prise en charge plus faibles ;
- à un niveau de preuves limité sur l'efficacité de consultations conjointes sur la sévérité des symptômes physiques, le fonctionnement social et la diminution de la consommation de soins.

Les interventions type *consultation-liaison* en synthèse

- Définition et contenu des interventions hétérogènes.
- Des résultats en termes d'efficacité également hétérogènes et basés sur de faibles nombres d'études, parfois considérées comme de faible qualité.
- Une nécessité d'adapter les dispositifs proposés aux spécificités des organisations dans lesquelles ils sont mis en œuvre.

Exemples d'interventions type *consultation-liaison*

Exemple 1 : En France, le dispositif de soins partagés (DSP) des Yvelines sud (42, 64)

En France, le premier dispositif de soins partagé a ouvert en 2001 dans la région des Yvelines sud, la fonctionnalité des consultations proposées étant décrite comme proche de celle des modèles développés dans certains pays anglo-saxons et en Suisse.

- Objectifs de l'intervention :

- ▶ **améliorer l'accès aux soins spécialisés et la qualité globale des soins** pour des personnes présentant des **troubles mentaux fréquents** ;
- ▶ **améliorer la formation des médecins généralistes et la qualité globale de leurs prises en charge pour l'ensemble de leur patientèle** (y compris pour les patients n'étant pas adressés au dispositif de soins partagés).

- Caractéristiques de l'intervention

Le dispositif proposait une aide aux médecins généralistes pour prendre en charge les patients pour lesquels ils en éprouvaient le besoin, **sans nécessairement recourir à un transfert de la prise en charge vers les soins spécialisés**.

Il impliquait deux équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers en psychiatrie, un ETP de psychiatre et un ETP de psychologue. Il était **localisé au sein d'un hôpital général**.

- ▶ Un infirmier réceptionnait les demandes des médecins généralistes, prenait contact avec le patient et appelait systématiquement le médecin généraliste pour connaître ses attentes envers le dispositif de soins partagés.
- ▶ Plusieurs réponses étaient ensuite possibles :
 - une ou plusieurs **consultations proposées au patient avec un psychiatre ou un psychologue du dispositif de soins partagés pour avis et intervention conjointe** médecin généraliste/dispositif de soins partagés ;
 - **un adressage direct** vers une prise en charge spécialisée après l'échange téléphonique.

Une enquête rétrospective a été réalisée 3 ans après l'initiation de l'intervention auprès des médecins généralistes ayant sollicité le dispositif de soins partagés et ayant ensuite assuré la prise en charge et le suivi du trouble mental. Quarante-vingt-cinq pour cent (118 patients) d'entre eux ont répondu à l'enquête concernant 70 % des patients pris en charge par le dispositif (181 patients).

- Éléments de résultats

Les raisons d'un adressage au dispositif de soins partagés par le médecin généraliste étaient :

- ▶ des difficultés diagnostiques ou thérapeutiques pour 85 % des patients ;
- ▶ une demande du patient ou de sa famille pour 9 % des patients ;
- ▶ la nécessité d'un suivi spécialisé pour 6 % des patients.

Les effets de l'intervention rapportés par les médecins généralistes étaient principalement **un soutien de leur prise en charge et une aide technique à la prise en charge (modifications de traitements et orientations psychothérapeutiques** notamment). Les bénéfices de l'intervention d'une tierce personne dans la prise en charge ont également été évoqués. Des répercussions négatives étaient toutefois rapportées pour 9 % des patients : désaccords entre le médecin généraliste et le professionnel spécialisé ou nombre de soignants impliqués dans la prise en charge trop important et perçu comme déroutant pour le patient et le médecin généraliste.

Après l'intervention :

- ▶ **le médecin généraliste était resté en charge du suivi du trouble mental et de la mise en œuvre de la stratégie thérapeutique pour 80 % des patients**, seul pour 60 % d'entre eux ;
- ▶ 20 % des patients avaient été adressés vers une prise en charge spécialisée.

Exemples d'interventions type *consultation-liaison*

Exemple 2 : Aux Pays-Bas, soins partagés (*consultation-liaison*) pour des patients souffrant de symptômes physiques persistants médicalement inexpliqués (46)

- Objectifs de l'intervention : améliorer le bien-être physique et psychique, le fonctionnement psychologique et les prises en charge des patients souffrant de **symptômes physiques persistants médicalement inexpliqués**.
- Caractéristiques de l'intervention :
 - ▶ formation des médecins généralistes au *case management*, aux thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et aux thérapies brèves : entre trois et neuf sessions de formation collectives de 3 heures ;
 - ▶ modèle de soins partagés :
 - un **psychiatre se déplaçait au cabinet du médecin généraliste** ;
 - une **consultation avait lieu entre le patient, le psychiatre et le médecin généraliste**. L'objectif était d'identifier les comorbidités psychiatriques pour lesquelles un traitement était nécessaire ;
 - à l'issue de la consultation, le psychiatre transmettait un avis diagnostique et des options thérapeutiques au médecin généraliste et au patient *via* une **lettre de suivi de consultation** (*consultation letter*) ;
 - le **médecin généraliste, après discussion avec le patient, mettait en place la stratégie thérapeutique adaptée**. Le psychiatre n'assurait pas le traitement, mais pouvait consulter le médecin généraliste sur l'efficacité de ses conseils.

Un **protocole de soins standardisé** a par ailleurs été développé dans le cadre de l'intervention. Il définissait les stratégies thérapeutiques adaptées en fonction des situations, ainsi que le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge. Un adressage à un psychiatre était par exemple prévu dans le cas de troubles bipolaires ou de schizophrénie. Dans d'autres cas, des traitements médicamenteux et des psychothérapies pouvaient être prescrits par le médecin généraliste et s'accompagnaient d'une évaluation des symptômes à échéances régulières.

L'intervention a été conduite dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé impliquant 36 cabinets médicaux et 81 patients (58 dans le groupe « intervention » et 23 dans le groupe « prise en charge usuelle »). Dans le groupe « prise en charge usuelle » les médecins généralistes bénéficiaient d'une formation identique à celle prévue dans le cadre de l'intervention.

- Éléments de résultats :
 - ▶ à 6 mois, l'intervention était associée à une **diminution des symptômes médicalement inexpliqués** (stagnation dans le groupe « prise en charge usuelle ») et du **nomadisme médical** (utilisation plus faible des services de santé, quand une augmentation était observée dans le groupe « prise en charge usuelle ») ;
 - ▶ ainsi qu'à une **amélioration du fonctionnement psychosocial des patients** (stagnation voire dégradation dans le groupe « prise en charge usuelle »).
 - ▶ aucune amélioration significative au seuil de 5 % n'était observée concernant l'**évolution des symptômes psychologiques**.

Exemples d'interventions type *consultation-liaison*

Exemple 3 : Un service de *consultation-liaison* en Italie (44)

- Éléments de contexte

En Italie, les médecins généralistes exerçaient majoritairement en pratique isolée (peu d'exercice en groupe). Les patients avaient la liberté de choisir leur médecin généraliste, la file active de chaque médecin ne devant toutefois pas excéder 1 500 patients.

Les soins de santé mentale étaient dispensés par des centres de santé mentale communautaires (*community mental health centres*) et assurés par une équipe pluriprofessionnelle (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux et ergothérapeutes). Ils s'adressaient principalement à des patients souffrant de **troubles mentaux sévères et persistants**, mais étaient accessibles librement sans nécessité d'un adressage par le médecin généraliste.

- Objectifs de l'intervention :

- ▶ développer une collaboration entre médecins généralistes et professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale ;
- ▶ améliorer la **qualité de la prise en charge** pour les patients souffrant de **troubles mentaux fréquents** ;
- ▶ **modifier les parcours de soins** de façon à **encourager la prise en charge des troubles mentaux fréquents en soins de premier recours** et à centrer les activités des services spécialisés vers la prise en charge des patients souffrant de troubles sévères.

- Organisation du service de *consultation-liaison* :

- ▶ le service de *consultation-liaison* faisait partie du centre de santé mentale communautaire. Cependant, de façon à assurer une distinction claire entre les centres de santé mentale communautaires et le service de *consultation-liaison*, ce service a d'abord été relocalisé dans les **locaux d'un service non spécialisé en psychiatrie** puis dans des **locaux indépendants** lui étant dédiés ;
- ▶ **professionnels impliqués** : cinq psychiatres, un psychologue, deux internes en psychiatrie et cinq infirmiers ;
- ▶ **rôles du service de *consultation-liaison*** :
 - proposer des **consultations spécialisées au patient sur demande du médecin généraliste** ;
 - transmettre au médecin généraliste (par écrit et éventuellement par téléphone ou *de visu*) un **avis diagnostique et une proposition de projet thérapeutique** ;
 - dans certains cas, proposer des **interventions courtes et ciblées en complément du traitement mis en œuvre par le médecin généraliste** ;
 - si nécessaire, **adresser le patient vers une prise en charge spécialisée au centre de santé mentale communautaire**, l'accord du médecin généraliste et du patient étant nécessaire en amont.
- ▶ des réunions régulières *de visu* entre les médecins généralistes et les professionnels du service de *consultation-liaison*, permettant des discussions autour de cas cliniques, étant difficiles à organiser, des **initiatives pour améliorer la communication** ont été proposées :
 - **accès direct par téléphone** mis en place dans un premier temps : une sous-utilisation était rapportée ;
 - site Internet en construction au moment de la rédaction de l'article : permettre aux médecins généralistes de communiquer avec le service de *consultation-liaison* par **courriels**.

Exemple 3 : Un service de *consultation-liaison* en Italie (44) (suite)

- Élément de résultats :
 - ▶ le nombre de médecins généralistes ayant adressé des patients au service de *consultation-liaison* à plus que triplé en 4 ans ;
 - ▶ la large majorité des patients adressés au service de *consultation-liaison* souffrait de troubles anxieux ou dépressifs de sévérité modérée ;
 - ▶ pour plus de 80 % de ces patients, le médecin généraliste était resté en charge de la mise en œuvre de la stratégie thérapeutique à la suite de la consultation spécialisée avec le service de *consultation-liaison* ;
 - ▶ l'objectif affiché du service de *consultation-liaison* était de modifier les parcours de soins, en favorisant une prise en charge des troubles mentaux fréquents en soins de premier recours. Cet objectif était considéré comme atteint par les auteurs de l'article, dans la mesure où :
 - une légère diminution de la file active de patients souffrant de troubles mentaux fréquents des centres de santé mentale communautaires était observée ;
 - seuls 10 à 15 % des patients vus en consultation par le service de *consultation-liaison* avaient été adressés aux centres de santé mentale communautaires.

Illustration additionnelle : une analyse coût-efficacité et coût-utilité conduite en Allemagne (65)

En Allemagne, une intervention impliquant une formation et un accès à un service de *consultation-liaison* a été implémentée à l'intention de médecins généralistes pour les aider dans la prise en charge de patients souffrant de **troubles anxieux**.

Cette intervention a été comparée à une prise en charge usuelle dans le cadre d'un essai clinique impliquant 21 médecins généralistes et 182 patients dans le groupe « intervention », et 23 médecins généralistes et 165 patients dans le groupe « prise en charge usuelle ».

- Éléments de résultats :
 - ▶ une absence de différences significatives au seuil de 5 % entre les deux groupes en termes d'efficacité (sévérité des symptômes et qualité de vie) à 9 mois ;
 - ▶ une absence de différences significatives au seuil de 5 % entre les deux groupes en termes de coûts totaux (directs et indirects), ces coûts étant toutefois plus élevés dans le groupe intervention ;
 - ▶ une intervention considérée comme **dominée** (moins efficace et plus chère que la prise en charge usuelle), avec une **probabilité pour qu'elle soit coût-efficace inférieure à 10 %** lorsque la disposition à payer pour gagner un *Quality-adjusted life year* (QALY)⁸ était inférieure à 50 000€.
- Éléments de discussion

Ces résultats peu favorables à l'intervention étaient considérés par les auteurs comme pouvant être associés à :

- ▶ des **connaissances et compétences acquises par les médecins généralistes dans le cadre de la formation insuffisantes** pour avoir un effet significatif sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique ;
- ▶ une **motivation insuffisante à utiliser le service de *consultation-liaison*** (seules 31 consultations ont été sollicitées par les médecins généralistes pendant les 6 mois de l'intervention), cela pouvant être lié au **mode de rémunération à l'acte des médecins généralistes**, qui ne souhaiteraient pas voir leurs patients pris en charge par d'autres professionnels et ainsi supporter une perte de revenus.

⁸ Le QALY combine le nombre d'années de vie passées dans un état de santé et la qualité de vie associée à cet état de santé. Ainsi, un QALY correspond à une année de vie théorique de parfaite santé.

Care/case management (coordination de parcours de santé)

Une revue de la littérature/méta-analyse portant spécifiquement sur des interventions de *care/case management* appliquées à la prise en charge de la dépression a été identifiée (48).

Comme évoqué précédemment, le *care/case management* est une composante des modèles de *collaborative care*. Certaines des interventions incluses dans cette revue de la littérature/méta-analyse sont issues de modèles multidimensionnels type *collaborative care* (qualifiées comme des interventions « complexes » dans la publication). Il est donc nécessaire de tenir compte de cet aspect dans l'interprétation des résultats.

De plus, dans le cadre des travaux de Gensichen *et al.* (48), s'il était implicite que le médecin généraliste était présent dans les expériences sélectionnées et encadrait la prise en charge, son rôle n'était pas explicitement abordé. Ainsi, les expériences de *care/case management* identifiées, quand elles n'étaient pas couplées ou intégrées à des processus de coordination formalisés, se situaient aux limites du sujet traité dans ce rapport.

• Caractéristiques des études sélectionnées

Treize essais cliniques randomisés étudiant l'efficacité du *care/case management* dans la prise en charge des patients souffrant de dépression caractérisée ont été identifiés. Pour être sélectionnés dans la revue de la littérature/méta-analyse :

- les interventions de *care/case management* mises en œuvre devaient l'être dans une optique de continuité des soins et inclure *a minima* un suivi systématique des symptômes. D'autres éléments tels que la coordination, l'évaluation du traitement ou l'organisation d'adressages pouvaient également être inclus (tous les essais prévoyaient **au moins un contact mensuel** entre le *care/case manager* et le patient) ;
- la **période de suivi devait être d'au moins 6 mois** (elle était d'au moins 1 an dans sept essais) ;
- la qualité de la méthodologie devait être considérée comme bonne (ce qui était le cas de huit essais) ou plutôt bonne (cinq essais).

Les modalités de mise en œuvre du *care/case management* étaient les suivantes :

- chaque *care/case manager* assurait généralement **le suivi d'une vingtaine de patients**, à l'exception d'un essai dans lequel le nombre de patients suivis approchait les 100 patients ;
- dans sept des essais, **le care/case manager connaissait individuellement le patient**, alors que dans cinq essais, il était employé par des centres d'appels et n'était donc pas individuellement identifié par les patients suivis ;
- neuf des interventions sélectionnées incluaient, en plus du *care/case management*, au moins **trois composantes de prises en charge additionnelles**, telles que la mise à disposition et le suivi de guides de bonne pratique ou un soutien aux proches des patients.

• Éléments de résultats

L'efficacité du *care/case management* a été évaluée en termes de **niveau de sévérité des symptômes dépressifs, de réponse au traitement⁹, de rémission¹⁰ et d'adhésion au traitement médicamenteux**. Les résultats, par comparaison aux prises en charge usuelles, étaient les suivants :

- **une diminution significativement plus importante de la sévérité des symptômes** pour les patients bénéficiant de l'intervention après 6 à 12 mois (résultats agrégés de 11 essais (4 320 patients) ; DMS = -0,40 ; IC 95 % = [-0,60 ; -0,20]) ;
- **un taux de rémission plus important entre 6 et 12 mois** (résultats agrégés de sept essais [4 584 patients] ; RR = 1,39 ; IC 95 % = [1,30 ; 1,48]) ;
- **un taux de réponse au traitement plus élevé** (résultats agrégés de cinq essais [3 218 patients] ; RR = 1,82 ; IC 95 % = [1,68 ; 2,05]). En moyenne, le taux de réponse au traitement s'élevait à 45,6 % dans le groupe *care/case management* et à seulement 24,0 % dans le groupe "prise en charge usuelle" ;

⁹ La réponse au traitement est généralement définie comme une réduction d'au moins 50 % des symptômes dépressifs depuis l'initiation du traitement (50).

¹⁰ La rémission est communément définie comme l'atteinte d'un état « virtuel » d'absence de symptômes dépressifs et était classiquement évaluée par un score en deçà d'un seuil prédéfini à une échelle de mesure des symptômes dépressifs ou par une absence de symptômes (50).

- **un taux d'adhésion au traitement significativement plus important** (résultats agrégés de neuf essais [5 306 patients] ; RR = 1,50 ; IC 95 % = [1,28 ; 1,86]). En moyenne, le taux d'adhésion au traitement s'élevait à 65,8 % dans le groupe *care/case management* et à 50,0 % dans le groupe "prise en charge usuelle".

Dans un second temps, les interventions de *care/case management* ont été regroupées selon leur caractère **standard** ou **complexe** (une intervention considérée comme complexe prévoyait par exemple des visites du *care/case manager* au domicile du patient, était couplée avec une approche pluriprofessionnelle type *collaborative care* ou un accent était porté sur l'autonomisation du patient [*empowerment*] :

- que les interventions soient considérées comme « standard » (trois interventions) ou « complexes » (sept interventions), les patients présentaient des caractéristiques démographiques et niveaux de sévérité des symptômes similaires à l'inclusion ;
- les DMS en termes de diminution de la sévérité des symptômes dépressifs des interventions « standards » et « complexes » avec les prises en charge usuelles s'élevaient respectivement à -0,40 et -0,38, mettant en évidence **une faible différence en termes d'efficacité entre les interventions "standard" et celles présentant un plus haut niveau de complexité.**

Éléments de discussion

- Une hétérogénéité observée entre interventions en termes d'efficacité principalement liée à l'utilisation de différents instruments pour mesurer la sévérité des symptômes dépressifs.
- Des tailles d'effet considérées comme petites ou modérées.
- Une majorité d'interventions conduites dans le cadre de *managed care organisations*¹¹ aux États-Unis : l'organisation et la fonction des soins de premier recours peuvent varier entre pays, induisant un besoin différent autour de la fonction de *care/case management*.
- Des questions toujours en suspens, notamment concernant les qualifications du *care/case manager* et les modalités du *care/case management* associées à une plus grande efficacité : nécessité soulignée d'une description précise de ces éléments dans les futures publications.

Des questions toujours en suspens, notamment concernant les qualifications du *care/case manager* et les modalités du *care/case management* associées à une plus grande efficacité : nécessité soulignée d'une description précise de ces éléments dans les futures publications.

La revue de la littérature/méta-analyse de Gensichen *et al.* (48), centrée sur le *care/case management* appliqué à la prise en charge de la dépression en soins de premier recours, ne suffisait pas à illustrer la variabilité des formes de *case/care management* mobilisables pour la prise en charge des troubles mentaux en général. D'autres formes de *case/care management* ont été identifiées dans la littérature, certaines étant présentées dans les encadrés ci-après à titre d'illustration.

¹¹ Le *managed care* est un modèle dans lequel les fonctions d'assurance et de production des soins sont réunies au sein d'un même organisme. Si une grande diversité de *managed care organisations* existe, elles présentent souvent des caractéristiques communes : choix limité de praticiens pour les patients, filières d'accès aux soins secondaires, conventionnement sélectif des médecins, incitations financières pour les praticiens, gestion de la qualité des soins et de l'utilisation des services (59).

Exemples d'interventions type *care/case management*

Exemple 1 : En Allemagne, *case management* en soins de premier recours (66-71)

- Éléments de contexte

En Allemagne, des assistants médicaux (*health care assistants*) étaient présents aux côtés de la quasi-totalité des médecins généralistes et assuraient des travaux de secrétariat médical (prise de rendez-vous, préparation des consultations, tenue des dossiers, etc.) et des tâches cliniques de technicité limitée. Ces emplois étaient considérés comme peu qualifiés. Les assistants médicaux suivaient une formation professionnelle de 3 ans (enseignements théoriques et apprentissage pratique, notamment au sein de cabinets de soins de premier recours) (72).

- Objectifs de l'intervention : atténuer les symptômes dépressifs et améliorer le processus de soins pour les patients souffrant de dépression caractérisée et pris en charge dans des **cabinets médicaux de petite taille**.

- Caractéristiques de l'intervention

Les assistants médicaux assuraient une fonction de *case management* dans la prise en charge de la dépression caractérisée, en collaboration avec le ou les médecin(s) généraliste(s) au sein de cabinets de soins de premier recours. Ces cabinets étaient majoritairement de petite taille, et un tiers d'entre eux était situé en zones rurales.

L'intervention s'adressait aux patients âgés de 18 à 60 ans pour lesquels un **diagnostic de dépression caractérisée** avait été posé et s'accompagnait d'une **indication de traitement médicamenteux**. Elle reposait sur un **suivi actif des patients** pris en charge *via* des **appels téléphoniques** (deux fois par semaine le premier mois, puis une fois par mois pendant 11 mois) de l'assistant médical au patient pour :

- ▶ **suivre l'évolution des symptômes dépressifs et l'adhésion au traitement** *via* des questionnaires structurés et standardisés ;
- ▶ **encourager l'implication du patient** dans des activités d'autogestion.

L'assistant médical relayait ensuite les informations recueillies au cours de l'entretien téléphonique au médecin généraliste *via* un rapport informatisé structuré permettant de détecter automatiquement d'éventuelles **situations d'urgence**. Le médecin généraliste était responsable des décisions thérapeutiques et faisait des retours d'informations à l'assistant médical si nécessaire.

En parallèle :

- ▶ les médecins généralistes bénéficiaient de formations aux guides de bonne pratique clinique pour la prise en charge de la dépression ;
- ▶ les assistants médicaux étaient formés au cours de deux journées (17 heures de formation au total). Il s'agissait d'une formation interactive visant à informer les assistants médicaux sur la dépression et les thérapies d'activation comportementale (*behavioural therapies*) et à travailler leurs aptitudes en communication et en gestion des échanges téléphoniques.

L'intervention a été réalisée dans le cadre d'un essai clinique randomisé impliquant 74 cabinets de soins de premier recours et incluant 626 patients.

Exemple 1 : En Allemagne, *case management* en soins de premier recours (suite)

- Éléments de résultats

- ▶ Efficacité clinique : intervention *versus* prise en charge usuelle

- une plus grande diminution de la sévérité des symptômes dépressifs ($p = 0,014$), un meilleur taux de réponse au traitement ($p = 0,003$), une meilleure adhésion aux traitements antidépresseurs ($p = 0,042$) et une plus grande satisfaction au regard de la qualité des soins ($p = 0,011$) étaient rapportés à 12 mois. Aucune différence significative au seuil de 5 % n'était observée entre les deux groupes en termes de taux de rémission, de scores de qualité de vie, de nombre de contacts avec un médecin généraliste et un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale et de prescriptions de traitements antidépresseurs à 12 mois ;
- à 24 mois, les effets observés à 12 mois s'estompaient, mais les auteurs concluaient notamment à une meilleure connaissance des effets secondaires des traitements ($p = 0,039$), des moyens de trouver de l'aide en cas de détérioration des symptômes ($p = 0,006$) et des situations susceptibles de déclencher un état dépressif ($p = 0,013$) par les patients. Davantage d'efforts pour réaliser des activités agréables ($p = 0,026$) et de temps investi dans ces activités ($p = 0,028$) étaient rapportés.

- ▶ Analyses coût-efficacité et coût-utilité : perspective sociétale, horizon temporel de 2 ans

- le ratio coût-efficacité¹² était égal à **16€ par jour sans symptôme gagné** lorsque l'on prenait en compte les **coûts directs**, et l'intervention était considérée comme **dominante** (plus efficace et moins chère) lorsque les **coûts indirects** (associés au nombre de jours non travaillés en raison de la maladie) étaient intégrés. La probabilité pour que l'intervention soit considérée comme **coût-efficace** lorsque les coûts indirects étaient intégrés était estimée à **90 %** pour une disposition à payer des décideurs de 12 € par jour sans symptôme gagné ;
- le ratio coût-utilité était égal à **38 489 € par QALY gagné** lorsque les **coûts directs** étaient pris en compte, et l'intervention était considérée comme **dominante** lorsque les **coûts indirects** étaient également intégrés. La probabilité pour que l'intervention soit considérée coût-efficace lorsque les coûts indirects étaient intégrés était estimée à 90 %, quelle que soit la disposition à payer des décideurs.

¹² Dans le cadre de la comparaison de deux stratégies, par exemple une stratégie d'amélioration de la coordination (A) et une prise en charge usuelle par un médecin généraliste (B), le ratio coût-efficacité incrémental correspond à la différence entre les coûts des deux stratégies (coût A - coût B) que divise la différence entre leurs efficacités respectives (efficacité A - efficacité B) et renseigne sur le coût additionnel d'une unité d'efficacité gagnée *via* la stratégie A par rapport à la stratégie B (coût additionnel d'une journée sans symptômes dépressifs "gagnée", par exemple).

Exemple 1 : En Allemagne, *case management* en soins de premier recours (suite)

- Éléments de résultats (suite)

- ▶ Le point de vue des patients (étude qualitative) :

- **l'expérience de la dépression** : un sentiment de culpabilité de ne pas être capable de sortir du cercle de la dépression couplé à de la détresse et de l'isolement, à l'origine d'une réticence à rechercher de l'aide ; un manque d'énergie et le sentiment que personne ne peut apporter l'aide nécessaire pour réagir ; l'acceptation de la maladie perçue comme permettant de lutter contre les symptômes dépressifs ; le sentiment d'une maladie ne pouvant être soignée, avec un risque toujours présent de rechute malgré la possibilité de gérer certains symptômes ;
- **l'expérience du *case management*** : la régularité des contacts avec le cabinet de soins de premier recours était appréciée par les patients (être contacté plutôt que de devoir contacter était perçu comme permettant d'atténuer les barrières attachées à la dépression). Ils rapportaient un sentiment d'être accompagnés et incités à porter davantage attention à leur état de santé. Le développement d'une **relation de confiance** avec le médecin généraliste et l'assistant médical était identifié comme nécessaire. Certains patients ont rapporté le sentiment d'une relation mécanique avec l'assistant médical et d'un manque d'empathie de sa part, ce sentiment mettant en évidence l'importance de la qualité de la relation par rapport à la régularité des contacts. L'insatisfaction rapportée à ce sujet tenait également à l'absence de rencontres *de visu* et à la brièveté des échanges téléphoniques.

- ▶ Le point de vue des médecins généralistes (étude qualitative) :

- une amélioration dans la conduite des consultations et de la relation médecin-patient : meilleure réactivité face à une détérioration des symptômes, plus grande attention portée aux troubles mentaux fréquents, davantage de facilité à aborder des questions sensibles relatives à la santé mentale, amélioration des compétences dans la prise en charge de la dépression, etc. ;
- une plus grande communication et une coopération renforcée au sein du cabinet médical.

Mais :

- une augmentation de la charge de travail au démarrage de l'intervention ;
- une diversité de modalités de mise en œuvre : *a minima* pour certains médecins généralistes et avec une implication plus importante pour d'autres (application à d'autres pathologies, par exemple).

Exemples d'interventions type *care/case management*

Exemple 2 : En Suisse, *case management* de transition (73)

- Objectif de l'intervention

Dans la 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 ambulatoires et de réduire le risque de rechute et de ré-hospitalisation**.

- Caractéristiques de l'intervention

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.

- ▶ Pendant l'hospitalisation (trois étapes) :

- 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 : *case management* de transition *versus* 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 %.

Autres exemples

Le modèle TIPP (*Transition into primary care psychiatry*), développé au Canada, (74) visait à assurer une **transition entre les soins psychiatriques ambulatoires et le médecin généraliste** pour des patients souffrant de **troubles sévères stabilisés**. Un **psychiatre** et un **infirmier** en psychiatrie étaient impliqués dans l'intervention, qui incluait **une consultation partagée entre le patient, le médecin généraliste, le psychiatre et l'infirmier au moment de la transition et un rendez-vous entre le patient et le médecin généraliste tous les 1 à 4 mois**, le plus souvent en présence de l'infirmier psychiatrique. L'infirmier contactait le patient s'il ne se présentait pas à un rendez-vous avec le médecin généraliste ou si le médecin généraliste l'informait d'une dégradation de l'état de santé du patient. Le psychiatre participait à une consultation avec le patient, le médecin généraliste et l'infirmier à 6 et 12 mois (fin du suivi) après l'initiation de la transition.

Une intervention aux États-Unis impliquait également un **pharmacien** assurant le rôle de *care/case manager* au sein d'un cabinet de soins de premier recours (75).

Interventions type *collaborative care*

Les modèles de *collaborative care* ont principalement été appliqués à la prise en charge des **troubles mentaux fréquents**, notamment de la dépression. Quelques applications à la prise en charge des **troubles mentaux sévères** (troubles psychotiques et troubles bipolaires) et des **troubles dépressifs concomitants à des troubles somatiques**, notamment chroniques, ont également été identifiées.

Application du modèle de *collaborative care* à la prise en charge de la dépression

De nombreuses revues de la littérature et méta-analyses ont évalué l'efficacité des modèles de *collaborative care* appliqués à la prise en charge de la dépression. La grande majorité de ces travaux a conclu à une plus grande efficacité clinique (incluant aussi dans certains cas la qualité de vie et la satisfaction des usagers) des modèles de *collaborative care* par comparaison aux prises en charge usuelles (50, 54, 76, 77).

Ces effets positifs semblent s'être stabilisés à un niveau de significativité statistique conventionnel à partir des années 2000, les modèles mis en œuvre antérieurement présentant des résultats moins probants et plus hétérogènes (77).

Effets du modèle de *collaborative care* sur la sévérité des symptômes dépressifs, la prise de traitements antidépresseurs, la qualité de vie et la satisfaction des patients

La revue de la littérature/méta-analyse vaste et récente menée par Archer *et al.* (54) a identifié 79 essais contrôlés randomisés impliquant 24 308 patients et permettant 90 comparaisons de stratégies de soins "deux-à-deux".

Les trois quarts des comparaisons ont été conduites aux États-Unis, dix au Royaume-Uni, cinq dans d'autres pays européens (Allemagne et Pays-Bas) et sept dans d'autres pays, que sont le Canada, le Chili, l'Inde et Porto Rico.

Les **résultats d'efficacité** présentés dans ce paragraphe sont centrés sur les comparaisons impliquant des patients adultes ayant entre 18 et 64 ans (88 % des comparaisons), souffrant de symptômes dépressifs ou dépressifs et anxieux (93 % des comparaisons¹³) et comparant une intervention de *collaborative care* à une prise en charge considérée comme usuelle. En revanche, la **description générale du contenu des interventions** intègre l'ensemble des comparaisons recensées dans le cadre de la revue de la littérature/méta-analyse (90 comparaisons).

- **Description générale du contenu des interventions :**

- ▶ dans 87 % des comparaisons de stratégies identifiées, **trois professionnels étaient impliqués** dans l'intervention de *collaborative care* : un professionnel de soins de premier recours, un *care/case manager* et un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale ;
- ▶ la fonction de *care/case manager* était assurée par un professionnel n'ayant pas de formation spécifique en psychiatrie et santé mentale dans 44 % des comparaisons ;
- ▶ lorsque seuls deux professionnels étaient impliqués, le rôle du *care/case manager* était en général assuré par un **professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale** (13 % des comparaisons) ;
- ▶ les **stratégies thérapeutiques mobilisées** dans les interventions de *collaborative care* incluaient des traitements médicamenteux et des psychothérapies dans 53 % des comparaisons, uniquement des traitements médicamenteux dans 41 % des comparaisons et uniquement des psychothérapies dans 6 % des comparaisons.

- **Résultats d'efficacité**

Les résultats ont montré un effet positif des modèles de *collaborative care* en termes d'efficacité par comparaison aux prises en charge usuelles, éventuellement enrichies de guides ou formation sur l'identification et la prise en charge de la dépression proposés aux professionnels de premier recours. La plupart du temps, ces guides ou sessions de formation étaient également proposées dans le cadre de l'intervention de *collaborative care*. Les résultats sont détaillés dans le

¹³ Certaines études impliquaient exclusivement des patients souffrant de troubles anxieux. Les résultats correspondants sont présentés ci-après dans le chapitre "Application du modèle de *collaborative care* à la prise en charge des troubles anxieux".

Tableau 1.

Tableau 1. Résultats de la méta-analyse conduite par Archer et al., 2012 (54)

Critères d'efficacité mobilisés	Résultats par rapport à une prise en charge usuelle
Évolution de la sévérité des symptômes dépressifs	<u>Effet positif</u> (plus grande diminution de la sévérité des symptômes) statistiquement significatif : À court terme (0-6 mois) : DMS = -0,34 À moyen terme (7-12 mois) : DMS = -0,28 À long terme (13-24 mois) : DMS = -0,35 <i>Aucune évaluation conduite à très long terme (25 mois et plus)</i>
Proportion de patients répondant au traitement ou en rémission	<u>Effet positif</u> statistiquement significatif : À court terme : RR = 1,32 À moyen terme : RR = 1,31 À long terme : RR = 1,29 <i>Aucune différence significative identifiée à très long terme.</i>
Taux de patients prenant des antidépresseurs dans le cadre d'une utilisation définie comme appropriée	<u>Effet positif</u> statistiquement significatif : À court terme : RR = 1,47 À moyen terme : RR = 1,43 À long terme : RR = 1,45 <i>Aucune différence significative observée à très long terme.</i>
Qualité de vie psychique	<u>Effet positif</u> (plus grande augmentation du score) : À court terme : DMS = 0,26 À moyen terme : DMS = 0,20 À long terme : DMS = 0,25 <i>Aucune différence significative identifiée à très long terme.</i>
Qualité de vie physique	<u>Effet positif</u> statistiquement significatif uniquement à long terme : DMS = 0,10 <i>Aucune évaluation conduite à très long terme</i>
Satisfaction des patients	<u>Effet positif</u> statistiquement significatif évalué à la fin de l'intervention : Mesure de la satisfaction via un score continu : DMS = 0,31 Mesure dichotomique de la satisfaction : RR = 1,27

Éléments de discussion

- Si les effets des interventions de *collaborative care* étaient globalement **positifs jusqu'à 24 mois**, une **grande variabilité dans la mise en œuvre des interventions** était soulignée (nombre de professionnels impliqués, structuration du protocole de prise en charge et intensité de l'intervention [nombre et durée des consultations notamment], etc.), ce qui complexifiait l'interprétation des résultats.
- Les prises en charge considérées comme usuelles n'étaient pas toujours précisément décrites et pouvaient impliquer une intervention de faible intensité (mise à disposition de guides de bonne pratique ou sessions de formation) susceptible d'avoir un effet sur les critères d'efficacité mobilisés.
- Les tailles d'effets observées étaient considérées comme petites.
- Des interventions multidimensionnelles impliquant plusieurs actions mobilisées de façon simultanée : difficultés à identifier les éléments « actifs » (caractéristiques des interventions de *collaborative care* associées à une plus grande efficacité).

Caractéristiques des interventions de *collaborative care* identifiées comme étant associées à une plus grande efficacité

Une revue de la littérature/méta-analyse s'est également attachée à identifier les caractéristiques des interventions de *collaborative care* qui étaient associées à de meilleurs résultats cliniques (diminution des symptômes dépressifs) et à une amélioration du processus de soins (prise de traitements antidépresseurs) (78).

soixante-quatorze essais cliniques ont été sélectionnés (21 345 patients et 85 comparaisons de stratégies de prise en charge).

Les résultats en termes d'efficacité étaient similaires à ceux présentés par Archer *et al.* (54), montrant que, par rapport aux prises en charge usuelles, les modèles de *collaborative care* étaient associés à une **plus grande diminution des symptômes dépressifs** et à une **augmentation de l'utilisation de traitements antidépresseurs**.

- Caractéristiques des interventions de *collaborative care* identifiées comme potentiellement associées à leur efficacité :
 - **zone géographique** de l'intervention : États-Unis *versus* hors États-Unis ;
 - méthode de **sélection des patients** : identification systématisée *via* des bases de données, des instruments diagnostiques ou des entretiens cliniques notamment *versus* sélection par le médecin en charge du suivi du patient ;
 - **prise d'un traitement antidépresseur** par le patient ou fait qu'il soit disposé à en prendre : critère faisant partie *versus* ne faisant pas partie des critères d'inclusion dans l'essai clinique ;
 - **maladie physique chronique** concomitante à un trouble dépressif : patients souffrant d'une maladie physique chronique activement recrutés dans le cadre de l'essai clinique *ou non* ;
 - **profil du case manager** : professionnel spécialisé en santé mentale *versus* professionnel n'ayant ni formation ni expérience spécifique dans le champ de la santé mentale ;
 - **plan de gestion des médicaments** : plan visant à assurer un niveau optimal d'adhésion au traitement médicamenteux *versus* absence de plan
 - **recours à traitement psychothérapeutique identifié** : psychothérapie et traitement médicamenteux ou psychothérapie seule *versus* traitement médicamenteux seul ;
 - **nombre de sessions** avec un professionnel de santé dans les 6 premiers mois de l'intervention ;
 - **supervision du case manager** : aucun modèle de supervision préalablement défini *ou* supervision assurée de façon régulière (une fois par semaine) *ou* modalités non applicable (la fonction de *case management* était assurée par un professionnel spécialisé en santé mentale (psychiatre, psychologue ou psychothérapeute notamment) ;
 - **prise en charge considérée comme usuelle** : enrichie *ou non* d'interventions complémentaires (variable ordinale) ;
 - **risque de biais** : faible ou élevé.

• Éléments de résultats

Les caractéristiques suivantes ont été identifiées comme étant associées à une plus grande efficacité (au seuil de 10 %) :

- les interventions proposant des **psychothérapies** (seules ou couplées à une prise de traitements antidépresseurs) étaient associées à une plus grande diminution des symptômes dépressifs ;
- les interventions qui incluaient des patients présentant des **maladies physiques chroniques** et celles qui s'appuyaient sur un **processus de sélection systématique** des patients comme critère d'inclusion dans l'essai clinique étaient associées à une plus grande utilisation de traitements antidépresseurs.

Les autres caractéristiques étudiées n'étaient significativement associées ni à une plus grande diminution des symptômes dépressifs ni à une plus grande utilisation de traitements antidépresseurs.

- Éléments de comparaison aux résultats de méta-analyses antérieures : le profil du *case manager*

L'étude conduite par Thota *et al.* en amont (50) a conduit à identifier **le profil du case manager** comme étant associé à l'efficacité de l'intervention, les interventions mobilisant un infirmier pour cette fonction présentant une plus grande efficacité que celles mobilisant un professionnel ayant une formation en santé mentale de niveau Master ou un travailleur social.

Deux autres études (76, 77) ont montré qu'une **formation du *care/case manager* en psychiatrie et santé mentale** était associée à une efficacité plus importante des modèles de *collaborative care* dans le cadre de la prise en charge de la dépression.

Éléments de discussion

- Une grande hétérogénéité était observée entre études en termes de résultats : **d'autres caractéristiques des interventions ou des patients, non prises en compte dans la méta-analyse, pourraient être associées à cette hétérogénéité** (niveau de sévérité de la dépression, qualité de la formation du *case manager*, niveau d'engagement des patients dans la prise en charge psychologique par exemple).
- **Aucune relation entre les effets du traitement et les modalités du *case management* n'a pu être établie**, en raison notamment d'un manque de données sur sa fréquence, son intensité et sa durée.
- Le fait que les interventions mobilisant des psychothérapies soient associées à une plus grande efficacité, mis en regard de préférences déclarées des patients pour les psychothérapies par rapport aux traitements médicamenteux, conduisait les auteurs à souligner la nécessité de **prendre en compte les préférences des patients dans le choix de la stratégie thérapeutique**.
- Le fait que les interventions impliquant des **patients souffrant de maladies physiques chroniques** soient associées à une plus grande utilisation de traitements antidépresseurs s'expliquait, selon les auteurs, par une réaction positive des patients concernés **aux programmes de soins structurés** incluant des traitements antidépresseurs car ils seraient **rompus à l'utilisation de médicaments dans l'autogestion de leur maladie chronique**.

Effets du modèle de *collaborative care* sur le niveau de fonctionnement social

Au-delà d'une diminution des symptômes dépressifs, **un retour à un niveau de fonctionnement social satisfaisant** (participation à des activités de loisir, activités professionnelles, relations sociales) était identifié comme faisant également partie des attentes des patients (79).

L'effet des modèles de *collaborative care* sur le **fonctionnement social** a été évalué dans une revue de la littérature/méta-analyse (79) complétant les travaux d'Archer *et al.* (54) et de Coventry *et al.* (78).

Le fonctionnement relatif à la participation sociale a été défini à partir du cadre conceptuel de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIH-2) développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme intégrant quatre composantes (80) :

- **investissement dans la vie communautaire, sociale et civique** (exemple : participation à des événements en dehors du cadre familial) ;
- **grands domaines de la vie** (exemples : éducation, travail et emploi, vie économique) ;
- **relations et interactions avec autrui** (exemple : avoir des relations avec d'autres personnes dans le respect des convenances) ;
- **vie domestique** (exemple : acquisition et entretien d'un endroit pour vivre).

Au total, **18 essais contrôlés randomisés** comparant une intervention de *collaborative care* à une prise en charge usuelle (éventuellement enrichie de sessions de formation par exemple) pour le traitement de la dépression chez des patients adultes et incluant une mesure du fonctionnement relatif à la participation sociale ont été sélectionnés.

À **court** (0-6 mois) et à **moyen termes** (plus de 7 mois), les modèles de *collaborative care* étaient associés à un **effet positif faible mais significatif** sur le niveau de fonctionnement relatif à la participation sociale (DMS = 0,23 et 0,19 respectivement). Ces effets étaient légèrement plus importants lorsque seules les interventions présentant un faible risque de biais de sélection étaient considérées (sept et cinq essais contrôlés randomisés, DMS = 0,30 et 0,25 respectivement à court et moyen termes).

Éléments de discussion

- Des interventions de *collaborative care* associées à des améliorations en termes de fonctionnement relatif à la participation sociale (travail, activités domestiques et de loisirs et relations avec les autres).
- Une hétérogénéité dans les résultats : nécessité d'étudier les **caractéristiques des patients** associées à une plus grande amélioration du niveau de fonctionnement social (statut socio-économique, comorbidités somatiques, types de traitements reçus et niveau initial de fonctionnement social).
- Des **effets considérés comme faibles** par rapport à des interventions recourant exclusivement à des psychothérapies (plus d'un tiers des interventions incluses ne recouraient qu'à des traitements médicamenteux).
- Une incertitude quant à la relation de cause à effet entre une amélioration des symptômes dépressifs et le niveau de fonctionnement social : nécessité de conduire des études en dehors du cadre d'essais cliniques (études qualitatives et longitudinales notamment) pour mieux comprendre les mécanismes de l'intervention.

Le modèle de *collaborative care* en Europe

Les résultats des revues de la littérature/méta-analyses présentés ci-avant sont issus d'études majoritairement conduites aux États-Unis. Une analyse en sous-groupes a été effectuée par Archer *et al.* (54) et a permis de confirmer les effets positifs également dans le cadre des études menées en Europe. Toutefois, le petit nombre d'études européennes incluses nécessite de considérer ces résultats avec prudence.

Postérieurement, une revue de la littérature/méta-analyse **centrée sur les modèles de *collaborative care* mis en œuvre en Europe** a été réalisée (81). Au total, 17 articles faisant référence à 15 expériences européennes incluant 3 240 patients ont été identifiés (**Tableau 2**).

Tableau 2. Expériences identifiées via la revue de la littérature/méta-analyse de Sighinolfi *et al.*, 2014 (81)

Premier auteur	Année de publication	Pays de l'étude
Blanchard	1995 & 1999	Royaume-Uni ^a
Mann	1998	Royaume-Uni
Arthur	2002	Royaume-Uni ^b
Berti Ceroni	2002	Italie
Vergouwen	2005	Pays-Bas
Smit & Conradi	2006 & 2007	Pays-Bas
Chew-Graham	2007	Royaume-Uni ^c
McMahon (82)	2007	Royaume-Uni
Van Marwijk	2008	Pays-Bas ^d
Richards (83)	2008	Royaume-Uni
Gensichen (71)	2009	Allemagne
Aragonès (84)	2009	Espagne
Huijbregts (85)	2013	Pays-Bas
Richards (86)	2013	Royaume-Uni
Menchetti (87)	2013	Italie

Nota bene : Toutes les études sélectionnées dans le cadre de la revue de la littérature conduite par Sighinolfi *et al.*, 2014 (81) ne répondaient pas aux critères d'inclusion définis pour la réalisation de ce rapport et n'y sont pas référencées.

^aParticipants âgés de 65 ans et plus ; ^bParticipants âgés de 75 ans et plus ; ^cParticipants âgés de 60 ans et plus ; ^dParticipants âgés de plus de 55 ans

- Éléments de résultats en termes d'efficacité :

- un taux de rémission plus important *via* les interventions de *collaborative care* dans neuf essais

Un **professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale était impliqué** dans huit de ces expériences, et **toutes incluaient le suivi d'un programme de prise en charge structuré, un calendrier de visites de suivi et des contacts réguliers ou des supervisions programmées avec le professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale**. Six expériences incluaient une formation des médecins généralistes à la prise en charge de la dépression :

- globalement, une plus grande diminution de la sévérité des symptômes dépressifs

Malgré une importante variabilité entre les expériences identifiées, l'agrégation des résultats a montré un effet positif global des modèles de *collaborative care* par rapport aux prises en charge usuelles à court (3 mois), moyen (3-11 mois) et moyen/long termes (12 mois et plus) sur la **sévérité des symptômes dépressifs**. Les DMS s'élevaient respectivement à -0,19 ; -0,24 et -0,21 ; de l'hétérogénéité étant toutefois identifiée dans les résultats des expériences à moyen et moyen/long termes.

- Variabilité des résultats :

- selon le niveau de conformité aux critères définis par Gunn *et al.*

Un haut niveau de **conformité aux critères définis par Gunn *et al.* (53)** pour qu'une expérience soit considérée comme relevant du modèle de *collaborative care* était associé à une plus grande efficacité

de l'intervention. En effet, dans les neuf expériences présentant un faible niveau de conformité, les modèles de *collaborative care* ne présentaient aucune différence significative avec les prises en charge usuelles en termes d'évolution de la sévérité des symptômes dépressifs ;

- en fonction de la structuration des soins de premier recours

Enfin, dans les pays où le système de soins disposait déjà de mécanismes d'organisation de l'offre structurant les prises en charge (relations structurées entre niveaux de recours et fonction de *care/case management*) (Royaume-Uni, Pays-Bas et Espagne), les modèles de *collaborative care* présentaient paradoxalement de meilleurs résultats que dans les pays ayant un système de soins dans lequel ces mécanismes n'étaient pas antérieurement présents (Allemagne et Italie). Ce résultat était considéré comme contrintuitif puisqu'un effet plus important était attendu dans des contextes où ces mécanismes – rapprochant la prise en charge usuelle du modèle de *collaborative care* – n'étaient pas déjà présents.

Cela peut s'expliquer, selon les auteurs, par le fait que les systèmes britannique, néerlandais et espagnol disposaient de ressources, humaines et financières, facilitant la mise en œuvre des composantes clés du modèle de *collaborative care* et permettant ainsi une amélioration effective pour les patients.

Éléments de discussion

- Des résultats qui confirmaient l'efficacité des interventions de *collaborative care* dans le contexte des soins de premier recours en Europe, à court, moyen et moyen/long termes.
- Des effets toutefois considérés comme modestes, par comparaison à des interventions reposant sur des psychothérapies seules dispensées en soins de premier recours : cela était potentiellement lié au fait que les interventions de *collaborative care* sont des interventions au niveau du système de soins.
- Une efficacité devant encore être démontrée à long et très long termes.
- Un manque d'**évaluations économiques** portant sur les modèles de *collaborative care* en Europe.

Ci-après est présenté un exemple de mise en œuvre du modèle de *collaborative care* en Catalogne. D'autres expériences, qui ont été conduites en Europe et en Amérique du Nord, peuvent par exemple être citées :

- le *Collaborative care for depression trial (CADET)* mis en œuvre au Royaume-Uni (83, 86, 88-90) ;
- le *projet Re-Engineering Systems for Primary Care Treatment of Depression (RESPECT-D)* aux États-Unis (91) ;
- l'initiative *Depression Improvement Across Minnesota—Offering a New Direction (DIAMONDS)* aux États-Unis (92-98).

Exemple d'intervention type *collaborative care* appliquée à la prise en charge de la dépression

Le *collaborative care* en Catalogne : le projet INDI (*Interventions for depression improvement*) (84, 99)

- Éléments de contexte

En Catalogne, les centres de soins primaires sont les structures de proximité constituant le point d'entrée des patients dans le système de santé. Le médecin généraliste est consulté en première intention et oriente les patients, le cas échéant, vers des services de soins spécialisés. L'équipe de professionnels exerçant dans les centres de soins primaires est **pluridisciplinaire et inclut des médecins généralistes, des infirmiers**, mais également des pédiatres, des dentistes et des assistants sociaux (100).

- 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 des centres de soins primaires et une amélioration de l'interface avec la psychiatrie.
- Population cible : patients adultes souffrant d'une dépression caractérisée d'intensité modérée à sévère ou d'intensité légère persistant depuis plus d'un mois sans signe d'amélioration.
- Caractéristiques de l'intervention :

- une approche pluri professionnelle, rôle des intervenants :

- **médecins généralistes** : 1) assurer la détection et le diagnostic des troubles dépressifs, évaluer leur niveau de sévérité, identifier les comorbidités et évaluer le risque suicidaire ; 2) établir, mettre en œuvre et adapter la stratégie thérapeutique ;
- **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, diabète, douleurs chroniques, etc.) ; 2) suivre l'évolution clinique, 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 si nécessaire, sur adressage du médecin généraliste ;

- modalités de coordination :

- **suivi programmé du patient** (définition d'un calendrier de rendez-vous avec l'infirmier et le médecin généraliste) : consultation à 1 et 2 semaines après l'initiation du traitement, une fois par mois jusqu'à la rémission, et ensuite 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 du patient sur les objectifs de ce recours ; 3) en cas de prise en charge conjointe médecin généraliste-psychiatre, définition des responsabilités de chacun (traitement et de suivi) pour éviter des ruptures dans la prise en charge ;
- **programme de prise en charge structuré** reposant sur des guides de bonne pratique ;

- autres modalités de l'intervention : formation des infirmiers et des médecins généralistes.

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

- Éléments de résultats : intervention *versus* prise en charge usuelle :

- un pourcentage plus élevé de patients **répondant au traitement** à 1 an (67 % *versus* 52 %) ;
- un pourcentage plus élevé de patients **en rémission** à 1 an (49 % *versus* 35 %) ;
- un meilleur score de **qualité de vie psychique** à 1 an (43 *versus* 38) ;
- une absence de différence significative à un an concernant la sévérité des symptômes dépressifs et la qualité de vie physique ;
- des effets positifs **s'estompant à 36 mois** : nécessité de conduire des améliorations organisationnelles pour que les bénéfices perdurent.

Analyses coût-efficacité et coût-utilité

Trois revues de la littérature ont synthétisé les connaissances sur les évaluations économiques menées dans le cadre de modèles de *collaborative care* appliqués à la prise en charge de la dépression (101-103).

La plus récente (101) a répertorié 19 évaluations économiques : 12 conduites aux États-Unis, six en Europe (Pays-Bas, Royaume-Uni et Espagne) et une au Chili.

Les études incluses étaient hétérogènes en termes de caractéristiques des interventions de *collaborative care*, tel que décrit dans le cadre des résultats d'efficacité ci-avant, mais également en termes de caractéristiques de l'évaluation économique conduite :

- perspectives retenues : perspective du système de santé, perspective sociétale ou les deux ;
- coûts pris en considération : coûts directs (coûts des traitements médicamenteux, des prises en charge ambulatoires, etc.) et/ou indirects (notamment liés à une diminution de la capacité à travailler) ;
- critères d'efficacité retenus : nombre de jours sans symptômes dépressifs et/ou nombre de QALYs notamment ;
- horizon temporel de l'évaluation : entre 6 et 24 mois.

En termes de nombre de jours sans symptômes dépressifs, six des neuf études identifiées rapportaient une plus grande efficacité des interventions de *collaborative care* ainsi que des coûts plus élevés :

- selon la perspective du système de santé, l'intervention était considérée comme dominante (plus efficace et moins chère) dans trois études, et le ratio coût-efficacité atteignait un maximum de 56,6\$ (parité de pouvoir d'achat) par jour sans symptôme gagné ;
- selon la perspective sociétale, le ratio coût-efficacité variait entre 5,6 et 64,9\$ par jour sans symptômes dépressifs gagné.

En termes de QALYs, la majorité des études identifiées rapportait une plus grande efficacité et des coûts plus importants associés aux interventions de *collaborative care* :

- selon la perspective du système de santé, l'intervention était considérée comme dominante dans deux études, et le ratio coût-utilité atteignait un maximum de 153 299 \$ (parité de pouvoir d'achat) par QALY gagné ;
- selon la perspective sociétale, l'intervention était considérée comme dominante dans une étude et le ratio coût-utilité atteignait un maximum de 874 562 \$ par QALY gagné.

Les auteurs concluaient à une incertitude sur les résultats en termes de coût-efficacité et coût-utilité des interventions de *collaborative care* par rapport aux prises en charge usuelles :

- amplitude des ratios coût-efficacité et coût-utilité, la caractérisation des interventions comme étant coût-efficaces dépendant de plus des dispositions à payer des décideurs pour gagner un jour sans symptômes dépressifs et un QALY ;
- variabilité dans les méthodes d'évaluation économique mobilisées ;
- risque important de biais : évaluations économiques davantage conduites dans le cadre d'interventions ayant montré des résultats probants en termes d'efficacité.

Exemple d'intervention type *collaborative care* appliquée à la prise en charge de la dépression

Le *collaborative care* en Catalogne : le projet INDI (*Interventions for depression improvement*)

Suite : résultats de l'évaluation économique (99)

- Éléments de méthode :
 - ▶ horizon temporel : 12 mois ;
 - ▶ perspectives : analyse conduite selon deux perspectives, la perspective du système de santé et la perspective sociétale :
 - les coûts pris en considération selon la perspective du système de santé (coûts directs) étaient les coûts directement liés à l'intervention (formation des professionnels, développement des différents supports de travail [guides, par exemple], etc.), ainsi que les coûts associés à la prise en charge de la dépression (consultations, médicaments, hospitalisations et passages aux urgences notamment) ;
 - les coûts considérés dans le cadre de la perspective sociétale étaient les coûts considérés selon la perspective du système de santé (coûts directs), ainsi que les coûts résultant d'une incapacité temporaire à travailler en raison de la dépression (arrêts de travail notamment) (coûts indirects) ;
 - ▶ critères d'efficacité retenus : nombre de jours sans symptômes dépressifs et QALYs ;
 - ▶ les analyses coût-efficacité et coût-utilité ont été conduites en calculant le coût incrémental d'un jour sans symptômes dépressifs gagné et d'un QALY gagné *via* l'intervention par rapport à la prise en charge usuelle (ratios coût-efficacité et coût-utilité incrémentaux).

- Éléments de résultats

Les coûts directs *via* l'intervention de *collaborative care* étaient en moyenne supérieurs de 183 €, et les coûts indirects de 157 € à ceux observés dans le cadre de la prise en charge usuelle.

Par rapport à la prise en charge considérée comme usuelle, l'intervention de *collaborative care* était associée à un gain de jours sans symptômes dépressifs (40,1 en moyenne par patient) et à un gain de QALYs (0,045 en moyenne par patient).

Les ratios coût-efficacité incrémentaux s'élevaient à :

- ▶ 4,6 € (coûts directs) et 3,9 € (coûts directs et indirects) par jour sans symptômes dépressifs gagné : cela signifie, par exemple dans le cas des coûts directs, qu'il était nécessaire d'investir 4,6 € dans le système de santé pour gagner un jour sans symptôme dépressifs ;
- ▶ 4 056 € (coûts directs) et 3 499 € (coûts directs et indirects) par QALY gagné.

L'objectif d'une analyse coût-efficacité est de guider la décision publique en vue de la généralisation d'une intervention, et les résultats s'interprètent en regard de la disposition à payer pour gagner une unité d'efficacité (ici un jour sans symptômes dépressifs et un QALY). Les auteurs de l'article évoquaient qu'une disposition à payer de 30 000 € pour gagner un QALY était considérée comme raisonnable en Espagne, seuil bien supérieur aux ratios observés dans le cadre de l'intervention INDI (4 056 € et 3 499 € selon les coûts pris en considération). Ils concluaient ainsi que les résultats de l'analyse économique allaient dans le sens d'une généralisation de l'intervention.

Toutefois, l'une des caractéristiques de l'intervention INDI était qu'elle mobilisait des ressources humaines et matérielles pour grande partie déjà disponibles dans le cadre des prises en charge usuelles, et impliquait donc de faibles coûts d'implémentation.

Les modèles de *collaborative care* appliqués à la prise en charge de la dépression en synthèse

- Une efficacité clinique démontrée dans le cadre de nombreux essais cliniques, aux États-Unis, mais également en Europe.
- Une grande hétérogénéité dans la mise en œuvre des interventions (professionnels impliqués, etc.) et dans les résultats en termes d'efficacité et de rapports coût-efficacité et coût-utilité.
- Un manque de connaissances sur les caractéristiques des interventions associées à une plus grande efficacité.

Application du modèle de collaborative care à la prise en charge des troubles anxieux

Une revue de la littérature couplée à une méta-analyse portant sur les modèles de *collaborative care* mobilisés pour la prise en charge des troubles anxieux en soins de premiers recours a été menée en 2016 (104).

Sept essais contrôlés randomisés incluant 2 105 patients ont été identifiés (Tableau 3) :

- deux études ne concernaient que des patients souffrant de troubles paniques (Roy-Byrne, 2001 et 2005) ;
- deux études concernaient des patients souffrant de troubles paniques et/ou d'anxiété généralisée (Rollman, 2005 et Muntingh, 2014) ;
- trois études incluaient tous types de troubles anxieux (Konig, 2009 ; Roy-Byrne, 2010 et Oosterbaan, 2013).

Une grande variabilité dans le contenu des interventions était mise en évidence :

- professionnels impliqués : toutes les études impliquaient un médecin généraliste et un psychiatre, cinq impliquaient également un *care/case manager* ;
- modalités de traitement :
 - ▶ dans une étude, il n'était fait recours qu'à des traitements médicamenteux (Roy-Byrne, 2001) ;
 - ▶ une étude intégrait du *counseling* et des éléments de TCC dispensés par un médecin généraliste formé à ces techniques (Konig, 2009) ;
 - ▶ les autres études intégraient une diversité de traitements médicamenteux et/ou par TCC, deux d'entre elles s'appuyant sur un modèle de prise en charge graduée (*stepped care*) (Oosterbaan, 2013 et Muntingh, 2014).

Tableau 3. Expériences de collaborative care identifiées via la revue de la littérature/méta-analyse de Muntingh et al., 2016 (104)

Premier auteur	Année de publication	Pays de l'étude	Professionnels impliqués
Roy-Byrne	2001	États-Unis	Médecin généraliste et psychiatre
Roy-Byrne	2005	États-Unis	Médecin généraliste, psychiatre et <i>care manager</i>
Rollman (105)	2005	États-Unis	Médecin généraliste, psychiatre et <i>care manager</i>
Konig (65)	2009	Allemagne	Médecin généraliste et psychiatre
Roy-Byrne	2010	États-Unis	Médecin généraliste, psychiatre et <i>care manager</i>
Oosterbaan (106)	2013	Pays-Bas	Médecin généraliste, psychiatre et <i>care manager</i>
Muntingh (107)	2014	Pays-Bas	Médecin généraliste, psychiatre et <i>care manager</i>

Nota bene : Toutes les études sélectionnées dans le cadre de la revue de la littérature conduite par Muntingh et al., 2016 ne répondaient pas aux critères d'inclusion définis pour la réalisation de ce rapport et n'y sont pas référencées.

Efficacité clinique : sévérité des symptômes

L'efficacité des interventions a été évaluée dans toutes les études par une échelle de mesure de **sévérité des symptômes** sur des périodes de temps variant entre 9 et 18 mois selon les études¹⁴.

L'effet agrégé des sept interventions de *collaborative care* par rapport aux prises en charge usuelles sur la sévérité des symptômes **était positif** et statistiquement significatif (DMS (ou taille d'effet) = 0,35), mais considéré comme faible. Des résultats similaires étaient rapportés dans les travaux d'Archer et al. portant sur la prise en charge des troubles anxieux jusqu'à 24 mois de suivi (54), mais un besoin de travaux de recherche complémentaires était souligné.

¹⁴ Lorsque, dans une étude, les résultats d'efficacité clinique étaient rapportés à différents temps du suivi (exemple : à 6 et 12 mois), seuls les résultats se rapportant à la période de suivi la plus proche de 12 mois ont été pris en compte dans la méta-analyse.

Variabilité entre interventions

Une hétérogénéité et une dispersion importantes des résultats ont été identifiées entre les différentes études, notamment entre les **trois études européennes** : une étude concluait à un **effet positif** de l'intervention (Muntingh, 2014) quand les deux autres concluaient à une **absence d'effet significatif à 12 mois** (Konig, 2009 et Oosterbaan, 2013).

Une analyse par sous-groupe a montré que toutes les études portant sur des patients souffrant de **troubles paniques** (cinq études) mettaient en évidence un **effet positif** du modèle de *collaborative care* pour la prise en charge de ces troubles ; la taille d'effet agrégée s'élevant à 0,59 était considérée comme **modérée**.

Une analyse de la variabilité des effets en fonction des caractéristiques de l'intervention a montré que les études menées aux **États-Unis**, les études intégrant un **care manager** et les études s'appuyant sur un **modèle de prise en charge graduée** (*stepped care*) présentaient des **tailles d'effet plus importantes**. Toutefois, ces analyses par sous-groupes reposaient sur un faible nombre d'études, les résultats étant considérés comme devant être interprétés avec prudence.

Éléments de discussion

- Des effets positifs plus importants observés pour les interventions mises en œuvre aux États-Unis par rapport à celles conduites en Europe :
 - En Europe : des interventions conduites dans de plus petites structures de soins, hétérogènes, dans lesquelles les professionnels n'étaient impliqués que sur la base d'un temps partiel ;
 - Aux États-Unis : des interventions plus homogènes, principalement conduites dans de grandes structures de soins, souvent universitaires, mobilisant des *care managers* spécifiquement formés, ce qui était identifié comme pouvant avoir facilité l'implémentation des interventions.
- Une implémentation rigoureuse et une mise en œuvre complète du modèle de *collaborative care* étaient identifiées comme des facteurs susceptibles d'être cruciaux pour garantir l'efficacité des interventions.
- Un besoin d'études coût-efficacité était signalé.

Exemples d'interventions type *collaborative care* appliquée à la prise en charge des troubles anxieux : éléments de résultats de deux évaluations économiques

Aux États-Unis, prise en charge des troubles paniques (108)

Une **analyse coût-efficacité** d'un modèle de *collaborative care* appliqué à la prise en charge des troubles paniques a été conduite aux États-Unis (108). L'intervention impliquait un **médecin généraliste**, un **psychothérapeute** proposant six sessions de TCC sur 3 mois, puis un suivi par téléphone jusqu'à 12 mois (suivi des symptômes et adhésion au traitement notamment), ainsi qu'un **psychiatre** et un **psychologue** (supervision hebdomadaire du psychothérapeute et conseils au médecin généraliste pour une adaptation du traitement médicamenteux si besoin).

À horizon temporel d'un an, l'intervention de *collaborative care* était associée à un gain de jours sans symptômes anxieux (60,5 jours en moyenne par patient) par rapport à une prise en charge usuelle et à un coût de prise en charge plus élevé lorsque seules les prises en charge ambulatoires étaient considérées (473 \$ en moyenne par patient) et plus faible lorsque les prises en charge hospitalières étaient également incluses (-276 \$ en moyenne par patient). Les ratios coût-efficacité incrémentaux s'élevaient respectivement à 8,40 \$ et -4 \$ (dominance de l'intervention) par jour sans symptômes anxieux gagné.

Aux Pays-Bas, prise en charge des troubles anxieux généralisés et des troubles paniques (107, 109)

Une **analyse coût-utilité** a également été conduite en vue d'évaluer un modèle de *collaborative stepped* (graduée) *care* mis en œuvre aux Pays-Bas pour la prise en charge des troubles anxieux généralisés et des troubles paniques. L'intervention impliquait un **médecin généraliste**, un **infirmier en psychiatrie** ou un **psychologue** assurant une fonction de *care management* (suivi de la réponse au traitement, prévention des rechutes), un **psychiatre** assurant un rôle de consultant en cas de besoin de conseils. Des échanges fréquents étaient prévus entre le médecin généraliste et l'infirmier/le psychologue pour discuter des avancées du traitement, et des contacts pouvaient être initiés avec le psychiatre (par courriel, téléphone ou *de visu*) en cas de difficultés ou de questions.

À horizon temporel d'un an, l'intervention était associée à un gain de QALYs (0,05 QALY en moyenne par patient) par rapport à une prise en charge usuelle, à des coûts directs médicaux plus importants (351 € en moyenne par patient) et à des coûts associés à la perte de productivité moins importants (-955 € en moyenne par patient). Lorsque seuls les coûts directs médicaux étaient pris en compte, le ratio coût-utilité incrémental s'élevait à **6 965 € par QALY gagné** via l'intervention par rapport à la prise en charge usuelle. La probabilité pour que l'intervention soit considérée comme coût-efficace pour une disposition à payer de 10 000 € par QALY gagné s'élevait à 90 %. Lorsque les coûts associés à la perte de productivité étaient pris en considération, l'intervention de *collaborative care* était **dominante** (plus efficace et moins chère, ratio coût-utilité incrémental égal à -4 977 € par QALY gagné).

Application du modèle de collaborative care à la prise en charge des troubles mentaux sévères

Comparativement aux troubles dépressifs et, dans une moindre mesure, aux troubles anxieux, peu d'études portaient sur l'application des modèles de *collaborative care* à la prise en charge des troubles mentaux sévères, tels que les troubles bipolaires ou psychotiques. Une revue de la littérature couplée à une méta-analyse et une revue de la littérature traitant de l'efficacité des modèles de *collaborative care* appliqués à la prise en charge des troubles mentaux sévères ont été identifiées (51, 110).

La revue Cochrane menée par Reilly *et al.*, couplée à une méta-analyse, est la plus récente (51). Elle n'a conduit à l'identification que d'**une étude**, décrivant l'efficacité d'un modèle de *collaborative care* appliqué à la prise en charge des troubles bipolaires et mis en œuvre dans des **structures de soins spécialisées en psychiatrie et santé mentale** aux États-Unis. Il s'agit, plus précisément, d'une intervention mise en place dans des centres médicaux de la *Veterans Administration (Veterans Administration Medical Centers, VAMC)* pour les patients pris en charge en ambulatoire.

Elle impliquait un psychiatre (0,25 équivalent temps plein) et un infirmier (0,50 équivalent temps plein), assurant un rôle de *case management*, pour une file active d'environ 50 patients. L'infirmier avait notamment pour mission de faciliter la circulation de l'information vers le psychiatre et d'assurer une liaison avec les autres professionnels impliqués autour du patient (professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale et autres professionnels médicaux, incluant les médecins généralistes). Reilly *et al.* soulignaient toutefois que si, dans l'intervention, l'implication des professionnels de soins de premier recours et des médecins d'autres spécialités que la psychiatrie et la santé mentale était mise en exergue, la façon dont cette implication se traduisait en pratique était peu claire.

Les résultats de l'étude ont montré que le modèle de *collaborative care* était associé à **une proportion significativement plus faible d'hospitalisations en psychiatrie** par comparaison à une prise en charge usuelle (306 patients ; RR = 0,75 ; IC 95 % = [0,57 ; 0,99]) au cours de la seconde année de suivi. Il était également associé à une **amélioration significativement plus importante de la qualité de vie psychique**. En revanche, aucune différence significative n'était observée avec les prises en charge usuelles concernant la qualité de vie physique.

Le niveau de preuves, la fiabilité et le caractère extrapolable de ces résultats étaient toutefois considérés comme discutables, dans la mesure où ils n'étaient basés que sur une étude. Les auteurs concluaient à une **insuffisance de données probantes** pour déterminer si les modèles de *collaborative care* étaient efficaces pour les personnes souffrant de schizophrénie, de troubles bipolaires ou d'autres troubles psychotiques.

Kilbourne *et al.* (110) ont conduit une revue de la littérature sur l'intégration de la prise en charge des **troubles bipolaires** en soins de premier recours. Ce travail était en cohérence avec la revue Cochrane réalisée par Reilly *et al.* et confirmait que les modèles de *collaborative care* appliqués à la prise en charge des troubles bipolaires avaient **principalement été développés dans des structures de soins spécialisés en psychiatrie et santé mentale**, avec une implication moins importante du médecin généraliste. Des pistes d'adaptation du *collaborative chronic care model* aux soins de premier recours étaient proposées et incluaient notamment :

- un système d'information clinique pour le dépistage, la confirmation du diagnostic de troubles bipolaires, le suivi des patients incluant des informations sur l'**histoire familiale** et les **plans de prévention/gestion de crise**, ainsi que pour une **évaluation continue** des symptômes thymiques, du risque suicidaire, du fonctionnement et du risque cardio-métabolique associé aux médicaments psychotropes ;
- un accès à des services supports complémentaires au *case management* pour la prise en considération des **besoins non médicaux** et la mobilisation de professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale pour la production de guides de bonne pratique clinique, de façon à libérer du temps médical pour le médecin généraliste ;
- des **réunions cliniques** avec des professionnels spécialisés sur des problématiques liées au diagnostic ou au traitement, avec une attention particulière portée aux effets secondaires et à la toxicité des médicaments, notamment en lien avec les facteurs de risque cardio-vasculaire et cardio-métabolique ;
- des séances fréquentes visant à favoriser l'**autogestion de la maladie par le patient** et des séances fréquentes de **soutien psychosocial**, sur site, par téléphone ou via Internet (identification précoce de signes d'alerte d'un épisode de troubles bipolaires, impact de la stigmatisation et autres sujets asso-

ciés aux troubles bipolaires tels que les addictions, l'anxiété, la psychose, la colère, l'irritabilité et le risque métabolique notamment) ;

- des possibilités d'adressage vers d'**autres services communautaires** (aide au logement ou réseaux de pairs, par exemple) ;
- la mise à disposition de **ressources cliniques nécessaires** à la formation et à l'implémentation des interventions basées sur le *chronic/collaborative care model* ; la mise à disposition de **services supports non médicaux** jouant un rôle clef, par exemple informatiques ; un appui *via* un *leadership* organisationnel, avec un **engagement de pérennisation** au-delà de la fin de la phase de recherche de l'intervention.

Les auteurs soulignaient cependant des **enjeux importants** associés à l'**implémentation** de ce type de modèles dans de **petites structures de soins** de premier recours, de nombreux médecins généralistes exerçant seuls ou dans de petites structures et n'étant donc pas toujours en capacité de les mettre en œuvre.

Application du modèle de collaborative care à la prise en charge de troubles dépressifs et somatiques concomitants

Trois revues de la littérature et méta-analyses évaluant l'efficacité de modèles de *collaborative care* pour la prise en charge de dépression et troubles somatiques chroniques concomitants ont été identifiées : deux d'entre elles (111, 112) sont centrées sur le diabète, la troisième (113, 114) porte sur plusieurs maladies somatiques chroniques, notamment l'arthrose, le cancer, le diabète, les maladies cardiaques et le VIH.

Toutes les études identifiées dans ces revues de la littérature ont été menées aux États-Unis sauf une, conduite au Royaume-Uni. Huit études (2 238 patients) ont été recensées par Huang *et al.* (111), trois (1 133 patients) l'ont été par van der Feltz-Cornelis *et al.* (112) et 12 (relatives à neuf expériences incluant 4 047 patients) par Watson *et al.* (113, 114).

En concordance avec les résultats des revues de la littérature/méta-analyses portant uniquement sur la dépression, les trois revues de la littérature/méta-analyses concluaient à une **plus grande efficacité des modèles de collaborative care** par rapport aux prises en charge classiques sur les **critères d'évaluation propres à la dépression** (diminution des symptômes, taux de réponse au traitement et de rémission, adhésion au traitement notamment).

Les résultats relatifs à l'efficacité de ces modèles sur les troubles somatiques chroniques étaient en revanche moins probants.

Dans le cas du **diabète**, Watson *et al.* (113, 114) ont identifié un essai dans lequel la diminution du taux d'hémoglobine glyquée était significativement plus importante dans le groupe ayant bénéficié du modèle de *collaborative care* que dans le groupe ayant été traité de façon usuelle à 6 et 12 mois (115). En revanche, les trois revues de la littérature/méta-analyses mettaient en évidence une **absence d'effet significatif sur le taux d'hémoglobine glyquée après agrégation des données**. Un effet positif et statistiquement significatif du modèle de *collaborative care* a cependant été mis en évidence par Huang *et al.* sur le taux d'adhésion aux hypoglycémifiants oraux (résultats basés sur deux études [238 patients] ; RR=2,18) (111).

Concernant les **autres comorbidités somatiques**, peu d'études permettant une analyse des résultats cliniques ont été identifiées pour chaque type de troubles, et les niveaux de preuve étaient majoritairement considérés comme insuffisants (113, 114).

Sur la base de niveau de preuve modéré, un effet positif des modèles de *collaborative care* par comparaison aux prises en charge classiques sur les scores de qualité de vie physique et psychique a toutefois été identifié à 6 et 12 mois. Aucune différence significative n'a été identifiée sur le taux de mortalité (113, 114).

Si les travaux présentés concluent tous à un effet positif des modèles de *collaborative care* pour la prise en charge de la dépression, le fait qu'un traitement plus efficace de la dépression impacte positivement les résultats cliniques relatifs aux comorbidités somatiques n'a cependant pas été établi dans le cadre de ces études.

Exemple d'intervention type *collaborative care* appliquée à la prise en charge des troubles dépressifs et somatiques concomitants

Au Royaume-Uni, le projet COINCIDE (*Collaborative Interventions for Circulation and Depression*) (116, 117)

- Éléments de contexte

Le Royaume-Uni a mis en place en 2007 le programme *Improving access to psychological therapy* (IAPT) proposant un accès à des psychothérapies pour les personnes souffrant de troubles mentaux fréquents, financées par le *National Health Service* (NHS), organisme de sécurité sociale anglais. Ce programme promeut l'accès à des psychothérapies structurées, dispensées par des professionnels formés selon des prises en charge graduées (*stepped care*), s'intensifiant avec le niveau de sévérité des troubles. Plusieurs types de professionnels sont impliqués dans le programme : des professionnels du bien-être (*Psychological well-being practitioners*) (conseils et interventions psychologiques de basse intensité), des *counselors* pour des thérapies de basse intensité et des psychologues cliniciens pour des thérapies de haute intensité. L'adressage aux professionnels du programme IAPT peut notamment se faire par le médecin généraliste (118, 119).

- Objectifs de l'intervention : proposer une prise en charge intégrée pour des patients souffrant de diabète et/ou de maladies coronariennes concomitantes à des symptômes dépressifs pendant au moins deux semaines.
- Caractéristiques de l'intervention :
 - ▶ une approche pluriprofessionnelle : médecin généraliste, infirmier du cabinet de soins de premier recours et professionnels du bien-être employés par le programme IAPT ;
 - ▶ stratégie de prise en charge sur 3 mois :
 - jusqu'à huit sessions de psychothérapie brève dispensées par un professionnel du bien-être au sein du cabinet de soins de premier recours ou dans les locaux du programme IAPT. Le choix était laissé au patient de s'engager dans la thérapie lui convenant le mieux, après échanges avec le professionnel du bien-être : activation comportementale, exposition graduée, restructuration cognitive et/ou changements de mode de vie ;
 - des réunions conjointes entre le patient, l'infirmier et le professionnel du bien-être (par téléphone ou *de visu*) à la fin des seconde et huitième sessions de psychothérapie brève (environ 10 minutes) : suivi de l'incidence potentielle de la psychothérapie sur la prise en charge du trouble physique, suivi de l'efficacité du traitement, planification des soins à venir, etc. Le professionnel du bien-être pouvait si nécessaire aider à organiser un point sur les traitements médicamenteux avec le médecin généraliste ;
 - ▶ formation des professionnels du bien-être : 1 semaine de formation dispensée par une équipe pluridisciplinaire et 1 heure d'encadrement/supervision par semaine dispensée par un professionnel senior du programme IAPT ;
 - ▶ formation des infirmiers du cabinet de soins de premier recours sur 1 demi-journée : rencontre avec les professionnels du bien-être et introduction au modèle de prise en charge COINCIDE avec un focus sur la liaison interprofessionnelle et sur l'intégration des soins physiques et de santé mentale.

L'intervention a été implémentée dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé multicentrique impliquant 39 cabinets de soins de premier recours (17 dans le cadre du programme COINCIDE et 19 appliquant les stratégies de prise en charge usuelles). Au total 387 patients ont participé à l'étude (191 dans le groupe « intervention » et 196 dans le groupe « prise en charge usuelle »).

Exemple d'intervention type *collaborative care* appliquée à la prise en charge des troubles dépressifs et somatiques concomitants

Au Royaume-Uni, le projet COINCIDE (*Collaborative Interventions for Circulation and Depression*) (suite) (116, 117)

- Éléments de résultats :
 - ▶ mise en œuvre de l'intervention :
 - une moyenne de 4,4 sessions de psychothérapie brève par patient ;
 - 11 % des patients se sont désengagés de l'intervention immédiatement après l'adressage et n'ont participé à aucune session de psychothérapie brève ;
 - la moitié des patients a participé à au moins une réunion conjointe avec l'infirmier et le professionnel du bien-être ;
 - ▶ efficacité clinique, évaluée à 4 mois : groupe « intervention » *versus* groupe « prise en charge usuelle » :
 - une diminution plus importante des symptômes dépressifs et anxieux ;
 - une plus grande implication du patient, une plus grande satisfaction par rapport aux soins reçus et une meilleure expérience déclarée de ces soins ;
 - aucune différence significative entre les deux groupes en termes de retentissement fonctionnel sur la vie quotidienne, de sentiment d'efficacité personnelle, de perception de la maladie et de qualité de vie ;
 - ▶ le point de vue des professionnels (étude qualitative) :
 - amélioration des liens entre professionnels et mise à disposition d'une plus grande diversité de services pour les patients ;
 - l'intervention de *collaborative care* était décrite comme favorisant la coordination entre les soins somatiques et psychiatriques ainsi que le partage d'informations, notamment entre professionnels du bien-être et infirmiers ;
 - une plus grande confiance des professionnels du bien-être pour prendre en charge des troubles de l'humeur dans un contexte de symptômes physiques complexes, et des professionnels qui disaient disposer de clefs de compréhension de la situation *via* une connaissance du patient d'un point de vue plus global ;
 - un travail intégré surtout entre les professionnels du bien-être et les infirmiers, l'implication du médecin généraliste étant perçue comme moins importante ;
 - ▶ le point de vue des patients (étude qualitative) :
 - une facilitation de l'accès aux soins de santé mentale : la santé physique était, en amont de l'intervention, au centre des préoccupations, et les soins psychiatriques perçus comme trop stigmatisants ;
 - un maintien du clivage entre les rôles de chacun, parfois lié aux préférences des patients : s'ils appréciaient le fait que les professionnels travaillent ensemble, certains disaient préférer discuter de leurs problèmes d'ordre émotionnel en dehors de la présence de l'infirmier du cabinet de soins de premier recours ;
 - des consultations conjointes, avec le professionnel du bien-être et l'infirmier, perçues par certains patients comme un "temps pour comparer des notes".
- Éléments de discussion :
 - ▶ nécessité d'évaluer la transposabilité de l'intervention en « vie réelle » ;
 - ▶ très courte période de suivi.

→ Éléments de comparaison des interventions entre elles et éléments « actifs »

Ce chapitre a pour but de fournir des éléments de comparaison des grandes catégories d'expériences entre elles et de synthétiser les résultats relatifs à l'identification des éléments « actifs » des différentes expériences, notamment multidimensionnelles.

Comparaison des grandes catégories d'expériences entre elles : peu de données disponibles

Interventions type collaborative care versus interventions type consultation-liaison et processus renforcés d'adressage

La revue Cochrane réalisée par Archer *et al.* (54) a comparé l'efficacité des interventions type *collaborative care* à celle des dispositifs de *consultation-liaison* et des processus renforcés d'adressage. Aucune différence statistiquement significative n'a été identifiée, mais les auteurs concluaient à un **niveau de preuves limité** en raison du faible nombre d'études sur lesquelles étaient basés ces résultats.

En parallèle, Cape *et al.* (37) soulignaient le fait que davantage de travaux mettaient en évidence un gain d'efficacité pour les modèles de *collaborative care* que pour les dispositifs de *consultation-liaison*. L'une des hypothèses avancées était que les dispositifs de *consultation-liaison* faisaient appel à un **nombre insuffisant de modalités de coordination**, sans recours notamment à du temps et des ressources additionnels, venant en support du médecin généraliste (fonction de *care/case management*, par exemple). De plus, la **nature des relations** entre le médecin généraliste et le professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale était identifiée comme un facteur pouvant influencer les résultats des dispositifs de *consultation-liaison*, la qualité de ces relations variant entre professionnels et pouvant jouer un rôle sur les modalités de travail en équipe (objectifs partagés, communication et confiance réciproque).

Un recours simultané à plusieurs modalités de coordination

Un recours à plusieurs modalités de coordination de façon simultanée était un facteur associé à des résultats positifs des expériences mises en œuvre. Fuller *et al.* (38) suggéraient en effet que les interventions présentant les meilleurs résultats en termes d'efficacité (efficacité clinique et processus de soins) étaient celles mobilisant simultanément trois grandes catégories de modalités de liaison interprofessionnelle : des « activités collaboratives directes » (*direct collaborative activities*) incluant par exemple la *co-location*, les dispositifs de *consultation-liaison* ou le *care management* ; la mobilisation de guides structurant la prise en charge et communément acceptés par les différents acteurs (*agreed guidelines*) ; et l'utilisation de systèmes de communication (processus formalisés de retours d'informations, processus d'adressage explicites, modalités de communication par téléphone, télé médecine, etc.).

Éléments « actifs » des interventions multidimensionnelles : une absence de modèle unique

De nombreuses interventions multidimensionnelles visant à améliorer la coordination ont montré des résultats positifs, notamment pour la prise en charge de la dépression en soins de premier recours. Le fait que ces interventions reposent sur plusieurs actions, ou modalités de coordination, conduites simultanément et pouvant être mise en œuvre de différentes façons, complexifie l'identification de la combinaison d'actions (et de la façon de les mettre en œuvre) qui serait associée à une efficacité optimale.

Si Fuller *et al.* (38) mettaient l'accent sur des interventions faisant simultanément appel à trois grandes catégories de modalités de liaison interprofessionnelle, ils ne concluaient pas sur les actions devant être mises en œuvre au sein de chaque catégorie et soulignaient « le nombre important de combinaisons possibles », rendant difficile l'identification de la combinaison la plus efficace.

Van den Broeck *et al.* (120) ont identifié sept recommandations de bonne pratique relatives aux interventions de *collaborative care* (interventions faisant simultanément appel à différentes modalités de coordination). Ces recommandations étaient décrites comme détaillant peu les **modalités pratiques d'organisation et de mise en œuvre** des interventions, seules quelques directives concrètes étant clairement formulées. Ainsi, cette revue de la littérature n'a pas permis de conclure sur la façon dont les professionnels doivent concrètement travailler ensemble après la phase aiguë du traitement (ré-adressage, suivi et prévention des rechutes). **L'une des explications avancées était le fait que les interventions de collaborative care peuvent être opérationnalisées de différentes façons, nombre d'entre elles ayant été considérées comme efficaces.**

Cette hétérogénéité dans la mise en œuvre des interventions, notamment en termes de niveau de complexité, était notamment identifiée comme associée à **la diversité des populations auxquelles elles s'adressent et des services de santé dans lesquels elles sont implantées, avec** des implications relatives des différents acteurs pouvant varier en fonction des besoins des patients. Ainsi, **un modèle unique adapté à l'ensemble des situations ne pouvait être identifié** (121).

Focus : variabilité autour de la fonction de care/case management

Une grande variabilité a particulièrement été observée dans la mise en œuvre des fonctions de *care/case management*, mobilisées de façon isolée ou dans le cadre de modèles de *collaborative care*.

Formation et expérience professionnelle du care/case manager

Une hétérogénéité importante a été identifiée concernant la formation initiale et l'expérience du *care/case manager* impliqué dans les modèles de *collaborative care*, notamment appliqués à la prise en charge de la dépression.

Butler *et al.*, dans le cadre d'une revue de la littérature portant sur des modèles de *collaborative care* appliqués à la prise en charge de la dépression aux États-Unis, ont fait état de profils allant d'un niveau de formation baccalauréat avec une expérience clinique à un niveau Master ou doctorat dans le champ de la santé mentale (55). Cette diversité de profils était également rapportée :

- par Williams *et al.* (122), qui ont, par exemple recensé des pharmaciens, des infirmiers, spécialisés ou non en psychiatrie et santé mentale, ainsi que des spécialistes des comportements de santé (*behavioral health specialists*) ;
- par van den Broeck *et al.* (120), qui précisait que les coordonnateurs des parcours de santé pouvaient être, par exemple, selon les interventions, le médecin généraliste, un *counselor*, un infirmier – spécialisé ou non en psychiatrie et santé mentale, exerçant en ville ou à l'hôpital –, un professionnel du bien-être, un psychothérapeute ou un psychiatre.

Une **formation du care/case manager en psychiatrie et santé mentale** a été identifiée comme un facteur associé à une efficacité plus importante des modèles de *collaborative care* dans le cadre de la prise en charge de la dépression dans deux études (50, 76, 77). Ce résultat était cependant discordant avec celui d'une étude plus récente (78) qui ne montrait aucune association significative entre le profil du *case manager* et l'efficacité des interventions de *collaborative care*.

Au regard de ces résultats, le choix a été fait, dans une étude conduite aux Pays-Bas, de laisser au médecin généraliste la liberté de décider quel serait le profil du *care/case manager* (123).

Durée et intensité du care/case management

La durée du *care/case management* pouvait aller de moins de 3 mois à 2 ans, et le nombre de contacts pouvait varier entre un et plus de sept selon les études (122). Gilbody *et al.* (77) n'ont pas identifié d'association entre le nombre de sessions avec le *care/case manager* et l'efficacité du modèle mis en œuvre.

Supervision par un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale

Les modalités de supervision du *care/case manager* variaient également entre études. Dans certains cas, la supervision pouvait être assurée par un professionnel non spécialisé en psychiatrie et santé mentale, dans d'autres par un professionnel spécialisé, le plus souvent un psychiatre, avec une fréquence de supervision pouvant aller jusqu'à une rencontre par semaine (122).

Les résultats des travaux de Bower *et al.* et Gilbody *et al.* suggéraient qu'une supervision régulière et planifiée du *care/case manager*, le plus souvent par un psychiatre, était associée à une meilleure efficacité de l'intervention (76, 77).

Modalités des contacts : de visu ou par téléphone

Différents types de contacts entre le *care/case manager* et le patient ont pu être identifiés, certaines études prévoyant exclusivement ou principalement des contacts par téléphone quand d'autres impliquaient exclusivement ou principalement des rencontres en personne. Un nombre équivalent de contacts

par téléphone et en personne pouvait également être programmé, cette option semblant toutefois plus rarement choisie (122).

→ Enjeux d'implémentation de nouvelles organisations et pérennité dans le temps : freins et leviers

Au-delà de l'identification des éléments « actifs » associés une plus grande efficacité des interventions multidimensionnelles, des enjeux existent quant à l'implémentation et à la pérennisation en vie réelle (hors essais cliniques ou protocoles de recherche) de ce type d'interventions. Plusieurs freins et leviers ont été identifiés.

Processus d'implémentation de la nouvelle organisation

Participation de l'ensemble des acteurs

Une **implication à parts égales de toutes les parties prenantes** dans le développement de la nouvelle organisation des soins a été identifiée comme un levier (124).

Cette implication de l'ensemble des acteurs permettrait une **appropriation conjointe** et a pris, dans certaines expériences, la forme de réunions conjointes au cours desquelles un consensus était atteint sur des objectifs communs, sur la définition des rôles de chacun, la nature de la coopération et la façon dont elle était opérationnellement mise en œuvre (définition de protocoles d'adressage et planification de rencontres régulières, par exemple) (124). Elle favoriserait également le développement d'une nouvelle organisation des soins **adaptée aux besoins des patients et des professionnels et en adéquation avec les ressources disponibles** (125).

Définition claire des rôles et responsabilités de chacun

Définir clairement les rôles et responsabilités de chacun des professionnels impliqués dans les soins a été identifié comme un levier permettant d'encourager la collaboration (120).

Le rôle du médecin généraliste et du professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale après l'adressage

La revue de la littérature réalisée par Fuller *et al.* (124) a identifié une étude dans laquelle **la question de la responsabilité de la mise en œuvre du traitement était un sujet de désaccord entre les médecins généralistes et psychiatres**.

En effet, pour 40 % des patients pris en charge :

- le médecin généraliste s'attendait à ce que le psychiatre assure la prise en charge du patient après l'adressage ;
- quand le psychiatre considérait qu'il était sollicité seulement pour une évaluation.

Un manque de clarté sur cette question était également perçu par les **patients** qui, pour la moitié d'entre eux, disaient **ne pas savoir qu'attendre de la consultation avec le psychiatre en cas d'adressage**.

Les conditions d'un adressage vers les soins spécialisés

Ce manque de clarté dans la définition des rôles de chacun était également perçu comme une barrière à la bonne marche de l'intervention mise en œuvre quand **les conditions d'un adressage vers les soins spécialisés n'étaient pas définies et communément acceptées** : certains adressages de patients identifiés comme peu sévères vers les professionnels spécialisés pouvaient en effet être considérés comme inappropriés et à l'origine d'une charge de travail trop importante par les professionnels spécialisés (124).

Le rôle du *care/case manager*

Une **incertitude sur le rôle du care/case manager** était également identifiée comme un facteur limitant une mise en œuvre optimale d'un modèle de prise en charge collaboratif (126).

Accompagnement du changement

Importance du leadership

Si le *leadership* d'une action peut favoriser l'adhésion au changement, le fait que la personne en charge de porter ce changement auprès des professionnels n'adhère pas elle-même au modèle était identifié comme pouvant conduire à une mise en œuvre désastreuse de la stratégie d'amélioration de la coordination, entraînant des conflits entre services de soins (124, 126).

Pilotage et gouvernance partagés

Dans le cadre d'une intégration des soins de premier recours et des soins spécialisés en psychiatrie et santé mentale, une gouvernance partagée du dispositif entre les deux organisations a été associée à une implémentation du nouveau dispositif conforme au modèle théorique ou au protocole initialement défini (121). En parallèle, des prérogatives et priorités incohérentes entre services de soins impliqués dans la stratégie collaborative étaient identifiées comme des barrières à sa mise en œuvre (124).

Formation des professionnels

Des stratégies d'implémentation basées sur des formations interactives aux stratégies thérapeutiques mobilisées dans le cadre de l'intervention mais également à la nouvelle organisation des soins en cours de développement étaient identifiées comme un levier (125).

Évaluation du dispositif mis en place et retour sur les résultats aux acteurs impliqués

La mise en place d'un **processus d'évaluation** du dispositif implémenté ainsi que la transmission des résultats de cette évaluation aux acteurs impliqués ont été décrits comme étant des facteurs clefs de pérennisation de la collaboration interprofessionnelle (121, 124).

Ces processus pouvaient notamment s'appuyer sur une **démarche d'amélioration continue de la qualité reposant sur des techniques standardisées** (*Plan-Do-Study-Act cycles*, *Evidence-based quality improvment (EBQI)*, etc.) (125).

Une **supervision régulière** permettant d'évaluer et de **s'interroger sur les stratégies de soins mises en œuvre** a également été identifiée comme étant susceptible d'encourager la collaboration (120).

Organisation du système

Mobilisation des nouvelles technologies

Un besoin de s'appuyer sur des technologies de l'information pertinentes a été souligné par Katon et Guico-Pabia (127). Le développement de systèmes d'information et de systèmes d'aide à la décision favoriserait une meilleure conformité de l'intervention mise en œuvre (par rapport au modèle théorique développé en amont), une collecte de données et des retours et apports de connaissances au sein des équipes de praticiens (125).

L'exercice en groupe

La *co-location* des professionnels exerçant en médecine générale et en psychiatrie et santé mentale a été identifiée comme un facteur favorisant la collaboration et associé à une plus grande implication des patients quand le lieu était perçu comme non stigmatisant (*co-location* des professionnels dans une structure de médecine générale) (124, 128).

Une étude conduite aux Pays-Bas a par ailleurs montré que 96 % des médecins généralistes intéressés à participer à une intervention basée sur le modèle de *collaborative care* exerçaient dans des cabinets de groupe (123). Les auteurs précisaient que 77 % des médecins généralistes exerçaient isolément ou en duo aux Pays-Bas, les collaborations interprofessionnelles étant plus fréquentes pour les médecins généralistes exerçant en groupe.

Des modalités de financement et de tarification adaptées

La question des financements et des modalités de tarification était souvent abordée dans les travaux relatifs aux enjeux d'implémentation de nouveaux modèles de prise en charge intégrés, l'implémentation et la pérennisation des modes d'organisation collaboratifs dans les structures de soins de premiers re-

cours induisant des coûts liés à la réorganisation du ou des services de soins mais également à l'embauche de nouvelles ressources (le *care/case manager*, par exemple) et aux temps de supervision/encadrement. Plusieurs freins ont notamment été identifiés dans ce registre :

Des systèmes de rémunération cloisonnés

Dans le cadre d'une étude conduite aux Pays-Bas, le fait que les médecins généralistes (rémunérés à l'acte) et les équipes de psychiatrie (salariées d'une organisation) soient sur des **systèmes de rémunération différents** était associé à des demandes de financements distincts pour le développement de modèles de *collaborative care* et, conséquemment, à un coût en temps pour les professionnels afin d'obtenir le remboursement des prises en charge dispensées par les différents professionnels ou organisations. En l'absence de personnel dédié à ces tâches administratives, ces modalités de financement étaient considérées comme un frein à l'implémentation des modèles de *collaborative care*, notamment pour les professionnels en exercice isolé (123).

Une absence de financements dédiés aux nouvelles fonctions et aux activités de coordination

L'absence de financements dédiés aux services dispensés par des professionnels non médicaux (en particulier lorsque des infirmiers sont intégrés à l'équipe de soins) a également été identifiée comme un frein à l'implémentation de soins de santé mentale intégrés aux soins de premier recours (129). Parallèlement, des difficultés étaient rapportées pour recruter des professionnels ayant des compétences nécessaires à l'exercice de nouvelles fonctions, à la frontière entre médecine générale et soins spécialisés en psychiatrie et santé mentale (121).

L'absence de remboursement d'activités de coordination telles que la planification de temps de prise en charge conjointe avec d'autres professionnels était également décrite comme freinant la mise en œuvre de nouvelles organisations visant à améliorer la coordination (121).

Des incitations financières proposées dans le cadre de certaines expériences, couvrant les actes du *care manager* sur une période de 12 mois ou jusqu'à la rémission, ou correspondant à un paiement à la performance (125) étaient en revanche associées à une plus grande efficacité dans le cadre d'interventions de type *collaborative care*.

Une précarité des financements, alloués dans le cadre de projets de recherche

Le fait que les expériences d'amélioration de la coordination soient difficiles à pérenniser à la fin d'un protocole de recherche si des financements stables ne sont pas alloués a par ailleurs été souligné (128).

Implication des patients dans le processus de soins

L'atteinte d'une responsabilisation et d'une autonomie du patient dans la gestion de sa maladie était identifiée comme pouvant être un objectif consensuel pour l'ensemble des professionnels, favorisant ainsi le bon fonctionnement de l'intervention (124). Un renforcement de l'information au patient semblait par ailleurs associé à des résultats positifs de l'intervention, de même que la prise en considération de ses préférences (128).

Si le recours au *care/case management* était supposé aller dans ce sens, ses modalités d'application pouvaient être un frein dans la mesure où des difficultés étaient rapportées pour impliquer certains patients dans des sessions de *care/case management* par téléphone, une préférence pour des contacts *de visu* étant rapportée (50).

Qualités individuelles et convictions des professionnels impliqués

Des **connaissances** et des **compétences** tant en médecine générale qu'en psychiatrie et santé mentale, une **flexibilité** et une **capacité d'adaptation** ainsi que des convictions quant à la pertinence d'une collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire ont été décrites comme favorisant l'implémentation et la pérennisation de nouveaux modes d'organisation de la collaboration (124).

En revanche, des difficultés à convaincre les professionnels, soignants et administratifs, **d'adopter une démarche de changement** étaient perçues comme un frein, notamment à l'implémentation des interventions de *collaborative care*. Ces difficultés, identifiées comme **fréquentes**, seraient notamment liées à la taille des structures dans lesquelles les changements sont implémentés, **l'information étant plus difficile à faire circuler dans le cadre de grandes organisations** (126).

Des perspectives de recherche sur le sujet (130)¹⁵ (50, 51)

Un apport de connaissances sur l'efficacité d'interventions qui cibleraient l'ensemble des troubles mentaux plutôt qu'une pathologie particulière

La majorité des interventions intégrant les soins de santé mentale aux soins de premier recours identifiées s'adressaient à des populations de patients souffrant d'une pathologie donnée, la dépression dans la majorité des cas. Un apport de connaissances sur l'efficacité de ces modèles lorsqu'ils sont appliqués à la prise en charge de l'ensemble des troubles psychiques a été identifié comme nécessaire.

Identifier les éléments « actifs » des interventions multidimensionnelles

Les éléments nécessaires à la réussite d'une intervention apparaissaient encore mal connus. Les travaux identifiés *via* la recherche documentaire permettaient d'évaluer l'efficacité d'une intervention intégrant plusieurs éléments comme un tout, sans que ne puissent être distingués les effets d'un élément en particulier.

Une définition de la formation et de l'expérience requis pour les acteurs clefs des modèles de *collaborative care* a notamment été identifiée comme nécessaire, de même qu'une clarification sur la fréquence et l'intensité optimales des sessions de *care/case management* et sur l'utilité ou non de sessions complémentaires pour les patients pour lesquels aucune amélioration n'était observée.

Une analyse plus fine de l'utilisation qui est faite des technologies de l'information dans le cadre des interventions visant à améliorer la coordination

Globalement, les technologies de l'information utilisées dans les interventions ainsi que la façon dont elles étaient mobilisées étaient peu décrites dans la littérature analysée.

Des travaux de recherche sur des modalités de financement et de tarification pertinentes permettant une pérennisation et généralisation des interventions

L'identification des caractéristiques des systèmes de santé qui permettent, en dehors de bourses de recherche, d'assurer une pérennisation des interventions mises en œuvre apparaissait comme nécessaire, de même que des travaux de recherche sur des modalités de financement et de tarification adaptées.

Un apport de connaissances sur l'applicabilité des interventions en « vie réelle »

La question de la généralisation des interventions et de leur applicabilité en vie réelle, en dehors d'essais cliniques appliquant des critères d'exclusion parfois stricts (comorbidités, risque suicidaire, etc.) se pose, notamment pour les interventions type *collaborative care*. De plus, si certaines études ont été conduites dans de petites structures, la majorité d'entre elles l'était dans de grands centres disposant de moyens humains et financiers plus importants.

Favoriser la diffusion des connaissances sur les expériences conduites et leurs résultats

L'utilisation de terminologies précises pour caractériser les modèles de *collaborative care* faciliterait l'identification des études pertinentes.

Enfin, l'effet des interventions de *collaborative care* sur le dépistage des troubles dépressifs en premier recours a été peu étudié, et relativement peu d'évaluations économiques adoptant une perspective sociétale ont été conduites.

¹⁵ L'agence pour la recherche et la qualité des soins de santé aux États-Unis a conduit une revue de la littérature et une consultation d'experts sur le sujet de l'intégration des soins de santé mentale et des soins de premier recours. Plusieurs constats ont été effectués sur les limites de l'état des connaissances sur le sujet, et des recommandations relatives à de futurs travaux de recherche ont été formulées. Elles sont pour partie décrites dans ce paragraphe.

► Recommandations cliniques et organisationnelles

La recherche et l'analyse documentaires ont concerné les recommandations cliniques et organisationnelles dans l'objectif de retracer la manière dont la question de la coordination interprofessionnelle et interdisciplinaire dans la prise en charge des troubles mentaux a été traitée par les organisations et acteurs chargés d'établir les bonnes pratiques professionnelles.

Plusieurs recommandations ont été publiées récemment sur le sujet de la coordination entre soins de premier recours et soins de santé mentale dans la prise en charge des troubles mentaux.

En synthèse :

- Les publications considérées ne sont pas homogènes dans leur forme. S'agissant d'un sujet émergent et d'une question organisationnelle, leur traduction ne prend pas toujours une forme "classique" de recommandations de bonne pratique clinique.
- Elles formulent des messages convergents. Elles montrent qu'il existe une préoccupation grandissante des acteurs professionnels vis-à-vis des problématiques de la prise en charge des troubles mentaux en médecine générale et en soins de premiers recours et une prise en compte dans les publications en direction des professionnels des avancées de la recherche.
- Les publications ont cependant chacune leurs particularités et illustrent des abords et des stratégies d'amélioration différentes les unes des autres. On peut ainsi répartir les recommandations cliniques et organisationnelles selon la typologie utilisée dans ce chapitre sur le même *continuum* allant du plus "simple" (amélioration des modes de communication existants) au plus "complexe" (introduction de nouveaux acteurs de soins et de nouvelles pratiques). Certaines recommandations vont même au-delà, en abordant la question des freins à la coordination au niveau du système de soins.

Des publications de natures très différentes

Afin de prendre en compte la dimension organisationnelle du sujet d'étude, la recherche documentaire n'a pas été limitée aux recommandations de pratique clinique. Comme cela a été indiqué au premier chapitre, des critères spécifiques ont été définis afin d'identifier les productions qui correspondent à des recommandations cliniques et organisationnelles¹⁶.

Les sept publications retenues sont de types très divers. On trouve ainsi parmi elles :

- des recommandations de bonne pratique :
 - les recommandations du Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP) de 2010 sur 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 (2) ;
 - les recommandations du Collège de psychiatrie en Australie et Nouvelle-Zélande (*Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*) sur les bonnes pratiques d'adressage, de communication et de soins partagés (*shared care agreements*) entre psychiatres, médecins généralistes et psychologues, publiées en 2014 (131) ;
- une publication fournissant un cadre général pour plusieurs recommandations de bonne pratique portant sur des pathologies particulières :
 - le guide du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) sur l'organisation du parcours des personnes présentant des troubles mentaux fréquents, publié en 2011. Il dégage les principes communs à la prise en charge de plusieurs troubles mentaux fréquents en soins de premier recours et

¹⁶ Pour rappel ont été retenues les publications portant sur le sujet étudié et formulant des préconisations destinées aux acteurs de la santé (professionnels de santé mais aussi éventuellement décideurs publics, représentants d'usagers, etc.) :

- élaborées par une organisation publique ou une société savante chargées d'élaborer des recommandations de bonne pratique ;
- fondées sur une méthodologie transparente incluant une synthèse des données scientifiques disponibles et la recherche d'un consensus professionnel (selon les cas, des représentants des usagers sont aussi associés).

sert ainsi de cadre général à plusieurs recommandations de pratique clinique (dépression, troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, trouble panique, stress post-traumatique et phobies, puis en 2016 santé mentale en périnatalité) (132) :

- des rapports ou *position papers* publiés par des sociétés savantes :
 - ▶ la charte de 2014 des sociétés savantes de médecine générale et d'enseignants en médecine générale aux États-Unis¹⁷ pour l'intégration des soins de santé mentale aux maisons de soins primaires (*patient-centered medical home [PC-MH]*) (133) ;
 - ▶ le *position paper* du Collège de médecine interne aux États-Unis, l'*American College of Physicians* sur l'intégration de la santé mentale aux soins de premier recours, paru en 2015 (134) ;
 - ▶ un rapport, publié en 2016, accompagné de recommandations organisationnelles, de la principale société savante de psychiatrie et d'une société savante de médecine psychosomatique¹⁸ aux États-Unis sur les soins intégrés et le *collaborative care* en santé mentale (135) ;
- les enseignements issus d'une synthèse des données de preuve :
 - ▶ les recommandations du *community preventive services task force* aux États-Unis, un centre national d'expertise en santé publique, mis en place par les autorités chargées de la prévention et de la vigilance sanitaire au niveau fédéral et des États¹⁹, réalisant des synthèses des données de la littérature et formulant des recommandations. Ce centre a proposé, en 2012, des recommandations sur le modèle du *collaborative care* pour la prise en charge des troubles dépressifs (136).

Des messages communs

Malgré ces différences de forme, ainsi que les différences de fond qui seront examinées plus loin, ces publications sont porteuses de préoccupations et de messages convergents. Les recommandations identifiées sont significatives de la prise de conscience récente des enjeux de la prise en charge des troubles mentaux en médecine générale et de la recherche de solutions pour leur amélioration qui mobilisent les pratiques de coordination des professionnels, ainsi que l'organisation des soins dans son ensemble.

Les sept publications ont ainsi en commun de mettre en avant les constats et messages suivants :

- la reconnaissance du **rôle de la médecine générale et des soins de premier recours** dans la prise en charge des troubles mentaux ;
- le constat de **défauts de coordination** entre acteurs de soins entraînant des risques majeurs pour le patient présentant des troubles mentaux et pour son entourage ;
- l'urgence que représente l'amélioration de la coordination interprofessionnelle. Certaines recommandations appellent aussi à une **action au niveau du système pour lever les freins** à cette coordination ;
- l'intérêt de fonder l'amélioration des pratiques de coordination et des organisations sur des **modèles éprouvés au plan scientifique et clinique** ;
- parmi ceux-ci, le modèle du *collaborative care* est cité dans la plupart des recommandations de langue anglaise (dans cinq des six recommandations identifiées), et ces recommandations intègrent certains de ses principes en les étendant souvent au-delà du champ de la prise en charge des seuls troubles dépressifs. L'accent est particulièrement mis sur :
 - ▶ un suivi structuré du patient, avec ou sans implication d'un *care/case manager*,
 - ▶ une approche pluriprofessionnelle de l'évaluation et de la prise en charge,
 - ▶ l'organisation de la communication entre professionnels,
 - ▶ des mécanismes pour traiter les cas complexes (revues pluridisciplinaires de cas, possibilités de consultations croisées, d'adressage, organisation graduée [*stepped care*]).

Une diversité d'approches

Selon les contextes nationaux, l'angle et la méthodologie choisis pour aborder la problématique de la coordination interprofessionnelle et interdisciplinaire dans la prise en charge des troubles mentaux, les approches retenues par les auteurs des recommandations ont cependant été différentes.

¹⁷ American Academy of Family Physicians, American Board of Family Medicine, Society of Teachers of Family Medicine

¹⁸ American Psychiatric Association, Academy of Psychosomatic Medicine

¹⁹ U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

La typologie retenue pour les études permet aussi de restituer la diversité des recommandations cliniques et organisationnelles. On peut ainsi répartir les recommandations cliniques et organisationnelles selon la typologie utilisée ci-avant et les répartir sur le même *continuum* allant du plus "simple" (amélioration des modes de communication existants) au plus "complexe" (introduction de nouveaux acteurs de soins et de nouvelles pratiques). Comme dans le cas des interventions, cette typologie vise à clarifier et organiser le propos, à brosser un paysage plutôt qu'à restituer l'ensemble des nuances du contenu des publications étudiées. Les sections suivantes restituent la problématisation adoptée et les orientations retenues par chacune des recommandations, sans en faire une analyse critique approfondie.

L'amélioration des modes de communication "ordinaires" : les recommandations du Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)

En 2010, le CNQSP a proposé des recommandations de bonne pratique et des critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques sur 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 (2). Ces recommandations s'appuient sur un argumentaire scientifique traitant aussi plus largement la question de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Ces recommandations ont reçu le label méthodologique de la HAS.

La démarche ayant conduit à l'établissement de ces recommandations part de constats globaux établis dans la littérature et l'expérience des membres du groupe de travail sur :

- la faiblesse de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres, et plus largement entre soins primaires et soins spécialisés ;
- les conséquences délétères de cette faiblesse sur la prise en charge des patients.

Le groupe de travail a été conduit à faire un état des "problématiques réellement posées par la pratique" et à identifier les courriers et en particulier le premier courrier d'adressage comme l'un des leviers d'amélioration de la coopération.

Ainsi, le CNQSP, s'inscrivant dans une visée large d'amélioration de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres, a fait le choix d'une stratégie d'amélioration ciblant un aspect précis et concret des interactions entre médecins généralistes et psychiatres, ainsi que cela est expliqué dans l'introduction de la recommandation :

« Cette recommandation s'inscrit dans un projet plus large portant sur l'amélioration de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres. (...) [Le groupe de travail] a choisi, en s'adossant à la littérature, de proposer un guide formalisant les informations que devrait contenir les courriers échangés entre médecin généraliste et psychiatre afin d'engager une relation de coopération entre ces deux professionnels pour une prise en charge optimale du patient. (...) Les courriers échangés ont été retenus comme cibles de la recommandation. Les données acquises, à partir de la littérature, confirment l'intérêt de formaliser ce moment de l'échange autour d'un patient adressé à un spécialiste. Cette formalisation favorise l'explicitation des savoirs mobilisés à propos d'un patient lors de l'adressage par le médecin généraliste et lors de la réponse du spécialiste, et le partage des arguments conduisant aux propositions thérapeutiques qui lui sont faites » (2).

Les recommandations mettent l'accent sur les éléments de contenu des courriers que "les données de la littérature et les savoirs liés à l'expérience des membres du groupe de travail ont considéré comme essentielles" sans recherche d'exhaustivité. Cet échange de courrier doit pouvoir s'inscrire dans la pratique quotidienne et dans le cadre d'un échange de type collaboratif appelé à se développer par la suite. Les recommandations sont déclinées en critères de qualité à mobiliser dans le cadre de démarches d'amélioration des pratiques.

Les éléments de contenu retenus dans le cadre de la recommandation pour le courrier d'adressage du médecin généraliste au psychiatre sont :

- les motifs de recours au psychiatre (demande formulée par le patient, tableau clinique peu clair, gravité des symptômes, demandes d'avis diagnostique ou thérapeutique, de suivi spécialisé, de confirmation des choix du médecin généraliste, etc.) :
 - la recommandation précise que le motif de consultation doit être formulé sous la forme d'une question qu'adresse le médecin généraliste au psychiatre. L'explicitation de cette question permet d'ouvrir une modalité d'échange de type collaboratif puisqu'il oriente la réponse du psychiatre sur un mode non pas académique, mais centrée sur la situation particulière présentée par le médecin généraliste ;

- les principaux éléments symptomatiques et l'impression ou les hypothèses diagnostiques du médecin généraliste ;
- les problèmes de santé somatiques et les traitements en cours ;
- les éléments de l'histoire médicale et psychiatrique ;
- 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, familial et/ou psychosocial ;
- les modalités du suivi partagé concernant le suivi du problème psychique de son patient ;
 - la recommandation souligne qu'il est essentiel que le médecin généraliste, dès son premier courrier, puisse exprimer ses attentes quant à sa place dans le suivi ;
- les suggestions thérapeutiques ;
- les informations échangées avec le patient pour justifier d'une consultation auprès d'un psychiatre.

Les éléments de contenu retenus dans le cadre de la recommandation pour le courrier de réponse du psychiatre au médecin généraliste sont :

- la réponse aux questions du médecin généraliste :
 - comme précédemment, la recommandation souligne l'importance de ce point ;
- l'avis diagnostique ou l'énoncé des hypothèses diagnostiques ;
- les risques évolutifs immédiats et les éléments de surveillance ;
- les facteurs environnementaux pouvant avoir un impact, positif (ressources) ou négatif (facteurs de contrainte), sur le devenir du patient et les modalités d'intervention sur eux qui, pour lui, se justifient (par exemple : arrêt de travail) ;
- le projet de soins ;
- l'organisation de la prise en charge intégrant la place du médecin généraliste et précisant les recours possibles en cas de difficultés ;
- la prescription médicamenteuse (éventuellement rédigée au patient ou modifications de la prescription du médecin généraliste qu'il propose) ;
- les éléments de surveillance du traitement pour ce patient et de suivi de l'état du patient ;
- les modalités psychothérapeutiques du suivi.

La formalisation de l'adressage et d'accords de soins partagés (shared care agreements) : les recommandations du Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

En 2014, le Collège de psychiatrie d'Australie et de Nouvelle-Zélande a publié des recommandations sur les bonnes pratiques d'adressage, de communication et de soins partagés (*shared care arrangements*) entre psychiatres, médecins généralistes et psychologues, publiées en 2014 (131).

Les recommandations concernent les professionnels d'exercice libéral, et leur élaboration a été portée par la commission spécialisée représentant les professionnels libéraux au sein du Collège des psychiatres.

Cette publication intervient dans un contexte national où :

- une politique visant le développement de la prise en charge de santé mentale en soins primaires ainsi que l'accès aux psychothérapies a été développé et mise en œuvre en Australie depuis une dizaine d'années ;
- les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, y compris les médecins généralistes ne souhaitent pas se cantonner aux seuls dispositifs réglementaires, qui ont montré leurs limites, mais soutenir leurs objectifs par la définition et la promotion auprès des professionnels de bonnes pratiques de coordination ;
- les sociétés savantes et les organismes professionnels ont pris connaissance des modèles collaboratifs émergents et des résultats issus de la recherche à leur sujet et souhaitent promouvoir leur prise en compte dans les pratiques professionnelles.

Les recommandations du *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* se situent dans le prolongement d'une déclaration de principes du *Private Mental Health Alliance* réunissant les principales

parties prenantes du champ de la santé mentale (y compris le Collège de médecine générale australien) publiée en 2013, "*Principes pour la collaboration, la communication et la coopération entre acteurs de soins en santé mentale dans le secteur libéral*" (*Principles for Collaboration, Communication and Co-operation between Private Mental Health Service*) (137).

Ces principes soulignent la nécessité d'une **implication du patient et de sa famille, d'assurer la continuité des soins, la communication, la clarification des rôles et responsabilité**, en particulier du rôle du médecin généraliste appelé dans la plupart des cas à coordonner la prise en charge. Les principes de la collaboration entre le médecin généraliste et les autres professionnels de santé sont développés dans deux cas de figure, l'adressage et les soins partagés.

- Les "soins partagés" font référence dans ce contexte à des dispositifs formalisés mis en place lorsque la complexité des troubles du patient requiert l'intervention de plusieurs acteurs, dont le médecin généraliste, en général référent des soins. Un protocole spécifique (appelé souvent *shared care agreement*) peut être mis en place. Il en est attendu une définition et une formalisation du projet de soins, des responsabilités de chaque professionnel (particulièrement en matière de prescription), des modalités de communication, de partage d'information, etc. Ces dispositifs donnent lieu à une tarification spécifique dans le cadre du système assurantiel en place en Australie (n.b. : il existe des différences entre les différents États et territoires).

Les recommandations du Collège de psychiatrie rappellent en préambule certains principes énoncés dans la déclaration *Private Mental Health Alliance* de 2013 : les professionnels concernés doivent être conscients des risques liés à la fragmentation des soins et aux délais d'adressage, et s'efforcer d'établir une collaboration avec les autres professionnels.

La recommandation traite :

- des bonnes pratiques de communication et d'adressage du médecin généraliste :
 - dans le cas d'un adressage à un psychologue, il est recommandé de s'inscrire dans le dispositif réglementaire permettant un accès aux psychothérapies, qui requiert notamment du médecin généraliste la définition d'un projet de soins de santé mentale (*Mental Health Treatment Plan*) et une communication régulière entre les professionnels ;
 - dans le cas d'un adressage à un psychiatre, la recommandation donne des indications sur le contenu du courrier (personne à l'initiative de l'adressage, les symptômes, l'histoire médicale, etc.) ;
 - la recommandation traite des cas particuliers où :
 - un double adressage est réalisé (psychologue et psychiatre) afin d'assurer une bonne information des acteurs ;
 - le médecin généraliste a identifié un risque pour la sécurité du patient ; le psychiatre doit aussi être alerté par téléphone ;
 - la marche à suivre si, dans le cadre d'un suivi par un psychologue, aucune amélioration de l'état du patient n'est constatée; passé un délai de 6 mois, il est préconisé de rechercher l'avis d'un psychiatre.
- des bonnes pratiques des psychologues :
 - les retours d'information au médecin généraliste et, le cas échéant, au psychiatre (fréquence, contenu, etc.) ;
 - les exigences particulières dans le cadre des accords de soins partagés (*shared care agreements*) ;
 - la marche à suivre si aucune amélioration de l'état du patient n'est constatée ; comme pour le médecin généraliste, passé un délai de 6 mois, il est préconisé de rechercher l'avis d'un psychiatre.
- des bonnes pratiques des psychiatres :
 - les retours d'information au médecin généraliste adresseur (un délai de 2 semaines maximum est préconisé) ;
 - la communication avec le psychologue, en particulier dans le cadre d'accords de soins partagés (*shared care agreements*).
- des accords de soins partagés (*shared care agreements*) :

- dans certains cas, un accord formel indiquant les rôles, fonctions et champs d'intervention des différents professionnels peut soutenir la collaboration, et ainsi la qualité de la prise en charge ;
- dans le cadre de ces accords :
 - chaque professionnel s'engage à communiquer avec les autres régulièrement selon des modalités et une fréquence à définir en fonction des besoins du patient ;
 - toute modification significative de l'état du patient et de son traitement doit donner lieu à des échanges entre les professionnels ;
 - la recommandation définit les conduites à tenir en cas de désaccord entre professionnels ou de difficultés entre un professionnel et le patient ou son entourage ;
 - la recommandation traite du cas particulier de la collaboration dans la prise en charge de patients présentant des troubles de la personnalité et une tendance à adopter des attitudes clivantes mettant à l'épreuve les relations entre les professionnels. Une vigilance et une communication renforcées sont préconisées dans ces cas.

Les maisons médicales Patient-Centered Medical Home (PC-MH) et la santé mentale : la charte des sociétés savantes de Family Medicine aux États-Unis

En 2014, des sociétés savantes de médecine générale et des associations d'enseignants en médecine générale américaines ont publié une charte pour l'intégration des soins de santé mentale aux maisons médicales en soins primaires (*Patient-Centered Medical Home [PC-MH]*) (133).

Cette charte entend compléter et adapter les *Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home* parus en 2007 et portés par quatre sociétés savantes, qui avaient marqué le début de la dynamique de développement de ces maisons médicales dites *PC-MH*. Ces dernières sont définies comme un mode d'organisation collectif de la médecine de premier recours mettant l'accent sur le travail d'équipe sous la responsabilité du médecin généraliste, la mise en place d'un suivi systématique des patients appuyé sur les ressources des nouvelles technologies et des pratiques validées ainsi que la participation des patients et de leur entourage à la prise en charge. Il en est attendu une meilleure coordination des soins, et une prise en charge plus adaptée, en particulier des personnes atteintes de maladies chroniques.

Les trois sociétés savantes signataires – *l'American Academy of Family Physicians*, *l'American Board of Family Medicine*, et la *Society of Teachers of Family Medicine* – estiment que si le concept et le développement des *PC-MH* représentent une évolution positive des soins primaires aux États-Unis, le mouvement des *PC-MH* a insuffisamment pris en compte les enjeux des besoins et des soins de santé mentale dans le cadre des soins primaires. La charte vise à provoquer une prise de conscience des acteurs et un rééquilibrage du modèle pour que la santé mentale y trouve sa place.

La charte reprend les sept principes établis dans la charte de 2007 et les adapte, autant que nécessaire, à la question de la santé mentale en soins primaires :

- le médecin référent : tout patient pris en charge en *PC-MH* a un médecin référent responsable de sa prise en charge ;
- une équipe pluridisciplinaire sous la responsabilité du médecin : sur ce sujet, la charte reprend et prolonge les termes de la charte de 2007, mais la complète en mentionnant que le médecin peut faire appel à des compétences spécialisées en santé mentale à l'extérieur de la maison médicale ;
- une approche globale de la personne : la science et l'expérience clinique montrent l'importance des intrications entre le corps et le psychisme. On ne peut parler "d'approche globale" sans une prise en compte conjointe de ces deux dimensions. Une *PC-MH* qui n'intégrerait pas la santé mentale dans ses orientations et son fonctionnement serait incomplète ;
- la coordination et l'intégration des soins : le cloisonnement entre les soins primaires et les soins de santé mentale (séparation des modes de financement, organisations, réglementation, cultures professionnelles) est particulièrement dommageable pour la qualité de la prise en charge. La prise en charge doit être coordonnée via un partage des informations concernant le patient, et une responsabilité partagée vis-à-vis de sa prise en charge, impliquant une clarification des rôles ;

- le développement de la qualité et de la sécurité des soins : la charte reprend les thèmes de la charte de 2007 tels que celui du partenariat et une communication renforcée avec les patients, la diffusion de bonnes pratiques et d'outils validés, la mise en place de démarches d'amélioration, d'évaluation de l'expérience des patients, et d'évaluation externe, l'utilisation des ressources du système d'information pour soutenir la pratique et la communication entre professionnels, etc. La charte de 2014 précise que ces principes, en particulier le partenariat, les démarches d'amélioration et d'évaluation externe et les systèmes d'information doivent concerner les professionnels de santé mentale et la prise en charge en santé mentale ;
- l'accès aux soins : ce principe concerne l'accès aux soins spécialisés en santé mentale, au travers de dispositifs de collaboration et de communication renforcés. L'accès aux professionnels de santé mentale, qu'ils soient ou non membres des équipes des *PC-MH*, doit être facilité pour les patients comme pour les professionnels. La charte souligne l'intérêt d'une participation directe de professionnels de santé mentale aux maisons médicales : l'accès, l'observance et la communication sont facilités, et on peut en attendre une diminution de la stigmatisation ;
- des modes de rémunération et de financement adaptés, prenant en compte le travail de coordination des soins et les aspects des soins relevant du champ de la santé mentale.

La charte indique d'autres pistes à prendre en compte : l'implication du patient et de son entourage, la formation interprofessionnelle, etc.

Pour la généralisation du collaborative care : les recommandations du community preventive services task force et celles de l'American Psychiatric Association et de l'Academy of Psychosomatic Medicine

Les recommandations du *community preventive services task force*

Le *community preventive services task force* est chargé par le ministère de la Santé d'identifier les interventions de santé publique à haut niveau de preuve afin d'orienter l'action des acteurs du monde de la santé (pouvoirs publics, professionnels, Etc.). Il mobilise l'expertise nécessaire et organise la diffusion des résultats.

En 2012, le *community preventive services task force* a réalisé une revue systématique des études portant sur le *collaborative care* dans la prise en charge de la dépression²⁰ (50). Il a publié sous forme synthétique ces résultats et a recommandé la mise en œuvre de ce modèle pour la prise en charge des troubles dépressifs (136).

Le *collaborative care* est défini par le *community preventive services task force* comme un modèle de soins multidimensionnel opérant la coordination entre le médecin généraliste, les autres acteurs des soins de premier recours et les professionnels de santé mentale. Comme cela a été vu plus haut, il suppose une responsabilité du médecin généraliste sur la prise en charge, l'intervention d'un *care manager* chargé du suivi du patient et de certains aspects de l'éducation pour la santé, la mise en place de réponses et recours en cas d'aggravation de l'état du patient, un soutien par des professionnels de santé mentale avec la mise en place de mécanismes de communication, en particulier des réunions cliniques régulières.

Les données scientifiques sur l'impact clinique et l'efficacité du modèle conduit la *task force* à en recommander la diffusion :

"La *community preventive services task force* recommande le *collaborative care* pour la prise en charge des troubles dépressifs, compte tenu des données scientifiques sur son efficacité sur l'amélioration des symptômes, l'observance, la rémission et le rétablissement. La *task force* a aussi constaté l'intérêt économique du modèle de *collaborative care* au vu des résultats des études évaluant ses coûts et ses bénéfices " (136).

La *task force* ne développe cependant pas de recommandations pour la mise en œuvre du modèle. Son apport est essentiellement la synthèse des données scientifiques soutenant le modèle.

²⁰ Le modèle du *collaborative care* et les résultats des études d'évaluation sont présentés plus haut.

Le rapport de *l'American Psychiatric Association et l'Academy of Psychosomatic Medicine : Dissemination of integrated care within adult primary care setting. The collaborative care model*

En 2016, *l'American Psychiatric Association et l'Academy of Psychosomatic Medicine* ont publié un rapport soulignant l'intérêt du modèle au-delà de la seule prise en charge des troubles dépressifs et préconisant sa généralisation. Plusieurs propositions sont formulées pour faciliter cette diffusion (135).

Le contexte de la publication du rapport est celui du mouvement d'intégration entre soins de premier recours et soins de santé mentale qui s'est intensifié depuis 10 ans aux États-Unis. *L'American Psychiatric Association et l'Academy of Psychosomatic Medicine* souhaitent accompagner ces changements en proposant aux acteurs concernés des modèles éprouvés et validés, et en particulier celui du *collaborative care*, ainsi que des exemples d'expériences réussies. Un groupe de travail associant les deux sociétés savantes et des représentants d'expériences de mise en œuvre du modèle de *collaborative care* a été chargé de :

- tirer les enseignements de la littérature scientifique et des expériences existantes ;
- formuler des recommandations pour la diffusion mise en œuvre du *collaborative care*.

Le rapport fait un état des connaissances actuelles sur le *collaborative care* et met en lumière les principales caractéristiques du modèle. Cinq expériences sont développées, montrant les réalisations mais aussi les limites des expériences et les adaptations nécessaires du modèle. Il convient de noter que le groupe de travail n'a pas souhaité adopter une approche par pathologie et, même si les résultats par pathologie sont évoqués, les principes du *collaborative care* sont présentés comme devant guider la prise en charge de troubles mentaux de tout type en soins de premier recours.

Le groupe de travail ne se limite pas à la présentation des données de preuve et de retours d'expérience, mais formule aussi des recommandations pour la diffusion et la mise en œuvre du *collaborative care*. Ces recommandations s'adressent aux deux sociétés savantes, appelées notamment à développer des programmes de formation continue, mais aussi aux acteurs du champ de la santé en général. Les pistes pour l'avenir et les recommandations formulées dans le rapport se répartissent en trois catégories :

- formation initiale et continue, sensibilisation, par exemple :
 - stabiliser la terminologie et les concepts de l'intégration des soins, en lien avec les acteurs concernés ;
 - inclure un enseignement sur les modèles validés de soins intégrés au cursus de formation initiale des professionnels concernés (médecins, paramédicaux, gestionnaires) ;
 - proposer des programmes de formation continue sur la coordination et l'intégration des soins, en partenariat avec l'ensemble des sociétés savantes et collèges concernés ;
 - communiquer pour sensibiliser les professionnels, les payeurs, les régulateurs (au niveau régional et des États) et les autres parties prenantes aux principes du *collaborative care* et aux résultats cliniques qu'on peut en attendre ;
- accompagnement de la mise en œuvre, par exemple :
 - développer un guide pour la mise en œuvre du *collaborative care* ;
 - développer des indicateurs de processus reflétant les principes du *collaborative care*, favoriser leur adoption par les payeurs et les régulateurs ;
 - développer un référentiel pour les registres et systèmes d'information utilisés dans le cadre du *collaborative care* ;
 - favoriser la recherche sur le *collaborative care*, en particulier sur la télépsychiatrie dans le cadre du *collaborative care* ;
- financement et rémunération, par exemple :
 - soutenir la recherche sur l'efficacité du modèle et de sa mise en œuvre ;
 - faire valoir auprès des programmes publics l'intérêt de prendre en compte et valoriser la mise en œuvre du *collaborative care* dans le cadre des systèmes de tarification et de remboursement ;
 - agir auprès des autres payeurs pour favoriser une prise en compte dans les plans d'assurance.

Au-delà des pratiques professionnelles : l'intégration entre soins primaires et soins de santé mentale à l'échelle du système

Comme cela est apparent dans plusieurs des publications déjà présentées, l'une des préoccupations des organismes et instances élaborant les recommandations cliniques et organisationnelles porte sur les freins et les leviers à la coordination interprofessionnelle et interdisciplinaire qui peuvent exister au niveau du système de soins lui-même. Deux des publications retenues mettent particulièrement l'accent sur ces aspects et formulent des recommandations qui portent moins sur les pratiques de coordination que sur le contexte organisationnel et institutionnel de leur mise en œuvre.

Le guide du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sur l'organisation du parcours des personnes présentant des troubles mentaux fréquents

En 2011, le NICE a publié un guide parcours dégageant les principes d'organisation communs à la prise en charge de plusieurs troubles mentaux fréquents en soins primaires (dépression, troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, trouble panique, stress post-traumatique et phobies) (132). Il s'agit d'un document interactif et évolutif, la dernière mise à jour datant de mai 2016.

L'objectif du guide est présenté ainsi :

"L'intention de ces recommandations, centrées sur les soins primaires, est d'améliorer l'accès aux soins (y compris aux soins primaires), d'améliorer le repérage des troubles, et de proposer les principes pour un développement de parcours de soins et d'adressage au niveau local. Ce guide réunit en un même ensemble plusieurs recommandations existantes et les articule avec des recommandations portant sur l'accès, l'évaluation clinique et la mise en place de parcours pour la prise en charge des troubles mentaux fréquents."

Le guide, qui s'adresse tout autant aux professionnels de santé qu'aux acteurs chargés de l'organisation des soins au niveau local (*commissioners*), comprend :

- des recommandations sur l'accès aux soins, notamment :
 - l'identification d'un responsable de la mise en place des parcours au niveau local ;
 - la multiplication des points d'entrée dans le système, et des lieux de soins ;
 - le développement de services favorisant l'accès (transports sanitaires, etc.) ;
 - une politique d'accès aux soins pour les populations vulnérables et les minorités ;
- des recommandations pour la mise en place de soins gradués (*stepped care*) :
 - le *stepped care* est un modèle de soins proposant une gradation des interventions en fonction de l'état du patient et de son évolution. L'intensification des soins est décidée par le médecin généraliste à partir de critères précis. Cela suppose un suivi régulier et un partage des informations entre le médecin généraliste, le patient et, le cas échéant, les professionnels chargés de la coordination des soins ;
 - les trois étapes du *stepped care* sont décrites au plan général et pour les différentes pathologies concernées ; la prise en charge dans le cadre d'un dispositif de collaborative care²¹ est préconisée au niveau le plus élevé, en cas de non-réponse aux traitements plus courants ;
 - sont abordés les principes devant guider le repérage et l'évaluation clinique, ainsi que l'adressage à des professionnels de santé mentale pour des interventions spécialisées en fonction de la sévérité des symptômes, des besoins et des attentes du patient ;
- des recommandations pour la mise en place de parcours de soins au niveau local :
 - le développement de parcours doit être la responsabilité d'une équipe comprenant des professionnels de premier et deuxième recours ;
 - ces parcours doivent être :

²¹ Le NICE retient les composantes suivantes : l'intervention d'un *care manager* supervisé par un professionnel sénior de santé mentale, une collaboration étroite entre les professionnels, en particulier le médecin généraliste et les professionnels des soins spécialisés, l'accès à un panel large d'interventions thérapeutiques, la structuration et la coordination de la prise en charge sur le long terme.

- compréhensibles et accessibles pour les patients et leurs familles ;
- intégrés afin de supprimer les cloisonnements entre les différents niveaux du parcours ;
- organisés pour permettre un suivi et une évaluation des résultats de soins ;
- ▶ le guide développe des recommandations dans plusieurs domaines : la mise en place des principes du *stepped care* au sein du parcours, en particulier les recours en cas d'évolution de l'état du patient, l'implication des patients et des familles, le système d'information, l'évaluation du parcours, etc. ;
- ▶ il aborde la question de la communication interprofessionnelle, en préconisant que le groupe responsable du développement du parcours dirige ses efforts vers :
 - une amélioration des processus de transition entre professionnels et services ;
 - un développement des liens entre les différents parcours (par exemple, avec les parcours mis en place pour répondre à des problèmes somatiques) ;
 - la définition de responsabilités de coordonnateurs assurant l'accès aux parcours et la continuité des soins ;
 - la formalisation de protocoles pour le partage et la communication des informations concernant le patient entre professionnels, avec la famille, et des acteurs d'autres champs.

Le *position paper* de l'*American College of Physicians* sur l'intégration de la prise en charge des addictions et des troubles mentaux aux soins primaires

En 2015 l'*American College of Physicians*, le collège de médecine interne aux États-Unis, a publié une position sur l'intégration des soins de santé mentale aux soins primaires (134). Cette publication s'inscrit, elle aussi, dans un mouvement :

- de prise de conscience progressive de la prévalence et l'incidence des troubles mentaux ainsi que des faiblesses et ruptures qui affectent leur prise en charge ;
- de reconnaissance du rôle des soins de premier recours et de la médecine générale dans la prise en charge de ces troubles ;
- du développement de modèles permettant de soutenir cette prise en charge, notamment par une meilleure coordination des acteurs des soins de premier recours et des soins spécialisés.

L'*American College of Physicians* a réalisé une revue de littérature et une consultation d'experts portant sur :

- la prévalence des troubles mentaux et addictifs ;
- les données de la littérature mettant en lumière l'intérêt d'une articulation entre soins somatiques et soins de santé mentale ;
- les données de la littérature justifiant l'intégration de la santé mentale aux soins de premier recours ;
- les freins à l'intégration (les cultures professionnelles et institutionnelles, les problèmes d'accès et de ressources, les questions de partage d'informations, la stigmatisation, les problèmes de formation) ;
- les différents modèles et niveaux d'intégration ;
- les données de preuve sur l'intégration soins de premier recours/soins de santé mentale.

Les modèles des *PC-MH* et du *collaborative care* sont évoqués à plusieurs reprises dans le cadre de cette revue.

L'*American College of Physicians* exprime son soutien au développement de l'intégration des soins de santé mentale aux soins de premier recours et formule des recommandations en direction des pouvoirs publics, mettant l'accent sur la levée des freins identifiés au niveau du système de soins :

- supprimer les freins à l'intégration des soins qui perdurent dans les systèmes de financement et développer des incitatifs financiers au développement de dispositifs intégrés ;
- identifier les insuffisances de couverture assurantielle qui limitent l'accès à ces dispositifs et leur développement et y remédier, y compris par le biais de lois contre la discrimination ;
- développer la recherche sur les modèles efficaces et efficients d'intégration des soins de santé mentale aux soins de premier recours ;

- proposer des programmes de formation continue qui permettent le développement de compétences adaptées aux dispositifs intégrés en soins de premier recours ;
- mettre en place des programmes de lutte contre la stigmatisation des troubles mentaux et des soins de santé mentale.

3. Élaboration du guide par un groupe de travail

3.1 Composition du groupe de travail

Le groupe de travail, coordonné et animé par la HAS, était co-présidé par un médecin généraliste et un psychiatre et a réuni 37 experts :

- dix médecins généralistes ;
- huit psychiatres (sept psychiatres exerçant en secteur public et un psychiatre libéral) ;
- quatre psychologues exerçant en libéral et/ou en équipe de psychiatrie publique ;
- quatre infirmiers exerçant en libéral et/ou en équipe de psychiatrie publique ;
- un infirmier cadre de santé ;
- un praticien de médecine polyvalente exerçant dans un établissement de soins de santé mentale (ou médecin somaticien) ;
- deux chirurgiens-dentistes ;
- un urgentiste ;
- un pharmacienne d'officine ;
- un représentant d'Agence régionale de santé (ARS) ;
- un responsable qualité ;
- trois représentants de patients et familles d'utilisateurs.

Il a été constitué *via* un appel à candidatures mis en ligne sur le site Internet de la HAS et par l'intermédiaire du groupe des parties prenantes directement informé du lancement de cet appel à candidature.

La sélection des membres du groupe a été réalisée dans l'objectif d'assurer au mieux une représentativité :

- des différents acteurs impliqués dans la coordination autour de patients adultes souffrant de troubles mentaux (professionnels de toutes disciplines et spécialités, institutionnels, usagers et familles d'utilisateurs) ;
- des secteurs d'exercice (public et privé) ;
- des zones géographiques d'exercice (au total, 18 départements français étaient représentés).

Une attention particulière a été portée aux candidatures faisant état d'une expérience et d'une expertise sur la coordination entre médecins généralistes et autres acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux.

3.2 Organisation de la réflexion conduite avec le groupe de travail

Le travail a été réalisé dans le cadre de trois réunions qui ont eu lieu les 20 janvier, 10 mars et 6 avril 2017.

Le groupe de travail s'est appuyé sur les résultats de la recherche documentaire et de l'analyse bibliographique présentés ci-avant. Les résultats relatifs aux expériences d'amélioration 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 étant principalement issus d'études conduites à l'étranger (seules trois références françaises ont été identifiées), la typologie proposée, illustrée d'exemples concrets d'expériences, a été soumise au groupe de travail, pour discussion critique, adaptation au contexte français et améliorations.

Seize membres du groupe de travail participaient ou avaient participé à des enquêtes et expériences d'amélioration de la coordination au moment des réunions du groupe de travail. Ces enquêtes et expériences ont été formellement présentées dans le cadre des réunions du groupe. D'autres expériences ont été recensées lors des échanges. Deux experts extérieurs au groupe ont également été auditionnés sur des expériences qu'ils conduisaient.

En complément, un infirmier libéral, un chirurgien-dentiste, un urgentiste, un psychologue libéral et un psychiatre libéral du groupe ont présenté les spécificités attachées à leurs exercices pour assurer une coordination interprofessionnelle (difficultés rencontrées, leviers et barrières potentielles et préconisations).

Ainsi, si les travaux se sont appuyés sur les résultats de la recherche documentaire et de l'analyse bibliographique, une place importante a été donnée aux retours sur les expériences d'amélioration de la coordination conduites en France pour l'élaboration du guide « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux : état des lieux, repères et outils pour une amélioration ».

À partir de l'analyse des expériences d'amélioration de la coordination identifiées, un travail par étapes a été conduit avec le groupe. Il a porté sur la définition des attentes des différents acteurs en termes d'amélioration de la coordination interprofessionnelle, des objectifs opérationnels de la coordination, des valeurs sous-tendant l'organisation et la structuration de la coordination et des freins et leviers à la mise en œuvre et à la pérennisation d'expériences. L'élaboration du guide « 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 » a pris en compte les résultats des réflexions menées à chacune de ces étapes.

3.3 Résultats des travaux du groupe de travail

► Expériences d'amélioration de la coordination en France et à l'étranger

→ Un recensement des travaux conduits en France

Documents ressources

Une charte de partenariat et deux recommandations de bonne pratique ont été identifiées sur la thématique 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 :

- la « **Charte 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) (138).

Cette charte se décline en huit points notamment relatifs à : l'identification par le psychiatre de secteur 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. Elle a donné lieu à de nombreuses expérimentations au niveau local, brièvement présentées dans le cadre du groupe de travail ;

- 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 (2), décrites ci-avant (pages 82 et 83) ;
- 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 » (139).

Cette recommandation, non spécifique à la coordination entre médecins généralistes et acteurs de la psychiatrie, souligne notamment l'importance, pour un patient souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire, d'avoir un **médecin traitant, médecin généraliste dans la mesure du possible**, pour assurer le suivi somatique.

En cas de réticence du patient à choisir un médecin généraliste (défaut d'initiative, angoisse par rapport à un nouvel interlocuteur), il est préconisé que le psychiatre en charge du suivi du patient gère les problèmes somatiques le temps d'arriver à trouver un relais auprès d'un confrère généraliste et d'obtenir l'adhésion effective du patient.

Elle recommande par ailleurs « aux psychiatres d'améliorer leur communication (courrier, compte rendu) avec les autres spécialistes et le médecin traitant » et « au médecin traitant d'adresser des courriers au psychiatre sur son suivi somatique ».

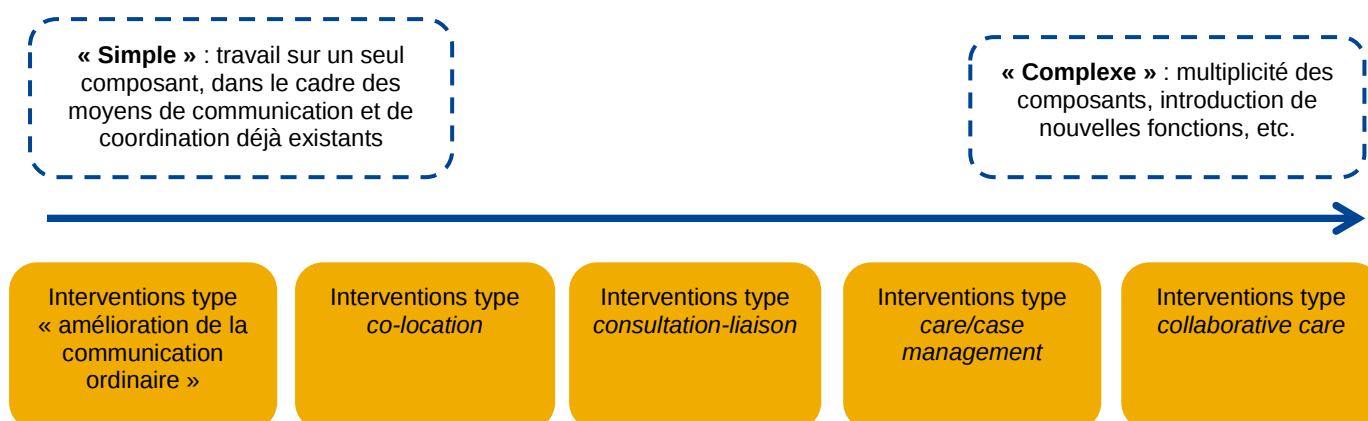
Expériences conduites au niveau local

Les expériences d'amélioration de la coordination qui ont été recensées en France par le groupe de travail ainsi que par les membres du groupe de pilotage de la HAS sont présentées dans le guide. Il s'agit d'une liste non exhaustive d'exemples d'expériences qui ont pu être identifiés dans le cadre de ce travail.

→ Mise en regard des résultats de la recherche documentaire et de l'analyse bibliographique

Les travaux conduits avec le groupe de travail ont mené à une évolution de la typologie des expériences d'amélioration de la coordination construite à la suite de l'analyse bibliographique (graphique 8).

Graphique 8. Typologie issue de l'analyse bibliographique



Les ajustements suivants ont été effectués :

Formation initiale et continue

La formation, initiale et continue, à la fois aux prises en charge en premier recours, à la psychiatrie et à la santé mentale et aux pratiques de coordination n'a pas, dans le cadre de la recherche documentaire et de l'analyse bibliographique, été considérée comme faisant strictement partie des expériences d'amélioration de la coordination. Elle a, en revanche, été identifiée comme **un levier pour améliorer la coordination et la pérenniser**, et des sessions de formation étaient fréquemment incluses aux expériences d'amélioration de la coordination étudiées, tant en France qu'à l'étranger.

Exemples : actions développées à Montpellier

Trois actions ont été développées à la faculté de médecine de Montpellier :

- des enseignements interactifs s'adressant à de petits groupes d'internes de médecine générale en 3^e cycle, animés par un binôme médecin généraliste-psychiatre (formation initiale) ;
- Des stages hors filières en médecine générale proposés aux internes de psychiatrie (formation initiale) ;
- un diplôme universitaire (DU) de psychiatrie et santé mentale s'adressant aux médecins généralistes, un professeur des universités en psychiatrie et un professeur des universités en médecine générale en ayant la coresponsabilité (formation continue).

L'importance de la formation pour améliorer la coordination, soulignée par les membres du groupe de travail, a été reflétée dans la typologie proposée *via* une représentation parallèle aux grandes catégories d'expériences identifiées.

Suppression de la notion de continuum

La caractérisation des expériences selon leur niveau de complexité a été considérée comme potentiellement **normative** par le groupe de travail. Une présentation des quatre premières grandes catégories de la typologie sur un même niveau, ces quatre grandes catégories apparaissant comme potentiellement incluses dans la cinquième (interventions type *collaborative care*), a été privilégiée.

Des terminologies anglo-saxonnes aux terminologies françaises

Des terminologies anglo-saxonnes ont été proposées pour nommer les grandes catégories d'expériences composant la typologie. Ce choix résultait de la large surreprésentation des expériences décrites en langue anglaise dans la littérature, mais également d'une absence de stabilité des termes, en langue française mais aussi en anglais. Le groupe de travail a souhaité que des traductions en langue française soient proposées. Les terminologies suivantes ont été choisies :

- la terminologie « lieux d'exercice partagés » a été choisie pour nommer les interventions type *co-location* ;
- la terminologie « dispositifs de soins partagés (DSP) » a été choisie pour nommer les interventions type *consultation-liaison* ;
- la terminologie « coordination de parcours de santé » a été retenue pour faire référence au *care* et au *case management*. Le terme anglo-saxon a toutefois été priorisé dans le guide dans la mesure où d'autres propositions de traduction ont été formulées dans la littérature, sans que ne se dégage un consensus, notamment : « coordination de parcours » (140), « gestion de cas » (141-143) et « assistance au parcours » (144) ;
- 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. Ainsi, le terme anglo-saxon a également été priorisé et il a été recouru à la traduction littérale « soins collaboratifs ».

Interventions type amélioration de la communication « ordinaire » : ajustement de la terminologie et enrichissement

La suppression du terme « ordinaire » a été souhaitée par le groupe de travail, et des précisions sur le type d'interventions faisant partie de cette catégorie hétérogène ont été ajoutées : échanges d'informations, liaison et processus renforcés d'adressage. Si peu de détails ont été identifiés dans la littérature sur les outils de communication mobilisés dans les différentes études (courriels, téléphone, etc.) et la manière dont ces outils peuvent être utilisés de façon structurée, les membres du groupe de travail ont souligné leur importance.

Interventions type care/case management : un cadre élargi

Les interventions type *care/case management* identifiées *via* la recherche documentaire et l'analyse bibliographique étaient majoritairement centrées sur des fonctions de *care/case management* en soins de premier recours impliquant un suivi actif de patients souffrant de dépression. Cela résulte notamment des choix relatifs au périmètre de la recherche, centrée sur les acteurs du secteur sanitaire, qui a pu conduire

à une moindre représentation d'interventions impliquant les acteurs des secteurs médico-social et social dans lesquelles le rôle du médecin généraliste serait peu ou moins décrit.

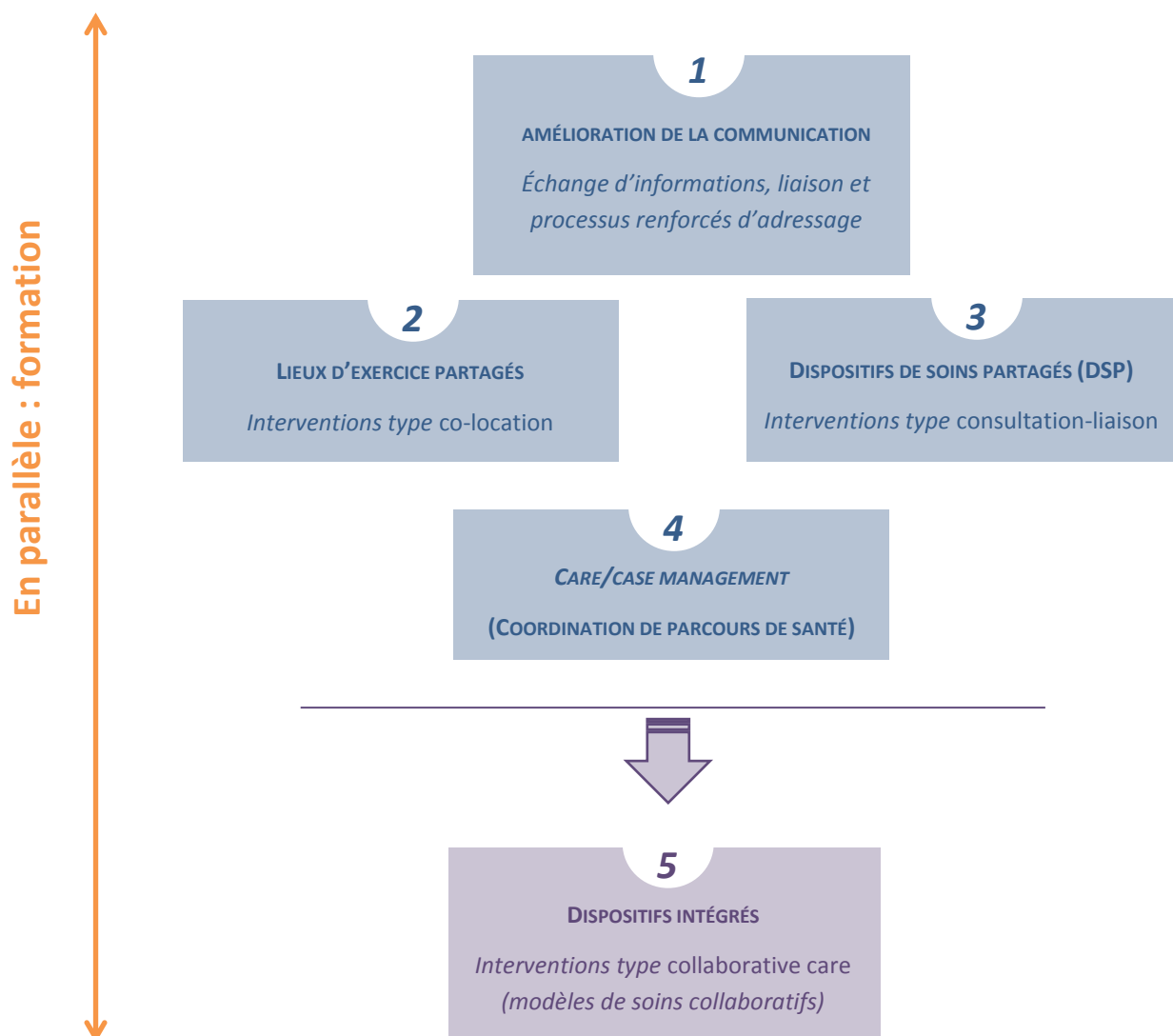
Un exemple d'expérience conduite dans le champ du médico-social a été présenté par un membre du groupe de travail. Il est répertorié dans le guide « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : état des lieux, repères et outils pour une amélioration » (« le SAMSAH Prépsy »).

Le groupe a également mis en évidence le rôle de référent, assuré notamment par certains infirmiers de l'équipe de psychiatrie de secteur, mais pouvant l'être également par d'autres professionnels, considéré comme proche de la fonction de *care/case management*.

Interventions type collaborative care

Aucune intervention type *collaborative care* n'a été identifiée dans les pratiques françaises. Toutefois, ces interventions se caractérisent par leur aspect multidimensionnel, faisant appel à plusieurs actions visant à améliorer la coordination de façon simultanée. Un exemple d'expérience en France faisant appel aux différentes catégories de la typologie a été identifié et est présenté dans le guide (« l'organisation du secteur 59G21 de l'EPSM Lille-Métropole » (145)).

Graphique 9. Typologie issue des travaux avec le groupe de travail



► Améliorer la coordination : attentes des acteurs

Dans le cadre des travaux du groupe de travail, un recensement de ce qu'attendaient les acteurs (professionnels impliqués dans la prise en charge, usagers et proches d'usagers) d'une meilleure coordination interprofessionnelle a été effectué. Certaines attentes étaient communes à toutes les catégories d'acteurs, d'autres étaient spécifiques à chacune.

→ Des attentes communes

Une prise en charge globale et de qualité :

- une prise en charge **précoce et continue** :
 - éviter les retards et les ruptures de prise en charge, à l'origine d'une perte de chances ;
 - anticiper et préparer, en période de calme, ce qui pourrait être mis en place quand une rechute s'amorce ou quand une crise s'annonce pour essayer de les désamorcer ;
- un **accès aux soins facilité et rapide**, adapté aux situations rencontrées (notamment à l'urgence) :
 - à un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale dans le cadre d'un premier rendez-vous (équipes de psychiatrie, psychiatres libéraux) ;
 - à un médecin généraliste traitant dans le cadre d'un suivi psychiatrique régulier ;
- une **prise en charge globale** : soins structurés et coordonnés, suivi régulier, éducation thérapeutique et réévaluations.

Une préservation de la confiance et de l'alliance thérapeutique :

- que la confiance et l'alliance thérapeutique patient-soignant soient protégées dans le cadre du parcours coordonné impliquant plusieurs acteurs.

→ Les attentes des patients

Respect, reconnaissance et relation de confiance :

- être respectés et reconnus avec leur maladie par l'ensemble des acteurs de la prise en charge ;
- que soient prises en compte les dimensions psychiques et physiques de leur souffrance et de leur état de santé ;
- être reconnus comme des acteurs de leur prise en charge : prise en compte de leurs préférences, respect de leurs droits, de leur autonomie, de leurs choix et de leurs ressources.

Secret professionnel et confidentialité :

- que soit respecté le choix éventuel de limiter et cloisonner l'échange et le partage d'informations entre professionnels ;
- des explicitations sur la nature des informations échangées et partagées et sur les raisons de ces échanges et partages entre professionnels ;
- une préservation de l'intime lors du partage et de l'échange d'informations entre professionnels.

Une prise en charge et un accompagnement individualisés :

- l'anticipation et la préparation, avec les soignants, notamment en période de calme ou de post-crise, de ce qui pourrait être mis en place si une rechute ou si une crise s'annoncent afin de les désamorcer ;
- dans le cadre d'un adressage vers un autre professionnel : une personnalisation de l'adressage et un accompagnement pour la construction d'une relation de confiance avec le professionnel nouvellement impliqué dans la prise en charge ;
- un accompagnement dans les démarches pratiques (prise de rendez-vous, etc.) pour favoriser une prise en charge optimale ;
- un accompagnement, si nécessaire, pour l'organisation des activités de la vie quotidienne ;
- que soit prise en considération la personne de confiance éventuellement désignée.

→ Les attentes des proches

Accompagnement, respect et reconnaissance :

- être accompagnés dans les démarches pratiques pour favoriser l'adhésion au traitement, une prise en charge optimale et éviter les rechutes pour le proche en souffrance ;
- avec l'accord du patient, être écoutés et entendus (demandes, souffrance et épuisement potentiels), respectés et considérés comme des partenaires précieux et vigilants.

→ Les attentes des professionnels impliqués dans la prise en charge

Prise en charge globale et de qualité :

- être en mesure de diagnostiquer le plus précocement possible les maladies ;
- être en mesure d'assurer la permanence des soins ;
- être en mesure de faciliter l'accès des patients aux soins spécialisés en psychiatrie et santé mentale quand cela est nécessaire : accès rapide et éventuellement adapté au niveau d'urgence de la situation ;
- respecter l'intimité et la volonté du patient au travers des informations échangées et partagées entre professionnels de santé ; accueillir la souffrance psychique et respecter les libertés individuelles et les droits du patient dans le cadre de la coordination.

Partage d'information, sécurisation des échanges et respect de la confidentialité

- disposer, dans les meilleurs délais, des informations nécessaires émanant des autres professionnels impliqués autour du patient pour pouvoir le prendre en charge de façon optimale ;
- être en mesure de partager les informations nécessaires à la prise en charge du patient avec les autres professionnels impliqués autour de lui :
 - de façon sécurisée, afin de garantir la confidentialité de ces informations ;
 - en s'assurant de l'accord du patient pour ce partage d'information, afin de respecter son intimité et sa volonté.

Connaissance des rôles de chacun, accès à la complémentarité des connaissances et des compétences :

- que les **rôles de chacun des acteurs de soins potentiellement impliqués dans la prise en charge du patient soient connus de tous**, en particulier **le rôle de coordination et d'orientation du médecin traitant**, médecin généraliste le plus souvent (les caractéristiques de la médecine générale – médecine de famille sont rappelées ci-après) ;
- pouvoir s'appuyer sur la richesse que constitue la complémentarité des différents acteurs de soins, notamment *via* une meilleure interface entre les soins de premier recours et la psychiatrie ;
- être en mesure d'identifier les acteurs ressources pour proposer une prise en charge optimale au patient.

Davantage de temps dédié à la prise en charge du patient et à la coordination :

- une reconnaissance et une valorisation du temps nécessaire à la coordination interprofessionnelle ;
- disposer de davantage de temps pour le soin en étant libérés de tâches organisationnelles.

Caractéristiques de la médecine générale – médecine de famille

La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille décrit notamment les caractéristiques de la discipline comme (146)²² :

- étant habituellement **le premier contact avec le système de soins**, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée ;
- utilisant de façon efficiente les ressources du système de santé par la **coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires** et la **gestion du recours aux autres spécialités**, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient ;
- ayant la responsabilité d'assurer des **soins longitudinaux et continus**, selon les besoins du patient ;
- gérant simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient ;
- répondant aux **problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle**.

Les médecins généralistes-médecins de famille, qui sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent [...], sont par ailleurs décrits comme agissant personnellement ou faisant appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services.

Le rôle de coordination et d'orientation du médecin généraliste a été formalisé en France par l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale qui prévoit que : « Afin de **favoriser la coordination des soins**, tout assuré ou ayant droit âgé de 16 ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'Assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. »

Des préoccupations particulières selon le professionnel concerné

- L'infirmier libéral :
 - sortir de l'isolement ;
 - gagner en efficacité.
- Le chirurgien-dentiste :
 - de la même manière que les autres professionnels, disposer de l'ensemble des informations nécessaires à une prise en charge optimale du patient, notamment pour le choix d'une stratégie thérapeutique adaptée (anesthésie locale + sédation consciente MEOPA ; anesthésie locale + sédation intra-veineuse ou anesthésie générale, par exemple) :
 - types de pathologie(s) et traitements mis en place, comorbidités éventuellement associées ;
 - interactions médicamenteuses et risques médicaux.
- L'urgentiste :
 - une diminution des orientations par excès et avec retard vers les urgences.
- Le psychiatre libéral :
 - une optimisation des moyens humains et du temps disponible ;
 - une orientation plus ciblée des patients vers le psychiatre libéral par les médecins généralistes.
- Le psychologue libéral :
 - une plus grande interface et une meilleure communication avec les acteurs impliqués dans la prise en charge des patients.

²² La définition proposée dans ce rapport ne reprend pas la totalité des caractéristiques de la discipline de la médecine générale – médecine de famille disponibles dans le document source.

► Déclinaison des attentes en objectifs opérationnels et en valeurs partagées

Dans une finalité d'amélioration de la qualité des prises en charge en termes de précocité des diagnostics et des traitements et de continuité des soins, plusieurs objectifs opérationnels dans la structuration et l'organisation de la coordination ont été définis, ces objectifs opérationnels devant être atteints dans le respect de valeurs partagées par l'ensemble des acteurs.

→ Objectifs opérationnels :

- objectif 1 : Identifier les ressources présentes sur le territoire et impliquées dans la prise en charge du patient ;
- objectif 2 : Échanger et partager entre professionnels toute information utile dans des délais optimaux (pertinence, qualité et sécurisation des échanges) ;
- objectif 3 : Accéder facilement et rapidement :
 - 3a : au second recours (adressage et demande de conseils/avis du médecin généraliste aux professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale) ;
 - 3b : à un médecin généraliste traitant pour des patients suivis par un psychiatre libéral ou une équipe de psychiatrie ;et assurer un suivi conjoint (3c).

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

- prise en compte des dimensions psychique et physique 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 professionnel²³ : 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.

²³ Article L. 1110-4 du Code de la santé publique

► De nombreux outils identifiés pour répondre aux objectifs définis

Plusieurs outils ont été proposés pour répondre aux objectifs définis par le groupe de travail. Certains sont spécifiques à un objectif opérationnel donné, d'autres peuvent être mobilisés pour répondre à l'ensemble de ces objectifs. Pour certains des outils, des facteurs favorisant et limitant ont été identifiés, ainsi que des points de vigilance (tableau 4).

Ces outils ont été déclinés à partir des expériences d'amélioration de la coordination identifiées en France et à l'étranger. Toutefois, chaque grande catégorie d'interventions composant la typologie intègre des expériences :

- mobilisant différents outils de façon distincte (isolément ou simultanément, échange d'informations par courrier ou par téléphone, fréquence des contacts avec un *care/case manager* plus ou moins importante, etc.) ;
- pouvant être mises en œuvre différemment sur le terrain en fonction du contexte, du niveau de développement des relations entre professionnels, des besoins, etc.

Ainsi, l'état des lieux sur les expériences d'amélioration de la coordination conduites en France et à l'étranger ne permet pas d'isoler un modèle idéal unique, plusieurs combinaisons et modalités de mise en œuvre étant possibles.

Les membres du groupe de travail ont analysé ces expériences pour en extraire des outils pouvant être combinés ou utilisés de façon indépendante dans le cadre d'expériences répondant aux besoins à un endroit donné.

→ Des outils extraits des expériences d'amélioration de la coordination

Tableau 4. Outils identifiés 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

Outils proposés	Leviers	Freins	Points de vigilance	Obj. 1	Obj. 2	Obj. 3a	Obj. 3b	Obj. 3c
Annuaire de ressources	Actualisation régulière nécessaire.	Pas toujours exhaustifs et actualisés. N'intègrent pas toujours les adresses courriels des professionnels.		X				
Rencontres pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires	Apportent une dimension conviviale. Dispositif « apprenant », valorisant la place de chacun.	Manque de temps, notamment pour les professionnels libéraux. Absence de valorisation monétaire.		X				
Noms et coordonnées des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient renseignés dans les dossiers médicaux		Mauvaise lisibilité des noms et coordonnées.	S'assurer de l'accord du patient et l'informer de l'usage qui sera fait de ces informations.	X				
Élaboration de documents/courriers types structurant les informations devant être échangées (cf. recommandations du CNQSP)	Permettent d'évaluer la qualité des informations échangées (évaluation du système).	Un trop grand nombre d'items à renseigner peut conduire les professionnels à ne pas adopter la maquette proposée (manque de temps).	S'assurer de l'accord du patient et le tracer. Lors d'une hospitalisation en psychiatrie ou aux urgences : <u>lettres de liaison ville-hôpital obligatoires.</u> Penser aux échanges d'informations avec le chirurgien-dentiste et avec le pharmacien d'officine.		X			
Accès téléphonique direct à un psychiatre sénior (ligne téléphonique dédiée, par exemple)		Crainte des professionnels d'être sur-sollicités				X		
Plages horaires réservées pour des consultations non programmées		Risque de non-ajustement à la demande et aux besoins				X		
Plages horaires élargies pour des consultations dans la semaine						X		

Outils proposés	Leviers	Freins	Points de vigilance	Obj. 1	Obj. 2	Obj. 3a	Obj. 3b	Obj. 3c
Consultation d'avis et de suivi conjoint	Diminution de la stigmatisation quand la consultation a lieu en dehors des structures de soins spécialisées. Un avis est mieux accepté par le patient qu'un adressage pour une prise en charge spécialisée. Dispositif « apprenant » valorisant la place de chacun.	Temps nécessaire à la structuration des coopérations. Consultation conjointe : mobilise deux temps soignants. Attentes des professionnels sur les suites de la prise en charge parfois non cohérentes. Réticence des patients et des professionnels.				X	(X)	
Interventions conjointes en dehors des structures spécialisées		Mobilise plusieurs temps de soignants.				X	(X)	X
Prises de rendez-vous par Internet		Risque de non-ajustement à la demande et aux besoins.				X	X	
Processus renforcés d'adressage (astreinte téléphonique, équipes mobiles d'urgence, polyvalentes, etc.)		Crainte d'une étape de « sur-adressage » des médecins généralistes vers le service spécialisé.				X		
Interventions du médecin généraliste au sein des unités de soins psychiatriques							X	X
Lieux d'exercice partagé en ville	Un lieu d'exercice partagé non spécialisé en psychiatrie et santé mentale : - est associé à une diminution de la stigmatisation et de la réticence des patients au second recours ; - permet des échanges informels.	Une unité de lieu ne suffit pas à développer une coordination effective. Risque de désinvestissement du médecin généraliste.				X	X	X
Protocoles pluriprofessionnels de prise en charge : situations ou pathologies spécifiques	Nécessite l'organisation d'un transfert de responsabilité.					X	X	X
Protocoles pluriprofessionnels de prise en charge : projet thérapeutique individualisé						X	X	X

Outils proposés	Leviers	Freins	Points de vigilance	Obj. 1	Obj. 2	Obj. 3a	Obj. 3b	Obj. 3c
Courrier	Permet une traçabilité dans les dossiers médicaux (par opposition aux échanges à l'oral). Peut être transmis au patient.	Mode de communication descendant ne permettant pas le dialogue. Délais postaux pour l'échange et le partage d'informations par courrier : insuffisant en situation d'urgence.		X	X	X	X	X
Courriel	Adresses courriels connues de manière réciproque (cf. annuaires).	Incertitude des professionnels quant au statut des échanges par courriel et à la nécessité ou non de les intégrer systématiquement au dossier médical.	Échange de courriels dans le cadre de messageries sécurisées de santé.	X	X	X	X	X
Téléphone	Convivial, permet un dialogue. Système téléphonique organisé. Lignes mobiles professionnelles connues de manière réciproque.	Temps nécessaire pour joindre l'interlocuteur parfois long.		X	X	X	X	X
SMS	Moins intrusif qu'un appel téléphonique. Rapide. Ne dérange pas. Lignes mobiles professionnelles connues de manière réciproque.	Pas de réponse systématique.	<u>Moyen de communication non sécurisé</u> : informations confidentielles ne devant pas être communiquées par ce biais.	X		X	X	X
Télémédecine	Évite au patient de se déplacer. Facilite l'accès aux soins dans des zones peu dotées en personnel soignant.				X	X	X	X
Système d'information partagé, Dossier médical partagé, dossier pharmaceutique				X	X	X	X	X

Outils proposés	Leviers	Freins	Points de vigilance	Obj. 1	Obj. 2	Obj. 3a	Obj. 3b	Obj. 3c
Base de données médicales de l'Assurance maladie		Seuls 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 sont identifiables, peu de données cliniques.	Accord et présence du patient nécessaires.	X	X			
Cahier de liaison				X	X			
Systèmes d'échanges interactifs et instantanés de type réseau social entre professionnels autorisés				X		X	X	X
Outils de e-santé mentale			Ces outils ont fait l'objet de peu d'évaluations dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.	X	X			X
Accompagnement d'un référent/coordonnateur (<i>care/case management</i>)	Définition claire du rôle du référent/coordonnateur (rôle de coordination uniquement ou rôle clinique).	Difficulté à trouver des professionnels acceptant d'assurer le rôle de référent/coordonnateur et des financements pour les recruter.		X	X	X	X	X
Pôles et réseaux de santé (formalisés ou plus informels)	Carnet d'adresses et bases de données communes.	Rotation/roulement des professionnels : nécessité d'actualiser régulièrement les coordonnées de chacun.		X	X	X	X	X

→ Des outils législatifs : la loi de modernisation de notre système de santé

Plusieurs outils sont mis à disposition des acteurs par la loi de modernisation de notre système de santé (147) 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)**.

Ces outils sont brièvement présentés dans le guide.

→ Des repères

En compléments des outils pouvant être mobilisés, des repères ont été identifiés et proposés dans le guide. Il s'agit notamment d'informations relatives à la confidentialité des informations échangées, aux types d'informations devant être échangées entre professionnels, à la notion d'équipe de soins, de recommandations et guides produits sur certains sujets abordés, etc.

► Améliorer la coordination : des freins et des leviers

Au-delà des repères et outils permettant de structurer et de formaliser la coordination, des freins et des leviers à la mise en œuvre et à la pérennisation d'interventions visant à améliorer la coordination ont été identifiés avec le groupe de travail. Ils sont présentés dans le guide.

3.4 Groupe des parties prenantes et groupe de lecture

Un groupe de parties prenantes a été constitué dans le cadre de ce travail. Étaient représentés :

- l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ;
- l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)²⁴ ;
- l'Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale (ANP3SM) ;
- une ARS ;
- le Collège de bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire (CBPMBD) ;
- le Comité d'étude des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY) ;
- le Collège infirmier français (CIF) ;
- la Conférence des présidents de CME de CHU ;
- la Conférence des présidents de CME-ESPIC ;
- la Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée ;
- la Conférence des présidents de CME de CH ;
- la Conférence des présidents de CME de CHS ;
- le Collège de la médecine générale (CMG) ;
- le Collège de la masso-kinésithérapie (CMK) ;
- la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) ;
- le Conseil national professionnel de médecine d'urgence (Collège français de médecine d'urgence) ;
- le Conseil national professionnel de psychiatrie (CNPP) ;

²⁴ La HAS a, depuis la constitution du groupe des parties prenantes, intégré les missions de l'ANESM.

- le Conseil national professionnel de psychiatrie, Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP) ;
- le Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP) ;
- le Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière (CPOPH) ;
- la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- la Fédération française maisons et pôles de santé (FFMPS) ;
- la Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie (FFP-CNPP) ;
- la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) ;
- la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) ;
- la Fédération des soins primaires (FSP) ;
- le Syndicat national des psychologues (SNP) ;
- SOS Médecins ;
- l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ;
- l'Union nationale des réseaux de santé (UNR Santé) ;
- l'URPS médecins libéraux ;

Le groupe des parties prenantes a été réuni à deux reprises, le 21 octobre 2016 et le 20 septembre 2017.

Soixante-deux personnes ont participé à la phase de relecture du guide et ont formalisé un retour critique. Certains membres du groupe de lecture étaient des membres du groupe des parties prenantes et/ou étaient membres du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » de la HAS.

Annexe 1. Stratégie de recherche documentaire : équations de recherche

Le tableau ci-dessous présente la stratégie de recherche dans les bases Medline, SantéPsy, Pascal, BDSP, Cairn, Cochrane Library et PsycInfo.

Les requêtes sont basées sur les mots du titre et résumé, et sur les descripteurs indiqués dans ce tableau. La période de recherche est : Janvier 2005 à Juillet 2015.

Des références doublons sont présentes entre ces différentes requêtes.

Type d'étude / Sujet		Période de recherche	Nombre de références trouvées
	Termes utilisés		
Coopération médecin généraliste / acteur du champ de la santé mentale Base Medline			
Publications françaises			
Etape 1	(primary care OR primary health care OR primary healthcare OR family practice OR family physician* OR general practice OR general practitioner* OR GP OR GPs)/ti,ab OR (primary health care OR physicians, family OR family practice)/de	Janv 05 Juil. 15	40
AND			
Etape 2	(psychiatrist* OR psychologist* OR psychotherapist* OR psycho-therapist* OR psychoanalyst* OR psycho-analyst*)/ti,ab OR (Psychiatry AND Health Personnel)/de OR (Community Mental Health Centers OR Mental Health Services OR Community Mental Health Services)/de OR (psychiatric practice OR psychiatric specialist* OR psychiatric professional* OR psychiatric nurse* OR psychiatric counselor* OR psychiatric counseling OR psychiatric counsellor* OR psychiatric counselling OR psychiatric clinic* OR psychiatric hospital* OR psychiatric setting* OR psychiatric institution* OR psychiatric service* OR psychiatric worker* OR psychiatry practice OR psychiatry specialist* OR psychiatry professional* OR psychiatry nurse* OR psychiatry counselor* OR psychiatry counseling OR psychiatry counsellor* OR psychiatry counselling OR psychiatry clinic* OR psychiatry hospital* OR psychiatry setting* OR psychiatry institution* OR psychiatry service* OR psychiatry worker* OR mental specialist* OR mental professional* OR mental nurse* OR mental counselor* OR mental counseling OR mental counsellor* OR mental counselling OR mental clinic* OR mental hospital* OR mental setting* OR mental institution* OR mental service* OR mental worker* OR mental health practice OR mental health specialist* OR mental health professional* OR mental health nurse* OR mental health counselor* OR mental health counselling OR mental health counsellor* OR mental health counselling OR mental health clinic* OR mental health hospital* OR mental health setting* OR mental health institution* OR mental health service* OR mental health worker*)/ti,ab OR ((counsellor* OR counselor*)/ti,ab AND (mental disorders OR psychiatry)/de)		
AND			
Etape 3	(care collaboration OR collaborative care OR collaborative management OR collaborative strategy OR collaborative strategies OR collaborative working OR care coordination OR coordinated care OR coordinated management OR coordinated strategy OR coordinated strategies OR coordinated working OR cooperat* OR care cooperation OR cooperative care OR cooperative management OR cooperative strategy OR cooperative strategies OR cooperative working OR care co-operation OR co-operative care OR co-operative management OR co-operative strategy OR co-operative strategies OR co-operative working OR shared care OR shared management OR shared strategy OR shared strategies OR joint care OR joint management OR joint strategy OR joint strategies OR joint working)/ti,ab OR (partner* OR team* OR multimodalit* OR multidisciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional)/ti,ab OR Interprofessional Relations/de OR Patient Care Team/de OR (synergy OR synergistic)/ti,ab OR (transfer* OR care transition* OR transition care OR transition* of care OR transition* of caring		

	OR transitional care OR transitional caring OR continuum of care OR care continuity OR continuity of care)/ti,ab OR Continuity of Patient Care/de OR Patient Handoff/de OR (delegat* OR skill mix)/ti,ab OR (care bundle* OR bundle of care OR care management program* OR care model* OR care pathway* OR care protocol* OR care strategies OR care strategy OR chronic disease care OR chronic care model* OR chronic disease model* OR chronic illness care OR chronic illness model* OR clinical model* OR clinical pathway* OR clinical protocol* OR clinical strategies OR clinical strategy OR critical pathway* OR critical protocol* OR disease management)/ti,ab OR Critical Pathways/de OR Disease Management/de OR Long-Term Care/de OR (integration OR integrating OR integrated care OR integrated management OR integrated strategy OR integrated strategies OR integrated working)/ti,ab OR (management model* OR management strategies OR management strategy OR healthcare organi*ation)/ti,ab OR (Delivery of Health Care, Integrated OR Patient Care Planning)/de OR Organizational Innovation/de OR (patient centered OR patient centeredness OR patient centred OR patient centredness OR patient-centered OR patient-centeredness OR patient-centred OR patient-centredness OR person centered OR person centeredness OR person centred OR person centredness OR person-centered OR person-centeredness OR person-centred OR person-centredness)/ti,ab OR Patient-Centered Care/de OR case management/ti,ab OR Case Management/de		
AND			
Etape 4	(France OR francais* OR french)/ti,ab OR France/de OR (France OR francais* OR French)/affiliation OR (France OR francais* OR French)/AuteurColl OR (France OR francais* OR French)/NomRevue		
Recommandations, Conférences de consensus		Janv 05 Juil. 15	51
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 5	(guidance OR guideline*)/ti OR guideline/type OR health planning guidelines/de OR practice guideline/type OR (Consensus Development Conference, NIH OR Consensus Development Conference)/type OR (consensus OR position paper OR recommendation* OR statement*)/ti		
Méta-analyses, Revues systématiques		Janv 05 Juil. 15	31
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 6	(meta analys* OR metaanalys* OR meta-analys*)/ti,ab OR meta-analysis/type OR (systematic literature review* OR systematic literature search* OR systematic overview* OR systematic review* OR systematical literature review* OR systematical overview* OR systematical review* OR OR systematically review* OR systematically search* OR systematically research*)/ti,ab OR Cochrane Database Syst Rev/revue OR Health Technol Assess/revue		
Essais cliniques, Etudes comparatives, Etudes multicentriques		Janv 05 Juil. 15	111
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 7	clinical trial*/ti,ab OR Clinical Trial/type OR Controlled Clinical Trial/type OR random*/ti,ab OR Random Allocation/de OR Randomized Controlled Trial/type OR single-blind/ti,ab OR Single-Blind Method/de OR double-blind/ti,ab OR Double-Blind Method/de OR multicenter study/ti,ab OR multicenter studies/ti,ab OR multicentre study/ti,ab OR multicentre studies/ti,ab OR Multicenter Study/type OR cross-over study/ti,ab OR cross-over studies/ti,ab OR Cross-Over Studies/de OR comparative study/titre OR comparative studies/titre OR Comparative Study/type		
Etudes de cohortes		Janv 05 Juil. 15	31
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 8	Cohort Studies/de OR cohort*/ti OR follow-up study/ti OR follow-up studies/ti OR Follow-Up Studies/de OR prospective study/ti OR prospective studies/ti OR Prospective Studies/de OR longitudinal study/ti OR longitudinal studies/ti OR Longitudinal Studies/de		
Etudes de pratiques		Janv 05 Juil. 15	77
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			

AND			
Etape 9	(practices OR pattern* OR trend*)/ti OR (practice* pattern* OR pattern* of care OR practice* trend* OR trend* of care OR current practice* OR usual practice*)/ti,ab OR (Physician's Practice Patterns OR Nurse's Practice Patterns OR Attitude of Health Personnel)/de OR survey*/ti OR ((Health Personnel OR Health Occupations) AND (Interviews as Topic OR Questionnaires OR Health Care Surveys))/de OR Delivery of Health Care/standards/de OR (regist* OR observator*)/ti OR Registries/de OR (project* OR pilot* OR experience* OR experiment*)/ti OR (attitude* OR behavio*r* OR discourse* OR experience* OR interview* OR narrative* OR stories OR story)/ti OR (psychiatrist* attitude* OR psychiatrist* behavio*r* OR psychiatrist* discourse* OR psychiatrist* experience* OR psychiatrist* interview* OR psychiatrist* narrative* OR psychiatrist* practice* OR psychiatrist* stories OR psychiatrist* story OR psychologist* attitude* OR psychologist* behavio*r* OR psychologist* discourse* OR psychologist* experience* OR psychologist* interview* OR psychologist* narrative* OR psychologist* practice* OR psychologist* stories OR psychologist* story OR psycho*therapist* attitude* OR psycho*therapist* behavio*r* OR psycho*therapist* discourse* OR psycho*therapist* experience* OR psycho*therapist* interview* OR psycho*therapist* narrative* OR psycho*therapist* practice* OR psycho*therapist* stories OR psycho*therapist* story OR psycho*analyst* attitude* OR psycho*analyst* behavio*r* OR psycho*analyst* discourse* OR psycho*analyst* experience* OR psycho*analyst* interview* OR psycho*analyst* narrative* OR psycho*analyst* practice* OR psycho*analyst* stories OR psycho*analyst* story)/ti,ab OR (doctor* attitude* OR doctor* behavio*r* OR doctor* discourse* OR doctor* experience* OR doctor* interview* OR doctor* narrative* OR doctor* practice* OR doctor* stories OR doctor* story OR general practitioner* attitude* OR general practitioner* behavio*r* OR general practitioner* discourse* OR general practitioner* experience* OR general practitioner* interview* OR general practitioner* narrative* OR general practitioner* practice* OR general practitioner* stories OR general practitioner* story OR GP* attitude* OR GP* behavio*r* OR GP* discourse* OR GP* experience* OR GP* interview* OR GP* narrative* OR GP* practice* OR GP* stories OR GP* story OR nurse* attitude* OR nurse* behavio*r* OR nurse* discourse* OR nurse* experience* OR nurse* interview* OR nurse* narrative* OR nurse* practice* OR nurse* stories OR nurse* story OR physician* attitude* OR physician* behavio*r* OR physician* discourse* OR physician* experience* OR physician* interview* OR physician* narrative* OR physician* practice* OR physician* stories OR physician* story OR specialist* attitude* OR specialist* behavio*r* OR specialist* discourse* OR specialist* experience* OR specialist* interview* OR specialist* narrative* OR specialist* practice* OR specialist* stories OR specialist* story OR professionn* attitude* OR professionn* behavio*r* OR professionn* discourse* OR professionn* experience* OR professionn* interview* OR professionn* narrative* OR professionn* practice* OR professionn* stories OR professionn* story)/ti,ab		
Efficacité		Janv 05 Juil. 15	32
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 10	(efficient OR efficiency OR efficacy OR effectiveness OR effectiveness OR performance OR impact OR effect* OR consequence* OR utility OR useful OR usefulness OR outcome)/ti OR ("Outcome Assessment (Health Care)" OR Treatment Outcome OR Health Impact Assessment OR Program Evaluation OR prognosis OR patient satisfaction)/de		
Etudes économiques		Janv 05 Juil. 15	44
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
	(econom* OR cost* OR cost*benefit OR cost*effectivness OR cost*effectiveness OR cost utility OR QALY OR cost* of illness OR healthcare cost* OR health care cost* OR societal cost* OR financ* OR		

	spend* OR spent OR burden of disease OR expensive OR inexpensive OR pric* OR reimbursement)/ti OR (economics OR costs and cost analysis OR fees and charges OR Budgets OR Cost Allocation OR Cost Control OR Cost of Illness OR Cost Savings OR Cost-Benefit Analysis OR Quality-Adjusted Life Years OR Economics, Hospital OR Economics, Medical OR Economics, Nursing OR Economics OR Financial Management, Hospital OR Financial Management OR financing, government OR Social Security OR Insurance, Health, Reimbursement OR Financing, Personal OR Health Care Costs OR health care sector OR Health Planning Support OR Cost Sharing OR Insurance Benefits OR Insurance Carriers OR Insurance Claim Review OR Insurance Coverage OR Social Security OR Medical Indigency OR Purchasing, Hospital)/de		
Amélioration de la qualité		Janv 05 Juil. 15	43
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 11	((guideline* OR guidance* OR recommendation*) AND adherence)/ti OR (accreditation OR certification OR audit OR peer review* OR review criteria OR reminder*)/ti OR (Health Plan Implementation OR Accreditation OR Certification OR Benchmarking OR Professional Review Organizations OR Peer Review, Health Care OR Utilization Review OR Reminder Systems OR Health Care Evaluation Mechanisms OR Process Assessment (Health Care) OR Quality Improvement OR Education, Continuing OR Learning Curve OR Inservice Training)/de OR implement*/ti OR (Guideline Adherence OR Quality Control OR Quality Indicators, Health Care OR Total Quality Management OR Clinical Audit OR Guideline Adherence OR Quality Control OR Quality Indicators, Health Care OR Total Quality Management OR Clinical Audit OR Quality Assurance, Health Care/standards)/de OR ((quality OR performance OR competence) AND (evaluat* OR indicator* OR criteria OR criterium OR measur* OR assess* OR improv* OR standard* OR control* OR management))/ti OR quality indicator*/ti		
Autres publications sur la qualité		Janv 05 Juil. 15	32
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 11	quality/ti OR Quality of Health Care/de		
Événements indésirables		Janv 05 Juil. 15	29
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 12	risk/ti OR (adverse effect* OR adverse event* OR side effect* OR undesirable event* OR complain* OR complicat* OR safe OR safety OR secure OR security OR harmful OR unsafe OR warning*)/ti,ab OR (precaution* OR harm)/ti OR (Mental Disorders/complications OR Risk Management OR Safety)/de OR (damage* OR mal*practice* OR mistak* OR clinical error* OR medical error*)/ti,ab OR (malpractice OR medical errors OR Iatrogenic Disease)/de OR (miss OR missed OR missing)/ti OR (((delayed OR late) diagnosis) OR ((delayed OR late) recognition) OR ((delayed OR late) assessment) OR ((delayed OR late) detection))/ti,ab OR delayed diagnosis/de OR (under*diagnos* OR un*diagnos* OR non*diagnos* OR under*recogniz* OR un*recogniz* OR non*recogniz* OR under*recognition OR un*recognition OR non*recognition OR under*assess* OR un*assess* OR non*assess* OR under*detect* OR un*detect* OR non*detect* OR over*diagnos* OR over*recogniz* OR over*recognition OR over*assess* OR over*detect* OR under*treat* OR un*treat* OR non*treat*)/ti,ab OR (((delayed OR late) treatment) OR ((delayed OR late) therapy) OR ((delayed OR late) management) OR over*treat*)/ti,ab		
Freins		Janv 05 Juil. 15	51
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 13	barrier*/ti OR obstacle*/ti OR difficulty/ti OR difficulties/ti OR challenge*/ti OR needs/ti OR prevent/ti OR prevents/ti OR resist*/ti OR obstruct*/ti OR inhibit*/ti OR forbid*/ti OR impeded*/ti OR prohibit*/ti OR hamper*/ti OR block*/ti OR Health Services Accessibility/de OR Organizational Culture/de		

Coopération médecin généraliste / acteur du champ de la santé mentale <i>Base Pascal – Publications françaises</i>			
Etape 14	(generaliste* OR medecin* famille OR medecine generale OR soins primaires OR soins premier recours OR medecine premier recours)/ti,ab OR Médecine générale/de	Janv 05 Juil. 15	91
AND			
Etape 15	(psychiatr* OR psycholog* OR psychotherap* OR psycho therap* OR psychanaly*)/ti,ab OR (Psychiatre OR Psychologue OR Psychothérapeute OR Psychanalyste OR Infirmier psychiatrique)/de		
AND			
Etape 16	(collabor* OR coord* OR cooper* OR co oper* OR partenaire* OR partenariat* OR equipe* OR multimoda* OR multidisciplinaire* OR multidisciplinarite* OR interdisciplinaire* OR interdisciplinarite* OR interdisciplinaire* OR inter disciplinarite* OR interprofessionnel* OR interprofessionnalite* OR inter professionnel* OR inter professionnalite* OR synerg* OR transition* OR transfer* OR continue* OR continuum* OR delegu* OR delegation* OR strategie* soin* OR strategie* sante* OR strategie* prise* charge OR parcours* soin* OR protocole* soin* OR disease management OR case management OR patient centered care OR integration* OR integr*)/ti,ab OR (Relations interprofessionnelles OR Continuité soins OR Continuité des soins OR Suivi soins patient OR Gestion maladie OR Programme clinique OR Système de soins intégrés OR Planification des soins du patient OR Innovations dans fonctionnement OR Soins centrés sur le patient OR Gestion cas)/de		
AND			
Etape 17	(France OR francais* OR french)/ti,ab OR France/de OR (France OR francais* OR French)/affiliation		
Coopération médecin généraliste / acteur du champ de la santé mentale <i>Base Cairn – Publications françaises</i>			
		Janv 05 Juil. 15	11
Etape 18	"médecine générale" OR généraliste*/ti,ab		
AND			
Etape 19	Psychologie/discipline		
Coopération médecin généraliste / acteur du champ de la santé mentale <i>Base SantéPsy – Publications françaises</i>			
		Janv 05 Juil. 15	40
Etape 20	Relation Psychiatre Generaliste/de		
OR			
Etape 21	(généraliste* OR médecin* famille OR médecine générale OR soins primaires)/ti OR (Medecin Generaliste OR Medecine Generale)/de		
AND			
Etape 22	(collabor* OR continuité OR continuum OR cooper* OR coord* OR deleg* OR disease management OR équipe OR integr* OR interdisciplina* OR interprofessionnel* OR multidisciplina* OR multimoda* OR parcours OR partenaire* OR partenariat* OR protocole* OR soins primaires OR stratégie* OR synerg* OR transfer* OR transition*)/ti OR (Disease Management OR Equipe Pluridisciplinaire OR Organisation des Soins Psychiatriques OR Organisation Sanitaire OR Parcours de Soins OR Partenariat OR Protocole OR Relation Professionnelle OR Réseau de Soins OR Continue des Soins OR Delegation de Soins OR Plan de Soins)/de		
Coopération médecin généraliste / acteur du champ de la santé mentale <i>Base BDSP – Publications françaises</i>			
		Janv 05 Juil. 15	52
Etape 23	(généraliste* OR médecine générale OR soins primaires OR médecin de famille OR médecins de famille)/ti OR (Médecin généraliste OR Médecine générale)/de		
AND			

Etape 24	(santé mentale OR troubles mentaux OR psychiatri* OR psycholog* OR psychotherap* OR anxiété* OR depressi* OR bipola* OR maniac depressif OR maniac depressifs OR maniac depressives OR maniac depressives OR schizophrén* OR psychose* OR psychotique*)/ti OR (Centre santé mentale OR Santé mentale OR Psychiatre OR Psychologue OR Psychothérapeute OR Trouble anxieux OR Trouble humeur OR Schizophrénie OR Psychose)/de		
AND			
Etape 25	(collabor* OR coord* OR cooper* OR partenaire* OR partenariat* OR équipe* OR multimoda* OR multidisciplin* OR interdisciplin* OR interprofessionnel* OR synerg* OR transition* OR transfert* OR continuité OR continuum OR deleg* OR stratégie* OR parcours OR protocole* OR disease management OR case management OR integr*)/ti OR (Approche multidisciplinaire OR Continuité soins OR Délégation soins OR Partenariat OR Planification OR Planification soins OR Pratique coopérative OR Programme santé OR Protocole soins OR Relation entre soignants OR Relation médecine de ville hôpital OR Relation professionnelle OR Réseau santé social OR Réseau soins coordonnés OR Réseau ville hôpital OR Réseau ville santé OR Soins intégrés OR Stratégie OR Structure soins intégrés OR Transition OR Transfert compétence OR Travail pluridisciplinaire)/de		
Coopération médecin généraliste / acteur du champ de la santé mentale Base Cochrane			
		Janv 05 Juil. 15	38
Etape 26	(primary care OR primary health care OR primary healthcare OR family practice OR family physician OR family physicians OR general practice OR general practitioner OR general practitioners)/ti,ab,de OR (primary health care OR physicians, family OR family practice)/de		
AND			
Etape 27	(psychiatri* OR psychoanalyst* OR psychologist* OR psychologists OR psychotherapist* OR mental OR anxiety disorder OR anxiety disorders OR depress* OR bipolar* OR schizophrén* OR psychosis OR psychotic*)/ti,ab,de OR (Psychiatry OR Community Mental Health Centers OR Mental Health Services OR Mental Health OR Depression OR Anxiety Disorders OR Depressive Disorder OR Bipolar Disorder OR Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features)/de		
Coopération médecin généraliste / acteur du champ de la santé mentale Base PsycInfo			
Recommandations, Conférences de consensus		Janv 05 Juil. 15	6
Etape 28	(primary care OR primary health care OR primary healthcare OR family practice OR family physician* OR general practice OR general practitioner* OR GP OR GPs)/ti,ab OR (Primary Health Care OR Family Physicians)/de		
AND			
Etape 29	(collaborat* OR coordinat* OR cooperat* OR co operat* OR shared care OR shared management OR shared strateg* OR joint care OR joint management OR joint strateg* OR joint working OR partnership OR partner* OR team* OR multimodalit* OR multidisciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR synerg* OR transition* OR transfert* OR continuum OR care continuity OR continuity care)/ti OR Continuum of Care/de OR (delegat* OR skill mix OR care bundle* OR bundle care OR care management program* OR care model* OR care pathway* OR care protocol* OR care strateg* OR chronic disease care OR chronic care model* OR chronic disease model* OR chronic illness care OR chronic illness model* OR clinical model* OR clinical pathway* OR clinical protocol* OR clinical strateg* OR critical pathway* OR critical protocol* OR disease management)/ti OR (Disease Management OR Long Term Care)/de OR (integrat* OR management model* OR management strateg* OR healthcare organization OR healthcare organisation)/ti OR (Integrated Services OR Treatment Planning)/de OR (patient* centered OR patient* centred OR person* centered OR person* centred OR Case Management)/ti OR Case Management/de		
AND			

Etape 30	(psychiatrist* OR psychologist* OR psychotherapist* OR psycho therapist* OR psychoanalyst* OR psycho analyst*)/ti,ab OR (Psychiatry OR Community Mental Health Centers)/de OR (psychiatric practice OR psychiatric specialist* OR psychiatric professional* OR psychiatric nurse* OR psychiatric counselor* OR psychiatric counseling OR psychiatric counsellor* OR psychiatric counselling OR psychiatric clinic* OR psychiatric hospital* OR psychiatric setting* OR psychiatric institution* OR psychiatric service* OR psychiatric worker* OR psychiatry practice OR psychiatry specialist* OR psychiatry professional* OR psychiatry nurse* OR psychiatry counselor* OR psychiatry counseling OR psychiatry counsellor* OR psychiatry counselling OR psychiatry clinic* OR psychiatry hospital* OR psychiatry setting* OR psychiatry institution* OR psychiatry service* OR psychiatry worker* OR mental specialist* OR mental professional* OR mental nurse* OR mental counselor* OR mental counseling OR mental counsellor* OR mental counselling OR mental clinic* OR mental hospital* OR mental setting* OR mental institution* OR mental service* OR mental worker* OR mental health practice OR mental health specialist* OR mental health professional* OR mental health nurse* OR mental health counselor* OR mental health counseling OR mental health counsellor* OR mental health counselling OR mental health clinic* OR mental health hospital* OR mental health setting* OR mental health institution* OR mental health service* OR mental health worker*)/ti,ab OR ((counselor* OR counsellor*)/ti,ab AND (Mental Disorders OR Psychiatry)/de)		
AND			
Etape 31	(consensus OR guideline* OR position paper OR recommendation* OR recommandation* OR statement* OR guidance*)/ti		
Metaanalyses, Revues systématiques		Janv 05 Juil. 15	6
Etape 28 AND Etape 29 AND Etape 30			
AND			
Etape 32	(meta analys* OR metaanalys* OR systematic* review* OR systematic* overview* OR systematic* search* OR systematic* research*)/ti,ab OR (cochrane database syst rev OR Health Technol Assess)/revue OR Meta Analysis/de		
Essais cliniques		Janv 05 Juil. 15	46
Etape 28 AND Etape 29 AND Etape 30			
AND			
Etape 33	(random* OR single blind OR double blind OR clinical trial* OR multicenter stud* OR multicentre stud* OR cross over stud* OR comparative stud*)/ti,ab OR (versus)/ti OR (Random Sampling OR Clinical Trials)/de		
Etudes de cohortes		Janv 05 Juil. 15	1
Etape 28 AND Etape 29 AND Etape 30			
AND			
Etape 34	(cohort* OR follow up stud* OR prospective stud* OR longitudinal stud*)/ti OR (Cohort Analysis)/de		
Etudes de pratiques		Janv 05 Juil. 15	26
Etape 28 AND Etape 29 AND Etape 30			
AND			
Etape 34	(practices OR pattern* OR trend*)/ti OR (practice* pattern* OR pattern* care OR practice* trend* OR trend* care OR current practice* OR usual practice* OR regular practice* OR habitual practice*)/ti,ab OR survey*/ti OR Surveys/de OR (regist* OR observator*)/ti OR (project* OR pilot* OR experience* OR experiment*)/ti OR ((psychiatrists OR psychoanalysts OR psycho analysts OR psychologists OR psychotherapists OR psycho therapists OR doctors OR general practitioners OR GP OR GPs OR nurses OR physicians OR professionnels OR specialists) AND (attitude* OR behavior* OR behaviour* OR discourse* OR experience* OR interview* OR narrative* OR stories OR story))/ti		
Efficacité		Janv 05 Juil. 15	19
Etape 28 AND Etape 29 AND Etape 30			
AND			
Etape 35	(efficient OR efficiency OR efficacy OR effectiveness OR effectiveness OR performance OR impact OR effect OR effects OR consequence OR		

	consequences OR utility OR useful OR usefulness OR outcome)/ti OR (Treatment Outcomes OR Program Evaluation OR Prognosis OR Client Satisfaction)/de		
Etudes économiques		Janv 05 Juil. 15	6
Etape 28 AND Etape 29 AND Etape 30			
AND			
Etape 36	(economy OR economic OR economics OR economical OR cost OR costs OR costing OR QALY OR finance OR financial OR financing OR spend OR spending OR spent OR burden disease OR expensive OR inexpensive OR price OR prices OR pricing OR reimbursement)/ti OR (Economy OR Health Care Economics OR Economics OR Health Care Costs OR Costs and Cost Analysis OR Social Security)/de		
Amélioration de la qualité		Janv 05 Juil. 15	12
Etape 28 AND Etape 29 AND Etape 30			
AND			
Etape 37	((guideline* OR guidance* OR recommendation*) AND (adherence OR accreditation OR certification OR audit OR peer review* OR review criteria* OR reminder* OR implement*))/ti OR (Hospital Accreditation OR Accreditation (Education Personnel) OR Professional Certification OR Peer Evaluation OR Continuing Education OR Quality Control OR Clinical Audits)/de OR ((quality OR performance OR competence) AND (evaluat* OR indicator* OR criteria OR criterium OR measur* OR assess* OR improv* OR standard* OR control* OR management OR quality indicator*))/ti		
Autres publications sur la qualité		Janv 05 Juil. 15	10
Etape 28 AND Etape 29 AND Etape 30			
AND			
Etape 38	quality/ti OR Quality of Care/de		
Evènements indésirables		Janv 05 Juil. 15	23
Etape 28 AND Etape 29 AND Etape 30			
AND			
Etape 39	(Professional Liability OR Risk Management OR Safety OR Side Effects (Treatment))/de OR (harm OR miss OR missed OR missing OR precaution* OR risk)/ti OR (adverse effect* OR adverse event* OR clinical error*)/ti,ab OR (complain* OR complicat* OR complication* OR damage*)/ti OR (delayed management OR delayed assessment OR delayed detection OR delayed diagnosis OR delayed recognition OR delayed therapy OR delayed treatment OR harmful OR late management OR late assessment OR late detection OR late diagnosis OR late recognition OR late therapy OR late treatment OR mal practice* OR malpractice* OR medical error* OR mistak* OR non assess* OR non detect* OR non diagnos* OR non recognition OR non recogniz* OR non treat* OR nonassess* OR nondetect* OR nondiagnos* OR nonrecognition OR nonrecogniz* OR nontreat* OR over assess* OR over detect* OR over diagnos* OR over recognition OR over recogniz* OR over treat* OR overassess* OR overdetect* OR overdiagnos* OR overrecognition OR overrecogniz* OR overtreat*)/ti,ab OR (safe OR safety OR secure OR security)/ti OR (side effect* OR un assess* OR un detect* OR un diagnos* OR un recognition OR un recogniz* OR un treat* OR unassess* OR under assess* OR under detect* OR under diagnos* OR under recognition OR under recogniz* OR under treat* OR underassess* OR underdetect* OR underdiagnos* OR underrecognition OR underrecogniz* OR undertreat* OR undesirable event* OR undetect* OR undiagnos* OR unrecognition OR unrecogniz* OR untreat*)/ti,ab OR unsafe/ti OR warning*/ti		
Freins		Janv 05 Juil. 15	16
Etape 28 AND Etape 29 AND Etape 30			
AND			
Etape 40	(challenge* OR needs OR opportunities OR barrier* OR obstacle* OR difficulty OR difficulties OR prevent* OR resist* OR obstruct* OR inhibit* OR forbid* OR impeded* OR prohibit* OR hamper* OR obstruct* OR block*)/ti OR (Health Care Utilization OR Innovation OR Organizational Climate)/de		

Type d'étude / Sujet		Période de recherche	Nombre de références trouvées
	Termes utilisés		
Coopération avec un médecin généraliste pour la prise en charge des troubles mentaux Base Medline			
Publications françaises			
Etape 1	(primary care OR primary health care OR primary healthcare OR family practice OR family physician* OR general practice OR general practitioner* OR GP OR GPs)/ti,ab OR (primary health care OR physicians, family OR family practice)/de	Janv 05 Juil. 15	27
AND			
Etape 2	anxiety disorder*/ti OR Anxiety Disorders/de OR depress*/ti OR Depression/de OR Depressive Disorder/de OR bipolar*/ti OR Bipolar Disorder/de OR schizophre*ti OR psychosis/ti OR psychotic/ti OR psychotics/ti OR Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features/de OR mental health/ti OR Mental Health/de OR mental disorder*/ti OR Mental Disorders/de		
AND			
Etape 3	(care collaboration OR collaborative care OR collaborative management OR collaborative strategy OR collaborative strategies OR collaborative working OR care coordination OR coordinated care OR coordinated management OR coordinated strategy OR coordinated strategies OR coordinated working OR cooperat* OR care cooperation OR cooperative care OR cooperative management OR cooperative strategy OR cooperative strategies OR cooperative working OR care co-operation OR co-operative care OR co-operative management OR co-operative strategy OR co-operative strategies OR co-operative working OR shared care OR shared management OR shared strategy OR shared strategies OR joint care OR joint management OR joint strategy OR joint strategies OR joint working)/ti,ab OR (partner* OR team* OR multimodalit* OR multidisciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional)/ti,ab OR Interprofessional Relations/de OR Patient Care Team/de OR (synergy OR synergistic)/ti,ab OR (transfer* OR care transition* OR transition care OR transition* of care OR transition* of caring OR transitional care OR transitional caring OR continuum of care OR care continuity OR continuity of care)/ti,ab OR Continuity of Patient Care/de OR Patient Handoff/de OR (delegat* OR skill mix)/ti,ab OR (care bundle* OR bundle of care OR care management program* OR care model* OR care pathway* OR care protocol* OR care strategies OR care strategy OR chronic disease care OR chronic care model* OR chronic disease model* OR chronic illness care OR chronic illness model* OR clinical model* OR clinical pathway* OR clinical protocol* OR clinical strategies OR clinical strategy OR critical pathway* OR critical protocol* OR disease management)/ti,ab OR Critical Pathways/de OR Disease Management/de OR Long-Term Care/de OR (integration OR integrating OR integrated care OR integrated management OR integrated strategy OR integrated strategies OR integrated working)/ti,ab OR (management model* OR management strategies OR management strategy OR healthcare organi*ation)/ti,ab OR (Delivery of Health Care, Integrated OR Patient Care Planning)/de OR Organizational Innovation/de OR (patient centered OR patient centeredness OR patient centred OR patient centredness OR patient-centered OR patient-centeredness OR patient-centred OR patient-centredness OR person centered OR person centeredness OR person centred OR person centredness OR person-centered OR person-centeredness OR person-centred OR person-centredness)/ti,ab OR Patient-Centered Care/de OR case management/ti,ab OR Case Management/de		
AND			
Etape 4	(France OR francais* OR french)/ti,ab OR France/de OR (France OR francais* OR French)/affiliation OR (France OR francais* OR French)/AuteurColl OR (France OR francais* OR French)/NomRevue		
Recommandations, Conférences de consensus		Janv 05 Juil. 15	33
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 5	(guidance OR guideline*)/ti OR guideline/type OR health planning guidelines/de OR practice guideline/type OR (Consensus Development Conference, NIH OR Consensus Development Conference)/type OR		

	(consensus OR position paper OR recommendation* OR statement*)/ti		
Méta-analyses, Revues systématiques		Janv 05 Juil. 15	60
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 6	(meta analys* OR metaanalys* OR meta-analys*)/ti,ab OR meta-analysis/type OR (systematic literature review* OR systematic literature search* OR systematic overview* OR systematic review* OR systematical literature review* OR systematical overview* OR systematical review* OR OR systematically review* OR systematically search* OR systematically research*)/ti,ab OR Cochrane Database Syst Rev/revue OR Health Technol Assess/revue		
Essais cliniques, Etudes comparatives, Etudes multicentriques		Janv 05 Juil. 15	91
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 7	clinical trial*/ti,ab OR Clinical Trial/type OR Controlled Clinical Trial/type OR random*/ti,ab OR Random Allocation/de OR Randomized Controlled Trial/type OR single-blind/ti,ab OR Single-Blind Method/de OR double-blind/ti,ab OR Double-Blind Method/de OR multicenter study/ti,ab OR multicenter studies/ti,ab OR multicentre study/ti,ab OR multicentre studies/ti,ab OR Multicenter Study/type OR cross-over study/ti,ab OR cross-over studies/ti,ab OR Cross-Over Studies/de OR comparative study/titre OR comparative studies/titre OR Comparative Study/type		
Etudes de cohortes		Janv 05 Juil. 15	24
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 8	Cohort Studies/de OR cohort*/ti OR follow-up study/ti OR follow-up studies/ti OR Follow-Up Studies/de OR prospective study/ti OR prospective studies/ti OR Prospective Studies/de OR longitudinal study/ti OR longitudinal studies/ti OR Longitudinal Studies/de		
Etudes de pratiques		Janv 05 Juil. 15	27
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 9	(practices OR pattern* OR trend*)/ti OR (practice* pattern* OR pattern* of care OR practice* trend* OR trend* of care OR current practice* OR usual practice*)/ti,ab OR (Physician's Practice Patterns OR Nurse's Practice Patterns OR Attitude of Health Personnel)/de OR survey*/ti OR ((Health Personnel OR Health Occupations) AND (Interviews as Topic OR Questionnaires OR Health Care Surveys))/de OR Delivery of Health Care/standards/de OR (regist* OR observator*)/ti OR Registries/de OR (project* OR pilot* OR experience* OR experiment*)/ti OR (attitude* OR behavio*r* OR discourse* OR experience* OR interview* OR narrative* OR stories OR story)/ti OR (doctor* attitude* OR doctor* behavio*r* OR doctor* discourse* OR doctor* experience* OR doctor* interview* OR doctor* narrative* OR doctor* practice* OR doctor* stories OR doctor* story OR general practitioner* attitude* OR general practitioner* behavio*r* OR general practitioner* discourse* OR general practitioner* experience* OR general practitioner* interview* OR general practitioner* narrative* OR general practitioner* practice* OR general practitioner* stories OR general practitioner* story OR GP* attitude* OR GP* behavio*r* OR GP* discourse* OR GP* experience* OR GP* interview* OR GP* narrative* OR GP* practice* OR GP* stories OR GP* story OR nurse* attitude* OR nurse* behavio*r* OR nurse* discourse* OR nurse* experience* OR nurse* interview* OR nurse* narrative* OR nurse* practice* OR nurse* stories OR nurse* story OR physician* attitude* OR physician* behavio*r* OR physician* discourse* OR physician* experience* OR physician* interview* OR physician* narrative* OR physician* practice* OR physician* stories OR physician* story OR specialist* attitude* OR specialist* behavio*r* OR specialist* discourse* OR specialist* experience* OR specialist* interview* OR specialist* narrative* OR specialist* practice* OR specialist* stories OR specialist* story OR professionn* attitude* OR professionn* behavio*r* OR professionn* discourse* OR professionn* experience* OR professionn* interview* OR		

	professionnal* narrative* OR professionnel* practice* OR professionnel* stories OR professionnel* story)/ti,ab		
Efficacité		Janv 05 Juil. 15	18
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 10	(efficient OR efficiency OR efficacy OR effectiveness OR effectiveness OR performance OR impact OR effect* OR consequence* OR utility OR useful OR usefulness OR outcome)/ti OR ("Outcome Assessment (Health Care)" OR Treatment Outcome OR Health Impact Assessment OR Program Evaluation OR prognosis OR patient satisfaction)/de		
Etudes économiques		Janv 05 Juil. 15	6
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
	(econom* OR cost* OR cost*benefit OR cost*effectiveness OR cost*effectiveness OR cost utility OR QALY OR cost* of illness OR healthcare cost* OR health care cost* OR societal cost* OR financ* OR spend* OR spent OR burden of disease OR expensive OR inexpensive OR pric* OR reimbursement)/ti OR (economics OR costs and cost analysis OR fees and charges OR Budgets OR Cost Allocation OR Cost Control OR Cost of Illness OR Cost Savings OR Cost-Benefit Analysis OR Quality-Adjusted Life Years OR Economics, Hospital OR Economics, Medical OR Economics, Nursing OR Economics OR Financial Management, Hospital OR Financial Management OR financing, government OR Social Security OR Insurance, Health, Reimbursement OR Financing, Personal OR Health Care Costs OR health care sector OR Health Planning Support OR Cost Sharing OR Insurance Benefits OR Insurance Carriers OR Insurance Claim Review OR Insurance Coverage OR Social Security OR Medical Indigency OR Purchasing, Hospital)/de		
Amélioration de la qualité		Janv 05 Juil. 15	10
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 11	((guideline* OR guidance* OR recommendation*) AND adherence)/ti OR (accreditation OR certification OR audit OR peer review* OR review criteria OR reminder*)/ti OR (Health Plan Implementation OR Accreditation OR Certification OR Benchmarking OR Professional Review Organizations OR Peer Review, Health Care OR Utilization Review OR Reminder Systems OR Health Care Evaluation Mechanisms OR Process Assessment (Health Care) OR Quality Improvement OR Education, Continuing OR Learning Curve OR Inservice Training)/de OR implement*/ti OR (Guideline Adherence OR Quality Control OR Quality Indicators, Health Care OR Total Quality Management OR Clinical Audit OR Guideline Adherence OR Quality Control OR Quality Indicators, Health Care OR Total Quality Management OR Clinical Audit OR Quality Assurance, Health Care/standards)/de OR ((quality OR performance OR competence) AND (evaluat* OR indicator* OR criteria OR criterium OR measur* OR assess* OR improv* OR standard* OR control* OR management))/ti OR quality indicator*/ti		
Autres publications sur la qualité		Janv 05 Juil. 15	8
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 11	quality/ti OR Quality of Health Care/de		
Evénements indésirables		Janv 05 Juil. 15	25
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 12	risk/ti OR (adverse effect* OR adverse event* OR side effect* OR undesirable event* OR complain* OR complicat* OR safe OR safety OR secure OR security OR harmful OR unsafe OR warning*)/ti,ab OR (precaution* OR harm)/ti OR (Mental Disorders/complications OR Risk Management OR Safety)/de OR (damage* OR mal*practice* OR mistak* OR clinical error* OR medical error*)/ti,ab OR (malpractice OR medical errors OR Iatrogenic Disease)/de OR (miss OR missed OR missing)/ti OR (((delayed OR late) diagnosis) OR ((delayed OR late) recognition) OR ((delayed OR late) assessment) OR ((delayed OR late) detection))/ti,ab OR		

	delayed diagnosis/de OR (under*diagnos* OR un*diagnos* OR non*diagnos* OR under*recogniz* OR un*recogniz* OR non*recogniz* OR under*recognition OR un*recognition OR non*recognition OR under*assess* OR un*assess* OR non*assess* OR under*detect* OR un*detect* OR non*detect* OR over*diagnos* OR over*recogniz* OR over*recognition OR over*assess* OR over*detect* OR under*treat* OR un*treat* OR non*treat*)/ti,ab OR (((delayed OR late) treatment) OR ((delayed OR late) therapy) OR ((delayed OR late) management) OR over*treat*)/ti,ab		
Freins		Janv 05 Juil. 15	17
Etape 1 AND Etape 2 AND Etape 3			
AND			
Etape 13	barrier*/ti OR obstacle*/ti OR difficulty/ti OR difficulties/ti OR challenge*/ti OR needs/ti OR prevent/ti OR prevents/ti OR resist*/ti OR obstruct*/ti OR inhibit*/ti OR forbid*/ti OR impeded*/ti OR prohibit*/ti OR hamper*/ti OR block*/ti OR Health Services Accessibility/de OR Organizational Culture/de		
Coopération avec un médecin généraliste pour la prise en charge des troubles mentaux Base Pascal – Publications françaises			
Etape 14	(generaliste* OR medecin* famille OR medecine generale OR soins primaires OR soins premier recours OR medecine premier recours)/ti,ab OR Médecine générale/de	Janv 05 Juil. 15	16
AND			
Etape 15	(anxiete* OR anxieu* OR depressi* OR bipolaire* OR bipolarite* OR maniacodepressi* OR schizophren* OR psychose* OR psychotique* OR santé mentale)/ti,ab OR (Anxiété OR Etat dépressif OR Dépression nerveuse OR Dépression OR Schizophrène OR Psychose OR Santé mentale)/de		
AND			
Etape 16	(collabor* OR coord* OR cooper* OR co oper* OR partenaire* OR partenariat* OR equipe* OR multimoda* OR multidisciplinaire* OR multidisciplinarite* OR interdisciplinaire* OR interdisciplinarite* OR interdisciplinaire* OR inter disciplinarite* OR interprofessionnel* OR interprofessionnalite* OR inter professionnel* OR inter professionnalite* OR synerg* OR transition* OR transfer* OR continue* OR continuum* OR delegu* OR delegation* OR strategie* soin* OR strategie* sante* OR strategie* prise charge OR parcours* soin* OR protocole* soin* OR disease management OR case management OR patient centered care OR integration* OR integr*)/ti,ab OR (Relations interprofessionnelles OR Continuité soins OR Continuité des soins OR Suivi soins patient OR Gestion maladie OR Programme clinique OR Système de soins intégrés OR Planification des soins du patient OR Innovations dans fonctionnement OR Soins centrés sur le patient OR Gestion cas)/de		
AND			
Etape 17	(France OR francais* OR french)/ti,ab OR France/de OR (France OR francais* OR French)/affiliation		
Coopération avec un médecin généraliste pour la prise en charge des troubles mentaux Base BDSP – Publications françaises			
		Janv 05 Juil. 15	52
Etape 18	(généraliste* OR médecine générale OR soins primaires OR médecin de famille OR médecins de famille)/ti OR (Médecin généraliste OR Médecine générale)/de		
AND			
Etape 19	(santé mentale OR troubles mentaux OR psychiatr* OR psycholog* OR psychotherap* OR anxiété* OR depressi* OR bipola* OR maniacodepressif OR maniacodepressifs OR maniacodepressives OR maniacodepressives OR schizophren* OR psychose* OR psychotique*)/ti OR (Centre santé mentale OR Santé mentale OR Psychiatre OR Psychologue OR Psychothérapeute OR Trouble anxieux OR Trouble humeur OR Schizophrénie OR Psychose)/de		
AND			
Etape	(collabor* OR coord* OR cooper* OR partenaire* OR partenariat* OR		

20	équipe* OR multimoda* OR multidisciplina* OR interdisciplina* OR interprofessionnel* OR synerg* OR transition* OR transfer* OR continuité OR continuum OR deleg* OR stratégie* OR parcours OR protocole* OR disease management OR case management OR integr*)/ti OR (Approche multidisciplinaire OR Continuité soins OR Délégation soins OR Partenariat OR Planification OR Planification soins OR Pratique coopérative OR Programme santé OR Protocole soins OR Relation entre soignants OR Relation médecine de ville hôpital OR Relation professionnelle OR Réseau santé social OR Réseau soins coordonnés OR Réseau ville hôpital OR Réseau ville santé OR Soins intégrés OR Stratégie OR Structure soins intégrés OR Transition OR Transfert compétence OR Travail pluridisciplinaire)/de		
Coopération avec un médecin généraliste pour la prise en charge des troubles mentaux Base Cochrane			
		Janv 05 Juil. 15	38
Etape 21	(primary care OR primary health care OR primary healthcare OR family practice OR family physician OR family physicians OR general practice OR general practitioner OR general practitioners)/ti,ab,de OR (primary health care OR physicians, family OR family practice)/de		
AND			
Etape 22	(psychiatr* OR psychoanalyst* OR psychologist* OR psychologists OR psychotherapist* OR mental OR anxiety disorder OR anxiety disorders OR depress* OR bipolar* OR schizophreni* OR psychosis OR psychotic*)/ti,ab,de OR (Psychiatry OR Community Mental Health Centers OR Mental Health Services OR Mental Health OR Depression OR Anxiety Disorders OR Depressive Disorder OR Bipolar Disorder OR Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features)/de		
Coopération avec un médecin généraliste pour la prise en charge des troubles mentaux Base PsycInfo			
Recommandations, Conférences de consensus		Janv 05 Juil. 15	4
Etape 23	(primary care OR primary health care OR primary healthcare OR family practice OR family physician* OR general practice OR general practitioner* OR GP OR GPs)/ti,ab OR (Primary Health Care OR Family Physicians)/de		
AND			
Etape 24	(collaborat* OR coordinat* OR cooperat* OR co operat* OR shared care OR shared management OR shared strateg* OR joint care OR joint management OR joint strateg* OR joint working OR partnership OR partner* OR team* OR multimodalit* OR multidisciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR synerg* OR transition* OR transfer* OR continuum OR care continuity OR continuity care)/ti OR Continuum of Care/de OR (delegat* OR skill mix OR care bundle* OR bundle care OR care management program* OR care model* OR care pathway* OR care protocol* OR care strateg* OR chronic disease care OR chronic care model* OR chronic disease model* OR chronic illness care OR chronic illness model* OR clinical model* OR clinical pathway* OR clinical protocol* OR clinical strateg* OR critical pathway* OR critical protocol* OR disease management)/ti OR (Disease Management OR Long Term Care)/de OR (integrat* OR management model* OR management strateg* OR healthcare organization OR healthcare organisation)/ti OR (Integrated Services OR Treatment Planning)/de OR (patient* centered OR patient* centred OR person* centered OR person* centred OR Case Management)/ti OR Case Management/de		
AND			
Etape 25	ti,ab(anxiety disorder*) OR de(Anxiety Disorders) OR ti,ab(depress*) OR ti,ab(bipolar*) OR de(Major Depression) OR de(Mania) OR de(Bipolar Disorder) OR ti,ab(schizophreni*) OR ti,ab(psychosis) OR ti,ab(psychotic*) OR de(Schizophrenia) OR ti,ab(Mental Health) OR ti,ab(Mental Disorder*) OR de(Mental Health)		
AND			
Etape	(consensus OR guideline* OR position paper OR recommendation* OR		

26	recommandation* OR statement* OR guidance*)/ti		
Méta-analyses, Revues systématiques		Janv 05 Juil. 15	14
Etape 23 AND Etape 24 AND Etape 25			
AND			
Etape 27	(meta analys* OR metaanalys* OR systematic* review* OR systematic* overview* OR systematic* search* OR systematic* research*)/ti,ab OR (cochrane database syst rev OR Health Technol Assess)/revue OR Meta Analysis/de		
Essais cliniques		Janv 05 Juil. 15	50
Etape 23 AND Etape 24 AND Etape 25			
AND			
Etape 28	(random* OR single blind OR double blind OR clinical trial* OR multicenter stud* OR multicentre stud* OR cross over stud* OR comparative stud*)/ti,ab OR (versus)/ti OR (Random Sampling OR Clinical Trials)/de		
Etudes de cohortes		Janv 05 Juil. 15	3
Etape 23 AND Etape 24 AND Etape 25			
AND			
Etape 29	(cohort* OR follow up stud* OR prospective stud* OR longitudinal stud*)/ti OR (Cohort Analysis)/de		
Etudes de pratiques		Janv 05 Juil. 15	16
Etape 23 AND Etape 24 AND Etape 25			
AND			
Etape 30	(practices OR pattern* OR trend*)/ti OR (practice* pattern* OR pattern* care OR practice* trend* OR trend* care OR current practice* OR usual practice* OR regular practice* OR habitual practice*)/ti,ab OR survey*/ti OR Surveys/de OR (regist* OR observator*)/ti OR (project* OR pilot* OR experience* OR experiment*)/ti OR ((psychiatrists OR psychoanalysts OR psycho analysts OR psychologists OR psychotherapists OR psycho therapists OR doctors OR general practitioners OR GP OR GPs OR nurses OR physicians OR professionnals OR specialists) AND (attitude* OR behavior* OR behaviour* OR discourse* OR experience* OR interview* OR narrative* OR stories OR story))/ti		
Efficacité		Janv 05 Juil. 15	20
Etape 23 AND Etape 24 AND Etape 25			
AND			
Etape 31	(efficient OR efficiency OR efficacy OR effectiveness OR effectiveness OR performance OR impact OR effect OR effects OR consequence OR consequences OR utility OR useful OR usefulness OR outcome)/ti OR (Treatment Outcomes OR Program Evaluation OR Prognosis OR Client Satisfaction)/de		
Etudes économiques		Janv 05 Juil. 15	9
Etape 23 AND Etape 24 AND Etape 25			
AND			
Etape 32	(economy OR economic OR economics OR economical OR cost OR costs OR costing OR QALY OR finance OR financial OR financing OR spend OR spending OR spent OR burden disease OR expensive OR inexpensive OR price OR prices OR pricing OR reimbursement)/ti OR (Economy OR Health Care Economics OR Economics OR Health Care Costs OR Costs and Cost Analysis OR Social Security)/de		
Amélioration de la qualité		Janv 05 Juil. 15	11
Etape 23 AND Etape 24 AND Etape 25			
AND			
Etape 33	((guideline* OR guidance* OR recommendation*) AND (adherence OR accreditation OR certification OR audit OR peer review* OR review criteria* OR reminder* OR implement*))/ti OR (Hospital Accreditation OR Accreditation (Education Personnel) OR Professional Certification OR Peer Evaluation OR Continuing Education OR Quality Control OR Clinical Audits)/de OR ((quality OR performance OR competence) AND (evaluat* OR indicator* OR criteria OR criterium OR measur* OR assess* OR improv* OR standard* OR control* OR management OR quality indicator*))/ti		

Autres publications sur la qualité		Janv 05 Juil. 15	12
Etape 23 AND Etape 24 AND Etape 25			
AND			
Etape 34	quality/ti OR Quality of Care/de		
Evénements indésirables		Janv 05 Juil. 15	11
Etape 23 AND Etape 24 AND Etape 25			
AND			
Etape 35	(Professional Liability OR Risk Management OR Safety OR Side Effects (Treatment))/de OR (harm OR miss OR missed OR missing OR precaution* OR risk)/ti OR (adverse effect* OR adverse event* OR clinical error*)/ti,ab OR (complain* OR complicat* OR complication* OR damage*)/ti OR (delayed management OR delayed assessment OR delayed detection OR delayed diagnosis OR delayed recognition OR delayed therapy OR delayed treatment OR harmful OR late management OR late assessment OR late detection OR late diagnosis OR late recognition OR late therapy OR late treatment OR mal practice* OR malpractice* OR medical error* OR mistak* OR non assess* OR non detect* OR non diagnos* OR non recognition OR non recogniz* OR non treat* OR nonassess* OR nondetect* OR nondiagnos* OR nonrecognition OR nonrecogniz* OR nontreat* OR over assess* OR over detect* OR over diagnos* OR over recognition OR over recogniz* OR over treat* OR overassess* OR overdetect* OR overdiagnos* OR overrecognition OR overrecogniz* OR overtreat*)/ti,ab OR (safe OR safety OR secure OR security)/ti OR (side effect* OR un assess* OR un detect* OR un diagnos* OR un recognition OR un recogniz* OR un treat* OR unassess* OR under assess* OR under detect* OR under diagnos* OR under recognition OR under recogniz* OR under treat* OR underassess* OR underdetect* OR underdiagnos* OR underrecognition OR underrecogniz* OR undertreat* OR undesirable event* OR undetect* OR undiagnos* OR unrecognition OR unrecogniz* OR untreat*)/ti,ab OR unsafe/ti OR warning*/ti		
Freins		Janv 05 Juil. 15	16
Etape 23 AND Etape 24 AND Etape 25			
AND			
Etape 36	(challenge* OR needs OR opportunities OR barrier* OR obstacle* OR difficulty OR difficulties OR prevent* OR resist* OR obstruct* OR inhibit* OR forbid* OR imped* OR prohibit* OR hamper* OR obstruct* OR block*)/ti OR (Health Care Utilization OR Innovation OR Organizational Climate)/de		

Annexe 2. Stratégie de recherche documentaire : sites Internet consultés

Académie de Médecine
Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
Ascodocpsy
Assemblée Nationale
Assurance maladie
Bibliothèque Médicale Lemanissier
Catalogue et index des sites médicaux francophones (CISMeF)
Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)
Conférence nationale de santé (CNS)
Conseil économique social environnemental (CESE)
Conseil national professionnel de psychiatrie (CNPP)
Diffusion des recommandations francophones en consultation de médecine générale (DREFC)
Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Documentation française
Fédération hospitalière de France (FHF)
Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM)
Fondation FondaMental
France Stratégie
Haut conseil de la santé publique (HCSP)
Haute Autorité de Santé (HAS)
Inspection générale des affaires sociales (IGAS)
Institut de recherche en santé publique (IReSP)
Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)
Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Expertise collective
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
Institut national de veille sanitaire (INVS)
Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (IDEPP)
La Documentation française
Ministère de la Santé
Observatoire national du suicide
OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé)
PsyCom
Psydoc-France
Réseau d'évaluation en économie de la santé (REES)
Sénat
Société française de médecine générale (SFMG)
Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)
European Alliance Against Depression
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
European Commission
European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI)
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
European Observatory on Health Systems and Policies
Health Evidence Network (HEN). Regional Office for Europe. World Health Organization (WHO)
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)
Société scientifique de médecine générale (SSMG)
Federal Office of Public Health (FOPH)

Swiss Medical Board
 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
 Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
 Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas)
 Ministero della Salute
 Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG-ISS)
 College voor Zorgverzekeringen
 Gezondheidsraad Raad
 Folkehelseinstituttet
 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
 Centre for Evidence-based Purchasing (CEP)
 Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
 Guidelines. Summarising clinical guidelines for primary care
 Health and Safety Executive Horizon Scanning (HSE)
 Health and Social Care Information Centre (HSCIC)
 Health Information and Quality Authority (HIQA)
 Healthcare Improvement Scotland
 Improving Access to Psychological Therapies Programme (IAPT)
 Joint Commissioning Panel for Mental Health (JCPMH)
 King's Fund
 Mental Health Foundation
 Mental health UK
 National Health Services England (NHS)
 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
 National Institute for Health Research (NIHR)
 National Prescribing Center (NPC)
 NHS Evidence
 Office of Health Economics (OHE)
 Picker Institute Europe
 Royal College of General Practitioners (RCGP)
 Royal College of Psychiatrists
 Royal College of Physicians
 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
 The Health Foundation
 UK Department of Health and Social care (DoH)
 Agence Santé Publique Canada
 Alberta Government. Health
 British Columbia Ministry of Health
 Canadian Best Practices Portal
 Canadian Institute for Health Information (CIHI)
 Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)
 Canadian Psychiatric Association
 Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)
 Centre for Effective Practice (CEP)
 College of Physicians and Surgeons of Alberta
 Commissaire à la Santé et au Bien-être Québec
 CPG Infobase
 General Practice Services Committee (GPSC)
 Health Canada
 Health Quality Ontario (HQP)
 Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ)
 Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS)
 Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)
 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) Quebec
 Santé Canada
 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
 American College of Physicians (ACP)
 American Psychiatric Association (APA)
 Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
 Community Preventive Services Task Force

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
Kaiser Permanente
Medicaid
Michigan Quality Improvement Consortium (MQIC)
National Institutes of Health (NIH)
National Center for Biotechnology Information (NCBI) Bookshelf
National Quality Measures Clearinghouse (NQMC)
Network for Improvement and Innovation in College Health
Patient-Centered Primary Care Collaborative
RAND Corporation
University of Michigan Health System
US Department of Veterans Affairs
US Preventive Services Task Force (USPTF)
Adelaide Health Technology Assessment (AHTA)
Australia Beyondblue
Australian and New Zealand Horizon Scanning Network (ANZHSN)
Australian Mental Health Outcomes and Classification Network (AMHOCN)
Australian Primary Health Care Research Institute (APHCRI)
Centre for Clinical Effectiveness (CCE)
Health Services Assessment Collaboration (HSAC)
Medical Services Advisory Committee (MSAC)
National Health and Medical Research Council (NHMRC)
New Zealand Guidelines Group (NZGG)
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)
Royal Australian College of General Practitioners
Ministry of Health Malaysia
Singapore Ministry of Health
Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
Commonwealth Fund
Guidelines International Network (GIN)
International Association for Suicide Prevention (IASP)
National Guideline Clearinghouse (NGC)
Trip Database
World Federation for Mental Health (WFMH)
World Health Organization (WHO)

Annexe 3. Références analysées

► Caractéristiques de la coordination et difficultés rencontrées

1 ^{er} auteur	Année	Référence	Titre	Pays de l'étude
Agyapong	2011	(17)	Shared care between specialized psychiatric services and primary care: the experiences and expectations of consultant psychiatrists in Ireland	Irlande
Agyapong	2012	(16)	Shared care between specialised psychiatric services and primary care: the experiences and expectations of General Practitioners in Ireland	Irlande
Aubin-Auger	2008	(10)	La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. Généralistes et psychiatres : une relation compliquée	France
Bambling	2007	(19)	Challenges faced by general practitioners and allied mental health services in providing mental health services in rural Queensland	Australie
Bohn	2007	(12)	Patients psychiatriques ambulatoires. Quelle coordination des soins ?	France
Chew-Graham	2007	(34)	A qualitative study of referral to community mental health teams in the UK: exploring the rhetoric and the reality	Royaume-Uni
Chong	2013	(30)	Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: a qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators	Australie
Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie	2011	(1)	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	Non applicable (revue de la littérature)
Cranwell	2016	(25)	Improving mental health service users' with medical co-morbidity transition between tertiary medical hospital and primary care services: a qualitative study	Australie
Crotty	2012	(18)	Helping and hindering: perceptions of enablers and barriers to collaboration within a rural South Australian mental health network	Australie
Dumesnil	2014	(3)	Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville	France
Durbin	2012	(36)	Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters	Non applicable (revue de la littérature)
Fickel	2007	(20)	Primary care - mental health collaboration: an example of assessing usual practice and potential barriers	États-Unis
Fredheim	2011	(26)	Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study	Norvège
Gask	2005	(148)	Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care	États-Unis
Gavin	2006	(8)	First episode schizophrenia in general practice: a national survey	Irlande
Grenier	2008	(29)	Collaboration between family physicians and psychologists. What do family physicians know about psychologists' work?	Canada
Hardy-Baylé	2014	(149)	Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?	France

1 ^{er} auteur	Année	Référence	Titre	Pays de l'étude
Kannas	2011	(27)	Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ?	France
Khandaker	2013	(31)	Evaluating care pathways for community psychiatry in England: a qualitative study	Royaume-Uni
Lockhart	2006	(24)	Collaboration and referral practices of general practitioners and community mental health workers in rural and remote Australia	Australie
Mercier	2010	(11)	Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions	France
Methley	2016	(21)	Meeting the mental health needs of people with multiple sclerosis: a qualitative study of patients and professionals	Royaume-Uni
Milleret	2014	(6)	États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale »	France
Milleret	2012	(23)	Place de la santé mentale en médecine générale. Résultats de la région Bourgogne à partir d'une enquête nationale	France
Norton	2011	(13)	Role of the general practitioner in the care of patients recently discharged from the hospital after a first psychotic episode: influence of length of stay	France
Noseworthy	2014	(22)	Mental health care professionals' experiences with the discharge planning process and transitioning patients attending outpatient clinics into community care	Canada
Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur	2015	(7)	Projet DeMeGen. Étude quantitative et qualitative des pratiques de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville et de leurs déterminants psychosociaux	France
Philippe	2011	(32)	Généralistes - psychiatres : amis ou ennemis ?	Belgique
Raine	2005	(33)	'Referral into a void': opinions of general practitioners and others on single point of access to mental health care	Royaume-Uni
Røtvold	2016	(9)	Involuntary psychiatric admission: how the patients are detected and the general practitioners' expectations for hospitalization. An interview-based study	Norvège
Sanchez	2010	(28)	Current strategies and barriers in integrated health care: a survey of publicly funded providers in Texas	États-Unis
Van Hasselt	2015	(15)	Practical recommendations for improvement of the physical health care of patients with severe mental illness	Pays-Bas
Vanderlip	2014	(14)	Exploring primary care activities in ACT teams	États-Unis
Verdoux	2005	(5)	How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France	France
Younes	2005	(4)	General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals	France

► Expériences d'amélioration de la coordination : revues de la littérature et méta-analyses

1 ^{er} auteur	Année	Référence	Titre
Agency for Healthcare Research and Quality	2010	(130)	Future research needs for the integration of mental health/substance abuse and primary care. Identification of future research needs from Evidence report/technology assessment No. 173
Agency for Healthcare Research and Quality	2012	(114)	Practice-based interventions addressing concomitant depression and chronic medical conditions in the primary care setting
Agency for Healthcare Research and Quality	2008	(150)	Integration of mental health/substance abuse and primary care
Archer	2012	(54)	Collaborative care for depression and anxiety problems
Bower	2006	(76)	Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression
Butler	2011	(55)	Does integrated care improve treatment for depression? A systematic review
Cape	2010	(37)	What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis
Coventry	2014	(78)	Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials
Craven	2006	(128)	Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base
Durbin	2012	(36)	Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters
Franx	2013	(125)	Implementation strategies for collaborative primary care-mental health models
Fuller	2011	(38)	Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1
Fuller	2011	(124)	Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2
Gensichen	2006	(48)	Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review
Gilbody	2006	(77)	Collaborative care for depression. A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes
Gilbody	2006	(151)	Costs and consequences of enhanced primary care for depression. Systematic review of randomised economic evaluations
Gillies	2015	(63)	Consultation liaison in primary care for people with mental disorders
Grochtdreis	2015	(101)	Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: a systematic review
Gunn	2006	(53)	A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care
Harkness	2009	(41)	On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers
Hoedeman	2010	(45)	Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care
Holm	2012	(126)	Chronic care model for the management of depression: synthesis of barriers to, and facilitators of, success
Huang	2013	(111)	Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis
Hudson	2016	(79)	Does collaborative care improve social functioning in adults with depression? The application of the WHO ICF framework and meta-analysis of outcomes
Jacob	2012	(102)	Economics of collaborative care for management of depressive disorders. A community guide systematic review
Kelly	2011	(121)	Shared care in mental illness: a rapid review to inform implementation

Kilbourne	2012	(110)	Integrating bipolar disorder management in primary care
Muntingh	2016	(104)	Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis
Reilly	2013	(51)	Collaborative care approaches for people with severe mental illness
Sighinolfi	2014	(81)	Collaborative care for depression in European countries: a systematic review and meta-analysis
Thota	2012	(50)	Collaborative care to improve the management of depressive disorders. A community guide systematic review and meta-analysis
Van den Broeck	2016	(120)	Collaborative care regarding major depressed patients: a review of guidelines and current practices
Van der Feltz-Cornelis	2010	(112)	Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis
Van der Feltz-Cornelis	2010	(62)	Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials
Van Steenberg-Weijnenburg	2010	(103)	Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review
Watson	2013	(113)	Practice-based interventions addressing concomitant depression and chronic medical conditions in the primary care setting: a systematic review and meta-analysis
Williams	2007	(122)	Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care

► Expériences d'amélioration de la coordination : études originales

1 ^{er} auteur	Année	Référence	Titre	Pays de l'étude
Adams	2006	(152)	Differential effectiveness of depression disease management for rural and urban primary care patients	États-Unis
Albright	2007	(153)	The role of social support and stressful life events in the effectiveness of collaborative care for depression: a rural-urban comparison	États-Unis
Angstman	2013	(154)	Prolonged care management for depression: a case-controlled study of those enrolled for more than one year	États-Unis
Aragonès	2014	(155)	Persistence in the long term of the effects of a collaborative care programme for depression in primary care	Espagne
Aragonès	2014	(99)	Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care	Espagne
Aragonès	2012	(84)	Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project	Espagne
Barber	2011	(156)	Implementation and evaluation of an integrated care program in a VA medical center	États-Unis
Bonsack	2016	(73)	Linking primary and secondary care after psychiatric hospitalization: comparison between transitional case management setting and routine care for common mental disorders	Suisse
Briot	2015	(157)	Prise en charge intégrée des maladies mentales : l'exemple d' <i>Intermountain Healthcare</i> (USA)	États-Unis
Burian	2016	(56)	Crossing the bridge: a prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations	Allemagne
Calveley	2009	(158)	A patient-centred referral pathway for mild to moderate lifestyle and mental health problems: does this model work in practice?	Nouvelle-Zélande
Carney	2016	(159)	Collaborative care for depression symptoms in an outpatient cardiology setting: a randomized clinical trial	États-Unis
Chaney	2011	(160)	Implementing collaborative care for depression treatment in primary care: a cluster randomized evaluation of a quality improvement practice redesign	États-Unis
Chang	2014	(161)	The anatomy of primary care and mental health clinician communication: a quality improvement case study	États-Unis
Chang	2014	(162)	Predictors of primary care management of depression in the Veterans Affairs healthcare system	États-Unis
Ciechanowski	2006	(163)	The association of patient relationship style and outcomes in collaborative care treatment for depression in patients with diabetes	États-Unis
Cigrang	2006	(164)	Evaluation of a collaborative mental health program in primary care: effects on patient distress and health care utilization	États-Unis
Coupe	2014	(89)	Facilitating professional liaison in collaborative care for depression in UK primary care; a qualitative study utilising normalisation process theory	Royaume-Uni
Coventry	2015	(117)	Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease	Royaume-Uni
Craske	2011	(165)	Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care	États-Unis
Curran	2012	(166)	Implementation of the CALM intervention for anxiety disorders: a qualitative study	États-Unis
Davis	2013	(167)	Integrating behavioral and physical health care in the real world: early lessons from advancing care together	États-Unis

1 ^{er} auteur	Année	Référence	Titre	Pays de l'étude
De Jong	2009	(123)	The Depression Initiative. Description of a collaborative care model for depression and of the factors influencing its implementation in the primary care setting in the Netherlands	Pays-Bas
Defromont	2012	(145)	Les médecins généralistes au coeur de la santé mentale	France
DeJesus	2014	(168)	Collaborative care management effectively promotes self-management: patient evaluation of care management for depression in primary care	États-Unis
DeJesus	2013	(93)	Antidepressant medication use among patients with depression: comparison between usual care and collaborative care using care managers	États-Unis
Dobscha	2006	(169)	Depression decision support in primary care. A cluster randomized trial	États-Unis
Durbin	2013	(129)	Barriers and enablers to integrating mental health into primary care: a policy analysis	Canada
Ekers	2008	(170)	Depression case management by practice nurses in primary care: an audit	Royaume-Uni
Endacott	2006	(171)	Developing new services for eating disorders: an evaluation study	Australie
Farrand	2009	(172)	Guided self-help supported by paraprofessional mental health workers: an uncontrolled before-after cohort study	Royaume-Uni
Farrand	2007	(173)	Impact of graduate mental health workers upon primary care mental health: a qualitative study	Royaume-Uni
Fletcher	2014	(174)	An evaluation of an Australian initiative designed to improve interdisciplinary collaboration in primary mental health care	Australie
Fletcher	2008	(175)	A collaborative approach to embedding graduate primary care mental health workers in the UK National Health Service	Royaume-Uni
Funderburk	2010	(176)	The description and evaluation of the implementation of an integrated healthcare model	États-Unis
Funderburk	2011	(177)	Behavioral health interventions being implemented in a VA primary care system	États-Unis
Garrison	2016	(178)	Time to remission for depression with collaborative care management (CCM) in primary care	États-Unis
Gensichen	2013	(67)	Cost-effectiveness of depression case management in small practices	Allemagne
Gensichen	2012	(68)	Patients' perspectives on depression case management in general practice: a qualitative study	Allemagne
Gensichen	2011	(69)	Practice-based depression case management in primary care: a qualitative study on family doctors' perspectives	Allemagne
Gensichen	2011	(70)	Positive impact of a family practice-based depression case management on patient's self-management	Allemagne
Gensichen	2009	(71)	Case management for depression by health care assistants in small primary care practices. A cluster randomized trial	Allemagne
Gidding	2014	(179)	Stepped collaborative depression care: primary care results before and after implementation of a stepped collaborative depression programme	Pays-Bas
Goorden	2014	(109)	Cost utility analysis of a collaborative stepped care intervention for panic and generalized anxiety disorders in primary care	Pays-Bas
Green	2014	(88)	Cost-effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care: economic evaluation of a randomised controlled trial (CADET)	Royaume-Uni
Grubbs	2015	(180)	The role of gender in moderating treatment outcome in collaborative care for anxiety	États-Unis
Haggarty	2012	(181)	Wait time impact of co-located primary care mental health services: the effect of adding collaborative care in northern Ontario	Canada

1 ^{er} auteur	Année	Référence	Titre	Pays de l'étude
Haggarty	2008	(74)	Clinical findings of a cluster randomised control pilot trial of a Canadian shared care service for those with chronic mental illness	Canada
Happell	2013	(182)	Mental Health Nurse Incentive Program: facilitating physical health care for people with mental illness?	Australie
Heideman	2007	(183)	Effects of a nationwide programme: interventions to reduce perceived barriers to collaboration and to increase structural one-on-one contact	Pays-Bas
Hilty	2007	(58)	A randomized, controlled trial of disease management modules, including telepsychiatric care, for depression in rural primary care	États-Unis
Huijbregts	2013	(85)	A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative	Pays-Bas
Joesch	2012	(184)	Incremental benefits and cost of coordinated anxiety learning and management for anxiety treatment in primary care	États-Unis
Johnson	2014	(185)	Collaborative care versus screening and follow-up for patients with diabetes and depressive symptoms: results of a primary care-based comparative effectiveness trial	Canada
Johnson	2016	(186)	Cost-effectiveness evaluation of collaborative care for diabetes and depression in primary care	Canada
Kathol	2010	(187)	Barriers to physical and mental condition integrated service delivery	États-Unis
Katon	2010	(115)	Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses	États-Unis
Katon	2006	(108)	Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder	États-Unis
Kelly	2015	(188)	Prognostic subgroups for remission and response in the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) trial	États-Unis
Kerr	2008	(189)	A pilot study to assess the feasibility and acceptability of a community based physical activity intervention (involving Internet, telephone, and pedometer support), integrated with medication and mood management for depressed patients	États-Unis
Kilbourne	2013	(190)	Pilot randomized trial of a cross-diagnosis collaborative care program for patients with mood disorders	États-Unis
Kilbourne	2014	(191)	SMI life goals: description of a randomized trial of a collaborative care model to improve outcomes for persons with serious mental illness	États-Unis
Kisely	2006	(192)	Collaboration between primary care and psychiatric services. Does it help family physicians?	Canada
Klinkman	2010	(193)	Long-term clinical outcomes of care management for chronically depressed primary care patients: a report from the Depression in Primary Care project	États-Unis
Knowles	2015	(116)	Managing depression in people with multimorbidity: a qualitative evaluation of an integrated collaborative care model	Royaume-Uni
Kolbasovsky	2005	(59)	Integrating behavioral health into primary care settings: a pilot project	États-Unis
König	2009	(65)	Cost-effectiveness of a primary care model for anxiety disorders	Allemagne
Landis	2013	(194)	Effects of different models of integrated collaborative care in a family medicine residency program	États-Unis
Lee	2007	(91)	Sustainable impact of a primary care depression intervention	États-Unis
Locke	2016	(195)	Utilizing clinical pharmacists to improve delivery of evidence-based care for depression and anxiety in primary care	États-Unis
McMahon	2007	(82)	Graduate mental health worker case management of depression in UK primary care: a pilot study	Royaume-Uni

1 ^{er} auteur	Année	Référence	Titre	Pays de l'étude
Meadows	2007	(196)	The consultation-liaison in primary-care psychiatry program: a structured approach to long-term collaboration	Australie
Meehan	2013	(197)	The Mental Health Nurse Incentive Program: reactions of general practitioners and their patients	Australie
Meehan	2013	(198)	Mental health nurses working in primary care: perceptions of general practitioners	Australie
Menchetti	2013	(87)	Effectiveness of collaborative care for depression in Italy. A randomized controlled trial	Italie
Menchetti	2006	(44)	Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation	Italie
Mesidor	2011	(199)	A qualitative study: barriers and facilitators to health care access for individuals with psychiatric disabilities	États-Unis
Milgrom	2011	(200)	Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling	Australie
Miller-Matero	2016	(75)	Benefits of integrated behavioral health services: the physician perspective	États-Unis
Mulvale	2008	(201)	Advancing community-based collaborative mental health care through interdisciplinary family health teams in Ontario	Canada
Muntingh	2014	(107)	Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial	Pays-Bas
Najim	2015	(202)	A completed cycle audit of psychiatric discharge summaries	Royaume-Uni
Ohlsen	2005	(203)	Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness	Royaume-Uni
Oosterbaan	2013	(106)	Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial	Pays-Bas
Passerieux	2007	(42)	Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78	France
Pastore	2013	(204)	Family practice enhancements for patients with severe mental illness	États-Unis
Perkins	2006	(205)	Far West Area Health Service mental health integration project: model for rural Australia?	Australie
Petersen	2014	(66)	Long-term effects of a collaborative care intervention on process of care in family practices in Germany: a 24-month follow-up study of a cluster randomized controlled trial	Allemagne
Pomerantz	2008	(206)	Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access	États-Unis
Power	2007	(57)	The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: general practitioner education and access to an early detection team in first-episode psychosis	Royaume-Uni
Ramperti	2012	(207)	Developing an integrated mental health care service: description of a pilot mental health consultation/liaison clinic in a primary care centre	Irlande
Ray-Sannerud	2012	(208)	Longitudinal outcomes after brief behavioral health intervention in an integrated primary care clinic	États-Unis
Reiss-Brennan	2006	(209)	Can mental health integration in a primary care setting improve quality and lower costs? A case study	États-Unis
Reiss-Brennan	2006	(210)	Mental health integration: rethinking practitioner roles in the treatment of depression: the specialist, primary care physicians, and the practice nurse	États-Unis
Reiss-Brennan	2014	(211)	Mental health integration: normalizing team care	États-Unis
Richards	2008	(83)	Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized controlled trial	Royaume-Uni

1 ^{er} auteur	Année	Référence	Titre	Pays de l'étude
Richards	2013	(86)	Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial	Royaume-Uni
Richards	2016	(90)	Clinical effectiveness and cost-effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): a cluster randomised controlled trial	Royaume-Uni
Rogers	2016	(212)	A randomized clinical trial investigating the effect of a healthcare access model for individuals with severe psychiatric disabilities	États-Unis
Rollman	2005	(105)	A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care	États-Unis
Rossom	2016	(95)	A statewide effort to implement collaborative care for depression. Reach and impact for all patients with depression	États-Unis
Roy-Byrne	2013	(213)	Effects of pain and prescription opioid use on outcomes in a collaborative care intervention for anxiety	États-Unis
Rubenstein	2010	(214)	Using evidence-based quality improvement methods for translating depression collaborative care research into practice	États-Unis
Rubenstein	2014	(94)	Assessing organizational readiness for depression care quality improvement: relative commitment and implementation capability	États-Unis
Ryan	2007	(215)	Outcomes of referrals over a six-month period to a mental health gateway team	Royaume-Uni
Sadock	2014	(216)	Evaluation of integrated psychological services in a university-based primary care clinic	États-Unis
Scahill	2015	(217)	Mapping the terrain: a conceptual schema for a mental health medication support service in community pharmacy	Australie
Scharf	2013	(218)	Integrating primary care into community behavioral health settings: programs and early implementation experiences	États-Unis
Schrader	2005	(219)	Effect of psychiatry liaison with general practitioners on depression severity in recently hospitalised cardiac patients: a randomised controlled trial	Australie
Serrano	2011	(220)	The effect of behavioral health consultation on the care of depression by primary care clinicians	États-Unis
Sharpe	2014	(221)	Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial	Royaume-Uni
Shaw	2005	(222)	A letter of consequence: referral letters from general practitioners to secondary mental health services	Royaume-Uni
Shedden-Mora	2016	(223)	Collaborative stepped care for somatoform disorders: a pre-post-intervention study in primary care	Allemagne
Shippee	2013	(98)	Impact of collaborative care for depression on clinical, functional, and work outcomes. A practice-based evaluation	États-Unis
Solberg	2013	(97)	The DIAMOND initiative: implementing collaborative care for depression in 75 primary care clinics	États-Unis
Solberg	2006	(224)	Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study	États-Unis
Sutor	2007	(225)	Collaborative psychiatric care in a rural family medicine setting reduces health care utilization in depressed patients	États-Unis
Swenson	2008	(226)	Development and implementation of collaborative mental health care program in a primary care setting: the Ottawa share program	Canada
Tai-Seale	2010	(227)	A case study of early experience with implementation of collaborative care in the Veterans Health Administration	États-Unis
Taylor	2015	(228)	Predictors of anxiety recurrence in the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) trial	États-Unis
Ungar	2013	(229)	Reversed shared care in mental health: bringing primary physical health care to psychiatric patients	Canada

1 ^{er} auteur	Année	Référence	Titre	Pays de l'étude
Urada	2012	(230)	Perceptions of mental health and substance use disorder services integration among the workforce in primary care settings	États-Unis
Van der Feltz-Cornelis	2006	(46)	Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice	Pays-Bas
Van Orden	2009	(231)	Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting: a randomized controlled trial	Pays-Bas
Vera	2010	(232)	Collaborative care for depressed patients with chronic medical conditions: a randomized trial in Puerto Rico	États-Unis
Vickers	2013	(233)	Integration of mental health resources in a primary care setting leads to increased provider satisfaction and patient access	États-Unis
Weiss	2013	(234)	Lessons learned from a colocation model using psychiatrists in urban primary care settings	États-Unis
Wener	2016	(61)	Collaborating in the context of co-location: a grounded theory study	Canada
Williams	2010	(96)	Creating value in depression management	États-Unis
Williams	2011	(92)	Implementation of a care management model for depression at two primary care clinics	États-Unis
Wood	2009	(235)	Inpatient care to community care: improving clinical handover in the private mental health setting	Australie
Wright	2006	(236)	Improving collaboration between community mental health services and GPs	Australie
Wynands	2009	(237)	More than brief relief: the Rural Canterbury PHO Brief Intervention Coordination (BIC) service	Nouvelle-Zélande
Xu	2011	(238)	Stakeholder benefit from depression disease management: differences by rurality?	États-Unis
Younès	2008	(64)	Long term GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems	France

Références

1. 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.cnpq-cnqsp.com/blank-dvouy>
2. 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.cnpq-cnqsp.com/blank-dvouy>
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ministère des affaires sociales et de la santé. Projet DeMeGen. Etude quantitative et qualitative des pratiques de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville et de leurs déterminants psychosociaux. Marseille: ORS PACA; 2015.
8. Gavin B, Cullen W, O'Donoghue B, Ascencio-Lane JC, Bury G, O'Callaghan E. First episode schizophrenia in general practice: a national survey. *Ir J Psychol Med* 2006;23(1):6-9.
9. Røtvold K, Wynn R. Involuntary psychiatric admission: how the patients are detected and the general practitioners' expectations for hospitalization. An interview-based study. *Int J Ment Health Syst* 2016;10:20.
10. 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.
11. Mercier A, Kerhuel N, Stalniewicz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, *et al.* Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale* 2010;36(Suppl 2):D73-D82.
12. Bohn I, Aubert JP, Guegan M, Guillard M, Greacen T, Lejoyeux M, *et al.* Patients psychiatriques ambulatoires. Quelle coordination des soins ? *Rev Prat MG* 2007;21(770-771):511-4.
13. Norton JL, Rivoiron-Besset E, David M, Jaussent I, Prudhomme C, Boulenger JP, *et al.* Role of the general practitioner in the care of patients recently discharged from the hospital after a first psychotic episode: influence of length of stay. *Prim Care Companion CNS Disord* 2011;13(5): PCC.11m01180.
14. Vanderlip ER, Williams NA, Fiedorowicz JG, Katon W. Exploring primary care activities in ACT teams. *Community Ment Health J* 2014;50(4):466-73.
15. Van Hasselt FM, Oud MJT, Loonen AJM. Practical recommendations for improvement of the physical health care of patients with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2015;131(5):387-96.
16. Agyapong VIO, Jabbar F, Conway C. Shared care between specialised psychiatric services and primary care: the experiences and expectations of General Practitioners in Ireland. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012;16(4):293-9.
17. Agyapong VIO, Conway C, Guerandel A. Shared care between specialized psychiatric services and primary care: the experiences and expectations of consultant psychiatrists in Ireland. *Int J Psychiatry Med* 2011;42(3):295-313.
18. Crotty MM, Henderson J, Fuller JD. Helping and hindering: perceptions of enablers and barriers to collaboration within a rural South Australian mental health network. *Aust J Rural Health* 2012;20(4):213-8.
19. Bambling M, Kavanagh D, Lewis G, King R, King D, Sturk H, *et al.* Challenges faced by general practitioners and allied mental health services in providing mental health services in rural Queensland. *Aust J Rural Health* 2007;15(2):126-30.
20. Fickel JJ, Parker LE, Yano EM, Kirchner JE. Primary care - mental health collaboration: an example of assessing usual practice and potential barriers. *J Interprof Care* 2007;21(2):207-16.

21. Methley A, Campbell S, Cheraghi-Sohi S, Chew-Graham C. Meeting the mental health needs of people with multiple sclerosis: a qualitative study of patients and professionals. *Disabil Rehabil* 2017;39(11):1097-105.
22. Noseworthy AM, Seigny E, Laizner AM, Houle C, La Riccia P. Mental health care professionals' experiences with the discharge planning process and transitioning patients attending outpatient clinics into community care. *Arch Psychiatr Nurs* 2014;28(4):263-71.
23. Milleret G, Plantard ME. Place de la santé mentale en médecine générale. Résultats de la région Bourgogne à partir d'une enquête nationale. *Rev Hosp Fr* 2012;(547):30-2.
24. Lockhart C. Collaboration and referral practices of general practitioners and community mental health workers in rural and remote Australia. *Aust J Rural Health* 2006;14(1):29-32.
25. Cranwell K, Polacsek M, McCann TV. Improving mental health service users' with medical co-morbidity transition between tertiary medical hospital and primary care services: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2016;16:302.
26. Fredheim T, Danbolt LJ, Haavet OR, Kjønsgberg K, Lien L. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst* 2011;5:13.
27. 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).
28. Sanchez K, Thompson S, Alexander L. Current strategies and barriers in integrated health care: a survey of publicly funded providers in Texas. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32(1):26-32.
29. Grenier J, Chomienne MH, Gaboury I, Ritchie P, Hogg W. Collaboration between family physicians and psychologists. What do family physicians know about psychologists' work? *Can Fam Physician* 2008;54(2):232-3.e1-5
30. Chong WW, Aslani P, Chen TF. Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: a qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators. *J Interprof Care* 2013;27(5):373-9.
31. Khandaker GM, Gandamaneni PK, Dibben CRM, Cherukuru S, Cairns P, Ray MK. Evaluating care pathways for community psychiatry in England: a qualitative study. *J Eval Clin Pract* 2013;19(2):298-303.
32. Philippe P. Généralistes - psychiatres : amis ou ennemis ? *Rev Méd Liège* 2011;66(2):92-101.
33. Raine R, Carter S, Sensky T, Black N. 'Referral into a void': opinions of general practitioners and others on single point of access to mental health care. *J R Soc Med* 2005;98(4):153-7.
34. Chew-Graham C, Slade M, Montana C, Stewart M, Gask L. A qualitative study of referral to community mental health teams in the UK: exploring the rhetoric and the reality. *BMC Health Serv Res* 2007;7:117.
35. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale*. *Etudes et Résultats* 2004;(347).
36. 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.
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. Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R, et al. Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1. *BMC Health Serv Res* 2011;11:72.
39. Floyd P. Integrating physical and behavioral health: a major step toward population health management. *Healthc Financ Manage* 2016;70(1):64-71.
40. Cerimele JM, Katon WJ, Sharma V, Sederer LI. Delivering psychiatric services in primary-care setting. *Mt Sinai J Med* 2012;79(4):481-9.
41. Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;Issue 1:CD000532.
42. Passerieux C. Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78. *Ann Méd-Psychol* 2007;165(10):741-5.
43. Younès N. Les expériences de soins partagés. Dépression : quel parcours de soin ? [dossier]. *Santé Mentale* 2007;(116):38-43.
44. Menchetti M, Tarricone I, Bortolotti B, Berardi D. Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation. *Int J Integr Care* 2006;6:e05.
45. Hoedeman R, Blankenstein AH, van der Feltz-Cornelis CM, Krol B, Stewart R, Groothoff JW. Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;Issue 12:CD006524.
46. Van der Feltz-Cornelis CM, van Oppen P, Adèr HJ, van Dyck R. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in

general practice. *Psychother Psychosom* 2006;75(5):282-9.

47. Haddad M, Tylee A. The chronic disease management model for depression in primary care. *Clin Neuropsychiatry* 2011;8(4):252-9.

48. 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.

49. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff* 2001;20(6):64-78.

50. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, *et al.* Collaborative care to improve the management of depressive disorders. A community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2012;42(5):525-38.

51. Reilly S, Planner C, Gask L, Hann M, Knowles S, Druss B, *et al.* Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;Issue 11:CD009531.

52. Katon W, Unützer J, Wells K, Jones L. Collaborative depression care: history, evolution and ways to enhance dissemination and sustainability. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32(5):456-64.

53. Gunn J, Diggins 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.

54. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, *et al.* Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;Issue 10:CD006525.

55. Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol R, Fu SS, Hagedorn H, *et al.* Does integrated care improve treatment for depression? A systematic review. *J Ambul Care Manage* 2011;34(2):113-25.

56. Burian R, Franke M, Diefenbacher A. Crossing the bridge: a prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. *J Psychosom Res* 2016;86:53-9.

57. Power P, Iacoponi E, Reynolds N, Fisher H, Russell M, Garety P, *et al.* The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: general practitioner education and access to an early detection team in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2007;191(Suppl 51):s133-s9.

58. Hilty DM, Marks S, Wegelin J, Callahan EJ, Nesbitt TS. A randomized, controlled trial of disease management modules, including telepsychiatric care, for depression in rural primary care. *Psychiatry* 2007;4(2):58-65.

59. Kolbasovsky A, Reich L, Romano I, Jaramillo B. Integrating behavioral health into primary care settings: a pilot project. *Prof Psychol Res Pract* 2005;36(2):130-5.

60. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Cohu S, Lequet-Slama D. Le système d'assurance santé aux Etats-Unis. Un système fragmenté et concurrentiel. *Etudes et Résultats* 2007;(600).

61. Wener P, Woodgate RL. Collaborating in the context of co-location: a grounded theory study. *BMC Fam Pract* 2016;17:30.

62. Van der Feltz-Cornelis CM, van Os TWDP, van Marwijk HWJ, Leentjens AFG. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res* 2010;68(6):521-33.

63. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;Issue 9:CD007193.

64. 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.

65. König HH, Born A, Heider D, Matschinger H, Heinrich S, Riedel-Heller SG, *et al.* Cost-effectiveness of a primary care model for anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 2009;195(4):308-17.

66. Petersen JJ, König J, Paulitsch MA, Mergenthal K, Rauck S, Pagitz M, *et al.* Long-term effects of a collaborative care intervention on process of care in family practices in Germany: a 24-month follow-up study of a cluster randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2014;36(6):570-4.

67. Gensichen J, Petersen JJ, von Korff M., Heider D, Baron S, König J, *et al.* Cost-effectiveness of depression case management in small practices. *Br J Psychiatry* 2013;202:441-6.

68. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jäger C, Mergenthal K, *et al.* Patients' perspectives on depression case management in general practice: a qualitative study. *Patient Educ Couns* 2012;86(1):114-9.

69. Gensichen J, Güthlin C, Kleppel V, Jäger C, Mergenthal K, Gerlach FM, *et al.* Practice-based depression case management in primary care: a qualitative study on family doctors' perspectives. *Fam Pract* 2011;28(5):565-71.

70. Gensichen J, Petersen JJ, Karroum T, Rauck S, Ludman E, König J, *et al.* Positive impact of a family practice-based depression case management on patient's self-management. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33(1):23-8.

71. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Güthlin C, *et al.* Case management for depression by health care assistants in small primary care

practices. A cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;151(6):369-78.

72. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. Document de travail. Série Etudes 2006;(57).

73. 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.

74. Haggarty J, Haslam D, Houlding C, Armstrong D. Clinical findings of a cluster randomised control pilot trial of a Canadian shared care service for those with chronic mental illness. *Prim Care Community Psychiatry* 2008;13(1):19-25.

75. Miller-Matero LR, Dykuis KE, Albujoq K, Martens K, Fuller BS, Robinson V, *et al.* Benefits of integrated behavioral health services: the physician perspective. *Fam Syst Health* 2016;34(1):51-5.

76. 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.

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. Coventry PA, Hudson JL, Kontopantelis E, Archer J, Richards DA, Gilbody S, *et al.* Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PLoS One* 2014;9(9):e108114.

79. Hudson JL, Bower P, Archer J, Coventry PA. Does collaborative care improve social functioning in adults with depression? The application of the WHO ICF framework and meta-analysis of outcomes. *J Affect Disord* 2016;189:379-91.

80. Organisation mondiale de la santé. CIF. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève: OMS; 2001.

81. Sighinolfi C, Nespeca C, Menchetti M, Levantesi P, Belvederi Murri M, Berardi D. Collaborative care for depression in European countries: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res* 2014;77(4):247-63.

82. McMahon L, Foran KM, Forrest SD, Taylor ML, Ingram G, Rajwal M, *et al.* Graduate mental health worker case management of depression in UK primary care: a pilot study. *Br J Gen Pract* 2007;57(544):880-5.

83. Richards DA, Lovell K, Gilbody S, Gask L, Torgerson D, Barkham M, *et al.* Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2008;38(2):279-87.

84. 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.

85. Huijbregts KML, de Jong FJ, van Marwijk HWJ, Beekman ATF, Adèr HJ, Hakkaart-van Roijen L, *et al.* A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. *J Affect Disord* 2013;146(3):328-37.

86. Richards DA, Hill JJ, Gask L, Lovell K, Chew-Graham C, Bower P, *et al.* Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;347:f4913.

87. Menchetti M, Sighinolfi C, Di Michele V, Peloso P, Nespeca C, Venzano Bandieri P, *et al.* Effectiveness of collaborative care for depression in Italy. A randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2013;35(6):579-86.

88. Green C, Richards DA, Hill JJ, Gask L, Lovell K, Chew-Graham C, *et al.* Cost-effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care: economic evaluation of a randomised controlled trial (CADET). *PLoS One* 2014;9(8):e104225.

89. Coupe N, Anderson E, Gask L, Sykes P, Richards DA, Chew-Graham C. Facilitating professional liaison in collaborative care for depression in UK primary care; a qualitative study utilising normalisation process theory. *BMC Fam Pract* 2014;15:78.

90. Richards DA, Bower P, Chew-Graham C, Gask L, Lovell K, Cape J, *et al.* Clinical effectiveness and cost-effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): a cluster randomised controlled trial. *Health Technol Assess* 2016;20(14).

91. Lee PW, Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW, Barry SL. Sustainable impact of a primary care depression intervention. *J Am Board Fam Med* 2007;20(5):427-33.

92. Williams M, Angstman K, Johnson I, Katzelnick D. Implementation of a care management model for depression at two primary care clinics. *J Ambul Care Manage* 2011;34(2):163-73.

93. DeJesus RS, Angstman KB, Cha SS, Williams MD. Antidepressant medication use among patients with depression: comparison between usual care and collaborative care using care managers. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013;9:84-7.

94. Rubenstein LV, Danz MS, Crain AL, Glasgow RE, Whitebird RR, Solberg LI. Assessing organizational readiness for depression care quality improvement:

relative commitment and implementation capability. *Implement Sci* 2014;9:173.

95. Rossom RC, Solberg LI, Parker ED, Crain AL, Whitebird R, Maciosek M, *et al.* A statewide effort to implement collaborative care for depression. Reach and impact for all patients with depression. *Med Care* 2016;54(11):992-7.

96. Williams MD, Jaeckels N, Rummans TA, Somers K, Nesse RE, Gorman RS. Creating value in depression management. *Qual Prim Care* 2010;18(5):327-33.

97. Solberg LI, Crain AL, Jaeckels N, Ohnsorg KA, Margolis KL, Beck A, *et al.* The DIAMOND initiative: implementing collaborative care for depression in 75 primary care clinics. *Implement Sci* 2013;8:135.

98. Shippee ND, Shah ND, Angstman KB, DeJesus RS, Wilkinson JM, Bruce SM, *et al.* Impact of collaborative care for depression on clinical, functional, and work outcomes. A practice-based evaluation. *J Ambul Care Manage* 2013;36(1):13-23.

99. 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.

100. Dedeu T. Organisation des soins primaires en Catalogne. *Rev Fr Aff Soc* 2010;(3):49-59.

101. Grochtdreis T, Brettschneider C, Wegener A, Watzke B, Riedel-Heller S, Härter M, *et al.* Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: a systematic review. *PLoS One* 2015;10(5):e0123078.

102. Jacob V, Chattopadhyay SK, Sipe TA, Thota AB, Byard GJ, Chapman DP, *et al.* Economics of collaborative care for management of depressive disorders. A community guide systematic review. *Am J Prev Med* 2012;42(5):539-49.

103. Van Steenberghe-Weijenburg KM, van der Feltz-Cornelis CM, Horn EK, van Marwijk HWJ, Beekman ATF, Rutten FFH, *et al.* Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2010;10:19.

104. Muntingh ADT, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HWJ, Spinhoven P, van Balkom AJLM. Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2016;17:62.

105. Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, Houck PR, Zhu F, Gardner W, *et al.* A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(12):1332-41.

106. Oosterbaan DB, Verbraak MJPM, Terluin B, Hoogendoorn AW, Peyrot WJ, Muntingh A, *et al.* Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster

randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2013;203(2):132-9.

107. Muntingh A, van der Feltz-Cornelis C, van Marwijk H, Spinhoven P, Assendelft W, de Waal M, *et al.* Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2014;83(1):37-44.

108. Katon W, Russo J, Sherbourne C, Stein MB, Craske M, Fan MY, *et al.* Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder. *Psychol Med* 2006;36(3):353-63.

109. Goorden M, Muntingh A, van Marwijk H, Spinhoven P, Adèr H, van Balkom A, *et al.* Cost utility analysis of a collaborative stepped care intervention for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *J Psychosom Res* 2014;77(1):57-63.

110. Kilbourne AM, Goodrich DE, O'Donnell AN, Miller CJ. Integrating bipolar disorder management in primary care. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14(6):687-95.

111. Huang Y, Wei X, Wu T, Chen R, Guo A. Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2013;13:260.

112. Van der Feltz-Cornelis CM, Nuyen J, Stoop C, Chan J, Jacobson AM, Katon W, *et al.* Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32(4):380-95.

113. Watson LC, Amick HR, Gaynes BN, Brownley KA, Thaker S, Viswanathan M, *et al.* Practice-based interventions addressing concomitant depression and chronic medical conditions in the primary care setting: a systematic review and meta-analysis. *J Prim Care Community Health* 2013;4(4):294-306.

114. Agency for Healthcare Research and Quality, Watson L, Amick HR, Gaynes BN, Brownley KA, Thaker S, *et al.* Practice-based interventions addressing concomitant depression and chronic medical conditions in the primary care setting. Comparative Effectiveness Review No. 75. Rockville: AHRQ; 2012.

https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/depression-chronic-conditions-interventions_research.pdf

115. Katon WJ, Lin EHB, von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, *et al.* Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med* 2010;363(27):2611-20.

116. Knowles SE, Chew-Graham C, Adeyemi I, Coupe N, Coventry PA. Managing depression in people with multimorbidity: a qualitative evaluation of an integrated collaborative care model. *BMC Fam Pract* 2015;16:32.

117. Coventry P, Lovell K, Dickens C, Bower P, Chew-Graham C, McElvenny D, *et al.* Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care

for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ* 2015;350:h638.

118. Vasiliadis HM, Dezetter A, Lesage A, Drapeau M. Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada : réflexions et expériences de pays francophones. *Santé Mentale Québec* 2015;40(4):15-30.

119. National Institute for Health Research, Parry G, Barkham M, Brazier J, Dent-Brown K, Hardy G, *et al.* An evaluation of a new service model: Improving Access to Psychological Therapies demonstration sites 2006-2009. Sheffield: NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2011.
www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1610-154_V01.pdf

120. 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.

121. Kelly BJ, Perkins DA, Fuller JD, Parker SM. Shared care in mental illness: a rapid review to inform implementation. *Int J Ment Health Syst* 2011;5:31.

122. Williams JW, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29(2):91-116.

123. De Jong FJ, van Steenberg-Weijnenburg KM, Huijbregts KML, Vlasveld MC, van Marwijk HWJ, Beekman ATF, *et al.* The Depression Initiative. Description of a collaborative care model for depression and of the factors influencing its implementation in the primary care setting in the Netherlands. *Int J Integr Care* 2009;9:e81.

124. 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.

125. Franx G, Dixon L, Wensing M, Pincus H. Implementation strategies for collaborative primary care-mental health models. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26(5):502-10.

126. Holm AL, Severinsson E. Chronic care model for the management of depression: synthesis of barriers to, and facilitators of, success. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21(6):513-23.

127. Katon W, Guico-Pabia CJ. Improving quality of depression care using organized systems of care: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord* 2011;13(1).

128. Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry* 2006;51(6 Suppl 1):7S-72S.

129. Durbin A, Durbin J, Hensel JM, Deber R. Barriers and enablers to integrating mental health into primary care: a policy analysis. *J Behav Health Serv Res* 2016;43(1):127-39.

130. Agency for Healthcare Research and Quality, Carey TS, Crotty KA, Morrissey JP, Jonas DE, Viswanathan M, *et al.* Future research needs for the integration of mental health/substance abuse and primary care. Identification of future research needs from Evidence report/technology assessment No. 173. Future research needs paper number 3. Rockville: AHRQ; 2010.

https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/mental-health-substance-abuse_research.pdf

131. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Best practice referral, communication and shared care arrangements between psychiatrists, general practitioners and psychologists. Professional practice guideline. Wellington: RANZCP; 2014.

https://www.ranzcp.org/Files/Resources/College_State_ments/Practice_Guidelines/PS-Best-Practice-Referral-Communication-between-ps.aspx

132. National Institute for Health and Care Excellence. Common mental health problems: identification and pathways to care. London: NICE; 2011.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>

133. American Academy of Family Physicians, American Board of Family Medicine, Society of Teachers of Family Medicine, Baird M, Blount A, Brungardt S, *et al.* The development of joint principles: integrating behavioral health care into the patient-centered medical home. *Ann Fam Med* 2014;12(2):183.

134. American College of Physicians, Crowley RA, Kirschner N. The integration of care for mental health, substance abuse, and other behavioral health conditions into primary care: executive summary of an American College of Physicians position paper. *Ann Intern Med* 2015;163(4):298-9.

135. 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>

136. 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.

137. Private Mental Health Alliance. Principles for collaboration, communication and cooperation between private mental health service providers. Kingston Act: PMHA; 2013.

<http://pmhccn.com.au/Portals/2/PublicDocuments/InformationSheets/PMHA%20Principles%20for%20Collaboration%20Communication%20and%20Cooperation.pdf>

138. 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>

139. 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

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

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

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

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

144. 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

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

146. World Organization of Family Doctors. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. [s.l]: WONCA; 2002.

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

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

148. Gask L. Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. Soc Sci Med 2005;61(8):1785-94.

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

150. Agency for Healthcare Research and Quality, Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, et al. Integration of mental health/substance abuse and primary care. Evidence report/technology assessment number 173. Rockville: AHRQ; 2008.

<https://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/mhsapc/mhsapc.pdf>

151. Gilbody S, Bower P, Whitty P. Costs and consequences of enhanced primary care for

depression. Systematic review of randomised economic evaluations. Br J Psychiatry 2006;189:297-308.

152. Adams SJ, Xu S, Dong F, Fortney J, Rost K. Differential effectiveness of depression disease management for rural and urban primary care patients. J Rural Health 2006;22(4):343-50.

153. Albright K, Fortney JC, Adams SJ, Dong F, Xu S. The role of social support and stressful life events in the effectiveness of collaborative care for depression: a rural-urban comparison. J Rural Mental Health 2007;31(4):6-27.

154. Angstman KB, Pecina JL, Bernard ME, Matthews MR. Prolonged care management for depression: a case-controlled study of those enrolled for more than one year. J Prim Care Community Health 2013;4(2):129-34.

155. Aragonès E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G. Persistence in the long term of the effects of a collaborative care programme for depression in primary care. J Affect Disord 2014;166:36-40.

156. Barber JA, Frantsve LM, Capelli S, Sanders KA. Implementation and evaluation of an integrated care program in a VA medical center. Psychol Serv 2011;8(4):282-93.

157. Briot P, Bréchat PH, Reiss-Brennan B, Cannon W, Bréchat N, Teil A. Prise en charge intégrée des maladies mentales : l'exemple d'Intermountain Healthcare (USA). Santé Publique 2015;27(Suppl 1):199-208.

158. Calveley J, Verhoeven A, Hopcroft D. A patient-centred referral pathway for mild to moderate lifestyle and mental health problems: does this model work in practice? J Prim Health Care 2009;1(1):50-6.

159. Carney RM, Freedland KE, Steinmeyer BC, Rubin EH, Ewald G. Collaborative care for depression symptoms in an outpatient cardiology setting: a randomized clinical trial. Int J Cardiol 2016;219:164-71.

160. Chaney EF, Rubenstein LV, Liu CF, Yano EM, Bolkan C, Lee M, et al. Implementing collaborative care for depression treatment in primary care: a cluster randomized evaluation of a quality improvement practice redesign. Implement Sci 2011;6:121.

161. Chang ET, Wells KB, Young AS, Stockdale S, Johnson MD, Fickel JJ, et al. The anatomy of primary care and mental health clinician communication: a quality improvement case study. J Gen Intern Med 2014;29(Suppl 2):S598-S606.

162. Chang ET, Magnabosco JL, Chaney E, Lanto A, Simon B, Yano EM, et al. Predictors of primary care management of depression in the Veterans Affairs healthcare system. J Gen Intern Med 2014;29(7):1017-25.

163. Ciechanowski PS, Russo JE, Katon WJ, von Korff M, Simon GE, Lin EHB, et al. The association of patient relationship style and outcomes in collaborative care treatment for depression in patients with diabetes. Med Care 2006;44(3):283-91.

164. Cigrang JA, Dobmeyer AC, Becknell ME, Roa-Navarrete RA, Yerian SR. Evaluation of a collaborative mental health program in primary care: effects on patient distress and health care utilization. *Prim Care Community Psychiatry* 2006;11(3):121-7.
165. Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne C, Bystritsky A, Rose RD, *et al.* Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(4):378-88.
166. Curran GM, Sullivan G, Mendel P, Craske MG, Sherbourne CD, Stein MB, *et al.* Implementation of the CALM intervention for anxiety disorders: a qualitative study. *Implement Sci* 2012;7:14.
167. Davis M, Balasubramanian BA, Waller E, Miller BF, Green LA, Cohen DJ. Integrating behavioral and physical health care in the real world: early lessons from advancing care together. *J Am Board Fam Med* 2013;26(5):588-602.
168. DeJesus RS, Howell L, Williams M, Hathaway J, Vickers KS. Collaborative care management effectively promotes self-management: patient evaluation of care management for depression in primary care. *Postgrad Med* 2014;126(2):141-6.
169. Dobscha SK, Corson K, Hickam DH, Perrin NA, Kraemer DF, Gerrity MS. Depression decision support in primary care. A cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2006;145(7):477-87.
170. Ekers D, Wilson R. Depression case management by practice nurses in primary care: an audit. *Ment Health Fam Med* 2008;5(2):111-9.
171. Endacott R, Kidd S, Deacon-Crouch M, Judd F, Menzel M, Cornett M. Developing new services for eating disorders: an evaluation study. *Australas Psychiatry* 2006;14(1):57-62.
172. Farrand P, Confue P, Byng R, Shaw S. Guided self-help supported by paraprofessional mental health workers: an uncontrolled before-after cohort study. *Health Soc Care Community* 2009;17(1):9-17.
173. Farrand P, Duncan F, Byng R. Impact of graduate mental health workers upon primary care mental health: a qualitative study. *Health Soc Care Community* 2007;15(5):486-93.
174. Fletcher J, King K, Christo J, Machlin A, Bassilios B, Blashki G, *et al.* An evaluation of an Australian initiative designed to improve interdisciplinary collaboration in primary mental health care. *Eval Program Plann* 2014;45:29-41.
175. Fletcher J, Gavin M, Harkness E, Gask L. A collaborative approach to embedding graduate primary care mental health workers in the UK National Health Service. *Health Soc Care Community* 2008;16(5):451-9.
176. Funderburk JS, Sugarman DE, Maisto SA, Ouimette P, Schohn M, Lantinga L, *et al.* The description and evaluation of the implementation of an integrated healthcare model. *Fam Syst Health* 2010;28(2):146-60.
177. Funderburk JS, Sugarman DE, Labbe AK, Rodrigues A, Maisto SA, Nelson B. Behavioral health interventions being implemented in a VA primary care system. *J Clin Psychol Med Settings* 2011;18(1):22-9.
178. Garrison GM, Angstman KB, O'Connor SS, Williams MD, Lineberry TW. Time to remission for depression with collaborative care management (CCM) in primary care. *J Am Board Fam Med* 2016;29(1):10-7.
179. Gidding LG, Spigt MG, Dinant GJ. Stepped collaborative depression care: primary care results before and after implementation of a stepped collaborative depression programme. *Fam Pract* 2014;31(2):180-92.
180. Grubbs KM, Cheney AM, Fortney JC, Edlund C, Han X, Dubbert P, *et al.* The role of gender in moderating treatment outcome in collaborative care for anxiety. *Psychiatr Serv* 2015;66(3):265-71.
181. Haggarty JM, Jarva JA, Cernovsky Z, Karioja K, Martin L. Wait time impact of co-located primary care mental health services: the effect of adding collaborative care in northern Ontario. *Can J Psychiatry* 2012;57(1):29-33.
182. Happell B, Platania-Phung C, Scott D. Mental Health Nurse Incentive Program: facilitating physical health care for people with mental illness? *Int J Ment Health Nurs* 2013;22(5):399-408.
183. Heideman J, Laurant M, Verhaak P, Wensing M, Grol R. Effects of a nationwide programme: interventions to reduce perceived barriers to collaboration and to increase structural one-on-one contact. *J Eval Clin Pract* 2007;13(6):860-6.
184. Joesch JM, Sherbourne CD, Sullivan G, Stein MB, Craske MG, Roy-Byrne P. Incremental benefits and cost of coordinated anxiety learning and management for anxiety treatment in primary care. *Psychol Med* 2012;42(9):1937-48.
185. Johnson JA, Al Sayah F, Wozniak L, Rees S, Soprovich A, Qiu W, *et al.* Collaborative care versus screening and follow-up for patients with diabetes and depressive symptoms: results of a primary care-based comparative effectiveness trial. *Diabetes Care* 2014;37(12):3220-6.
186. Johnson JA, Lier DA, Soprovich A, Al Sayah F, Qiu W, Majumdar SR. Cost-effectiveness evaluation of collaborative care for diabetes and depression in primary care. *Am J Prev Med* 2016;51(1):e13-e20.
187. Kathol RG, Butler M, McAlpine DD, Kane RL. Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. *Psychosom Med* 2010;72(6):511-8.
188. Kelly JM, Jakubovski E, Bloch MH. Prognostic subgroups for remission and response in the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) trial. *J Clin Psychiatry* 2015;76(3):267-78.

189. Kerr J, Calfas KJ, Caparosa S, Stein MB, Sieber W, Abascal LB, *et al.* A pilot study to assess the feasibility and acceptability of a community based physical activity intervention (involving Internet, telephone, and pedometer support), integrated with medication and mood management for depressed patients. *Ment Health Phys Activity* 2008;1(1):40-5.
190. Kilbourne AM, Li D, Lai Z, Waxmonsky J, Ketter T. Pilot randomized trial of a cross-diagnosis collaborative care program for patients with mood disorders. *Depress Anxiety* 2013;30(2):116-22.
191. Kilbourne AM, Bramlet M, Barbaresso MM, Nord KM, Goodrich DE, Lai Z, *et al.* SMI life goals: description of a randomized trial of a collaborative care model to improve outcomes for persons with serious mental illness. *Contemp Clin Trials* 2014;39(1):74-85.
192. Kisely S, Duerden D, Shaddick S, Jayabarathan A. Collaboration between primary care and psychiatric services. Does it help family physicians? *Can Fam Physician* 2006;52:876-7.
193. Klinkman MS, Bauroth S, Fedewa S, Kerber K, Kuebler J, Adman T, *et al.* Long-term clinical outcomes of care management for chronically depressed primary care patients: a report from the Depression in Primary Care project. *Ann Fam Med* 2010;8(5):387-96.
194. Landis SE, Barrett M, Galvin SL. Effects of different models of integrated collaborative care in a family medicine residency program. *Fam Syst Health* 2013;31(3):264-73.
195. Locke A, Kamo N. Utilizing clinical pharmacists to improve delivery of evidence-based care for depression and anxiety in primary care. *BMJ Qual Improv Rep* 2016;5:u211816.w4748.
196. Meadows GN, Harvey CA, Joubert L, Barton D, Bedi G. The consultation-liaison in primary-care psychiatry program: a structured approach to long-term collaboration. *Psychiatr Serv* 2007;58(8):1036-8.
197. Meehan T, Robertson S. The Mental Health Nurse Incentive Program: reactions of general practitioners and their patients. *Aust Health Rev* 2013;37(3):337-40.
198. Meehan T, Robertson S. Mental health nurses working in primary care: perceptions of general practitioners. *Int J Ment Health Nurs* 2013;22(5):377-83.
199. 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.
200. Milgrom J, Holt CJ, Gemmill AW, Ericksen J, Leigh B, Buist A, *et al.* Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. *BMC Psychiatry* 2011;11:95.
201. Mulvale G, Danner U, Pasic D. Advancing community-based collaborative mental health care through interdisciplinary family health teams in Ontario. *Can J Community Ment Health* 2008;27(2):55-73.
202. Najim H, Jaffar K. A completed cycle audit of psychiatric discharge summaries. *Psychiatr Danub* 2015;27(Suppl 1):S432-S4.
203. Ohlsen RI, Peacock G, Smith S. Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12(5):614-9.
204. Pastore P, Griswold KS, Homish GG, Watkins R. Family practice enhancements for patients with severe mental illness. *Community Ment Health J* 2013;49(2):172-7.
205. Perkins DA, Roberts R, Sanders T, Rosen A. Far West Area Health Service mental health integration project: model for rural Australia? *Aust J Rural Health* 2006;14(3):105-10.
206. Pomerantz A, Cole BH, Watts BV, Weeks WB. Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(6):546-51.
207. Ramperti N, de la Harpe Golden D, Chinedu I, O'Caseide S, Kelly F. Developing an integrated mental health care service: description of a pilot mental health consultation/liaison clinic in a primary care centre. *Ir J Psychol Med* 2012;29(3):190-3.
208. Ray-Sannerud BN, Dolan DC, Morrow CE, Corso KA, Kanzler KE, Corso ML, *et al.* Longitudinal outcomes after brief behavioral health intervention in an integrated primary care clinic. *Fam Syst Health* 2012;30(1):60-71.
209. Reiss-Brennan B. Can mental health integration in a primary care setting improve quality and lower costs? A case study. *J Manag Care Pharm* 2006;12(2 Suppl A):s14-s20.
210. Reiss-Brennan B, Briot P, Cannon W, James B. Mental health integration: rethinking practitioner roles in the treatment of depression: the specialist, primary care physicians, and the practice nurse. *Ethn Dis* 2006;16(Suppl 3):S37-S43.
211. Reiss-Brennan B. Mental health integration: normalizing team care. *J Prim Care Community Health* 2014;5(1):55-60.
212. Rogers ES, Maru M, Kash-MacDonald M, Archer-Williams M, Hashemi L, Boardman J. A randomized clinical trial investigating the effect of a healthcare access model for individuals with severe psychiatric disabilities. *Community Ment Health J* 2016;52(6):667-74.
213. Roy-Byrne P, Sullivan MD, Sherbourne CD, Golinelli D, Craske MG, Sullivan G, *et al.* Effects of pain and prescription opioid use on outcomes in a collaborative care intervention for anxiety. *Clin J Pain* 2013;29(9):800-6.
214. Rubenstein LV, Chaney EF, Ober S, Felker B, Sherman SE, Lanto A, *et al.* Using evidence-based

quality improvement methods for translating depression collaborative care research into practice. *Fam Syst Health* 2010;28(2):91-113.

215. Ryan T, Hatfield B, Sharma I. Outcomes of referrals over a six-month period to a mental health gateway team. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14(6):527-34.

216. Sadock E, Auerbach SM, Rybarczyk B, Aggarwal A. Evaluation of integrated psychological services in a university-based primary care clinic. *J Clin Psychol Med Settings* 2014;21(1):19-32.

217. Scahill S, Fowler JL, Hattingh HL, Kelly F, Wheeler AJ. Mapping the terrain: a conceptual schema for a mental health medication support service in community pharmacy. *SAGE Open Med* 2015;3:2050312115603002.

218. Scharf DM, Eberhart NK, Schmidt N, Vaughan CA, Dutta T, Pincus HA, *et al.* Integrating primary care into community behavioral health settings: programs and early implementation experiences. *Psychiatr Serv* 2013;64(7):660-5.

219. Schrader G, Cheok F, Hordacre AL, Marker J, Wade V. Effect of psychiatry liaison with general practitioners on depression severity in recently hospitalised cardiac patients: a randomised controlled trial. *Med J Aust* 2005;182(6):272-6.

220. Serrano N, Monden K. The effect of behavioral health consultation on the care of depression by primary care clinicians. *WMJ* 2011;110(3):113-8.

221. Sharpe M, Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Gourley C, *et al.* Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMArT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial. *Lancet* 2014;384(9948):1099-108.

222. Shaw I, Clegg Smith KM, Middleton H, Woodward L. A letter of consequence: referral letters from general practitioners to secondary mental health services. *Qual Health Res* 2005;15(1):116-28.

223. Shedden-Mora MC, Groß B, Lau K, Gumz A, Wegscheider K, Löwe B. Collaborative stepped care for somatoform disorders: a pre-post-intervention study in primary care. *J Psychosom Res* 2016;80:23-30.

224. Solberg LI, Crain AL, Sperl-Hillen JM, Hroschowski MC, Engebretson KI, O'Connor PJ. Care quality and implementation of the Chronic Care Model: a quantitative study. *Ann Fam Med* 2006;4(4):310-6.

225. Sutor B, Agerter DC. Collaborative psychiatric care in a rural family medicine setting reduces health care utilization in depressed patients. *Minn Med* 2007;90(1):39-41.

226. Swenson JR, Aubry T, Gillis K, Macphee C, Busing N, Kates N, *et al.* Development and implementation of collaborative mental health care program in a primary care setting: the Ottawa share

program. *Can J Community Ment Health* 2008;27(2):75-91.

227. Tai-Seale M, Kunik ME, Shepherd A, Kirchner J, Gottumukkala A. A case study of early experience with implementation of collaborative care in the Veterans Health Administration. *Popul Health Manag* 2010;13(6):331-7.

228. Taylor JH, Jakubovski E, Bloch MH. Predictors of anxiety recurrence in the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) trial. *J Psychiatr Res* 2015;65:154-65.

229. Ungar T, Goldman S, Marcus M. Reversed shared care in mental health: bringing primary physical health care to psychiatric patients. *Can J Community Ment Health* 2013;32(3):1-16.

230. Urada D, Schaper E, Alvarez L, Reilly C, Dawar M, Field R, *et al.* Perceptions of mental health and substance use disorder services integration among the workforce in primary care settings. *J Psychoactive Drugs* 2012;44(4):292-8.

231. Van Orden M, Hoffman T, Haffmans J, Spinhoven P, Hoencamp E. Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv* 2009;60(1):74-9.

232. Vera M, Perez-Pedrogo C, Huertas SE, Reyes-Rabanillo ML, Juarbe D, Huertas A, *et al.* Collaborative care for depressed patients with chronic medical conditions: a randomized trial in Puerto Rico. *Psychiatr Serv* 2010;61(2):144-50.

233. Vickers KS, Ridgeway JL, Hathaway JC, Egginton JS, Kaderlik AB, Katzelnick DJ. Integration of mental health resources in a primary care setting leads to increased provider satisfaction and patient access. *Gen Hosp Psychiatry* 2013;35(5):461-7.

234. Weiss M, Schwartz BJ. Lessons learned from a colocation model using psychiatrists in urban primary care settings. *J Prim Care Community Health* 2013;4(3):228-34.

235. Wood SK, Campbell AK, Marden JD, Schmidtman L, Blundell GH, Sheerin NJ, *et al.* Inpatient care to community care: improving clinical handover in the private mental health setting. *Med J Aust* 2009;190(11 Suppl):S144-S9.

236. Wright M, Harmon K, Lewin T. Improving collaboration between community mental health services and GPs. *Aust Fam Physician* 2006;35(1-2):73-4.

237. Wynands P, Gawith L. More than brief relief: the Rural Canterbury PHO Brief Intervention Coordination (BIC) service. *N Z J Psychol* 2009;38(1):9-16.

238. Xu S, Rost K, Dong F, Dickinson LM. Stakeholder benefit from depression disease management: differences by rurality? *J Behav Health Serv Res* 2011;38(1):114-21.



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