

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉS DE MEDECINE

Année 2020

2020 TOU3 1689

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Présentée et soutenue publiquement par

Loïc ANGUILL

Le 19 Octobre 2020

**Le DSPP dans le parcours de soin du patient : évaluation du suivi des patients à 3 mois
de leur prise en charge au DSPP de Toulouse et enquête de satisfaction**

Directeur de thèse : Dr Sophie Prébois

JURY :

Monsieur le Professeur Laurent Schmitt : Président

Monsieur le Docteur Antoine Yroni : Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa : Assesseur

Madame le Docteur Sophie Prébois : Assesseur

Monsieur le Docteur Maurice Bensoussan : Suppléant



UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉS DE MEDECINE

Année 2020

2020 TOU3 1689

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Présentée et soutenue publiquement par

Loïc ANGUILL

Le 19 Octobre 2020

**Le DSPP dans le parcours de soin du patient : évaluation du suivi des patients à 3 mois
de leur prise en charge au DSPP de Toulouse et enquête de satisfaction**

Directeur de thèse : Dr Sophie Prébois

JURY :

Monsieur le Professeur Laurent Schmitt : Président

Monsieur le Docteur Antoine Yroni : Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno Chicoulas : Assesseur

Madame le Docteur Sophie Prébois : Assesseur

Monsieur Docteur Maurice Bensoussans : Suppléant



TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LANG Thierry
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur RIVIERE Daniel
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur JOFFRE Francis	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie		
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne, Gériatrie
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine

M. BOYER Pierre

M. STILLMUNKES André

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pédiatrie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme VALLET-GAREL Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

**Le DSPP dans le parcours de soin du
patient : évaluation du suivi des patients à 3
mois de leur prise en charge au DSPP de
Toulouse et enquête de satisfaction**

Remerciements :

Je remercie le **Professeur Schmitt** de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse, pour les services de psychiatrie qu'il a développé et modernisé depuis de nombreuses années. Pour son enseignement et son engagement dans ma formation depuis mon externat jusqu'en fin de troisième cycle.

Je remercie le **Dr Yroni**, qui m'a accueilli dans le service de l'UF4 durant mon externat et qui m'a donné goût à la psychiatrie, grâce à ses qualités humaines et son enseignement. Pour m'avoir permis de rejoindre le DES de psychiatrie.

Je remercie le **Docteur Chicoulaa** qui représente et enseigne la spécialité de médecine générale, que j'ai eu l'honneur de pratiquer durant une année et pour laquelle j'éprouve un profond respect.

Je souhaite remercier tout particulièrement le **Docteur Sophie Prébois**, que j'ai rencontré à mon tout début d'internat. Elle m'a guidé, m'a beaucoup aidé à organiser l'étude et a consacré énormément de temps pour relire mon travail. Sa gentillesse, sa rigueur, son engagement ainsi que ses conseils ont été précieux dans l'aboutissement de ce travail. Pour son engagement profond et sincère dans le développement du DSPP et auprès de tous les membres du service. C'est un honneur d'avoir pu contribué modestement à l'aventure qu'a été le développement du DSPP.

Je remercie le **Dr Maurice Bensoussan**, que j'ai eu l'honneur de connaître durant les supervisions cliniques dans le service de l'UF3, qui était un rendez-vous très attendu et apprécié des internes, permettant d'approfondir les analyses cliniques et d'ouvrir de nouvelles perspectives lorsque nous pensions être parfois dans l'impasse.

Je remercie mes différents maîtres de stage pour leur enseignement et leurs qualités humaines : Au **Dr Virginie Rouch**. Au **Dr Axel Bourcier**. Au **Dr Florence Foucher**. Au **Dr Bernard Villamot**. Au **Dr Lafont-Rapnouil**. Au **Dr Cécile Garrido**. Au **Dr Michel Réocreux**. Je remercie également le **Dr Bernard Lavantes** pour qui j'ai une affection particulière, car il est également un ami.

J'exprime une profonde gratitude envers ma compagne **Mary Hogan** pour son soutien indéfectible et ses encouragements. J'admire sa force, son enthousiasme, sa joie, son optimisme, sa capacité à apaiser et à prendre de la distance. J'ai maintenant la chance d'avoir une seconde famille au Canada dans laquelle j'ai été accueilli avec bienveillance et affection. Sa passion pour le yoga, m'ont transmis des outils précieux dans ma vie ainsi que dans ma pratique.

À mes grands-parents : le Dr **Jean Claude ANGUILL**, **Philomène ANGUILL**, **Giovani Baldi**, **Yolanda Baldi**.

À ma marraine **Nelly ABEILHOU**.

À mon parrain le **Dr Jean Pierre ANGUILL**.

À mes oncles et tantes : **Stéphane ABEILHOU**, **Jean Louis BALDI**, **Bernard FRACARO**, **Alain ANGUILL**, **Anne Marie FRACARO**, **Martine BALDI**, **Guyonne ANGUILL**, **Annie Caillet**.

À mes cousins : **Alexandre ABEILHOU**, **Aurélie ABEILHOU**, **Marjorie ABEILHOU**, **Kévin FRACARO**, au Dr **Jean Dominique ANGUILL**, **Jean Marie ANGUILL**, **Mélanie ANGUILL**, **Steven BALDI**, **Coralie BALDI**.

Je ne peux que remercier et être reconnaissant envers ma mère **Fernande ANGUILL**, pour son courage devant les nombreuses adversités, pour son soutien indéfectible, sa foi profonde et l'affection que j'ai eu la chance de recevoir. Enfin je suis fier d'avoir pour grand frère **Marc ANGUILL**, pour son sa force dont il a fait preuve dans chaque épreuve, son exemple et sa loyauté sans faille. Il est la preuve que rien n'est jamais terminé, même dans les combats qui semblent perdus, c'est un exemple pour tous. Il illustre les miracles qui peuvent se présenter dans la vie, et donne un espoir à tous les enfants souffrant de cancer ainsi qu'à leur famille. Je remercie mon père **Jacques ANGUILL** parti trop tôt.

Enfin je souhaiterais remercier mes amis, avec qui j'ai grandi, vécu, étudié, voyagé, fêté. Je remercie **Adrien Bruguière**, **Victor Lavayssière**, **Paul Lavantes**, **Vincent Paubert**, **Julien Pittoni**, **Darius Zayeni**, **Julien Da Costa**, **Simon Barthez**, **Astrid de Graef**, **Simon Esteve**,

**Anthony Baby, Tiphaine LeGall, Vincent et Camille Hellaouet, Marie Lavayssière,
Juliette Lavayssière,**

**À mes co internes : Adrien Rohmer, Edouard Gervais, Cécile Blanquer, Adrien
Bensoussan, Simon Barthez, Darius Zayeni, Joyce Demey, Bayb Barbereau, Emmanuel
Rau, Agathe Bascou, ainsi que tous les autres internes de ma promotion**

Résumé :

Introduction :

Le DSPP, basé sur le modèle de soin partagé, permet d'apporter une réponse au cloisonnement entre les spécialistes en médecines générales et en santé mentale. Cependant, les études ciblant le retour d'expérience des patients sur de telles innovations organisationnelles sont rares. Nous avons souhaité décrire de façon complémentaire la satisfaction des patients et leur expérience du travail collaboratif.

Méthode :

Un questionnaire de satisfaction anonyme, élaboré à partir d'un questionnaire validé de satisfaction des patients en ambulatoire CSQ-8, a été remis à chaque patient à la fin de leur prise en charge. Par la suite, chaque patient ayant terminé la prise en charge au DSPP a été appelé 3 mois après sa dernière consultation. Il leur a été proposé de répondre à 10 questions concernant leur santé mentale et le suivi du projet de soin.

Résultats :

67% des patients ont rapporté avoir suivi le projet de soin et 71% des patients ont rapporté être toujours suivis à 3 mois. Après la prise en charge au DSPP, 46% des patients ont un suivi partagé médecin généraliste +/-psychologue. 100% des patients ont trouvé que la qualité de leur prise en charge sur le DSPP était bonne voire excellente. 91% des patients comprenaient mieux leurs difficultés après leur prise en charge.

Discussion Conclusion

Le retour d'expérience des patients atteste d'une bonne satisfaction de ce type de dispositif, ce qui semble se traduire dans l'observance thérapeutique. Ce retour a également permis de mettre à jour des pistes de travail pour améliorer les prises en charge.

Abstract :

Introduction :

The Dispositif de Soin Partagé en Psychiatrie (Psychiatric Shared Care Center), which is based on the model of shared care, provided an answer to the division between general practitioners and mental health specialists. However, studies targeting patient feedback on

such organizational innovations are rare. We wanted to describe their experiences of collaborative work in a complimentary way.

Method:

Each patient was asked to participate in an anonymous satisfaction questionnaire, which was developed from a validated CSQ-8 outpatient satisfaction questionnaire. Thereafter, each patient, having finished their patient care at the DSPP, was called three months after their last consultation. They were then asked to respond to ten questions concerning their mental health and the follow-up of their care plan.

Results:

67% of the patients have reported that they followed the care plan, 71% were still following it at three months. After patient care at the DSPP, 46% with a shared follow-up general practitioner +/- psychologist). Moreover, 100% of the patients thought that the quality of the patient care was good or excellent. 91% of the patients better understood their difficulties after having gone through with their care plan

Discussion / Conclusion:

The positive feedback from patients confirms the satisfaction with this type of center, which is seemingly illustrated in the observation of the care plan. This feedback also brings to light the areas of work in which patient care can be improved.

Table des matières

Le DSPP dans le parcours de soin du patient : enquête sur le suivi des patients à 3 mois de leur prise en charge au DSPP de Toulouse et satisfaction 11

I. INTRODUCTION	11
1. La nécessité d'améliorer les collaborations médecins généralistes (MG) / psychiatres . 11	
1.1. Le constat.....	11
1.2. Les conséquences	12
2. Les dispositifs de soin partagé.....	13
2.1. Définition.....	13
2.2. Les aspects innovants et positifs.....	14
3. Données de la littérature.....	14
3.1. Au niveau international	14
3.2. En France.....	15
4. Création à Toulouse du 3eme DSP de France : le DSPP	15
4.1. Les indications d'adressage	16
4.2. Principes du fonctionnement	16
4.3. L'équipe composant le DSPP	16
5. Le projet de soin	17
II. METHODE	17
1. Objectifs de l'étude.....	17
2. Les participants	18
3. Mesures et protocole	18
4. Analyses statistiques.....	19
III. RESULTATS	20
1. Les participants	20
2. Réponses au questionnaire d'enquête.....	22
2.1. Objectif principal	22
2.2. Objectifs secondaires	22
3. Réponses au questionnaire de satisfaction	34
DISCUSSION	38
1. Principaux résultats	38
1.1. Résultats principaux	38
1.2. Confrontation des résultats à la littérature	39
1.2.2. Traitement psychothérapique	42
1.2.3. Alliance thérapeutique.....	44
1.2.4. Satisfaction	45
2. Forces et limites de l'étude	45
2.1. Forces de l'étude.....	45
2.2. Limites de l'étude	46
3. Retombées et perspectives	47
3.1. Retombées cliniques	47
3.2. Perspectives de recherche	49
IV. CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES.....	54
Annexe 1 : Questionnaire sur le projet de soin (99 personnes ont répondu) :.....	54
Annexe 2 : Questionnaire de satisfaction (160 personnes ont répondu)	54

Le DSPP dans le parcours de soin du patient : enquête sur le suivi des patients à 3 mois de leur prise en charge au DSPP de Toulouse et satisfaction

I. INTRODUCTION

1. La nécessité d'améliorer les collaborations médecins généralistes (MG) / psychiatres

L'ampleur des répercussions sanitaires, économiques et sociales induite par les troubles mentaux a contribué à inscrire la santé mentale au premier rang des priorités de santé publique.

Au niveau national, la prise en charge des troubles mentaux fréquents s'articule principalement autour de deux domaines de compétence que sont la psychiatrie et la médecine générale. En effet, le médecin généraliste est le premier professionnel consulté en cas de problème de santé mentale, loin devant les psychiatres et les psychologues (1) ce qui témoigne de l'exposition et de l'importance majeures des médecins généralistes dans la prise en charge de ces patients. Les troubles les plus fréquents sont la dépendance à l'alcool et aux drogues, la dépression, les troubles anxieux, l'insomnie et les troubles somatoformes (2). En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé dans l'année était estimée à 9,8% (3). De plus, en France, on estime que près d'une personne sur cinq a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie.

Cependant, nombre de rapports sur la santé mentale et l'organisation des soins montrent que la majorité des champs de prise en charge des troubles psychiques restent fortement cloisonnés (4) (5).

Les organisations nationales se sont ainsi mobilisées, afin de prendre conscience des besoins et d'apporter des réponses collectives dans le champ de la santé mentale. La prise de conscience des besoins en santé mentale a révélé tout d'abord un déficit de coopération entre médecins généralistes et psychiatres.

1.1. Le constat

La collaboration entre médecins généralistes et acteurs de la psychiatrie est peu développée et peu formalisée en France.

Ce constat est ancien. En 2000, dans une étude sur le territoire des Yvelines (6), des psychiatres et médecins généralistes ont pu pointer des dysfonctionnements concernant leur collaboration. A noter que dans cette étude, plus d'un tiers des psychiatres et des médecins généralistes sont insatisfaits des relations entre professionnels.

Les dysfonctionnements les plus cités sont :

- Concernant les médecins généralistes : les besoins de collaboration avec les spécialistes, ne sont pas remplis dans 64,7% des cas.
- Concernant les psychiatres : 85,2% d'entre eux n'arrivent pas à répondre aux nouvelles demandes. Lorsqu'ils y répondent, l'adressage est souvent trop tardif, et la demande des médecin généralistes concernant leur patient est peu formalisée (demande d'avis ? demande de suivi ? demande d'orientation ?).

Dans une autre étude de 2010 (7), les médecins généralistes déclarent en premier parmi leurs difficultés, l'insuffisance des services spécialisés et leur difficulté d'accès. En dehors de ces difficultés, les médecins généralistes mettent en relief leur difficulté à obtenir un retour d'information du spécialiste.

1.2. Les conséquences

Par la suite, la rédaction de la recommandation de bonne pratique de 2010 sur le thème de la coopération Psychiatres - Médecins généralistes par le CNQSP (Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie), a permis de répertorier plus précisément les conséquences de la mauvaise collaboration entre psychiatres et médecins généralistes.

Ces conséquences ont été répertoriées à partir de 21 articles sur une période de 20 ans, de 1988 (McGlade et al) à 2008 (Chew Graham et al) (6). Elles concernent :

- Les parcours de soin : fragmentation, difficulté de planification, interruption.
- Les traitements : non compliance, mauvaise gestion, iatrogénie, délivrance inefficace, les barrières au traitement efficace.

- Les professionnels : confusion des rôles, répartition non claire des responsabilités, divergence de perception entre MG et spécialiste, perte d'information, soulève des questions médico légale, répétition des examens.
- Les patients : perdus de vue, attentes peu claires ou irréalistes, diminution de la confiance du patient.

Ces conséquences impactent donc les principaux éléments de la prise en charge des patients, mais aussi la relation entre le patient et ses soignants. Leur identification offre ainsi des pistes d'amélioration dans ces différents domaines.

Face à ces conséquences préoccupantes, la Haute Autorité de Santé s'est engagée à apporter des réponses dans son champ de compétence avec le programme « psychiatrie et santé mentale » mis en place en 2013 et des préconisations ont parues en 2018 (8) (9).

Une des solutions retenues par la HAS est de promouvoir une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins, avec notamment une idée de la médecine de demain centrée sur la collaboration ville-hôpital avec des dispositifs à l'interface des soins premiers et de l'hyperspécialisation parmi lesquels on retrouve les dispositifs de soin partagé.

2. Les dispositifs de soin partagé

2.1. Définition

L'HAS a répertorié plusieurs catégories d'expériences d'amélioration de la coordination MG-psychiatre (9) dont les dispositifs de soin partagé, retrouvés dans la littérature scientifique anglophone sous le terme de consultation-liaison.

Voici ce qu'un dispositif de soin partagé en psychiatrie propose :

Les dispositifs de soins partagés (DSP), proposent des consultations d'avis et de suivi conjoint pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles mentaux, notamment des troubles mentaux fréquents et des troubles somatoformes. Ces dispositifs visent à améliorer l'accès aux soins spécialisés et la qualité globale des soins pour les patients

souffrant de troubles mentaux fréquents et à améliorer la formation des médecins généralistes. Dans ce type de dispositifs, le médecin généraliste reste le plus souvent chargé du suivi du patient et de la mise en œuvre de la stratégie thérapeutique adaptée après l'adressage.

2.2. Les aspects innovants et positifs

La création des DSP favorise et encourage les échanges interprofessionnels et apporte des aspects innovants visant à :

- Améliorer la qualité des demandes des médecins généralistes auprès du psychiatre
- Améliorer l'accès à une consultation avec un psychiatre pour le médecin généraliste
- Améliorer la réponse du psychiatre à la demande du médecin généraliste

Il s'agit également d'un dispositif apprenant favorisant le transfert de compétences psychiatriques au médecin généraliste, au sein d'un modèle de soin partagé. Le médecin généraliste reste chargé du suivi du patient grâce aux informations sur le diagnostic et les conseils thérapeutiques délivrés par le DSPP.

3. Données de la littérature

3.1. Au niveau international

Les résultats d'une revue de la littérature de la *Cochrane Library* publiée en 2015 (10) ont montré que la consultation de liaison améliore la santé mentale jusqu'à trois mois ; la satisfaction et l'observance jusqu'à 12 mois chez les personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier celles qui sont déprimées. Les médecins généralistes étaient également plus susceptibles de fournir un traitement adéquat et de prescrire un traitement pharmacologique pendant 12 mois maximum.

Par ailleurs, une méta-analyse publiée en 2012 (11), a évalué les effets de la consultation psychiatrique en soin primaire. Les données ont été recueillies auprès de 10 essais cliniques randomisés portant sur un total de 3408 patients atteints d'un trouble somatoforme ou d'un trouble dépressif, qui ont comparé la consultation psychiatrique en soin primaire aux soins habituels. Cette méta-analyse a montré qu'un modèle de consultation

psychiatrique pour les patients atteints de troubles somatoformes et de dépression dans les soins primaires était significativement efficace. Ce type de consultation a les effets les plus importants sur le trouble somatoforme, en termes de soulagement des symptômes médicaux et de réduction de l'utilisation des soins de santé.

3.2. En France

Dans les Yvelines Sud, une enquête transversale en octobre 2004 (6) a interrogé par entretien téléphonique 139 médecins généralistes sur le partenariat développé au sein du DSP tous les médecins « partenaires » des Yvelines Sud entre 2001 et 2004, c'est-à-dire les médecins généralistes à qui les patients avaient été ré adressés à l'issue de la séquence dans le dispositif. Les résultats de cette étude montrent :

- Les médecins généralistes disent rarement avoir adressé les patients avec l'idée d'instaurer un suivi psychiatrique et de se « désengager » de la prise en charge. En effet, à deux ans, le médecin généraliste reste le principal professionnel de la prise en charge pour 74,7 % des patients.
- Un lien collaboratif, avant tout téléphonique, a eu lieu dans 91,4 % des cas.
- Les médecins généralistes évaluent l'intervention comme une aide dans leur prise en charge pour 70,0 % des patients : 66,2 % pour leur pratique et 58,9 % pour le devenir du patient. L'intervention a joué un rôle de soutien des soins primaires pour 51 % des patients, un rôle d'aide technique pour 31 % et un rôle de tiers dans la relation patient/médecin dans 10 % des cas.

4. Création à Toulouse du 3eme DSP de France : le DSPP

Début 2017, ouvre le Dispositif de Soin Partagé en Psychiatrie, qui naît de la collaboration entre le CHU de Toulouse, le centre hospitalier Gérard Marchant et l'URPS. C'est un dispositif expérimental financé par l'ARS et donc sujet à évaluation. Il se situe au CHU Toulouse Purpan, au bâtiment U2000. A sa création il était accessible à 200 médecins généralistes et en 2019, près de 400 médecins généralistes de l'agglomération toulousaine en sont partenaires.

4.1. Les indications d'adressage

Toute demande du MG au sujet d'un patient présentant une souffrance psychique ou un trouble mental peut être prise en charge par le DSPP. Il peut s'agir d'un avis diagnostique, une aide à la prise en charge, de conseils relationnels.

Cependant, les patients ayant déjà un suivi psychiatrique en cours, ou âgés de moins de 15 ans ne relèvent pas d'une prise en charge par le DSPP.

4.2. Principes du fonctionnement

Tout commence par une demande de consultation psychiatrique de la part du MG. Le MG est alors mis en lien avec une IDE qui par la suite contactera par téléphone le patient. Il est alors proposé au patient dans un délai réactif adapté à la clinique du patient, une consultation médicale sur le DSPP.

Au décours de la ou des consultations psychiatriques, une réponse est apportée au médecin généraliste sous forme de courrier (+/- appel téléphonique) selon une trajectoire de soin construite en fonction du partenariat souhaité par le médecin généraliste.

Le projet de soin proposé est personnalisé, il peut s'agir d'un soin partagé, c'est à dire que la prise en charge est assurée par le médecin généraliste avec le soutien du DSPP, ou bien d'un accompagnement vers un suivi spécialisé qui peut être réalisé par des psychiatres libéraux, les CMP, hôpitaux en fonction de l'évaluation clinique.

4.3. L'équipe composant le DSPP

L'équipe du DSPP comprend :

- 1,2 ETP psychiatres consultants : 0,8 PH + 0,4 psychiatres libéraux
- 0,3 ETP psychiatre coordination
- 2 ETP infirmiers
- 0,5 ETP psychologue
- 0,5 ETP secrétaire

5. Le projet de soin

Au terme des consultations psychiatriques, un projet de soin personnalisé est construit et discuté avec le patient, le psychiatre, et le médecin généraliste.

Ce projet de soin comprend des recommandations de traitement au niveau médicamenteux et psychothérapique et définit les professionnels de santé impliqués dans sa mise en œuvre, en intégrant les possibilités de chacun au moment de la demande de soin pour un projet de soin réaliste.

Dans une logique actuelle, centrée sur les parcours de soin et dans l'idée d'en prévenir les discontinuités, la place des dispositifs de soins partagés est essentielle. Pourtant les études ciblant le retour d'expérience du patient sur de telles innovations organisationnelles sont rares et se limitent à des enquêtes de satisfaction.

Or, les enquêtes de satisfaction ne ciblent pas les dimensions spécifiques des DSP, que sont notamment le travail collaboratif, la clarification d'un parcours de soin et l'élaboration conjointe d'un projet de soin.

Ainsi lors de la création du DSPP toulousain, l'ARS a demandé qu'une étude soit centrée sur les patients pour évaluer le suivi du projet de soin.

Le projet de soin du patient peut être perçu comme le point de convergence du travail collaboratif mais à notre connaissance, aucune étude n'a étudié le suivi par le patient, du projet de soin proposé par les dispositifs de soins partagés.

II. METHODE

1. Objectifs de l'étude

Objectif principal : Décrire à 3 mois le suivi du projet de soin rapporté par les patients reçus en consultation au DSPP.

Objectifs secondaires :

- 1) Décrire à 3 mois l'état de santé psychologique subjectif du patient:
- 2) Décrire à 3 mois le pourcentage de patients toujours suivis en termes de :
 - Professionnels assurant le suivi
 - Suivi psychothérapique

- Traitement médicamenteux
- 3) Comparer les recommandations du DSPP en termes de professionnels, de suivi psychothérapique et de traitement médicamenteux avec les données fournies par le patient à 3 mois
- 4) Décrire les raisons subjectives des écarts au projet de soin à 3 mois
- 5) Décrire la facilité de communication du patient avec son médecin généraliste à 3 mois
- 6) Décrire la satisfaction des patients après leur dernière consultation au DSPP

2. Les participants

Les participants ont été recrutés chez les patients ayant eu au moins une consultation médicale sur le DSPP de février 2017 à février 2018.

Pour l'évaluation du projet de soin, l'étude leur a été présentée par téléphone par l'investigateur, et leur consentement oral a été recueilli.

Pour l'évaluation de la satisfaction, un auto-questionnaire anonyme a été proposé au patient après la dernière consultation psychiatrique sur le DSPP.

Les personnes ayant été réorientées par le DSPP après l'entretien infirmier téléphonique suite à la demande initiale, mais n'ayant pas bénéficié de consultation psychiatrique sur le DSPP, ont été exclues du recrutement.

Cette étude s'intègre dans l'évaluation du DSPP en tant que dispositif expérimental, commanditée directement par l'Agence Régionale de Santé et n'a donc pas fait l'objet d'une demande au comité de protection des personnes.

3. Mesures et protocole

Une étude observationnelle descriptive prospective a été réalisée. Un questionnaire d'enquête a été élaboré par les psychiatres coordonnateurs du DSPP à partir du questionnaire de satisfaction utilisé par l'équipe du DSP des Yvelines Sud (2013). Il a été soumis au jugement des psychiatres travaillant au DSPP pour affiner la pertinence des questions et un maximum de 10 questions a été décidé par le groupe d'expert pour améliorer la faisabilité de

l'étude. Les items ont été testés auprès de trois patients pour s'assurer de leur intelligibilité. Les questions posées sont dans l'annexe 1.

Le questionnaire de satisfaction a été élaboré à partir d'un questionnaire validé de satisfaction des patients en ambulatoire CSQ-8 (12) dont les questions ont été adaptées au DSPP (annexe2).

Le recueil des données a été réalisé à partir d'appels téléphoniques, par un interne en psychiatrie, qui ne faisait pas parti du DSPP. Cet interne s'est tout d'abord spécialisé en médecine générale durant un an pour ensuite se réorienter vers la psychiatrie, pouvant ainsi observer les deux approches dans la prise en charge des troubles mentaux.

Chaque patient ayant terminé la prise en charge a été appelé 3 mois après sa dernière consultation sur le DSPP. Il a été proposé à chaque patient ayant été contacté, de répondre à dix questions (cf annexe 1) dans le cadre de l'étude. Si le patient n'a pas répondu au premier appel, un message vocal a été laissé sur la messagerie précisant les raisons de l'appel et qu'un nouvel appel serait passé la semaine suivante.

Concernant la satisfaction, un questionnaire anonyme était proposé au patient en sortant de sa dernière consultation médicale au DSPP et remis par le patient dans une urne au secrétariat.

Les données médicales recommandées par le DSPP ont été recherchées dans le dossier de soin informatisé des patients.

4. Analyses statistiques

Les données ont été anonymisées. Les nombres et pourcentages ont été décrits. Nous avons voulu savoir s'il pouvait y avoir un lien significatif entre le fait de suivre les recommandations du DSPP en termes d'orientation d'aval et une amélioration de l'état de santé.

La fréquence des personnes ayant perçu une amélioration de leur état de santé selon qu'elles aient suivi ou non le projet de soin en termes d'orientation a été comparée à l'aide du test du χ^2 . Le seuil de significativité était $p < 0.05$.

III. RESULTATS

1. Les participants

102 personnes ont répondu à l'appel téléphonique :

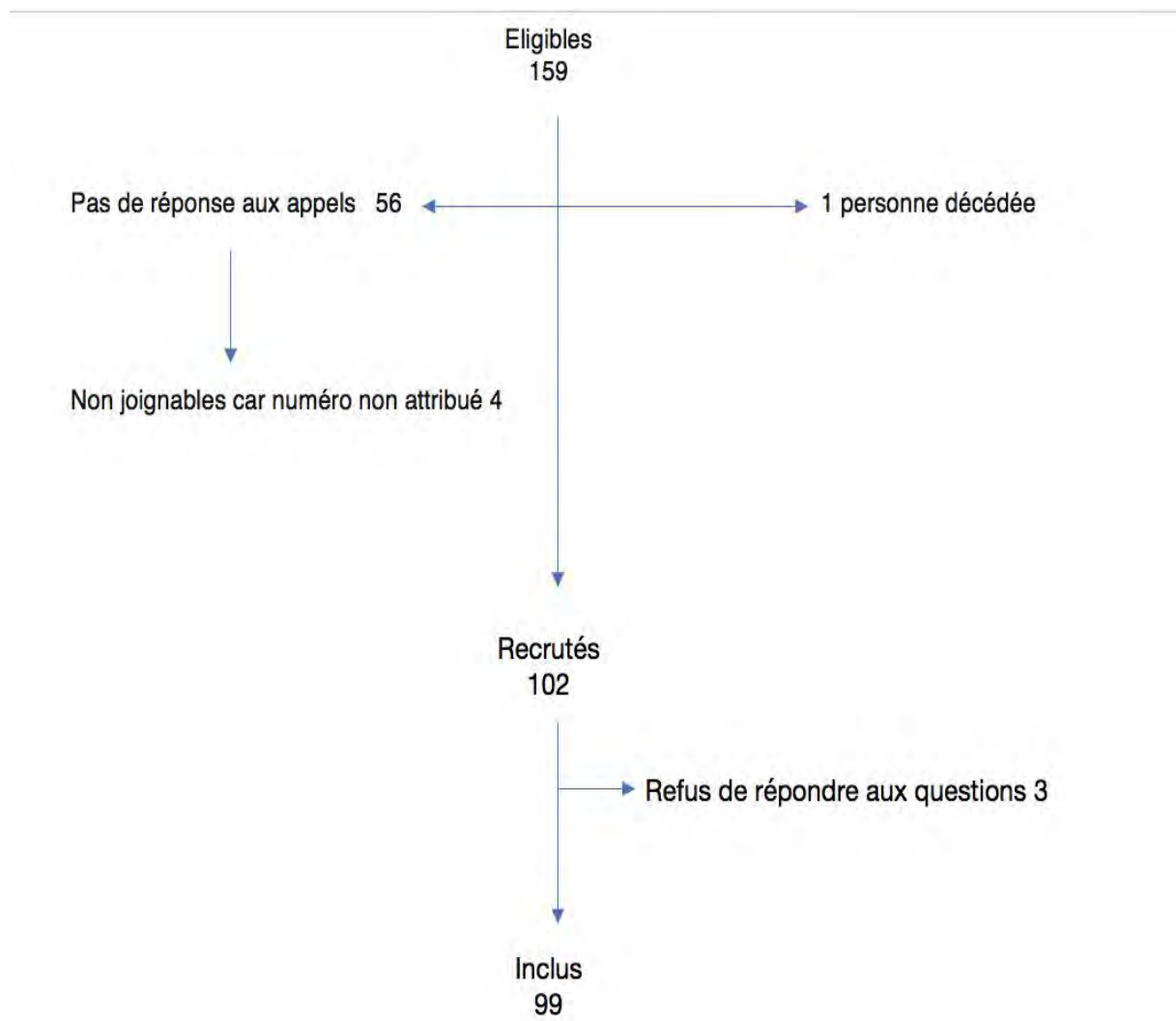
- 99 personnes ont bien voulu répondre aux questions (60 femmes et 39 hommes, âge moyen 36 ans min 14 ans, et max 71 ans)
- 2 personnes n'ont pas souhaité répondre aux questions.
- 1 personne était atteinte de démence, son mari n'a pas voulu qu'elle réponde aux questions.

57 personnes n'ont pas répondu aux 2 appels téléphoniques à une semaine d'intervalle :

- 52 personnes n'ont pas répondu malgré 2 appels
- 1 personne est décédée
- 4 personnes ont changé leurs coordonnées téléphoniques et n'ont pas été joignable

Diagramme de flux :

189 patients sont venus en consultation au DSPP durant la première année de son ouverture. Parmi eux, 30 patients n'étaient pas encore à 3 mois de leur prise en charge et n'ont pas été contacté.

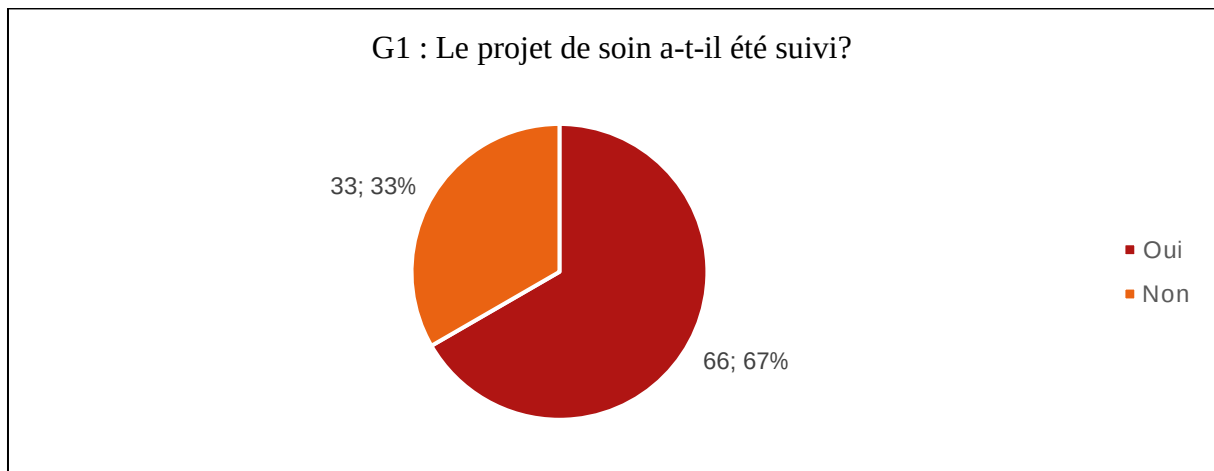


2. Réponses au questionnaire d'enquête

2.1. Objectif principal

Question 6 : Le projet de soin prévu a-t-il été suivi?

Parmi les 99 personnes ayant répondu aux questions, les 2/3 (n=66) disent avoir respecté le projet de soin.



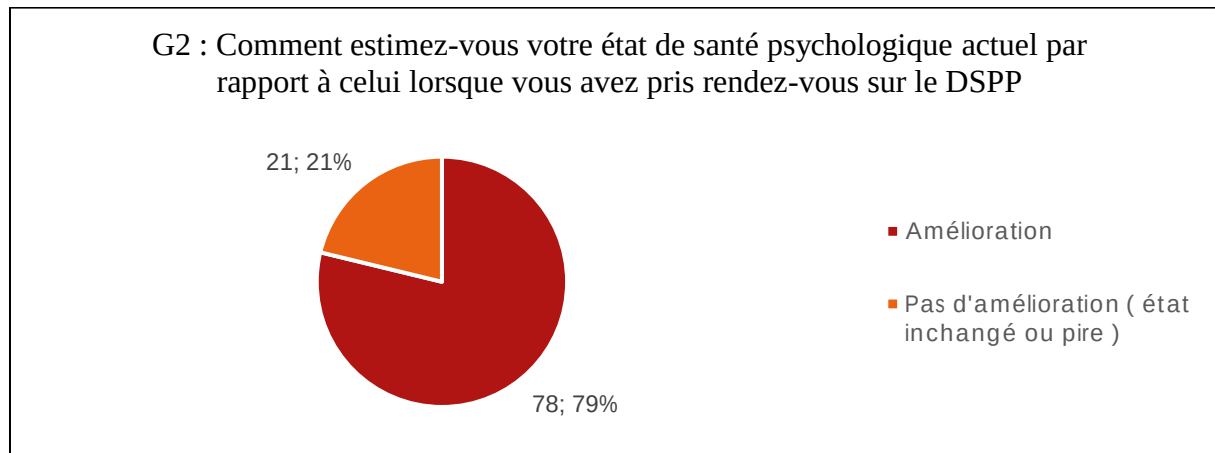
2.2. Objectifs secondaires

2.2.1. Décrire à 3 mois l'état de santé psychologique subjectif du patient

Question 1 : Comment estimez-vous votre état de santé psychologique actuel par rapport à celui lorsque vous avez pris rendez-vous sur le DSPP?

- **79%** des patients (78) ont répondu qu'ils ont perçu une amélioration de leur état de santé (21 fortement améliorés, 17 très améliorés, 40 faiblement améliorés).
- **16%** des patients (16) ont répondu qu'ils n'ont pas perçu de changement de leur état de santé.
- **5%** des patients (5) ont répondu qu'ils ont perçu une dégradation de leur état de santé. Parmi ces 5 personnes ayant répondu plus mal ou pire, les diagnostics posés par le DSPP étaient pour 4 d'entre eux un trouble de personnalité (dont 3 avec comorbidités

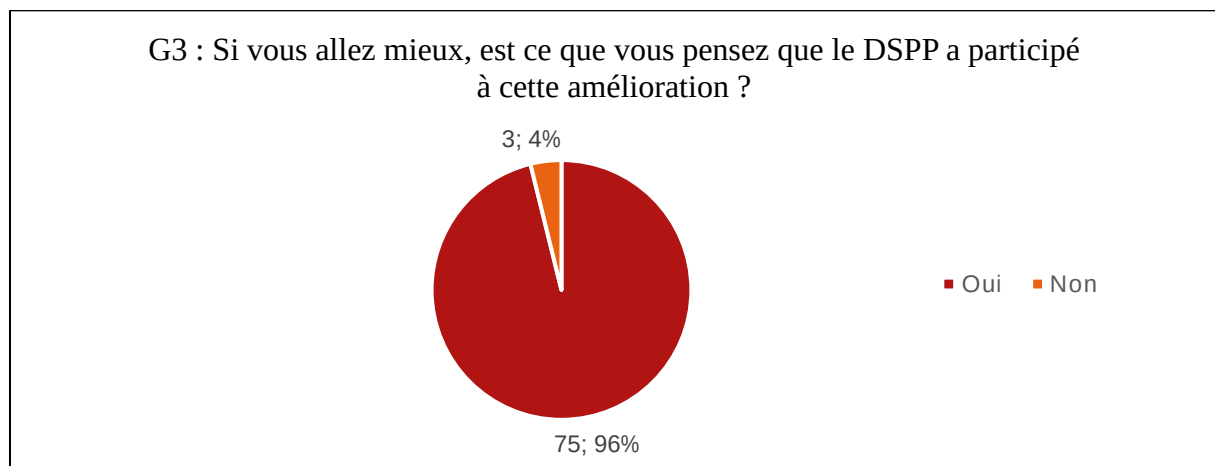
addictives) et pour une personne un état de stress post-traumatique. Ces personnes (5/5) n'ont pas suivi le projet de soin proposé par le DSPP.



Question 2 : Si vous allez mieux, est-ce que vous pensez que le DSPP a participé à cette amélioration ?

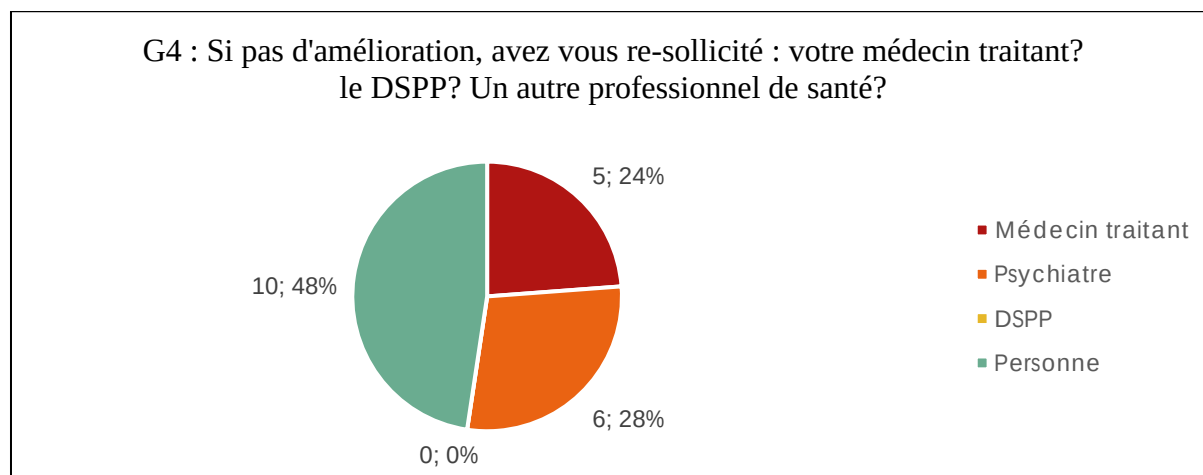
La seconde question a été posée aux personnes ayant répondu avoir une amélioration de leur état psychologique, ce qui représente 78 patients :

- 75 personnes ont répondu oui, soit 96%
- 3 personnes ont répondu non, soit 4%



Question 3 : Si pas d'amélioration : Avez-vous re-sollicité votre médecin généraliste? Avez-vous re-sollicité le DSPP? Un autre professionnel de santé ?

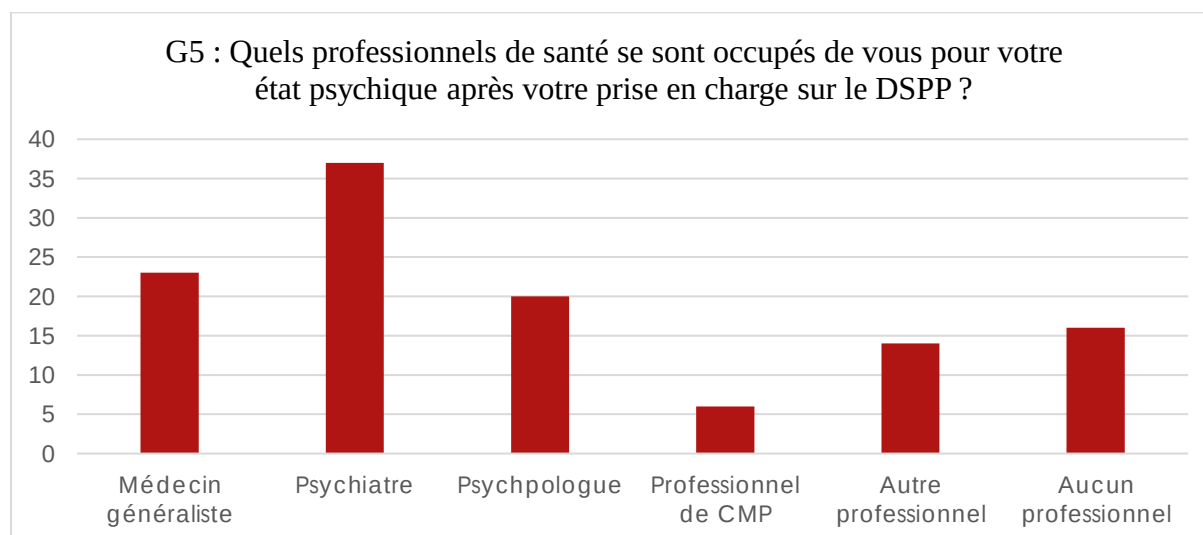
- 11 patients ont re-sollicité un professionnel de santé (dont 5 leur médecin généraliste, et 6 leur psychiatre). Aucun n'a re-sollicité le DSPP.
- 10 patients n'ont sollicité personne, et ne sont plus suivis. Ces 10 patients en rupture de soin et de parcours ont eu comme diagnostic posé par le DSPP : 5 troubles de personnalité, 2 troubles liés à l'usage de substance, 1 PTSD, 1 TAG, 1 trouble psychotique chronique.



2.2.2. Décrire à 3 mois le pourcentage de patients toujours suivis :

2.2.2.1. En termes de professionnels

Question 4 : Quels professionnels de santé se sont occupés de vous pour votre état psychique après votre prise en charge sur le DSPP ?



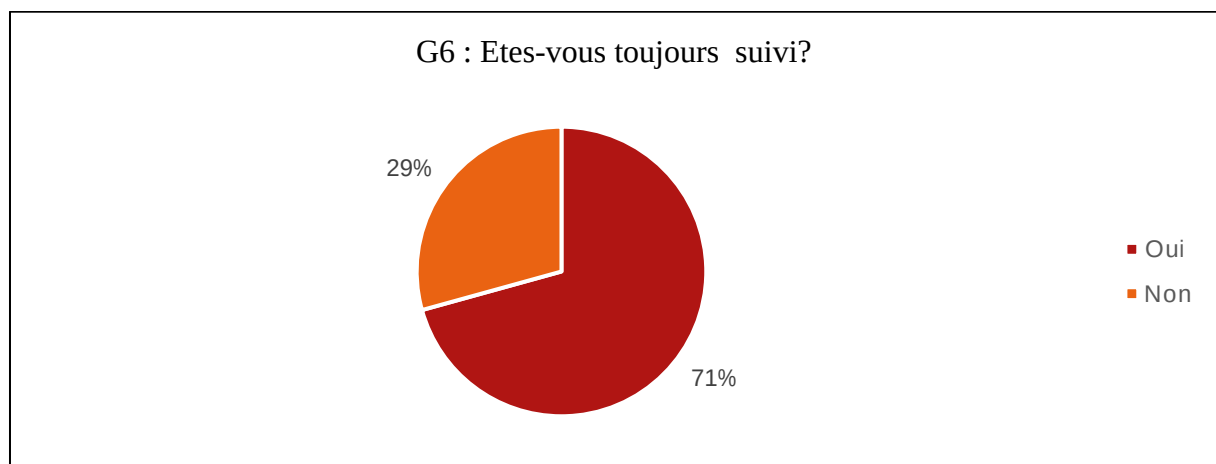
Question 5 : Etes-vous toujours suivi ?

Parmi les 99 patients ayant voulu répondre aux questions :

- 70 personnes disent être toujours suivies soit 71%
- 29 personnes disent ne plus être suivies soit 29%.

Parmi les 29 patients n'étant plus suivis :

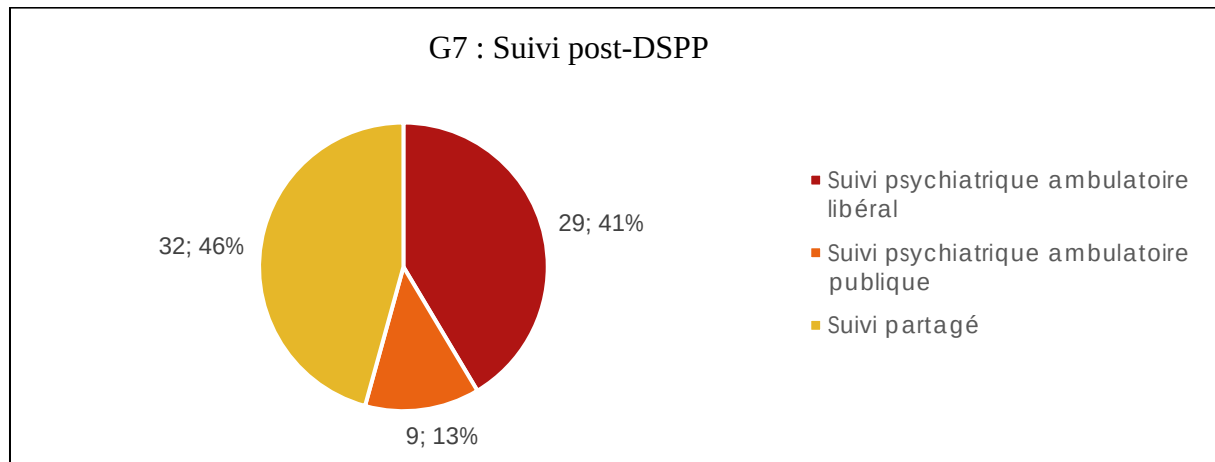
- 11 patients (7 qui ont arrêté leur suivi car se sentaient mieux + 4 sur décision concertée avec leur médecin), ne sont plus suivis en lien avec une amélioration clinique, soit 37%
- 63% des patients (18) ne sont plus suivis pour des raisons autres que leur amélioration clinique (barrières au traitement identifiées en Q7)



Parmi les 70 personnes qui disent être toujours suivies pour leur santé mentale :

- 29 soit 41%, sont suivies par un psychiatre libéral (dont 2 ont en parallèle un suivi avec un psychologue libéral).
- 15 soit 22%, sont suivies conjointement par un psychologue libéral et le médecin généraliste.
- 17 soit 24%, sont suivies par le médecin généraliste.
- 9 soit 13% sont suivies par un dispositif institutionnel ambulatoire (5 par le CMP, 1 par le CTB, 1 par le SAMSA, 1 par la maison des ados, 1 en addictologie).

Au total, 46% des patients toujours suivis, le sont en soins partagés, avec leur médecin généraliste (+/- psychologue) à 3 mois pour leur santé mentale.



2.2.2.2. En termes de psychothérapie

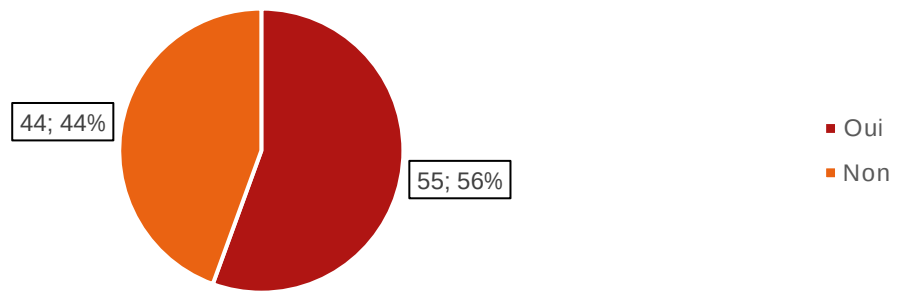
Question 8 : Avez-vous un traitement psychothérapique ? Si non, qu'elle en est la raison ?

Parmi les 99 patients ayant répondu aux questions :

- 55 patients ont toujours un suivi psychothérapique, soit 56%
- 44 patients n'ont pas de suivi psychothérapique, soit 44% :
 - 30 sur décision personnelle
 - 9 sur décision concertée avec le médecin référent
 - 5 n'ont pas eu d'indication à un traitement psychothérapique

58% (55 / 94) des patients (99 – 5) qui disent avoir eu une prescription d'une psychothérapie par le DSPP (soutien ou structurée) la poursuivent à 3 mois.

G8 : Avez- vous un traitement psychothérapique ?



2.2.2.3. En termes de traitement médicamenteux

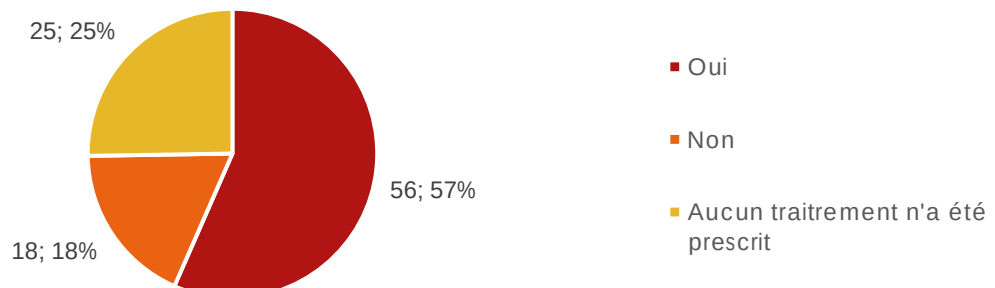
Question 9 : Prenez-vous toujours le traitement médicamenteux prescrit (le préciser) ?

Parmi ces 99 patients ayant répondu aux questions à 3 mois :

- 25 patients disent ne pas avoir eu de traitement médicamenteux prescrit, soit 25%
- 74 patients disent avoir eu un traitement médicamenteux prescrit ou indiqué, soit 75%
dont 56 disent le prendre toujours et 18 ne plus le prendre.

75% (56 / 74) des patients ayant eu une prescription médicamenteuse (99 – 25) disent toujours le prendre à 3 mois.

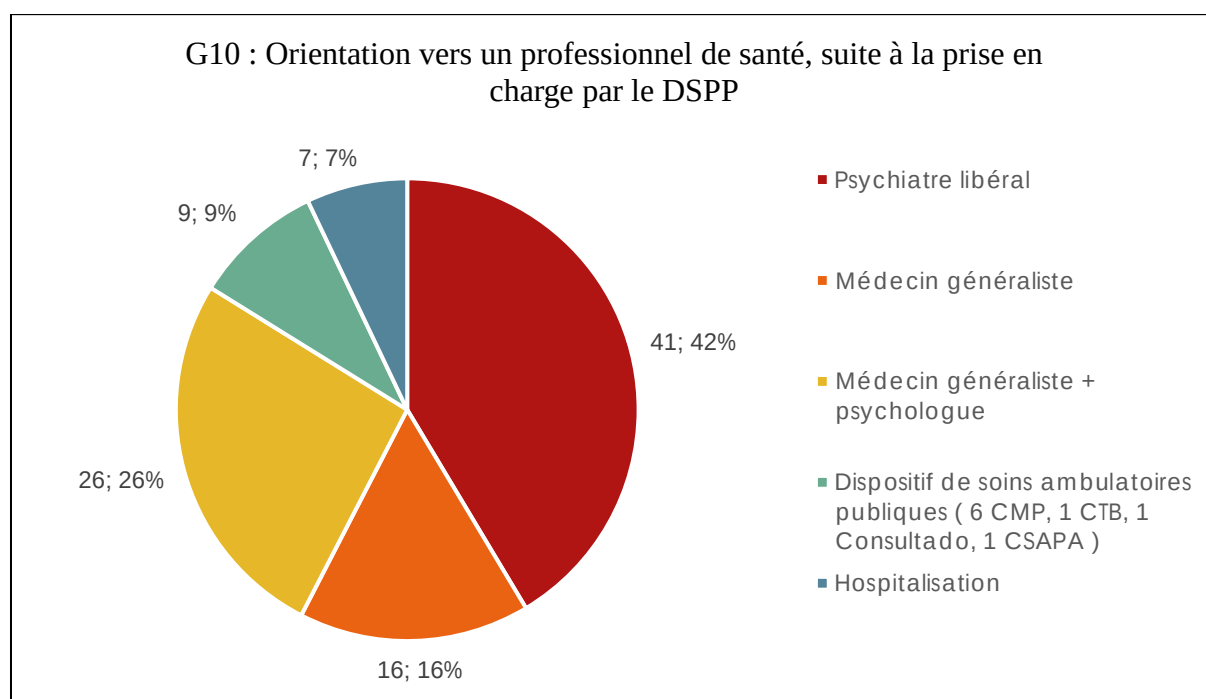
G9 : Prenez-vous toujours le traitement médicamenteux prescrit?



2.2.3. Comparer les recommandations du DSPP en termes de professionnels, de suivi psychothérapique et de traitement médicamenteux avec les données fournies par le patient

2.2.3.1. En termes d'orientation vers un professionnel

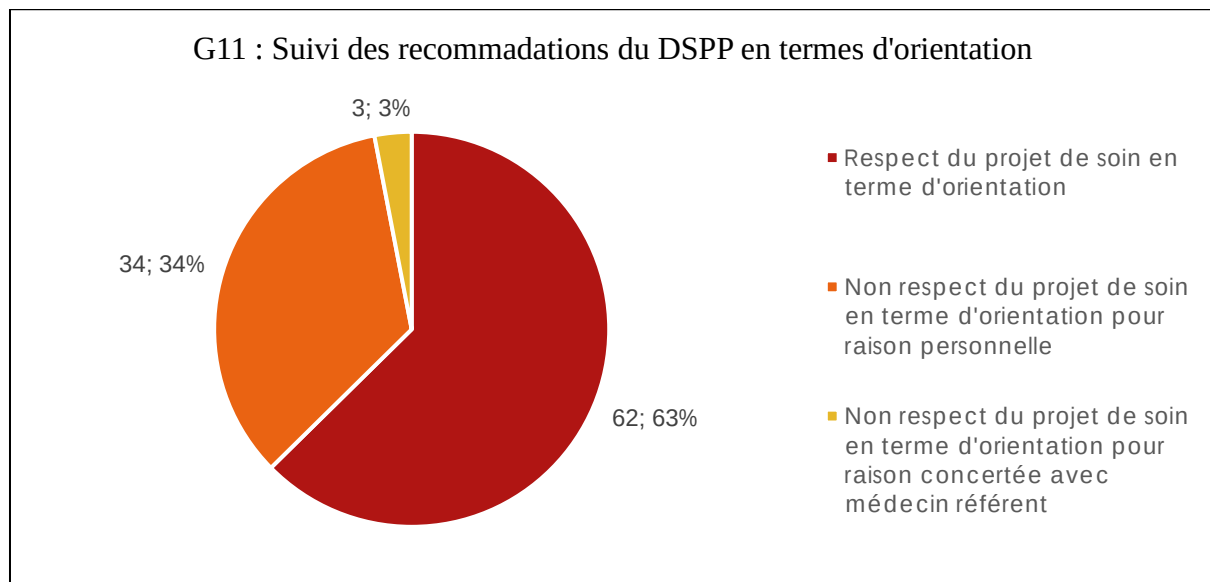
- Recommandation du DSPP pour les 99 patients ayant répondu aux questions (G10) :



- En comparant ces données avec celles fournies par les patients :
 - Sur les 41 patients orientés vers un psychiatre libéral, 30 ont suivi la recommandation du DSPP soit 73%.
 - Sur les 26 patients orientés vers un psychologue libéral, 12 ont suivi la recommandation du DSPP soit 26% (taux le plus faible).
 - Sur les 16 patients orientés vers le médecin généraliste, 8 ont suivi la recommandation du DSPP soit 50%.
 - Sur les 9 patients orientés vers un dispositif de soins ambulatoires publics, 7 ont suivi la recommandation du DSPP soit 78%.

- Sur les 7 patients orientés vers une hospitalisation temps plein en psychiatrie, 5 ont suivi la recommandation du DSPP soit 71%.

Au total : **63% des patients ont suivi les recommandations de professionnels du DSPP (G11)**



- Suivi des recommandations et amélioration de l'état de santé

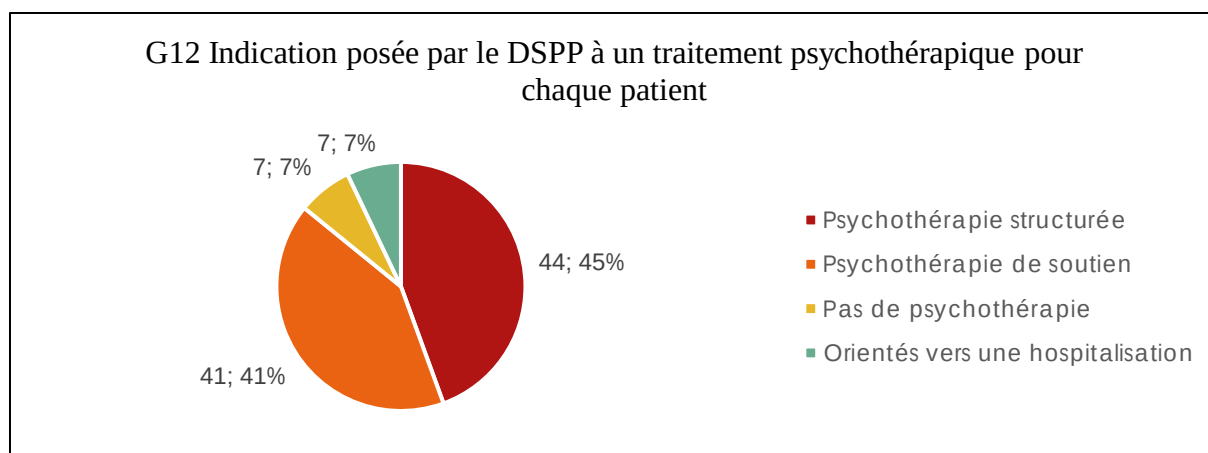
62 personnes ont suivi le projet de soin en termes d'orientation, dont 84% (52) ont perçu une amélioration de leur état de santé et 16% (10) n'en ont pas perçu.

37 patients n'ont pas suivi le projet de de soin en termes d'orientation, dont 70% (26) ont perçu une amélioration de leur état de santé et 30% (11) n'en ont pas perçu.

$p = 0,109$. Le seuil de significativité était $p < 0,05$.

2.2.3.2. En termes de suivi psychothérapique

- Recommandations du DSPP pour les 99 patients ayant répondu aux questions (G12) :

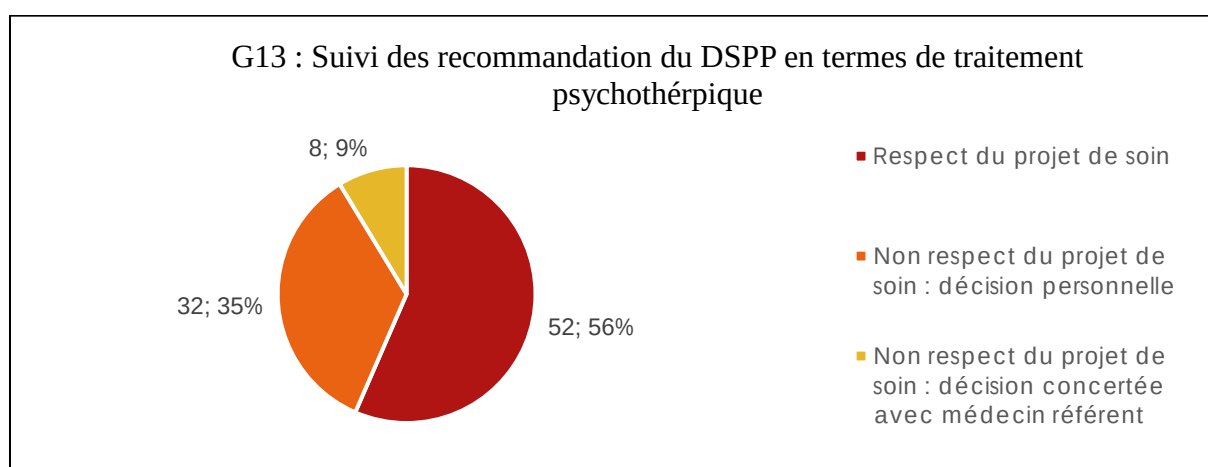


- En comparant ces données avec celles fournies par les patients :
- **Sur les 85 patients ayant eu une indication de traitement psychothérapique, 46 soit 54% ont bien suivi les recommandations du DSPP, 39 soit 46% n'ont pas suivi les recommandations**
- Sur les 7 patients n'ayant pas eu d'indication à une psychothérapie, une personne à tout de même suivi une psychothérapie (6 ont donc suivi la recommandation)

Au total :

56% (52/92) des patients ont suivi les recommandations en termes de traitement psychothérapique du DSPP (G13)

52 (46+6) patients sur 92 (99 - les 7 patients orientés vers une hospitalisation qui n'ont pas été comptés) ont suivi les recommandations du DSPP en termes de traitement psychothérapique.



- Psychothérapie et dépression :

La prise en charge des EDC représente environ la moitié des consultations sur le DSPP. Sur les 99 patients ayant répondu aux questions, 49 ont eu un diagnostic posé par le DSPP d'EDC ce qui représente 49,5% des patients.

Sur ces 49 patients, 5 ont eu une orientation vers une hospitalisation.

Pour les 44 restant, 41 patients soit 93% ont eu une indication à une psychothérapie : dont 66% ont suivi la psychothérapie et 24% ne l'ont pas débuté ou stoppé prématurément.

Au total, chez les patients souffrant d'EDC, le DSPP a porté l'indication d'une psychothérapie pour 93% des patients dont 66% l'ont suivi

2.2.3.3. En termes de traitement médicamenteux

- D'après les réponses des patients :

- 58 patients ont eu une prescription d'antidépresseur
- 17 patients ont eu une prescription d'anxiolytique (dont 11 benzodiazépines)
- 4 patients ont eu une prescription d'un hypnotique
- 2 patients ont eu une prescription d'un anti psychotique atypique
- 2 patients ont eu une prescription d'un thymorégulateur
- 2 patients ne savent pas ce qui leur a été prescrit

- Recommandation du DSPP concernant les 99 patients :

65 patients ont eu une indication à un traitement médicamenteux (27 n'ont pas eu d'indication et 7 ont été orientés vers une hospitalisation) avec possibilité de co-prescription :

- 57 prescriptions d'anti dépresseur
- 25 prescription d'anxiolytiques dont 21 prescriptions de benzodiazépines, 2 Atarax, et 2 Tercians
- 3 prescriptions d'anti psychotique atypiques

Parmi les 65 patients ayant eu une prescription d'un traitement :

Concernant les anti-dépresseurs (qui devraient toujours être prescrits à 3 mois) :

- 74% (42/57) le prennent toujours à 3 mois.

- Concernant la prescription d'antidépresseur pour un EDC : 81% (36/44) ont eu une indication à un traitement anti-dépresseur dont 75% prennent le traitement et 25% ne l'ont pas débuté ou arrêté prématurément.

Concernant le traitement d'appoint (qui devraient être arrêtés à 3 mois) :

- Pour les benzodiazépines, 4 patients sur les 21 le prennent toujours à 3 mois soit 19% et 81% n'en prennent plus.
- Pour les autres anxiolytiques, 2 patients prennent toujours leur traitement à 3 mois (1 Tercian et 1 Atarax) soit 50%

Concernant l'APA qui peut être utilisé en traitement de fond ou d'appoint selon la pathologie

- 2 patients avec un trouble psychotique chronique ne prennent plus l'APA à 3 mois
- 1 patient avec un trouble de personnalité, prend toujours l'APA à 3 mois

Au total :

- **74% d'observance du traitement antidépresseur à 3 mois**
- **81% d'arrêt des benzodiazépines à 3 mois**

2.2.4. : Décrire les raisons subjectives des écarts au projet de soin à 3 mois

Question 7 : S'il y a eu un écart par rapport au projet de soin prévu, quelles en sont les raisons?

Parmi les 33 patients ayant répondu ne pas avoir suivi le projet de soin :

- 32 ne l'ont pas suivi suite initiative personnelle (97%)
- 1 suite à une initiative du médecin référent

Voici les raisons données par les patients :

- Concernant l'écart au suivi du traitement médicamenteux.

Pour les antidépresseurs :

- **66,6%** : 10 patients l'ont arrêté devant une amélioration de leur état de santé : 6 en accord avec leur médecin référent et 4 sur décision personnelle sans en référer.
- **26,6%** : 4 patients n'ont jamais pris le traitement car n'ont pas débuté de prise en charge suite aux consultations sur le DSPP
- **6,6%** : 1 patient n'a pas pris le traitement car a interrompu sa prise en charge car n'avait pas une bonne alliance avec son thérapeute.

- Concernant l'écart au suivi médical et psychothérapique :

Raisons en lien avec le patient : 17 (51%)

- Amélioration clinique, ne voit plus l'intérêt de poursuivre la prise en charge : 8 soit 24%
- Réticences : 9 soit 27% (pas le temps 4, pas la force / courage 3, trop intrusif 1, déménagement 1)
- Trop coûteux financièrement : 2 soit 6%

Raisons en lien avec le thérapeute : 9 (27%)

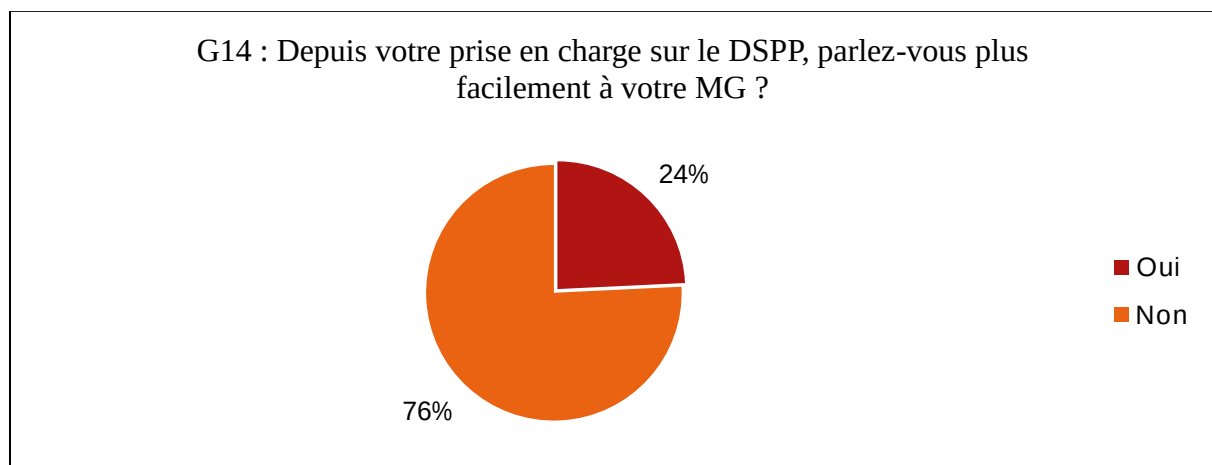
- Mauvaise alliance thérapeutique : 7 soit 21%
- Temps pour un rendez-vous trop long : 2 soit 6%

Raisons en lien avec le projet de soin : 7 (21%)

- Projet pas adapté : 3 soit 9%
- Consultations sur le DSPP non terminées : 2 soit 6%

2.2.5. Décrire la facilité de communication du patient avec son médecin généraliste à 3 mois

Question 10 : Depuis votre prise en charge sur le DSPP, parlez-vous plus facilement à votre MG ?



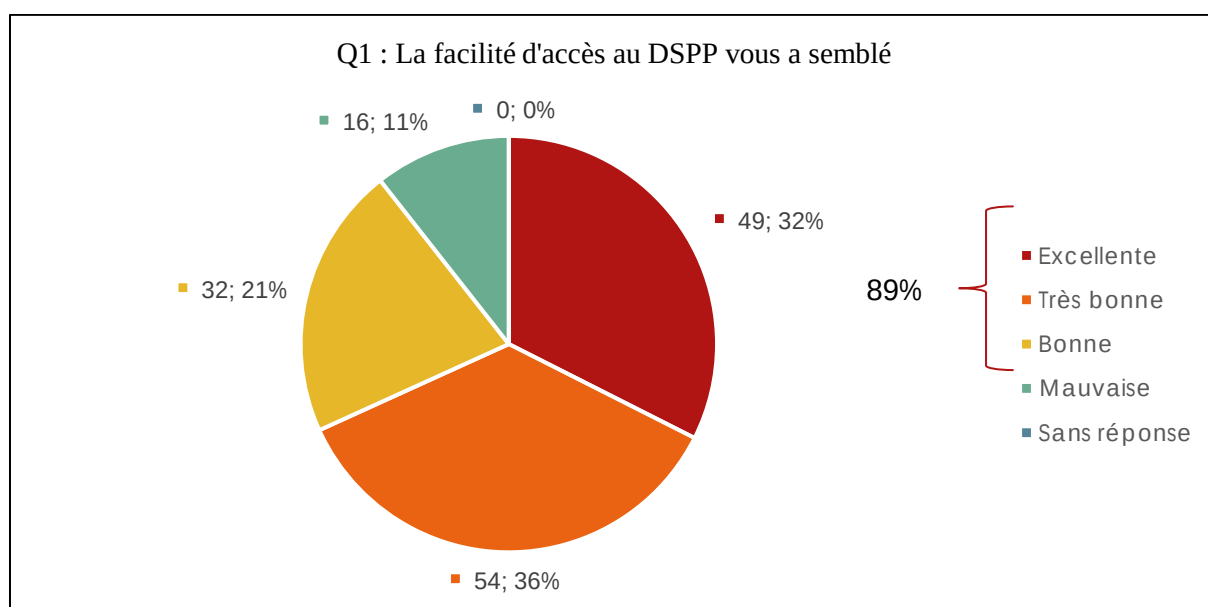
Parmi les 76% de patients ayant répondu non, il est à noter qu'une partie non négligeable a répondu négativement car ils parlaient déjà facilement avec leur médecin généraliste. Ils ont pu dire à l'investigateur dans ce cas que le fait que leurs MG les aient orientés vers le DSPP

avait pu renforcer la confiance qu'ils avaient déjà en eux. Cependant nous n'avons pas recueilli le nombre exact de patients dans ce cas.

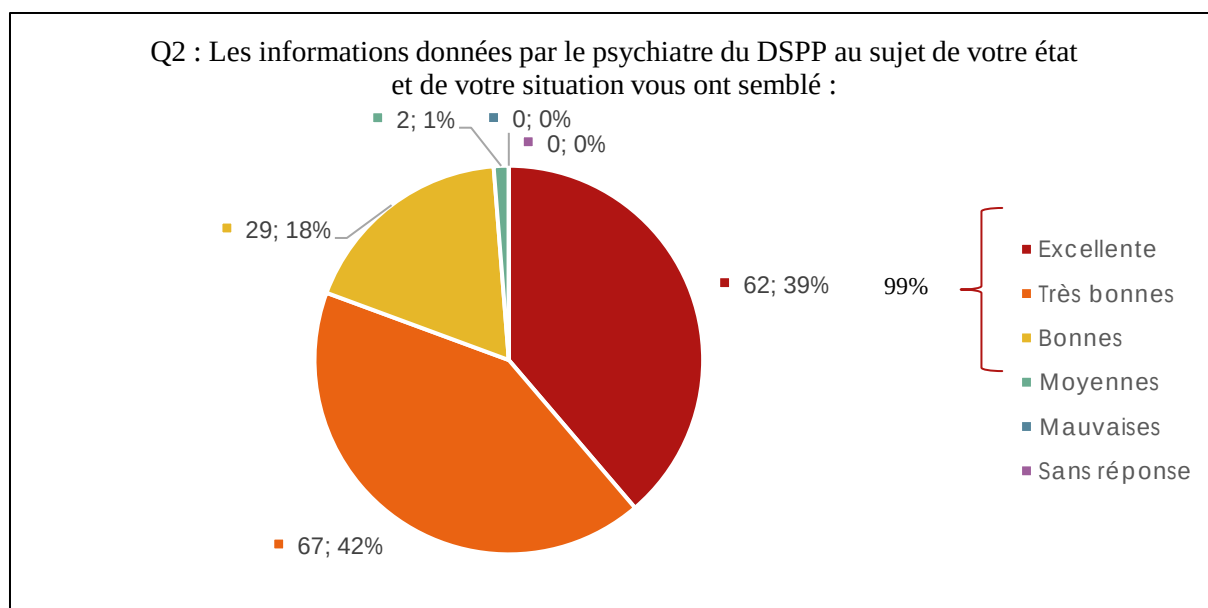
3. Réponses au questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction anonyme a été rempli par 160 personnes à la fin de leur prise en charge sur le DSPP.

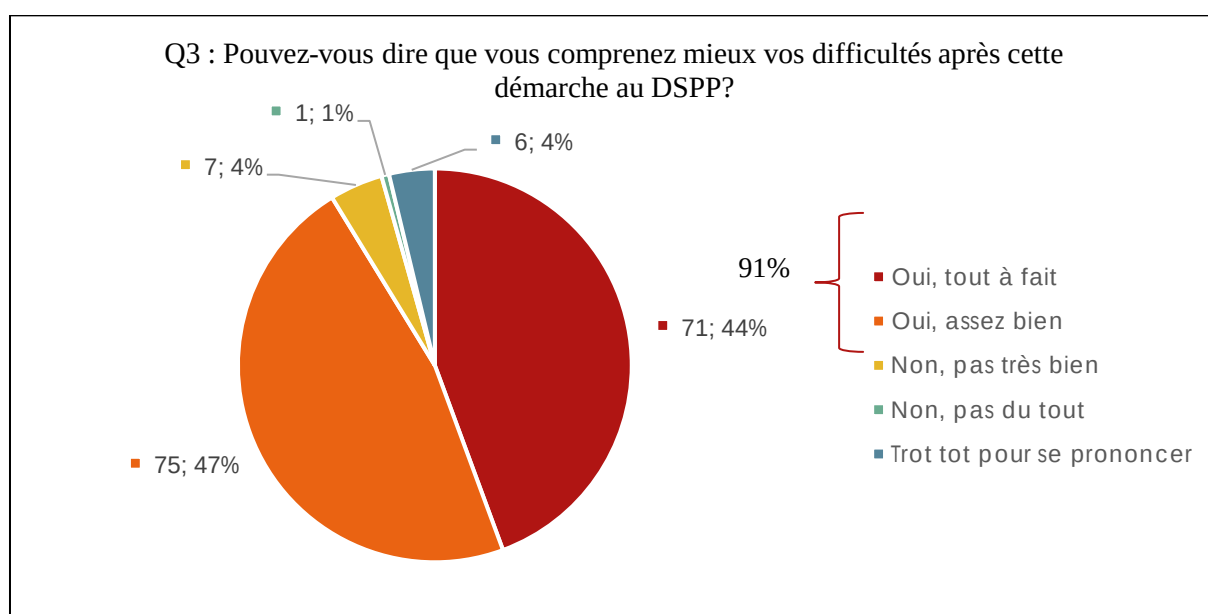
Question 1 : La facilité d'accès au DSPP vous a semblé :



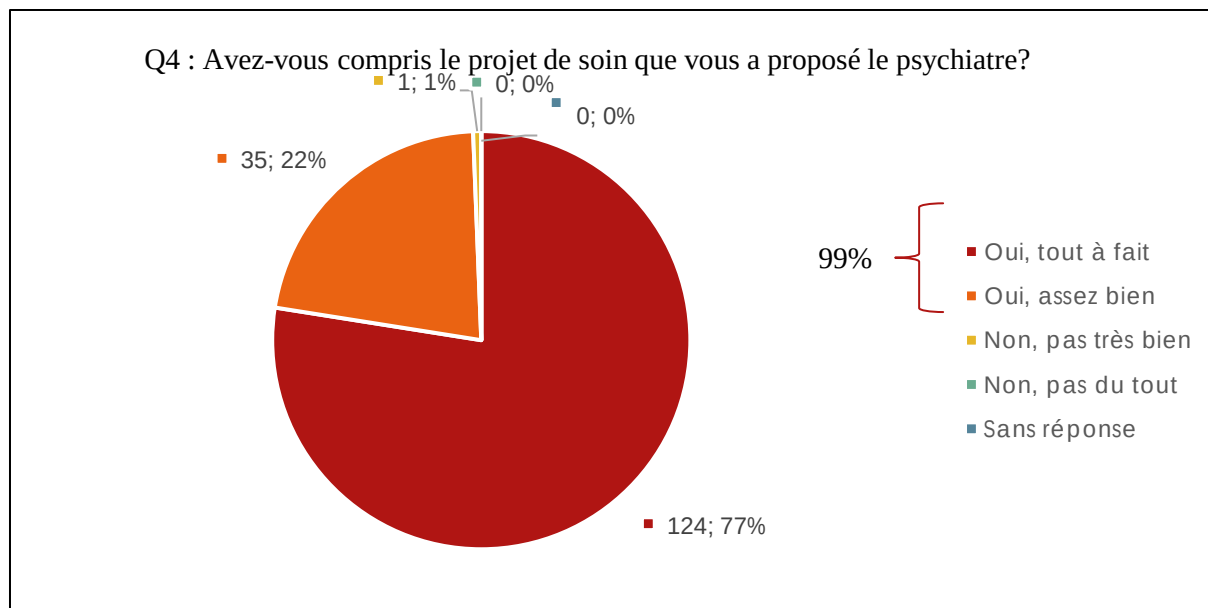
Question 2 : Les informations données par le psychiatre du DSPP au sujet de votre état et de votre situation vous ont semblé :



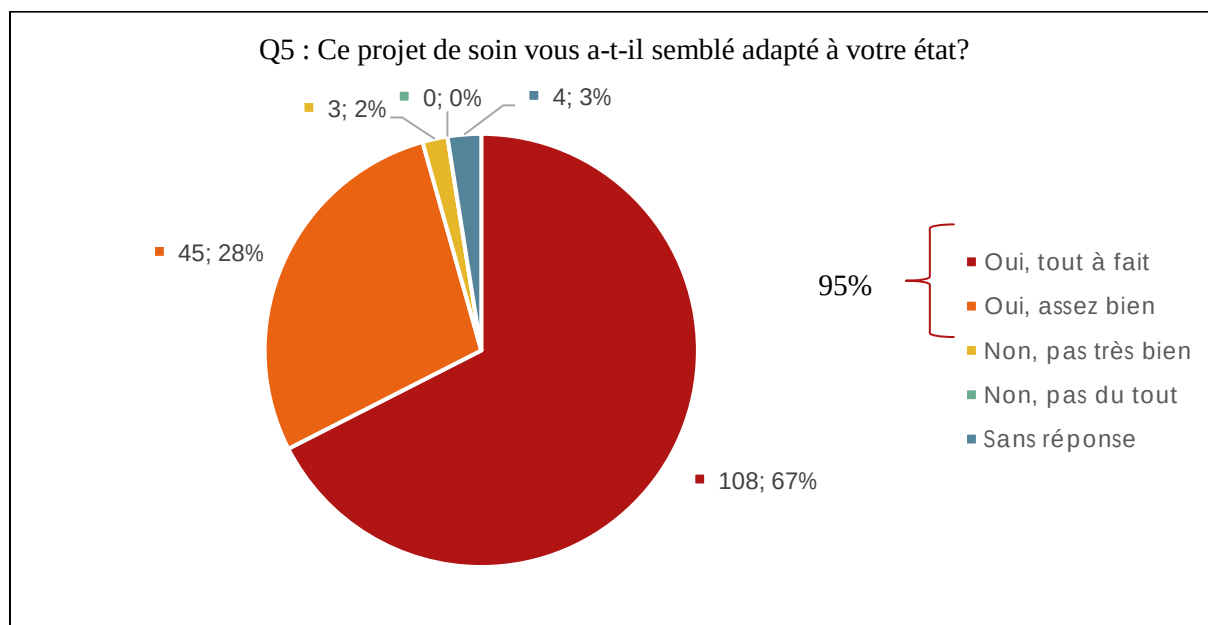
Question 3 : Pouvez-vous dire que vous comprenez mieux vos difficultés après cette démarche au DSPP?



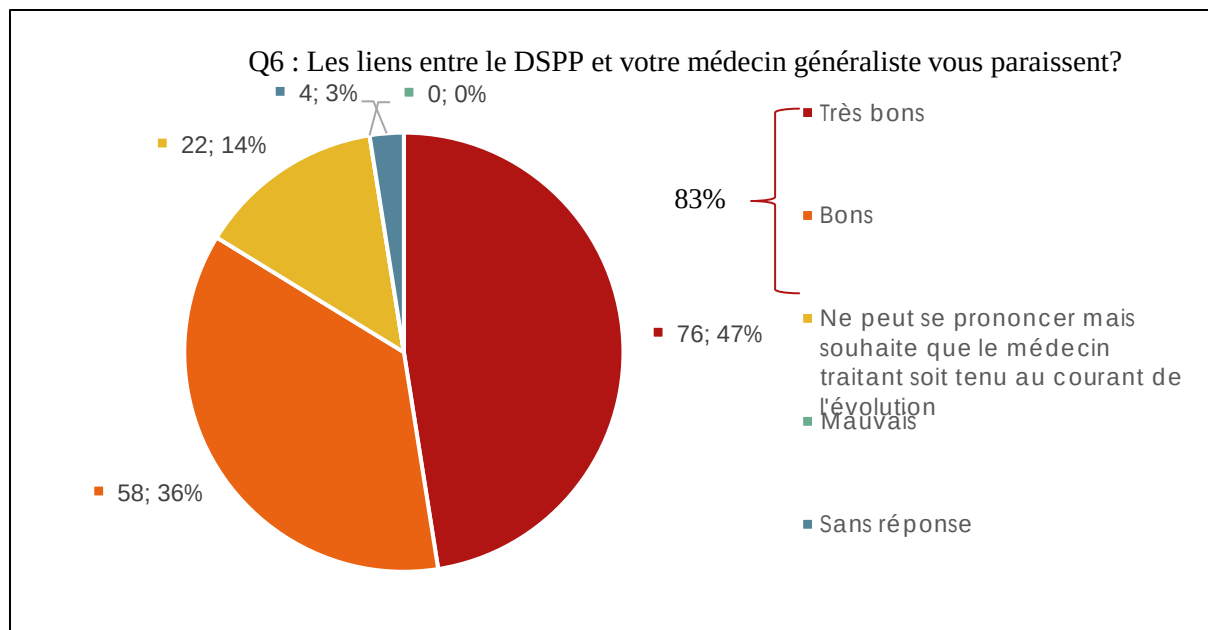
Question 4 : Pouvez-vous dire que vous comprenez mieux vos difficultés après cette démarche au DSPP?



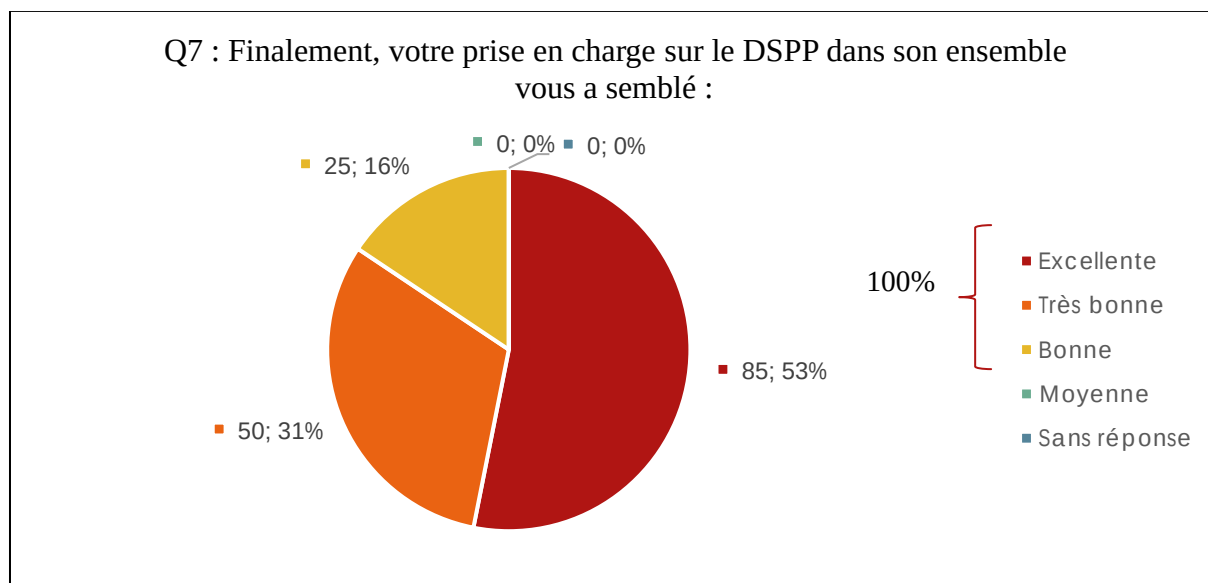
Question 5 : Ce projet de soin vous a-t-il semblé adapté à votre état?



Question 6 : Les liens entre le DSPP et votre médecin généraliste vous paraissent?



Question 7 : Finalement, votre prise en charge sur le DSPP dans son ensemble vous a semblé :



DISCUSSION

1. Principaux résultats

1.1. Résultats principaux

Concernant l'état de santé et le parcours de soin à 3 mois, les deux tiers des patients reçus en consultation au DSPP (67%) rapportent avoir suivi le projet de soin et disent être toujours suivis (71%). 11% des patients expliquent n'être plus suivis en lien avec l'amélioration de leur état de santé. 18% des patients ne sont plus suivis sans le mettre en lien avec une amélioration de leur état. Après la prise en charge au DSPP, presque la moitié des patients ont déclaré être suivis par leur médecin généraliste (46% avec un suivi partagé+/- psychologue), 41% par un psychiatre libéral et 13% avec un suivi psychiatrique publique.

De plus, près de 80% des patients ressentent une amélioration de leur état psychique à 3 mois, dont la grande majorité (96%) mettent en lien cette amélioration avec la prise en charge sur le DSPP. Pour les 20% qui n'ont pas perçu d'amélioration de leur état de santé (état inchangé ou pire), la moitié dit avoir re-sollicité un médecin inscrit dans le parcours de soin (médecin généraliste ou psychiatre). L'autre moitié (n=10) ne l'a pas fait et n'a pas sollicité non plus le DSPP. Ainsi, 10% des patients déclarent être en rupture de soins.

Concernant le traitement, à 3 mois de leur venue au DSPP, 55% des patients déclarent être toujours suivis en psychothérapie et 57% disent prendre un traitement médicamenteux. Une fois les données fournies par les patients recueillies, elles ont été comparées avec les recommandations du DSPP. Ainsi, 63% des patients semblent avoir suivi les recommandations du DSPP en termes de professionnels, 56% en termes de traitement psychothérapique, 74% en termes de traitement antidépresseur. A noter que 81 % des patients disent avoir arrêté le traitement par benzodiazépine à 3 mois.

Chez les patients pour lesquels un épisode dépressif caractérisé a été diagnostiqué, le DSPP a porté l'indication d'une psychothérapie pour 93% des patients dont 66% disent la suivre, et l'indication à un traitement antidépresseur pour 81% des patients dont 75% affirment le prendre toujours à 3 mois.

1.2. Confrontation des résultats à la littérature

1.2.1. Parcours de soin

A 3 mois, 71% de patients disent être toujours suivis pour leur santé mentale : 46% par le médecin généraliste en soin partagé (période février 2017 – février 2018), et 54% (41% + 13%) en suivi spécialisé.

Concernant le pourcentage de patients en soins partagés, si nous comparons ces chiffres avec ceux du DSP des Yvelines (6), l'étude des Dr Hardy Baylé et Younes montre qu'à 2 ans, le médecin généraliste reste le principal professionnel de la prise en charge pour 74,7% des patients, et le suivi spécialisé concerne seulement 20,2% des patients.

L'écart entre les chiffres de notre étude et celle du DSP des Yvelines, est à mettre bien évidemment en perspective, car les résultats de notre étude sont recueillis lors de la première année d'ouverture du DSPP à Toulouse, à 3 mois contre 2 ans dans les Yvelines. De plus il s'agit d'un recueil déclaratif et non d'un indicateur d'aval émanant du DSPP.

Lors du bilan annuel du DSPP de Toulouse sur l'année 2019, le soin partagé représente 60% des orientations de prise en charges (13).

D'autre part, un taux de suivi déclaré à 3 mois de 71% semble important lorsqu'on sait qu'un suivi psychiatrique peut être difficile à maintenir.

Une étude réalisée en Angleterre parue dans The Royal College of Psychiatrists en 2007 (14), a concerné l'absentéisme et le suivi chez les personnes atteintes de troubles mentaux se présentant en soins primaires et secondaires. Les résultats de cette étude montrent que les patients manquent environ 20% des rendez-vous prévus pour un traitement de santé mentale, soit près du double du taux dans les autres spécialités médicales. Aussi, jusqu'à 50% des patients qui manquent un rendez-vous abandonnent les soins prévus par la suite.

En 2003, en Suède Akerblad et al. (15) ont constaté que parmi 1031 patients souffrant de dépression, traités en soins primaires, sur une période de 6 mois, seuls 54,6% de tous les rendez-vous prévus étaient respectés.

Par ailleurs, du côté des patients qui disent ne plus être suivis (29%), nous avons constaté que 10% semblent en rupture dans leur parcours de soin : ils disent ne plus avoir de suivi à 3 mois, déclarent ne pas aller mieux et n'ont pas contacté de professionnels de santé pour cela.

Parmi ces patients nous retrouvons en terme diagnostique, 5 troubles de personnalité, 2 troubles liés à l'usage de substance, un trouble psychotique chronique. Les deux autres personnes restantes avaient un TAG et un PTSD. Aussi pour la majorité de ces patients, il apparaît que leur pathologie rend difficile la continuité et le maintien d'un lien pérenne (trouble de personnalité et trouble lié à l'usage des substances). Le conseil de recontacter leur médecin traitant pour leur en faire part, et avant tout pour garder un lien, a été formulé par l'investigateur lors de l'appel téléphonique. Un seul patient a demandé à ce qu'un professionnel du DSPP le recontacte pour reprendre un suivi, et nous a confié que tout seul, il n'aurait pas fait la démarche de solliciter de l'aide. D'autre part, 9 des patients en rupture dans leur parcours de soin, ne désiraient pas d'autre contact. La plupart des patients étaient toutefois agréablement surpris d'être rappelés à 3 mois, et étaient sensibles à cet appel. Une réflexion est à mener sur la place que pourrait prendre le DSPP pour limiter les ruptures de soin dans cette population.

63% des patients semblent avoir suivi les recommandations du DSPP en termes de professionnels

Ce chiffre peut sembler faible. En interrogeant les patients, la 1^{ère} raison retrouvée à cela semble être les réticences du patient (27%), la 2nd leur amélioration clinique (24%) et la 3^{ème} la rencontre avec le professionnel (21%). Travailler les barrières au traitement des patients lors de leur passage au DSPP semble donc un axe d'amélioration des pratiques à envisager.

1.2.2. Traitements médicamenteux

- Antidépresseurs

Dans notre étude, 75% des patients ayant eu un diagnostic d'EDC et ayant eu une prescription d'antidépresseur, disent toujours prendre leur traitement, et 25% disent l'avoir arrêté prématurément.

La littérature s'accorde généralement pour préconiser une durée de traitement d'un premier épisode dépressif caractérisé d'au moins six mois. Aussi, une bonne observance de ce type de traitement, constitue un élément important de la prise en charge (facteur identifié de rechute).

L'observance des traitements antidépresseurs (pour traitement de la dépression et des troubles anxieux) a été évaluée dans une étude de 2006 parue dans la revue *Medical Care* (17). Les taux d'observance aux anti dépresseurs étaient mesurés grâce à 3 indicateurs avec des données issues des chiffres rapportés par les pharmacies délivrant les traitements : LOT (length of therapy), Medication Possession Ratio (MPR = nombre de jours de traitements délivrés en pharmacie / nombre de jours de la période de traitement), et le ratio MPR/LOT. A 6 mois, l'étude retrouvait 40% de bonne observance au traitement. Dans une autre étude, étudiant cette fois l'observance des antidépresseurs chez les patients présentant un EDC, les résultats retrouvaient 28% d'arrêt au bout du premier mois, et 44% au bout du troisième mois. Ces résultats étaient également calculés grâce à des données objectives issues des registres des pharmacies délivrant les traitements (18).

Les résultats déclarés par les patients du DSPP à 3 mois semblent donc encourageants quant à l'impact du DSPP sur le taux d'observance thérapeutique. Ces résultats concordent avec ceux de la méta analyse de la *Cochrane Library* de 2015 (10), qui montre que la consultation de liaison en soin primaire, améliore l'observance thérapeutique de 3 à 12 mois suite à une prise en charge avec consultation de liaison

- Benzodiazépines

En ce qui concerne le recours aux benzodiazépines et leur durée de prescription, 81% des patients qui ont eu une prescription ou une indication à un traitement par benzodiazépine, ne le prennent plus à 3 mois, comme il est préconisé dans les recommandations de bonnes pratiques.

Cependant, 19% des patients prennent donc toujours le traitement à 3 mois, augmentant ainsi les risques de développer une dépendance par la suite, ainsi que la survenue d'effets indésirables. En effet, il existe une forte corrélation entre la durée de prise de benzodiazépine et l'apparition d'une dépendance physique (19).

Or les benzodiazépines sont des substances de premier choix dans beaucoup de situations cliniques aiguës. L'ANSM rapporte qu'en France, les traitements par benzodiazépines sont initiés par un médecin généraliste dans environ 82 % des cas. La durée du premier épisode de traitement est inférieure ou égale à 28 jours dans 75 % des cas et inférieure à 12 semaines dans 90% des cas. De 2012 à 2014, 15% des nouveaux utilisateurs ont eu un premier épisode de traitement d'une durée non conforme aux recommandations. (20)

Ce chiffre de 19% doit être amélioré. C'est pourquoi, il est important d'insister tout au si bien du côté des patients que des médecins généralistes sur la nécessité de réévaluer régulièrement et systématiquement leur prescription.

Aussi, dans les 19% de patients de notre étude qui continuent leur traitement par benzodiazépine, 50% sont en suivis MG et 50% en suivi psychiatrique libéral. Pour les patients suivis par le médecin généraliste, il convient d'améliorer le lien avec le médecin traitant, re-communiquer sur ce qu'est le suivi partagé et la possibilité de re-solliciter le DSPP à tout moment dans le parcours de soin. Ainsi, si le médecin généraliste présente des difficultés à sevrer un patient en benzodiazépine, il pourra contacter de nouveau le DSPP. De plus, une information plus systématique des patients est à envisager.

1.2.3. Traitement psychothérapique

- Dans la prise en charge des patients, le DSPP semble accorder une place importante au traitement psychothérapique : le taux d'indication par le DSPP à un traitement psychothérapique est de 86% pour l'ensemble des patients (sauf patients orientés en hospitalisation), et 93% pour les patients souffrant d'EDC.

Dans la littérature, les patients semblent d'ailleurs avoir une préférence pour ce type de traitement par rapport aux traitements médicamenteux (21). Selon le rapport de l'IGAS de 2019 (22), la tendance de consommation des psychotropes est à la baisse. La diminution des prescriptions de psychotropes est de -5,1% entre 2012 et 2016, avec -1,9 % pour les antidépresseurs, et – 6,0% pour les anxiolytiques.

Cependant, dans les 93% de patients, le DSPP a prescrit selon les cas une psychothérapie de soutien ou une psychothérapie plus structurée. Le recours aux psychothérapies en médecine générale reste insuffisant. En effet, ces derniers rapportent utiliser dans leur approche

thérapeutique entre 35 et 45% (7) les psychothérapies, pour les patients atteints de dépression, bien qu'ils pensent qu'elles sont efficaces.

Les données subjectives d'écart au projet de soin fournies par les patients font apparaître des barrières d'accès au traitement psychothérapique, qui sont citées également par les médecins généralistes (7), qui privilégient ainsi la plupart du temps, un recours aux traitements médicamenteux, bien qu'ils soient potentiellement iatrogènes pour le patient.

Ces barrières sont constituées d'une part par le patient lui-même (réticences à consulter un psychiatre ou un psychologue), mais également par l'offre de soin elle-même : trop peu de professionnels disponibles avec des temps d'attentes importants et souvent déraisonnables, le non remboursement des psychothérapies.

Il aurait été intéressant de demander aux patients durant notre enquête de quel type de psychothérapie ils bénéficiaient et de comptabiliser ceux pour lesquels le psychothérapeute identifié était le médecin traitant. En effet, la psychothérapie de soutien est accessible au médecin traitant. Un SPOC a d'ailleurs été réalisé par le DSPP en 2018 pour aider le médecin généraliste dans ce rôle auprès d'un patient souffrant de dépression.

De plus, la mise en place de l'expérimentation sur le remboursement des thérapies non médicamenteuses par la CNAM qui est actuellement en cours en Haute Garonne s'inscrit dans cette visée de pouvoir proposer une accessibilité à une prise en charge psychothérapique sur indication du médecin généraliste, dans des conditions strictement définies (23). Les médecins généralistes peuvent ainsi prescrire un suivi psychologique à leur patients et faire une demande de remboursement. Cette expérimentation était donc très attendue des médecins et des patients. Les critères d'éligibilité excluent toutes les personnes ayant déjà souffert de trouble psychiatrique, qui présentent une addiction, qui ont déjà pris un traitement psychotrope au cours des 24 derniers mois, ou qui ont déjà été traité par benzodiazépine pendant plus de 3 mois dans les 12 derniers mois.

Le DSPP est partenaire de cette expérimentation afin de faciliter un recours à un avis psychiatrique pour les patients et proposer éventuellement sa poursuite pour 10 séances supplémentaires en posant l'indication d'une psychothérapie structurée.

- Dans les résultats de notre étude, 58% des patients disaient avoir poursuivi à 3 mois leur prescription d'une psychothérapie par le DSPP (soutien ou structurée).

Ces résultats semblent prometteurs au vu des données de la littérature.

En effet, une méta analyse de 2015 (24), a étudié les ruptures de suivi dans les psychothérapies individuelles dans les dépressions. Le taux d'abandon de psychothérapie avant son terme, pour les patients souffrant d'EDC, était de 19,9%, avec cependant une augmentation de ce chiffre selon la durée du traitement, les comorbidités de trouble de personnalité, et chez les « minorités raciales ».

Par ailleurs, une étude américaine de 2010, avait pour objectif d'évaluer les facteurs prédictifs d'une rupture de suivi en psychothérapie chez les patients souffrant d'EDC (25). Cette étude retrouvait à 3 mois, après un appel téléphonique, chez les patients souffrant d'EDC et ayant une prescription de psychothérapie : 22% ont abandonné avant la première visite, 21% n'ont assisté qu'à une seule visite, 15% ont eu deux visites, 12% ont eu trois visites, 9% sont allés à quatre visites et 21% à cinq visites ou plus.

1.2.4. Alliance thérapeutique

Il est important d'aborder un facteur essentiel qui détermine l'observance du traitement et du suivi du patient : c'est son degré d'implication dans sa prise en charge. La majorité des études qualitatives et quantitatives indiquent qu'une approche collaborative lorsque les patients sont impliqués dans le processus décisionnel semble être la plus efficace (26).

Toutefois ces facteurs ne peuvent être abordés et dépassés qu'au sein d'une relation dans laquelle l'alliance entre le médecin et le patient est de qualité.

L'objectif est que les patients puissent s'impliquer davantage dans leur prise en charge, en parlant plus facilement à leur médecin traitant de leurs problèmes de santé mentale.

Aussi, bien que 76% des patients aient répondu ne pas parler plus facilement à leur médecin généraliste suite à la prise en charge du DSPP, une grande partie de ces 76% ont déclaré répondre « non » car ils pensaient avoir déjà une très bonne alliance avec leur médecin généraliste. Aussi, l'orientation vers le DSPP par leur médecin était une preuve de leur

compétence, renforçant ainsi le sentiment de confiance des patients. Toutefois nous n'avons pas le pourcentage exact que représente ces patients.

1.2.5. Satisfaction

Les résultats du questionnaire de satisfaction montrent globalement une forte satisfaction des patients et sont comparables avec les chiffres retrouvés à Versailles en 2013, (27). En quelques chiffres :

% de patients	DSPP Toulouse évaluation 2017	DSP Versailles évaluation 2013
ont jugé excellent/très bon la facilité d'accès à la consultation	68%	62%
ont jugé excellent/très bonnes les informations données sur leur état	81%	66%
disent mieux comprendre leurs difficultés après cette démarche à la consultation	91%	95,8%
disent avoir compris le projet de soin proposé le psychiatre ou le psychologue	99%	95%

Dans un modèle de soin, où l'implication du patient dans le processus décisionnel est primordial, l'information qui lui est délivrée et sa compréhension sont d'une importance majeure.

Aussi, les données recueillies auprès des patients, permettent de mettre en avant les bénéfices que l'on peut attendre d'un dispositif de soin partagé. En effet 91% des patients ont répondu mieux comprendre leurs difficultés et 99% ont répondu bien comprendre le projet de soin proposé. Ces éléments favorisent l'empowerment des patients.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Forces de l'étude

A notre connaissance, notre étude est la première à étudier le suivi par le patient du projet de soin proposé par les dispositifs de soins partagés. Cette étude offre ainsi, des résultats qui pourront servir de point de référence pour des études ultérieures concernant les dispositifs de soins partagés, dans une perspective d'amélioration des pratiques.

Par ailleurs, cette étude a mis en avant le vécu du patient en rapportant son expérience d'un parcours singulier. En effet, dans l'objectif d'améliorer la qualité des prises en charges, le vécu subjectif du patient est précieux. C'est ainsi que cette étude se différencie des autres, qui se placent la plupart du temps du côté des professionnels de santé.

2.2. Limites de l'étude

Comme pour toute enquête auprès des patients, l'étude comporte des biais de sélection et d'information.

Le biais de sélection, comporte deux éléments :

- Biais de volontariat : les caractéristiques des patients ayant accepté de répondre aux questions peuvent être différentes de celles ayant refusé.
- Biais de non réponse : qui est lié au droit de refus des personnes interrogées, à répondre aux questions. Ce biais concerne 3 personnes de l'étude.

Biais d'information :

- Biais de complaisance : lié au fait que les patients répondant aux questions de l'examineur ne sont pas anonymes. Ce biais est à toutefois nuancer, car lors du recueil des informations, il est précisé que l'examineur (interne en psychiatrie) ne fait pas parti du DSPP.

Biais de confusion :

- Les projets de soin ont pu parfois être mal compris, et il est aisé pour les patients de confondre psychiatre et psychologue. Nous nous sommes rendu compte de ce biais au moment de l'analyse des résultats (comparaison entre suivi préconisé et information

fournie par le patient), lorsque par exemple un suivi avec un psychiatre était recommandé, et que le patient disait être suivi par un psychologue et vis-versa . Ceci peut également expliquer aussi sûrement les écarts entre les réponses Q4 et Q5 concernant les professionnels de santé qui suivent les patients.

-

Biais de mesure :

- Les qualités du questionnaire (pas d'évaluation quantitative concernant les propriétés métrologiques du questionnaire).
- Une amélioration du questionnaire par la reformulation de certaines questions pourraient être envisagé : par exemple la Q10 du questionnaire sur le projet de soin (annexe 1) pourrait être reformulée : Comment est votre relation actuelle avec votre médecin généraliste par rapport à il y a 3 mois? Meilleure / Inchangée / Pire? Si réponse inchangée : préciser si c'est parce que la communication avec votre médecin traitant était déjà suffisamment bonne, vous permettant ainsi de parler facilement de votre santé mentale avec lui, ou si c'est parce que la prise en charge n'a simplement rien apporté dans cette relation, et qu'il est toujours délicat pour vous de parler de votre santé mentale avec lui.
- Pas de possibilité de comparaison avec d'autre service car il ne s'agit pas d'un questionnaire standardisé.

Enfin l'absence de comité d'éthique pour cette étude demandée par l'ARS dans le cadre spécifique d'un dispositif en expérimentation va rendre difficile une publication des données recueillies dans ce travail.

3. Retombées et perspectives

3.1. Retombées cliniques

Notre étude a permis de mettre en avant des aspects sur lesquels il semble important d'insister dans l'objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients reçus au DSPP. Il a semblé ainsi que la psycho éducation pouvait être l'une des réponses à privilégier pour améliorer la qualité des soins dans une perspective collaborative. D'un côté elle pourrait permettre au patient d'améliorer ses connaissances sur la maladie, son implication dans les soins, son observance et son adhésion au projet de soin. Un compte-rendu des séances au

médecin traitant pourrait d'un autre côté participer à la poursuite du lien avec le médecin traitant et améliorer les connaissances du médecin généraliste dans le cadre du dispositif apprenant.

Aussi, de manière pratique, le DSPP élabore actuellement un programme de psychoéducation en 3 séances, réalisé par les infirmières du service pour les patients en suivis partagé.

Une séance sera spécialement dédiée à l'utilisation des psychotropes, notamment antidépresseurs et benzodiazépines. Dans un rapport de l'INSERM (28), les patients rapportent les principales raisons d'inobservance qui sont : oubli, lassitude, mauvaise compréhension de l'ordonnance, intolérance, négligence, négation de la maladie, méfiance vis-à-vis du traitement, abandon pour amélioration de l'état clinique. Suite aux données de ce travail de thèse, une information claire quant aux bénéfices et aux risques de ces traitements sera délivrée aux patients et une attention particulière concernera la durée de traitement.

Les barrières au traitement, qui ressortent dans notre étude comme le premier facteur responsable de l'écart du patient par rapport aux recommandations de soins qui lui ont été faites en termes de suivi, nous invitent à proposer sur une autre des séances de psychoéducation, un travail de clarification de ses barrières pour le patient. Dans la lignée de notre étude, un travail de thèse (Bensoussan A., 2020) a permis d'identifier les principales barrières rencontrées chez les patients reçus au DSPP et permet d'apporter des outils (questionnaire BACE) et une réflexion quant à l'accompagnement que les infirmières du DSPP pourront proposer.

Enfin, concernant le travail à mener pour lutter contre les ruptures de soins, une réflexion concernant les patients présentant des troubles de la personnalité a émergé. Une étude de 2013 (29), a identifié les besoins des patients quant à la prise en charge des troubles de personnalité limite. Les besoins cités sont, améliorer les relations interpersonnelles, l'écoute et le soutien, le désir de changer, le désir de se comprendre mieux, et d'améliorer ses habiletés sociales. De manière concrète, le DSPP a réalisé dès son ouverture un partenariat avec la structure de crise du CHU (CTB). Suite au retour des patients ayant pu verbalisé la difficulté pour eux de raconter leur histoire à différents professionnels et afin de limiter les ruptures de parcours, un adressage facilité vers le CTB a été mis en place en 2019 sur indication du psychiatre du DSPP. Dans la même perspective, le DSPP est également partenaire du projet Borderlink, afin

de faciliter l'accès pour ces patients à une psychothérapie de courte durée, axant sur les besoins précités et apportant des éléments de psychoéducation spécialisés.

3.2. Perspectives de recherche

Concernant les perspectives de recherche, une étude pour évaluer la pertinence des séances de psychoéducation est à envisager. Une étude d'acceptabilité et de faisabilité auprès des patients est envisagée. L'efficacité du programme de psychoéducation, pourrait concerner leur connaissance de la maladie et des psychotropes, l'évaluation des modifications éventuelles sur leurs barrières au traitement et leur adhésion au projet de soin et leur observance thérapeutique. Il pourrait être également utile d'évaluer les bénéfices que peuvent apporter un compte rendu des programmes de psychoéducation au médecin généraliste.

Dans le cadre de l'observance du traitement psychotrope, un essai clinique randomisé (PREPS) est en cours qui apportera des données objectives sur ce point.

IV. CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était de décrire à 3 mois le suivi du projet de soin rapporté par les patients reçus en consultation au DSPP. Au total, les deux tiers des patients reçus en consultation au DSPP (67%) rapportent avoir suivi le projet de soin et disent être toujours suivis (71%). Après la prise en charge au DSPP, presque la moitié des patients ont déclaré être suivis par leur médecin généraliste (46% avec un suivi partagé+/-psychologue), 41% par un psychiatre libéral et 13% avec un suivi psychiatrique publique.

Le soin partagé s'appuie sur le médecin généraliste, qui demeure au cœur du projet de soin, et nécessite la collaboration de professionnels spécialisés comme les psychologues et psychothérapeutes dans de nombreux cas. Le soin partagé vient ainsi décloisonner les champs de la médecine générale et des spécialistes en santé mentale en impliquant les acteurs du soin dans une dynamique de partenariat et d'échange.

Le retour d'expérience des patients atteste d'une bonne satisfaction de ce type de dispositif, ce qui semble se traduire dans l'observance déclarée des thérapeutiques médicamenteuses et psychothérapeutiques.

Cette étude a permis de mettre à jour des pistes de travail dans l'objectif d'améliorer la qualité des prises en charge. Ainsi la mise en place d'un programme de psychoéducation en partenariat avec les médecins généralistes est en cours. Ces programmes viseront à améliorer l'observance des patients, et lutter contre les barrières d'accès au traitement, qui sont des enjeux majeurs dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO



Vu le président de thèse

Professeur Laurent SCHMITT
Professeur des Universités - Consultant
Service universitaire de Psychiatrie et Psychologie Médicale
CHU TOULOUSE - 330, av de Grande Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
N° FINESS : 31 002 507 7 / N° RPPS 10003858015

le 8/10/2020



BIBLIOGRAPHIE

1. Kovess-Masféty, Viviane, et al. "What Makes People Decide Who to Turn to When Faced with a Mental Health Problem? Results from a French Survey." *BMC Public Health*, vol. 7, no. 1, 2007, p. 188, doi:10.1186/1471-2458-7-188.
2. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. sept 2011;21(9):655-79.
3. Léon C, Chan Chee C, Du Roscoät E, groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. 2018. 2018;637-44.
4. Jean-Luc Gallais. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *L'Information Psychiatrique*. 2014;90(5):323-329. doi:10.1684/ipe.2014.1202
5. Demailly L, Bresson M. Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques : rapport final 2005.
6. Marie-Christine Hardy-Baylé, Nadia Younès. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?. *L'Information Psychiatrique*. 2014;90(5):359-371. doi:10.1684/ipe.2014.1206
7. Mercier, A., 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*, vol. 36, 2010, pp. D73–82, doi:10.1016/j.encep.2009.04.002.
8. HAS. Programme pluriannuel : Psychiatrie et santé mentale 2018-2023
9. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Etat des lieux, repère et outils pour une amélioration. Septembre 2018
10. Gillies, Donna, et al. "Consultation Liaison in Primary Care for People with Mental Disorders." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 9, 2015, doi:10.1002/14651858.CD007193.pub2.
11. Van der Feltz-Cornelis, Christina M., et al. "Effect of Psychiatric Consultation Models in Primary Care. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials." *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 68, no. 6, June 2010, pp. 521–33, doi:10.1016/j.jpsychores.2009.10.012.
12. Kapp, Carole, et al. "[Psychometric properties of the Consumer Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) and the Helping Alliance Questionnaire (HAQ)]." *Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France)*, vol. 26, no. 3, June 2014, pp. 337–44.
13. Bilan 2019 DSPP – 5^{ème} évaluation (1er janvier 2019 au 31 décembre 2019)

14. Mitchell, Alex J., and Thomas Selmes. "Why Don't Patients Attend Their Appointments? Maintaining Engagement with Psychiatric Services." *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 13, no. 6, Nov. 2007, pp. 423–34, doi:10.1192/apt.bp.106.003202.
15. kerblad, Ann-Charlotte, et al. "Effects of an Educational Compliance Enhancement Programme and Therapeutic Drug Monitoring on Treatment Adherence in Depressed Patients Managed by General Practitioners." *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 18, no. 6, 2003, pp. 347–54, doi:10.1097/00004850-200311000-00006.
16. Young, Alexander S., et al. "Routine Outcome Monitoring in a Public Mental Health System: The Impact of Patients Who Leave Care." *Psychiatric Services*, vol. 51, no. 1, Jan. 2000, pp. 85–91, doi:10.1176/ps.51.1.85.
17. Christopher Ron Cantrell, Michael T. Eaddy, Manan B. Shah, Timothy S. Regan and Michael C. Sokol – "Methods for Evaluating Patient Adherence to Antidepressant Therapy: A Real-World Comparison of Adherence and Economic Outcomes" - *Medical Care* Vol. 44, No. 4 (Apr., 2006), pp. 300-303 (4 pages) Published By: Lippincott Williams & Wilkins - DOI: 10.2307/3768321 - <https://www.jstor.org/stable/3768321>
18. Elizabeth H. B. Lin, Michael Von Korff, Wayne Katon, Terry Bush, Gregory E. Simon, Edward Walker and Patricia Robinson – "The Role of the Primary Care Physician in Patients' Adherence to Antidepressant Therapy" - *Medical Care* Vol. 33, No. 1 (Jan., 1995), pp. 67-74 (8 pages), Published By: Lippincott Williams & Wilkins : <https://www.jstor.org/stable/3766739>
19. Kan, Cornelis C., et al. "Determination of the Main Risk Factors for Benzodiazepine Dependence Using a Multivariate and Multidimensional Approach." *Comprehensive Psychiatry*, vol. 45, no. 2, Apr. 2004, pp. 88–94, doi:10.1016/j.comppsy.2003.12.007.
20. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé - Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - 05/04/2017
21. McHugh, R. Kathryn, et al. "Patient Preference for Psychological vs Pharmacologic Treatment of Psychiatric Disorders: A Meta-Analytic Review." *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 74, no. 6, June 2013, pp. 595–602, doi:10.4088/JCP.12r07757
22. Rapport IGAS n°2019-002R – Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : Etat des lieux et condition d'évolution - [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-002r .pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-002r.pdf)
23. Guide pratique à destination des psychologues : Prise en charge par l'Assurance maladie des thérapies non médicamenteuses – Dispositif expérimenté dans 3 départements – Troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée

24. A. Cooper, L. Conklin. "Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials" - <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>
25. Simon, Gregory E., and Evette J. Ludman. "Predictors of Early Dropout From Psychotherapy for Depression in Community Practice." *Psychiatric Services*, vol. 61, no. 7, July 2010, pp. 684–89, doi:10.1176/ps.2010.61.7.684.
26. Byrne, Nicola, et al. "Adherence to Treatment in Mood Disorders." *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 19, no. 1, Jan. 2006, pp. 44–49, doi:10.1097/01.yco.0000191501.54034.7c.
27. Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques – observatoire UNAFAM - Dispositif de soins partagés (DSP)
28. Rapport INSERM : Dr Jean-Michel Thurin – « du projet thérapeutique au projet de vie » - <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/sallelec/Itindeprimes/ItinDeprimProjet.html>
29. Lionel Cailhol, Charlotte Ragonnet - Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge des troubles de personnalité limite - Perceived needs of patients and caregivers about the treatment of borderline personality disorder - Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique - Volume 171, Issue 2, March 2013, Pages 100-103

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire sur le projet de soin (99 personnes ont répondu) :

Q1 : Comment estimez-vous votre état de santé psychologique actuel par rapport à celui lorsque vous avez pris rendez-vous sur le DSPP?

Q2 : Si vous allez mieux, est-ce que vous pensez que le DSPP a participé à cette amélioration ?

Q3 : Si pas d'amélioration : Avez-vous re-sollicité votre médecin généraliste? Si pas d'amélioration : Avez-vous re-sollicité le DSPP?

Q4 : Quels professionnels de santé se sont occupés de vous pour votre état psychique après votre prise en charge sur le DSPP?

Q5 : Etes-vous toujours suivi?

Q6 : Le projet de soin prévu a-t-il été suivi?

Q7 : S'il y a eu un écart par rapport au projet de soin prévu, quelles en sont les raisons?

Q8 : Avez-vous un traitement psychothérapique? Si non, qu'elle est la raison?

Q9 : Prenez-vous toujours le traitement médicamenteux prescrit (le préciser)? Précision des traitements

Q10 : Depuis votre prise en charge sur le DSPP, parlez-vous plus facilement à votre MG ?

Annexe 2 : Questionnaire de satisfaction (160 personnes ont répondu)

Question 1 : La facilité d'accès au DSPP vous a semblé :

49 personnes ont répondu : Excellente.

54 personnes ont répondu : Très bonne.

32 personnes ont répondu : Bonne.

16 personnes ont répondu : Mauvaise.

0 personnes ont répondu : Sans réponse.

Question 2 : Les informations données par le psychiatre du DSPP au sujet de votre état et de votre situation vous ont semblé :

62 personnes ont répondu : Excellentes.

67 personnes ont répondu : Très bonnes.

29 personnes ont répondu : Bonnes.

2 personnes ont répondu : Moyennes.

0 personnes ont répondu : Mauvaises.

0 personnes ont répondu : Sans réponse.

Question 3 : Pouvez-vous dire que vous comprenez mieux vos difficultés après cette démarche au DSPP ?

71 personnes ont répondu : Oui, tout à fait.

75 personnes ont répondu : Oui, assez bien

7 personnes ont répondu : Non, pas très bien.

1 personne a répondu : Non, pas du tout.

6 personnes ont répondu : Trop tôt pour se prononcer.

Question 4 : Avez-vous compris le projet de soin que vous a proposé le psychiatre ?

124 personnes ont répondu : Oui, tout à fait.

35 personnes ont répondu : Oui, assez bien.

1 personne a répondu : Non, pas très bien.

0 personne n'a répondu : Non pas du tout.

0 personne n'a répondu : Sans réponse.

Question 5 : Ce projet de soin vous a-t-il semblé adapté à votre état ?

108 personnes ont répondu : Oui, tout à fait.

45 personnes ont répondu : Oui, assez bien.

3 personnes ont répondu : Non, pas très bien.

0 personnes ont répondu : Non, pas du tout.

4 personnes ont répondu : Sans réponse.

Question 6 : Les liens entre le DSPP et votre médecin généraliste vous paraissent ?

76 personnes ont répondu : Très bons.

58 personnes ont répondu : Bons.

22 personnes ont répondu : Ne peut se prononcer mais souhaite que le médecin traitant soit tenu au courant de l'évolution.

0 personne n'a répondu : Mauvais.

4 personnes ont répondu : Sans réponse.

Question 7 : Finalement, votre prise en charge sur le DSPP dans son ensemble vous a semblé :

85 personnes ont répondu : Excellente.

50 personnes ont répondu : Très bonne.

25 personnes ont répondu : Bonne.

0 personne n'a répondu : Moyenne.

0 personne n'a répondu : Sans réponse.

Loïc ANGUILL

Le Dispositif de Soin Partagé en Psychiatrie (DSPP) dans le parcours de soin du patient : évaluation du suivi des patients à 3 mois de leur prise en charge au DSPP de Toulouse et enquête de satisfaction

Introduction :

Le DSPP, basé sur le modèle de soin partagé, permet d'apporter une réponse au cloisonnement entre les spécialistes en médecines générales et en santé mentale. Cependant, les études ciblant le retour d'expérience des patients sur de telles innovations organisationnelles sont rares. Nous avons souhaité décrire de façon complémentaire la satisfaction des patients et leur expérience du travail collaboratif.

Méthode :

Un questionnaire de satisfaction anonyme, élaboré à partir d'un questionnaire validé de satisfaction des patients en ambulatoire CSQ-8, a été remis à chaque patient à la fin de leur prise en charge. Par la suite, chaque patient ayant terminé la prise en charge au DSPP a été appelé 3 mois après sa dernière consultation. Il leur a été proposé de répondre à 10 questions concernant leur santé mentale et le suivi du projet de soin.

Résultats :

67% des patients ont rapporté avoir suivi le projet de soin et 71% des patients ont rapporté être toujours suivis à 3 mois. Après la prise en charge au DSPP, 46% des patients ont un suivi partagé médecin généraliste +/-psychologue. 100% des patients ont trouvé que la qualité de leur prise en charge sur le DSPP était bonne voire excellente. 91% des patients comprenaient mieux leurs difficultés après leur prise en charge.

Discussion Conclusion

Le retour d'expérience des patients atteste d'une bonne satisfaction de ce type de dispositif, ce qui semble se traduire dans l'observance thérapeutique. Ce retour a également permis de mettre à jour des pistes de travail pour améliorer les prises en charge.

TITRE EN ANGLAIS : Psychiatric Shared Care Center (DSPP) in the course of patient's care path: survey of patient follow-up 3 months after their treatment at the DSPP in Toulouse and satisfaction

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Psychiatrie

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Sophie Prébois

MOTS CLÉS : consultation liaison, soin partagé, soin primaire, projet de soin, observance thérapeutique, satisfaction, psychiatrie

Université Toulouse III-Paul Sabatier - Faculté de Médecine Toulouse Purpan - 37 allées Jules Guesdes 31000 Toulouse