

# **RAPPORT SUR LA PROPOSITION D'AVENANT A LA CONVENTION NATIONALE POUR LA PSYCHIATRIE**

Professeurs M.C.Hardy-Baylé et L. Schmitt

Rappel des termes de la lettre de mission :

- décrire le cadre général et les modalités du parcours de soins coordonnés en matière de psychiatrie et de santé mentale
- préciser pour chacune de ces modalités les principaux motifs de recours et/ou la nature des prises en charge thérapeutiques auxquelles elles s'appliquent
- définir les conditions d'une prise en charge concertée entre médecin traitant et spécialiste dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale

Le temps imparti pour la remise de ce rapport n'a pas permis d'y intégrer l'ensemble des arguments techniques sous-tenant les propositions émises. N'ont été retenus que ceux qui sont apparus les plus importants.

## **PREAMBULE**

1) Le dispositif conventionnel pose incontestablement un cadre propice à une meilleure coordination des soins entre médecin traitant et médecin spécialiste de nature à améliorer l'accès au meilleur soin et la continuité de la prise en charge. L'existence de circuits parallèles et cloisonnés de soins est en effet reconnue comme largement préjudiciable aux personnes présentant un trouble mental avéré et/ou une situation de détresse psychique.

S'il existe déjà certaines modalités de coordination entre médecin généraliste et médecin spécialiste, notamment celle du médecin généraliste prescripteur et du psychiatre psychothérapeute, elles restent très insuffisantes, souvent le fait de relations personnalisées entre confrères et très hétérogènes d'un lieu à l'autre de France (fonction de la densité des psychiatres - rapport de 1 à 10 entre l'Aisne et l'Ile de France, de 0.93 à 9.02 - avec un facteur de 6 entre la Seine et Marne et Paris pour l'Ile de France, ou de la motivation à travailler en réseau de santé mentale, qui reste faible).

2) La notion de parcours coordonné n'implique pas de substituer au spécialiste le médecin généraliste dans le suivi de patients psychiatriques, bien au contraire. Le psychiatre n'a pas vocation à être un « expert » exclusif qui délèguerait le suivi des patients relevant de son champ à d'autres professionnels. Il s'agit d'assurer aux personnes relevant de soins dans le champ de la santé mentale le suivi le plus approprié et d'éviter les populations captives de patients. Une coordination de qualité entre les professionnels du soin est la meilleure garantie d'un suivi approprié.

3) Ce dispositif conventionnel pose néanmoins, en l'état de la discipline, de nombreuses difficultés. Ces difficultés doivent être prises en compte et des réponses doivent y être apportées afin d'en réduire les conséquences et d'éviter la mise en place d'une coordination « artificielle » qui ne remplira pas les objectifs présents dans l'esprit de la convention. A titre d'exemple, la distinction entre premier et deuxième recours s'avère ardue en psychiatrie. Il faut rappeler qu'en France, le psychiatre est le premier recours

pour de nombreuses personnes dont l'état justifie d'une prise en charge psychothérapeutique exclusive pour laquelle les médecins généralistes n'ont pas, pour la majorité d'entre eux, de formation ad hoc.

La réserve de certains patients à aborder avec leur médecin traitant leurs difficultés psychologiques ou psychiatriques doit également être prise en compte. L'accès direct au psychiatre peut, pour ces patients, sembler plus approprié. Ces raisons, parmi d'autres, ont pu conduire plusieurs psychiatres à discuter un accès spécifique global.

4) Il faut rappeler que la France est le pays le moins bien classé en matière de santé mentale positive (9<sup>ème</sup> rang sur 11 des pays européens) alors que le taux de détresse psychique y est élevé (3<sup>ème</sup> rang sur 11) et qu'on observe une fréquence des troubles dépressifs et anxieux particulièrement élevée qui met le pays au dernier rang des pays comparés. Il est légitime d'espérer une amélioration de l'état de santé mentale des français grâce à l'application du dispositif conventionnel.

Compte tenu des difficultés d'application de ce dispositif en l'état de la psychiatrie, des mesures conventionnelles doivent être mises en œuvre afin qu'il s'installe dans des conditions optimales pour les patients qui pourront en bénéficier.

### **Proposition 1 : Le parcours de soin coordonné s'applique à la psychiatrie mais impose des modalités de mise en œuvre spécifiques**

L'accès spécifique a suscité un large débat en psychiatrie autour de deux arguments. Un argument scientifique concerne la situation du psychiatre comme un « généraliste de la psyché ». A ce titre, toutes les souffrances psychiques et toutes les pathologies mentales justifieraient d'une possibilité de soins par le psychiatre. Ce dernier garantirait l'éclectisme du choix de la technique la plus appropriée par rapport à une demande ou une pathologie donnée. Le second argument s'inscrit dans une réflexion éthique sur l'accès aux soins. L'accès spécifique global est considéré par certains comme une garantie d'accès aux soins psychiques pour le plus grand nombre de patients. Cette position tient compte de plusieurs arguments dont la crainte de voir s'instaurer une psychiatrie à plusieurs vitesses selon les capacités financières des patients et le souhait de pouvoir fournir un soin psychothérapeutique à une large population.

La crainte de limiter financièrement pour certains patients l'accès aux soins psychiatriques est modulée par la possibilité d'un recours à un Centre-Médico-Psychologique. Les patients relevant de l'ALD psychiatrique ne relèvent pas de dépassement tarifaire pour les soins en rapport avec leur pathologie. L'enveloppe de 30 % concernant le volume de dépassement éventuel pour un spécialiste, contingente ce dépassement et n'implique nullement qu'il sera appliqué à un patient connaissant des difficultés financières

En outre, l'accès spécifique soulève dans sa réalisation plusieurs problèmes, notamment, le risque de « dés-implication » du médecin traitant d'autant plus que la prise en charge de ces patients est plus difficile et plus chronophage que pour les patients somatiques et s'avère très différente du contexte clinique habituel de la consultation du médecin de premier recours.

Par ailleurs, différents arguments plaident pour proposer que le parcours coordonné des soins soit la « règle » dans la plupart des situations.

## 1) Argumentaire

***a. Le médecin généraliste est le premier recours pour le plus grand nombre de patients et la possibilité de recours au spécialiste reste insuffisante*** (comme les études épidémiologiques ou d'intention le montrent).

Il faut rappeler que 15 à 40% (enquête URML 2000) des personnes vus par le médecin généraliste présentent un trouble mental avéré ou une souffrance psychique isolée ou associée à un trouble somatique, que 75% des prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques sont faites par les médecins généralistes (« Plan Santé Mentale », 2005) et que 90% des prescriptions d'anti-dépresseurs en première intention sont réalisées par eux (enquête CPAM Yvelines, 2002). Par ailleurs, les médecins généralistes, restent le premier recours pour des problèmes en lien avec la santé mentale. Enfin, (enquête Sud Yvelines, 2001) 23% des patients psychiatriques suivis exclusivement par leur médecin généraliste présentent un trouble mental avéré, d'évolution chronique (supérieur à 3 ans) et de niveau de gravité des troubles équivalent à celui présenté par la population des patients des psychiatres libéraux.

Les médecins généralistes considèrent que cette population de patients imposent plus de soins (83.4%), plus de temps (92.3%) et des consultations plus fréquentes (64%) et que la possibilité d'obtenir un avis spécialisé est plus difficile que pour les autres disciplines (87.7%) (BMC Family Practice, 2005, 6 :18).

Dans le suivi des patients déprimés, la première demande des médecins généralistes est d'avoir un recours plus facile au spécialiste (enquête Urcamif, 2005) et 53.9% des médecins généralistes disent avoir des relations plus difficiles (insatisfaisantes à très insatisfaisantes) avec les psychiatres qu'avec les autres spécialités (BMC Family Practice, 2005, 6 :18).

Ainsi, le médecin généraliste est un professionnel de tout premier ordre non seulement de premier recours mais également dans le suivi des patients psychiatriques. Une meilleure coordination s'impose pour répondre à leur demande pour les personnes relevant du champ de la psychiatrie ou plus largement, pour les personnes présentant, une souffrance psychique. Les médecins généralistes expriment un besoin de connaissances d'autres techniques de soins et le recours au spécialiste est souvent une demande d'envisager d'autres mesures thérapeutiques que le traitement psychotrope seul pour le patient, et plus globalement de réfléchir au meilleur projet de soin pour lui. Ailleurs, la demande porte sur une aide à la compréhension et à l'aménagement d'une relation médecin / malade qu'ils jugent difficile.

***b. Il est indispensable, pour tout patient, y compris psychiatrique, de bénéficier d'une prise en charge somatique adaptée***

En effet beaucoup de demandes adressées à la psychiatrie ne peuvent se passer de l'apport d'une prise en charge en médecin générale, qu'il s'agisse de l'évaluation médicale d'un patient exprimant des troubles fonctionnels (fatigue, perte d'appétit, tension...), du suivi des pathologies intriquées ou de la gestion adaptée d'affections intercurrentes chez un

malade psychiatrique. Il revient au spécialiste de premier recours de s'assurer de l'absence de toute pathologie somatique pouvant expliquer les plaintes du patient avant l'adressage au spécialiste psychiatre. En effet, ce dernier, compte tenu de la nature de son exercice, ne peut assurer dans de bonnes conditions, la prise en compte de la dimension somatique de son patient.

*c. Dans un grand nombre de régions, le médecin traitant reste le spécialiste de santé susceptible de garantir des soins rapides*, au décours d'hospitalisation liée à une urgence psychiatrique ou à une pathologie mentale évolutive. Bien souvent, les modalités d'accès à une consultation libérale ou en centre-médico-psychologique demandent un délai d'attente dont les conséquences peuvent être atténuées par la rencontre avec le médecin de premier recours.

2) Le parcours de soin coordonné impose, pour la psychiatrie, des modalités de mise en œuvre spécifiques

*a. Des accords de bon usage sur les conditions d'adressage au spécialiste*

L'ensemble du dispositif repose sur la qualité de l'adressage du patient au spécialiste par le médecin traitant. Dans ce sens, la décision de ne pas adresser engage la responsabilité médico-légale du médecin traitant (risque suicidaire) et menace l'efficacité du système : chronicisation des troubles ; prescription intempestive au long cours.... En l'absence de référentiels disponibles, des accords de bon usage pourraient permettre de mieux formaliser les situations devant relever d'un adressage au spécialiste.

A titre d'exemples, pourraient figurer dans ces accords de bon usage :

- la menace suicidaire
- l'amélioration partielle d'un trouble et la nécessité d'un bilan pronostique,
- la suspicion d'un trouble mental grave (trouble grave de la personnalité, trouble bipolaire, trouble schizophrénique....)
- une réticence à la reconnaissance des troubles ou une non adhésion aux soins
- des difficultés dans la relation médecin / malade
- l'évaluation de la pertinence d'une proposition de psychothérapie et de son type. En l'absence de référentiels sur les critères de choix d'une technique psychothérapeutique et compte tenu de la diversité des approches envisageables, un avis spécialisé est nécessaire afin de permettre une prise en compte du contexte global : nature de la demande, adaptation d'une éventuelle prescription associée de psychotropes, type de structure psychique, influence de l'environnement familial, faisabilité ...
- l'aide au suivi au long cours des traitements psychotropes. L'enquête URCAM effectuée dans la Haute-Garonne en 2000 a pu montrer que 64 % des prescriptions médicamenteuses de psychotropes sont établies en dehors de tout contexte psychiatrique strictement défini. Par ailleurs, elle a pu montrer que des traitements restaient inchangés plus d'un an et que dans bien des cas plusieurs psychotropes de la même classe étaient prescrits.

***b. L'avis ponctuel ne peut se concevoir comme pour les autres spécialités. Il est une véritable séquence de soins permettant d'engager le patient dans un parcours thérapeutique adapté.***

*Description de la « séquence de soins et d'évaluation psychiatrique » : l'avis ponctuel*

Un avis psychiatrique est une séquence de soins qui impose une haute technicité. Il s'agit de prendre en compte l'ensemble des facteurs influençant le devenir du patient et la prise de décision de soins (ce qui implique au minimum deux consultations -la réactivité du patient au premier entretien est un élément important du diagnostic) et une évaluation élargie du contexte : nécessité de voir la famille et de prendre contact avec les éventuels professionnels intervenus dans l'anamnèse notamment. L'acte de base en psychiatrie est un acte à dimension psychothérapeutique.

La durée de ces consultations est souvent longue (1h).

Par ailleurs, il est classique que cette rencontre avec le spécialiste psychiatre soit l'occasion de « travailler la demande » du patient et de l'engager dans des soins qui lui soient adaptés.

Ce type d'intervention s'apparente plus à une séquence de soin qu'à un acte d'évaluation au sens strict du terme.

En outre, la possibilité doit être laissée au psychiatre ayant été sollicité pour un avis ponctuel de poursuivre le suivi si après coordination avec le médecin traitant, un suivi psychiatrique s'avérait nécessaire, quelles qu'en soient les modalités.

Deux à trois consultations sont en règles nécessaires. Un compte rendu de cette séquence de soin devrait être formalisé dans le dossier du malade et adressé au médecin traitant.

***c. Les impératifs du retour d'informations pour un suivi par ou avec le médecin traitant***

Le retour d'informations a souvent été avancé comme problématique en psychiatrie du fait de la confidentialité qui entoure la relation médecin - malade. Pourtant les informations utiles pour formaliser un « projet de soin » ne concernent que des éléments « techniques » : liés aux troubles et au relevé symptomatique, à la structure psychique et aux modalités défensives du patient, aux modalités d'engagement dans les soins, à la dynamique familiale, aux risques pronostiques, aux attitudes et cognitions « automatiques »..... La transmission d'informations ne doit par contre pas remettre en cause la confidentialité concernant les « secrets personnels » liés à l'histoire individuelle du patient.

Compte tenu du flou qui semble persister en psychiatrie sur les données minimales exigibles, comme le souligne la convention, pour « attester de la réalité de la coordination assurée par le médecin traitant » ou répondre à la nécessité de renseigner le « protocole de soin », et en l'absence de référentiels sur ce point, des accords de bon usage devraient être établis explicitant la nature des informations devant être transmises dans le cadre d'un parcours coordonné en tenant

compte du fait qu'en psychiatrie, la nature des informations échangées doit respecter la confidentialité et permettre au médecin traitant de s'approprier le projet de soins proposé par le consultant.

Il est clair que pour remplir cette exigence, une simple information ne suffit pas. En effet, la place du médecin traitant dans le projet de soins ne peut être établie qu'en concertation avec lui. Elle n'est pas fixée par l'application d'un protocole de soins pré-existant. Elle nécessite de prendre en compte la dynamique relationnelle « médecin traitant – malade », l'implication réelle et souhaitée du médecin traitant dans les soins à ce patient, et le degré de formation au suivi psychiatrique qu'il juge avoir. Un contact est souvent nécessaire pour pouvoir formaliser la place et la nature de la prestation de chacun, notamment dans le cas de « suivi conjoint », situation très fréquente après adressage, où médecin traitant et spécialiste vont assurer ensemble le suivi durant le temps nécessaire avant que le médecin de premier recours puisse, si possible, « reprendre la main » dans le suivi.

Quant au suivi ambulatoire des patients psychiatriques par le médecin de premier recours, cette coordination avec le spécialiste est un des éléments essentiels de formation. En dehors de cette « formation – action » que permet la coordination dans le cadre du suivi des patients, la mise à la disposition de cycles de formation continue adaptés aux besoins des médecins traitants est indispensable.

Comme le propose le Plan Santé Mentale, il faut prévoir « une formation professionnelle conventionnelle (FPC) qui s'intègre dans l'obligation de formation médicale continue (FMC) et le développement de l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles ». Une enquête récente réalisée par l'Union Régionale des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France, auprès d'un échantillon représentatif de 101 médecins généralistes est à ce titre instructive. Comme le rapporte la dépêche APM en date du 6.10.2005, les médecins généralistes interrogés expriment leur difficultés dans la prise en charge des patients déprimés. Les deux tiers des médecins déclarent des besoins de formation au suivi de ces patients. Les difficultés exprimées par les généralistes concernent d'abord le suivi (47,5%) puis le diagnostic (28,7%) et la mise en œuvre du traitement (23,8%). La moitié des généralistes déclarent avoir des problèmes de relation avec le patient, que ce soit le déni de la maladie ou le rejet du traitement. Les médecins rapportent à 41% avoir des difficultés avec des patients mal observants. Enfin, 73% expriment le besoin d'un accès plus facile au psychiatre, ce qui est étonnant compte tenu du nombre de psychiatres en Ile-de-France. Ils sont 43%, parmi ces médecins, à vouloir une meilleure communication avec les spécialistes, notamment pour adresser plus rapidement un patient ou avoir un retour d'informations, et 29% à vouloir privilégier des collaborations au sein d'un réseau. Enfin, environ 60% de ces médecins disent avoir peu de relations avec les psychiatres.

## **Proposition 2 : L'accès spécifique en psychiatrie concerne les adolescents et les adultes jeunes de 16 à 25 ans**

Plutôt qu'un accès spécifique global, un accès spécifique partiel ou restreint pourrait être discuté. La difficulté est de cerner le périmètre de cet accès spécifique partiel.

Il pourrait s'agir soit de situations pathologiques, soit de périodes existentielles. Les tentatives de suicide du fait de leur nombre en France, environ 150 000 annuelles, représentent la situation qui pourrait légitimement être évoquée. La mortalité par suicide en France est de 26 pour 100 000 habitants chez les hommes. La France occupe le 3<sup>e</sup>

rang le plus défavorable en Europe derrière la Finlande, 37 pour 100 000 et l'Autriche 28 pour 100 000. Cependant ouvrir un accès spécifique dans des contextes suicidaires laisserait une large indistinction pour des situations telles que les pensées suicidaires, les contextes suicidaires, les para-suicides, les idées suicidaires accompagnant les dépressions, les maladies schizophréniques, les troubles anxieux. Les frontières s'avèreraient extrêmement délicates à définir. De façon analogue, les urgences avec symptômes psychotiques, les conduites auto ou hétéro-agressives, l'adaptation d'un traitement psychotrope, pourraient faire l'objet d'une proposition d'accès spécifique partiel. Là encore, la délimitation clinique de ces situations avec les autres pathologies, avec les troubles de la personnalité, avec des situations de crise où elles apparaissent fugitivement, s'avèrerait complexe.

Plusieurs arguments, en plus de la lisibilité qu'offre ce choix, conduisent à proposer l'ouverture d'un accès spécifique à la population des 16 à 25 ans.

***a) Cette tranche d'âge représente une période de vulnérabilité à trois niveaux :***

En terme de santé publique : les conduites suicidaires de l'adolescent et de l'adulte jeune représentent un pic de fréquence important. Les échecs scolaires entraînent à cet âge des enjeux d'orientation majeurs pour l'avenir de l'existence. Selon les données de l'INSERM,

6 000 adolescents de 15 à 24 ans meurent tous les ans. 7 décès sur 10 sont dus à des morts violentes par accident de la circulation, par suicide, par autre type d'accident. Dès 17 ans 2 jeunes sur 3 déclarent consommer occasionnellement des alcools forts. Cette consommation se lie au tabagisme, à la consommation de haschich, au mal-être général des adolescents. Les études portant sur de jeunes adultes de moins de 25 ans venant consulter dans des centres de soins spécialisés en alcoologie ou dans des centres d'examen de santé montrent le nombre important de fumeurs de tabac et de cannabis, la préférence pour les bières de haut degré et les alcools forts consommés de façon épisodique, l'existence de plusieurs ivresses par an. Or, on sait que les facteurs de consommation d'alcool ou de cannabis chez les jeunes sont prédictifs d'une consommation à l'âge adulte.

En terme de pathologie mentale, cette tranche d'âge voit émerger les risques d'apparition de maladies schizophréniques, de troubles bipolaires, de transition entre des addictions récréatives et des conduites de dépendance structurée. Plusieurs adolescents posent la question du diagnostic différentiel entre crise de l'adolescence et épisode dépressif. Du fait des caractéristiques et de la difficulté d'un diagnostic de dépression de l'adolescence, notamment des modifications rapides de symptômes et de tableaux cliniques, ceci nécessite plusieurs consultations.

Les prescriptions de psychotropes chez l'adolescent et l'adulte jeune, restent encore fortement débattues et nécessitent un avis spécialisé suffisamment précoce pour ne pas entraîner des pertes de chance par cristallisation d'idées délirantes ou de symptômes dépressifs.

En terme de comportement, les troubles de conduite des adolescents les amènent à une majoration du risque encouru vis à vis d'accidents de la circulation ou de la route et ce d'autant plus qu'existent des consommations d'alcool ou de cannabis.

*b) Discuter d'un accès spécifique pour les adultes jeunes en matière de psychiatrie revient à envisager des situations pour lesquelles la coordination ou la transmission d'informations initiales au généraliste ne serait par pertinente.*

Dans ce contexte, le médecin de premier recours, pour l'essentiel médecin de la famille, peut ne pas être le meilleur interlocuteur. Certains adolescents redoutent même à tort, l'absence de confidentialité de la part d'un médecin qui connaît leur famille et eux-mêmes. Certaines addictions impliquent dans leur genèse l'existence de difficultés familiales, notamment pour des familles en rupture ou en conflit dont l'abord hautement technique relève d'une consultation de deuxième recours. Dans certaines situations comportant des sévices moraux, physiques ou sexuels, les adolescents pourront manifester une réticence à aborder ces thématiques avec le médecin qui connaît leur famille. Par ailleurs, plusieurs demandes émanant d'adolescents ou de jeunes adultes concernent des questions identitaires, des enjeux conflictuels avec leurs parents ou leur famille, des symptômes névrotiques, phobiques ou obsessionnels traduisant des défenses par rapport à des angoisses véhiculées par les relations familiales.

**Proposition 3 : Les aménagements proposés du parcours de soin coordonné et l'aspect spécifique ouvert à la population des 16 – 25 ans, nécessitent un suivi rigoureux grâce à des critères établis de manière concertée**

Si l'application du dispositif conventionnel à la psychiatrie ouvre des perspectives sur des enjeux essentiels de modification des dispositifs de soins et des relations médicales, sa mise en œuvre ne va pas de soi. Le risque d'une mise en place, pour rester dans l'esprit de la convention, d'une coordination « artificielle » entre le médecin traitant et le médecin spécialiste, annulant l'ambition d'une meilleure continuité des soins, voire la constatation d'un accès aux soins plus difficile pour le public doit être renseigné. Cette mise en œuvre devra faire l'objet d'un suivi rigoureux, à partir d'indicateurs médicaux et administratifs établis de manière concertée entre les professionnels et les Caisses. Ce suivi devrait permettre d'apporter les éléments de réflexion utiles pour juger de l'applicabilité à la psychiatrie, à plus long terme, sous réserves de certaines mesures, du dispositif conventionnel afin de le faire évoluer.

A titre d'exemples pourraient être renseignés :

- les résultats des mesures incitatives à l'installation de psychiatres dans les zones défavorisées,
- le nombre de fois où un conciliateur aura été saisi pour des délais d'obtention de rendez-vous trop éloignés,
- le nombre de prescriptions inchangées de psychotropes, en particulier, anxiolytiques et hypnotiques ou association de médicaments de la même famille, sur une période égale ou supérieure à un an,
- le nombre d'accords de bon usage établis,
- le nombre d'adolescents suivis « hors parcours coordonné » / nombre d'adolescents adressés au psychiatre par le médecin de premier recours,
- le nombre d'adressage du médecin de premier recours vers le psychiatre,



- l'évolution du nombre de patients suivis en partenariat, c'est à dire en suivi conjoint médecin traitant / psychiatre (nombre de consultations chez chacun de ces professionnels).

## **CONCLUSION**

- 1) Les experts sollicités pour avis sur l'application à la psychiatrie du dispositif conventionnel, considèrent, sur différents arguments, que le parcours coordonné des soins devrait être la « règle » dans la plupart des situations relevant du champ de la santé mentale.

Cependant, si le parcours de soin coordonné peut s'appliquer à la psychiatrie, il impose des modalités de mise en œuvre spécifiques, compte tenu des caractéristiques de la discipline et de l'organisation actuelle de l'offre de soins en santé mentale, notamment des liens actuels entre médecins de premier et de deuxième recours.

Dans ce sens, trois propositions sont faites dans ce rapport, de nature à adapter le dispositif conventionnel aux particularités de la psychiatrie :

- L'avis ponctuel ne peut se résumer à une consultation. Cet avis est un acte de haute technicité. Il nécessite à lui seul deux à trois consultations et constitue une séquence de soins à part entière. A titre d'exemple et à la différence des autres spécialités médicales, cet acte peut concerner des patients refusant les soins ou méconnaissant tout ou partie de leurs difficultés.

- La nature de la coordination dans le parcours coordonné de soins à établir avec le médecin traitant va bien au-delà d'un simple échange d'informations. L'élaboration concertée d'accords de bon usage est proposée pour permettre une meilleure formalisation de ces échanges, respectant la confidentialité des informations.

- L'ensemble du dispositif repose sur la qualité de l'adressage du patient au spécialiste par le médecin traitant. Dans ce sens, la décision de ne pas adresser engage la responsabilité médico-légale du médecin traitant et détermine l'efficacité du système : chronicisation des troubles, prescription intempestive au long cours.... En l'absence de référentiels disponibles, des accords de bon usage pourraient permettre de mieux formaliser les situations devant relever d'un adressage au spécialiste.

- 2) Si de nombreux arguments plaident pour que, sous certaines réserves, le parcours coordonné de soins reste la « règle » en psychiatrie, un accès direct doit être préservé pour la population des adolescents (16 – 25 ans), pour lesquels, une coordination avec le médecin traitant reste souvent très artificielle voire peut être inopportune.

- 3) Les aménagements proposés du parcours de soin coordonné et l'aspect spécifique ouvert à la population des 16 – 25 ans, nécessitent un suivi rigoureux grâce à des critères établis de manière concertée. Ce suivi devrait permettre d'apporter les

éléments de réflexion utiles pour juger de l'applicabilité, à plus long terme, du dispositif conventionnel à la psychiatrie.

Fait à Paris le 23 Octobre 2005

Professeur Marie-Christine Hardy-Baylé

Professeur Laurent Schmitt