



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**NOTE DE CADRAGE**

**Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux**

Date de validation par le collège : 23 avril 2015

Cette note de cadrage est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

**Haute Autorité de santé**

Service documentation – Information des publics  
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

## Sommaire

Saisine.....	4
Préambule .....	4
Contexte .....	5
Enjeu et objectifs du projet.....	7
Déclinaison en deux projets .....	8
Délimitation du champ .....	9
Pilotage et modalités de réalisation .....	9
Calendrier.....	12
Références .....	13

## Saisine

La DGOS<sup>1</sup> et la CNAMTS<sup>2</sup> ont saisi conjointement la HAS en vue de la mise en place d'un programme pluriannuel de travail sur la psychiatrie et la santé mentale. Cette saisine a été établie le 19 octobre 2012. La question des « coopérations entre médecins généralistes et psychiatres » est citée parmi les principaux enjeux d'amélioration des pratiques, en particulier pour la prise en charge de la dépression.

La réflexion menée par la HAS, en lien avec le comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » a confirmé l'importance de cet enjeu et conduit à faire évoluer le champ initial de la saisine, afin de prendre en compte :

- d'autres acteurs de soin (équipes de psychiatrie notamment) ;
- la prise en charge des personnes présentant des pathologies mentales chroniques sévères.

Il est proposé un projet en deux volets correspondant aux besoins de l'environnement et aux compétences de la HAS.

## Préambule

Le thème : « Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux » est décliné en deux projets complémentaires :

- **Projet 1** : production d'un rapport, type « Socle de connaissances » établissant la synthèse des données scientifiques et l'état des lieux des pratiques de coordination entre les médecins généralistes et les autres acteurs de soins dans la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux.
- **Projet 2** : formulation de « Préconisations pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre professionnels dans la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux ».

Ce projet s'inscrit dans le programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale<sup>3</sup> {HAS 2014 589}.

- **La finalité du projet est d'améliorer les prises en charge et le suivi des patients présentant des troubles mentaux par la promotion d'une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins.**
- Le travail s'appuiera sur les autres travaux de la HAS dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, notamment les recommandations sur la dépression {HAS 2014 600} et le travail sur les troubles bipolaires {HAS 2014 601}, mais aussi le travail de la HAS de 2011 sur le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées {HAS 2011 590}.

---

<sup>1</sup> Direction générale de l'offre de soins du Ministère de la santé

<sup>2</sup> Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

<sup>3</sup> Ce travail répond aux objectifs des axes 1 et 2 du programme :

- Thème n°1 « Prise en charge des troubles dépressifs ». Objectif 2 « Renforcer la coordination des soins (médecin généraliste - psychiatre) dans la prise en charge des épisodes dépressifs ».
- Thème n°2 « Parcours des personnes en situation de handicap psychique ». Objectif 2 « Articuler prévention, soins et accompagnement pour améliorer les parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique ».

## Contexte

En France, le rôle essentiel de la médecine générale dans la prise en charge des troubles mentaux a été souligné dans les nombreux rapports portant sur la psychiatrie et la santé mentale publiés au cours de ces dernières années {Robiliard 2013 591}. La détresse psychique est accueillie de façon habituelle en médecine générale {Gallais 2002 537}, acteur de premier recours reconnu en psychiatrie et santé mentale, aux côtés des acteurs de la psychiatrie publique, libérale et associative {Kovess-Masféty 2007 546} {DREES 2008 592}.

Plusieurs études françaises, montrant la prévalence et l'incidence des troubles mentaux en médecine générale, en particulier de la dépression, ont contribué à une prise de conscience du rôle des médecins généralistes {DREES 2012 147} {Magalon-Bingenheimer 2013 194} {Mercier 2010 196} {Defromont 2012 564} {Trémine 2014 645}. Le nombre toujours plus important de thèses consacrées à la santé mentale en médecine générale, et à la communication entre les médecins généralistes et les professionnels de la psychiatrie, témoigne de la montée de cette préoccupation dans les milieux professionnels.

Au niveau international, le rôle des professionnels de premier recours dans la prise en charge des troubles mentaux est reconnu {WHO 2008 593} {Funk 2014 555}, et des organisations cherchant à améliorer ces prises en charge par une meilleure collaboration entre professionnels de santé sont mises en place dans plusieurs pays {OECD 2014 594} {Archer 2012 606}.

Les échanges bilatéraux d'informations et une coordination paraissent inégalement mis en œuvre, les professionnels interrogés dans les études soulignant la nécessité de les améliorer.

Les études montrent qu'en France la coordination entre médecins généralistes et acteurs de la psychiatrie est peu développée et peu formalisée (échanges de courriers et retours d'information peu fréquents, demandes des médecins généralistes formulées de manière peu explicites, accès par téléphone compliqués, absence de recours organisé en cas de situation de crise, psychiatres et psychologues peu accessibles, attentes sur les rôles de chacun non clarifiées) {Younes 2005 605} {Younès 2005 604} {Kovess-Masféty 2007 603} {Kannas 2011 539}. Cette collaboration bilatérale, formelle ou informelle, ne semble pas être aussi habituelle dans la culture professionnelle du champ psychiatrique que dans les autres disciplines médicales {Milleret 2014 552}. Dans plusieurs études, les médecins généralistes expriment leur difficulté d'accès aux professionnels de la psychiatrie {DREES 2012 147} {Verdoux 2005 584} {Trojak 2004 459}, et soulignent la nécessité s'améliorer la communication et la coordination interprofessionnelle {Mercier 2010 196}.

Une étude française a par ailleurs montré que les événements indésirables en soins primaires étaient en majorité liés à des causes organisationnelles, notamment de communication avec les autres professionnels {Michel 2015 646}.

Des freins peuvent aussi être liés à la réticence du patient vis-à-vis du partage d'informations entre les différents acteurs de soins {Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie 2011 192}. Chez les personnes présentant des pathologies mentales sévères, plusieurs facteurs, dont la difficulté à exprimer une demande de soins, freinent l'accès aux soins somatiques et à la mise en place d'une coordination des soins alors qu'il s'agit de populations présentant un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale {Harris 1998 607} {Tiihonen 2009 608} {Saravane 2009 609} {Danel 2011 598}<sup>4</sup>.

Les prises en charge en médecine générale comportent une dimension psychothérapeutique essentielle {Ouazana 2010 597} {DREES 2012 147} qui est mobilisée notamment pour la prise en charge des états dépressifs et les troubles anxieux. Toutefois, lorsque l'état pathologique en indique le besoin, la difficulté pour orienter rapidement les patients vers des psychothérapies structurées, gratuites ou remboursées, constitue un frein majeur à leur mise en place {Briffault 2010 145} {INPES 2007 189} {ANAES 2002 191}.

---

<sup>4</sup> Deux recommandations sont en cours d'élaboration : FFP « Soins somatiques pour les patients ayant des pathologies psychiatriques », Collège CNQSP « Evaluation et prise en charge de la douleur physique en santé mentale ».

Au cours de l'année 2014, les échanges avec des membres du comité de suivi du programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS ont permis de dégager l'existence d'une diversité de situations qui devront être prises en compte dans les travaux.

Les enjeux de la coordination sont ainsi différents :

- selon le rôle du médecin généraliste<sup>5</sup> dans la prise en charge. Ainsi il apparaît qu'en fonction de la pathologie, des attentes du patient, du contexte socioéconomique et de l'offre de soins, l'intervention du médecin généraliste peut être de deux ordres<sup>6</sup> :
  - le médecin généraliste est le médecin traitant<sup>7</sup> et assure également la prise en charge du trouble mental. Il peut alors solliciter, si besoin et s'ils sont accessibles, d'autres acteurs de soins pour l'accompagner dans la prise en charge du patient (psychiatres, psychologues, équipes de psychiatrie notamment),
  - le médecin généraliste assure le suivi médical et est dans la plupart des cas, le médecin traitant du patient. Un autre praticien notamment psychiatre, ou une équipe de psychiatrie, assure le suivi des aspects psychiatriques et l'orientation vers les dispositifs sociaux ou médico-sociaux..
- selon le type de pathologies :
  - la dépression et les troubles anxieux : lorsqu'ils sont pris en charge en médecine générale, la question de l'accès à des avis spécialisés, et dans certains cas à des psychothérapies peut se poser.
  - les troubles psychiques chroniques sévères : pour ces patients complexes, présentant souvent des problèmes somatiques, une précarité sociale et une difficulté à exprimer leurs souffrances, il paraît nécessaire d'organiser un suivi conjoint par le médecin généraliste et les acteurs de la psychiatrie. Les difficultés de la coopération sur le terrain ont été reconnues par les acteurs qui ont manifesté leur volonté de faire changer les choses {Collège de la médecine générale 2014 567}.
- selon la modalité d'exercice : les questions de coordination interprofessionnelle se posent de manière différente en exercice individuel et dans le cadre d'un exercice collectif comme ceux des maisons de santé pluriprofessionnelles.
- selon l'interlocuteur principal du médecin généraliste : psychiatre libéral, équipes pluridisciplinaires de psychiatrie de secteur, psychologues...

Le retentissement de la maladie mentale sur des parcours de soins difficilement planifiables doit être pris en compte (« non demande », problèmes de compliance, intrication des angoisses corporelles et des problèmes somatiques, errance médicale, précarité, négligence des soins...).

---

<sup>5</sup> Les missions du médecin généraliste de premier recours ont été précisées dans la loi HPST du 21 juillet 2009 (réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires), notamment prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des maladies, éducation pour la santé, coordination des soins, synthèse des informations {2009 595}.

<sup>6</sup> On ne résume pas ici l'ensemble des cas de figure mais deux situations habituelles identifiées par les médecins généralistes.

<sup>7</sup> Le médecin traitant assure la coordination des consultations et des soins pour le suivi médical de l'assuré dans le cadre du parcours de soins coordonnés (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie {2004 596}). Le médecin traitant est un généraliste dans 99,5 % des cas (données AMELI 2008). Dans le cadre du parcours de soins coordonnés défini par la loi de 2004, un accès direct spécifique à des consultations avec un psychiatre est prévu pour les assurés sociaux de 16 à 25 ans. Au-delà de 25 ans, le dispositif de soins coordonnés prévoit une orientation par le médecin traitant.

Les représentants des patients et des familles du comité de suivi ont souligné qu'une coordination interprofessionnelle efficace ne pouvait se mettre en place qu'en informant et en impliquant le patient et son entourage.

Améliorer la coordination entre les différents acteurs de la santé mentale et la médecine générale apparaît comme une nécessité. Les acteurs usagers, professionnels et institutionnels se mobilisent (sociétés savantes en psychiatrie {Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie 2011 192}, Collège de la médecine générale et Conférence des présidents de CME de CHS {Collège de la médecine générale 2014 567}, CNAMTS {CNAMTS 2013 610} {CNAMTS 2014 599}<sup>8</sup>, ANAP<sup>9</sup>...), avec des approches différentes, mais une perspective commune : proposer une meilleure articulation des compétences et des rôles professionnels pour améliorer la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux.

- La charte de partenariat médecine générale-psychiatrie de secteur, signée entre le Collège de la médecine générale (CMG) et la Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés en mars 2014 constitue une étape symbolique et pragmatique importante. Elle marque leur volonté de généraliser les résultats des expériences menées depuis plusieurs années par des équipes de secteur psychiatrique et leurs partenaires médecins généralistes, et de promouvoir les conditions d'une collaboration efficiente. Des expérimentations se mettent en place. Par ailleurs, une démarche complémentaire permettant d'intégrer les acteurs de la psychiatrie libérale et associative est prévue.

## Enjeu et objectifs du projet

Avec le programme « psychiatrie et santé mentale » mis en place en 2013, la HAS s'est engagée à apporter des réponses à ces préoccupations, dans son champ de compétence {HAS 2014 589}.

Dans ce cadre, des recommandations de bonne pratique sur la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé en premier recours {HAS 2014 600} et une fiche mémo sur le repérage et le diagnostic en premier recours des troubles bipolaires {HAS 2014 601} sont en cours d'élaboration.

Les travaux envisagés concernent aussi des aspects organisationnels, le travail proposé ici s'attachant à la question de la coordination des acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux.

A cet enjeu, répondent deux propositions de projets complémentaires visant à :

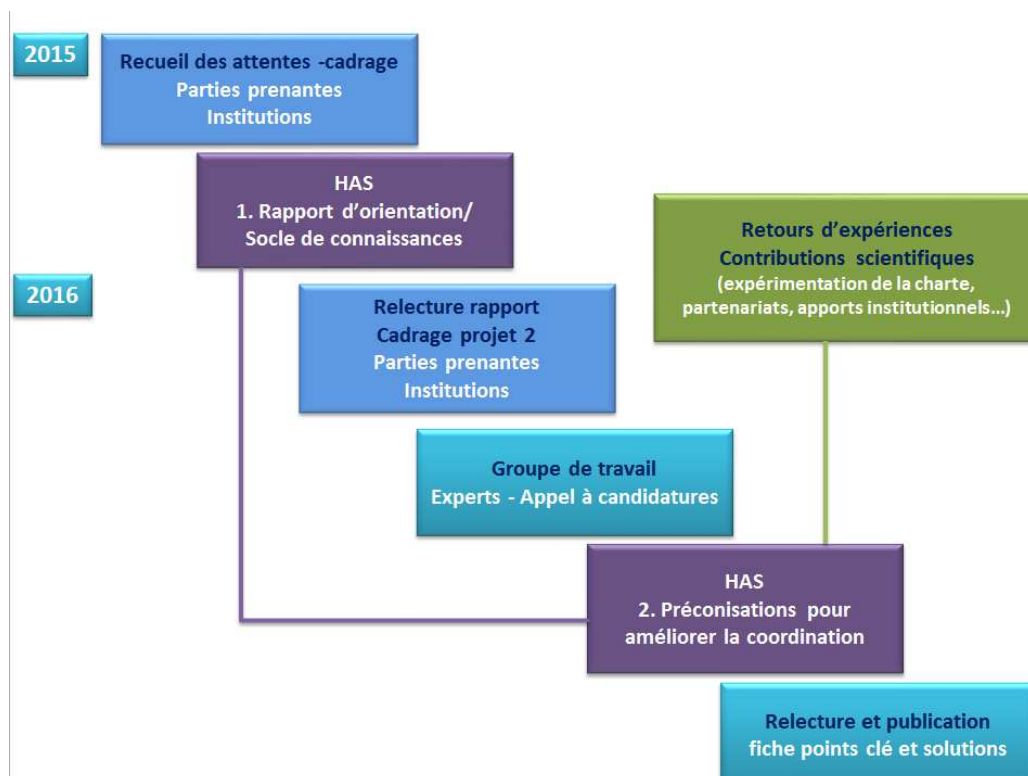
- mettre à disposition des acteurs professionnels, institutionnels et usagers le socle des connaissances publiées françaises et internationales sur la coordination interprofessionnelle dans la prise en charge des troubles mentaux,
- promouvoir les pratiques de coordination entre médecins généralistes et autres acteurs de soins améliorant la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux, afin de favoriser l'évolution des pratiques et des organisations en France.

<sup>8</sup> Travaux réalisés dans le cadre des « rapports charges et produits » 2014 et 2015.

<sup>9</sup> Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

## Déclinaison en deux projets

- **Projet 1 : Un rapport type « socle de connaissances »** - état des lieux et analyse des données scientifiques sur :
  - les principales données épidémiologiques sur les troubles mentaux ;
  - le rôle des « soins primaires » et de la médecine générale dans la prise en charge en santé mentale en France et à l'étranger ;
  - les difficultés rencontrées pour la coordination, notamment en France ;
  - les expériences d'amélioration de la coordination en France et à l'étranger, en mettant l'accent sur les expériences qui ont favorisé l'implication du patient et de son entourage
  - l'impact de ces expériences sur la qualité de prise en charge.
  
- **Projet 2 : Préconisations pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre professionnels :**
  - répondant aux attentes et aux besoins des patients et de leurs proches;
  - permettant la mise en place de stratégies thérapeutiques adéquates, en conformité avec les recommandations de bonne pratique existantes ;
  - utiles, applicables et acceptables pour les professionnels ;
  - prenant en compte le rapport « socle de connaissances », les données produites dans le cadre des partenariats scientifiques et intégrant les enseignements des expérimentations professionnelles et institutionnelles à venir.





## Délimitation du champ

Le champ du travail proposé est la coordination des soins, dans la prise en charge des troubles mentaux, autour du médecin généraliste-médecin traitant.

→ La contribution de la HAS consistera à identifier des dispositifs de coordination éprouvés, pertinents pour les professionnels, répondant aux attentes des patients et de leur entourage, et à les promouvoir.

Le résultat de ce travail pourra être exploité par les acteurs professionnels et institutionnels pour contribuer à optimiser la coordination de la prise en charge des troubles mentaux.

Le travail n'a pas vocation à traiter certains points qui relèvent d'autres champs de compétence ou d'autres travaux de la HAS :

- les définitions des pathologies, leurs niveaux de gravité et les indications des différents traitements (médicamenteux et psychothérapeutiques). Pour la dépression, ces éléments seront précisés dans la recommandation de bonne pratique en cours d'actualisation à la HAS ;
- le statut de psychothérapeute, défini par la réglementation ;
- l'offre de soins (praticiens intervenant en premier recours...) qui renvoie aux cadres réglementaire et conventionnel.

Ce travail ne porte pas spécifiquement sur les articulations avec les professionnels de santé exerçant en ESSMS<sup>10</sup> dans le champ du handicap. Cette question pourrait faire l'objet d'un travail complémentaire plus approfondi.

## Pilotage et modalités de réalisation

Les deux projets bénéficieront d'un pilotage commun. Ils auront des modalités de réalisation différentes.

### Le pilotage proposé

Supervision : HAS - Service évaluation et amélioration des pratiques

Pilotage opérationnel : HAS – Service évaluation et amélioration des pratiques

Groupe de pilotage : HAS, deux co-présidents : un psychiatre et un médecin généraliste.

### Les modalités de réalisation

L'élaboration de la note de cadrage donne lieu à un recueil des attentes des parties prenantes. Sont sollicités les membres du comité de suivi du programme « psychiatrie et santé mentale » suivants :

- Collège de médecine générale (CMG) ;
- Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés ;

<sup>10</sup> Établissement ou service social ou médico-social

- Syndicat national des psychologues ;
- Fédération française de psychiatrie (FFP) ;
- Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP) ;
- Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP) ;
- Comité d'étude des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY) ;
- Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée en psychiatrie ;
- Conférence des présidents de CME-ESPIC en psychiatrie ;
- Fédération d'associations françaises de patients ou d'ex-patients « psy » (FNAP-psy) ;
- Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM).

Par ailleurs, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sont consultées.

### **Projet 1 - Un rapport type « socle de connaissances »**

Le groupe de pilotage supervisera l'élaboration du rapport « socle de connaissances ». Un chargé de projet sera recruté, il sera chargé de :

- réaliser une recherche bibliographique en lien avec le service documentation ;
- réaliser une analyse critique et une synthèse de la littérature ;
- proposer une première rédaction du rapport au groupe de pilotage.

Les organismes partenaires scientifiques du programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS seront sollicités pour apporter leur contribution.

Un groupe de lecture constitué d'experts sera sollicité par écrit. Par ailleurs, l'avis du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » sera également recueilli. Le groupe de pilotage analysera ces retours afin de faire évoluer le rapport.

## **Projet 2 - Préconisations pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre professionnels**

Le livrable envisagé est une fiche points-clés et solutions. La méthodologie proposée pour l'élaboration de cette fiche sera mise en œuvre {HAS 2014 602}.

- Le rapport « socle de connaissances » constituera l'essentiel de la documentation fournie au groupe de travail. Le chargé de projet sera associé au groupe de travail qui élaborera des préconisations, en aval du rapport.
- Une note de cadrage du projet 2 « Préconisations pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre professionnels » sera élaborée.
- Le groupe de parties prenantes sera élargi à d'autres parties prenantes, notamment aux URPS<sup>11</sup> à la FFMPS<sup>12</sup>, et à l'UNR.Santé<sup>13</sup>...
- Aux partenaires institutionnels (ANAP, ANESM, CNAMTS) consultés dans la phase de cadrage, pourraient s'ajouter des ARS, sollicitées en lien avec le secrétariat général des affaires sociales.
- Les parties prenantes et les partenaires institutionnels seront consultés sur la note de cadrage.
- Un groupe de travail pluriprofessionnel, associant les usagers sera constitué. Ce groupe aura pour mission d'élaborer la fiche points clés et solutions.
- Un groupe de lecture constitué d'experts sera sollicité par écrit. Par ailleurs, l'avis du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » et des autres parties prenantes du projet sera recueilli. Le groupe de travail prendra en compte ces différents avis après analyse.

---

<sup>11</sup> Unions régionales des professionnels de santé.

<sup>12</sup> Fédération française des maisons et pôles de santé

<sup>13</sup> Union nationale des réseaux de santé

## Calendrier

- **13 novembre 2014** : présentation au comité de suivi « psychiatrie et santé mentale »
- **Février- avril 2015** : cadrage des deux projets, discussions internes et consultations des parties prenantes
- **23 avril 2015** : soumission de la note de cadrage au Collège pour validation
- **Fin avril 2015** : recrutement du chargé de projet
- **Juin-décembre 2015** : écriture du rapport « socle de connaissances »
- **Février 2016** : publication du rapport « socle de connaissances »
- **T1 2016** : cadrage du projet 2 et réunion des parties prenantes
- **T2, T3 2016** : groupe de travail projet 2
- **T4 2016** : validation de la fiche points clés et solutions

## Références

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel 2004;17 août:14598.  
**Ref ID** : 596

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel 2009;22 juillet:12184.  
**Ref ID** : 595

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: ANAES; 2002.  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc\\_dep\\_ression\\_2002\\_-\\_mel\\_2006\\_-\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_dep_ression_2002_-_mel_2006_-_argumentaire.pdf)  
**Ref ID**: 191

Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, *et al.* Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;Issue 10:CD006525.  
**Ref ID** : 606

Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. L'Encéphale 2010;36(Suppl 2):D48-D58.  
**Ref ID** : 145

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2014. Paris: CNAMTS; 2013.  
[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/document\\_s/cnamts\\_rapport\\_charges\\_produits\\_2014.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_s/cnamts_rapport_charges_produits_2014.pdf)  
**Ref ID**: 610

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2015. Paris: CNAMTS; 2014.  
[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/document\\_s/cnamts\\_rapport\\_charges\\_produits\\_2015.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_s/cnamts_rapport_charges_produits_2015.pdf)  
**Ref ID**: 599

Collège de la médecine générale, Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés. Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur 2014.  
<[http://www.cme-psy.org/sites/default/files/fichiers/charte-cme-medecine-generaliste\\_final\\_20140418.pdf](http://www.cme-psy.org/sites/default/files/fichiers/charte-cme-medecine-generaliste_final_20140418.pdf)> [consulté en 09/2014].  
**Ref ID**: 567

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. Améliorer les échanges d'informations. Quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre doit lui transmettre après un premier adressage d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres-médecins généralistes. Pacé: CNQSP; 2011.  
**Ref ID**: 192

Danel T, Deconstanza P, Deprince J, Elouahi F, Ethuin C, Haddouche A, *et al.* La santé physique des personnes souffrant de schizophrénie : implication du dispositif de soins psychiatriques. Info Psy 2011;87(3):215-22.  
**Ref ID** : 598

Defromont L, Verriest O, Dudenko P. Les médecins généralistes au coeur de la santé mentale. Rev Hosp Fr 2012;(547):20-3.  
**Ref ID** : 564

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Nord-Pas-de-Calais, Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique, Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille, Etablissement public de santé mentale Lille-Métropole. Enquête SMPG. Santé mentale en Nord-Pas-de-Calais : images et réalités. Lille: DRASS Nord-Pas-de-Calais; 2008.  
[http://www.observationsociale5962.org/documents/sante\\_mentale2008.pdf](http://www.observationsociale5962.org/documents/sante_mentale2008.pdf)  
**Ref ID**: 592

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, *et al.* La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Etudes et Résultats* 2012;(810).  
**Ref ID** : 147

Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, *et al.* Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Info Psy* 2014;90(5):341-52.  
**Ref ID** : 556

Funk M, Benradia I, Roelandt JL. Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *Info Psy* 2014;90(5):331-9.  
**Ref ID** : 555

Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 2002;37-956-A-20.  
**Ref ID** : 537

Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11-53.  
**Ref ID** : 607

Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement\\_de\\_la\\_prescription\\_de\\_therapeutiques\\_non\\_medicamenteuses\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf)  
**Ref ID**: 590

Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/note\\_cadrage\\_episode\\_depressif\\_premier\\_recours\\_version\\_validee\\_par\\_le\\_college\\_mai\\_2014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/note_cadrage_episode_depressif_premier_recours_version_validee_par_le_college_mai_2014.pdf)  
**Ref ID**: 600

Haute Autorité de Santé. Fiches points clés et solutions, organisation des parcours. Guide méthodologique. Saint Denis La Plaine: HAS; 2014.  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/guide\\_methode\\_fiches\\_points\\_cles\\_solutions.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/guide_methode_fiches_points_cles_solutions.pdf)  
**Ref ID**: 602

Haute Autorité de Santé. Programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS 2014.  
<[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has)> [consulté en 03/2015].  
**Ref ID**: 589

Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles\\_bipolaires\\_reperage\\_et\\_diagnostic\\_en\\_premier\\_recours\\_note\\_de\\_cadrage\\_2014-06-13\\_10-53-16\\_714.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf)  
**Ref ID**: 601

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: INPES; 2007.  
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>  
**Ref ID**: 189

Kannas S. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? *Pluriels* 2011;(92-93).  
**Ref ID** : 539

Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv* 2007;58(2):213-20.  
**Ref ID** : 603

Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, *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* 2007;7:188.  
**Ref ID** : 546

Magalon-Bingenheimer K, Magalon D, Zendjijian X, Boyer L, Griguer Y, Lançon C. Dépression en médecine générale. *Presse Méd* 2013;42(4 pt 1):419-28.  
**Ref ID** : 194

Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, *et al.* Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale* 2010;36(Suppl 2):D73-D82.  
**Ref ID** : 196

Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Dupie I, Haeringer-Cholet A, *et al.* Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013). *BEH* 2015;(24-25):410-6.  
**Ref ID** : 646

Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *Info Psy* 2014;90(5):311-7.  
**Ref ID** : 552

Organisation for Economic Co-operation and Development. Making mental health count. The social and economic costs of neglecting mental health care. Paris: OECD; 2014.  
**Ref ID** : 594

Ouazana A, Druais PL. Prise en charge du patient déprimé en médecine générale. In: Goudemand M, ed. *Les états dépressifs*. Paris: Lavoisier; 2010.  
**Ref ID** : 597

Robiliard, D. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris: Assemblée nationale; 2013.  
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>  
**Ref ID** : 591

Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, *et al.* Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *L'Encéphale* 2009;35(4):330-9.  
**Ref ID** : 609

Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, *et al.* 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009;374(9690):620-7.  
**Ref ID** : 608

Trémène T, Roelandt JL, Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Fovet T, *et al.* Médecine générale et psychiatrie [dossier]. *Info Psy* 2014;90(5).  
**Ref ID** : 645

Trojak B, Barra JD, Milleret G. Les médecins généralistes regardent la psychiatrie. *Nervure* 2004;17(2-3).  
**Ref ID** : 459

Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(11):892-8.  
**Ref ID** : 584

World Health Organization, World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care. A global perspective. Geneva;London: WHO;Wonca; 2008.  
[http://www.who.int/mental\\_health/resources/mentalhealth\\_PHC\\_2008.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf)  
**Ref ID** : 593

Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, *et al.* General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract* 2005;6(1):18.  
**Ref ID** : 605

Younès N, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Kovess V, Chaillet MP, Gasquet I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health* 2005;5:104.  
**Ref ID** : 604









Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)