

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE

du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PSYCHIATRIE (décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le mardi 13 octobre 2020 à Poitiers
par Monsieur Pierre-Clément
KOLLEN--RASSOW

Intérêt des réunions de concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge des troubles de l'humeur et des troubles bipolaires.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari

Membres : Monsieur le Professeur Roger Gil
Monsieur le Professeur Bruno Aouizerate

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Damien Doolub

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (retraite 01/03/2021)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (en mission 2020/21)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (en cours d'intégration PH)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c nov.2020)
- CASTEL Olivier, bactériologie – virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelynne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 1 an)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur N. Jaafari

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse,
Mais surtout vous m'avez proposé ce sujet en accord avec mes motivations,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Roger Gil

Vos cours sur l'éthique m'ont beaucoup appris sur la relation médecin-malade. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Bruno Aouizerate

J'ai eu la chance de bénéficier de la qualité de votre enseignement au cours de mes années d'étudiant en médecine. Aussi, mes stages à Charles Perrens m'ont donné envie de choisir cette spécialité. Je vous remercie d'avoir accepté d'examiner ce travail.

A Monsieur le Docteur Damien Doolub

Je t'adresse mes sincères remerciements pour ta disponibilité, pour ta bienveillance et pour l'intérêt que tu as porté à mon travail en acceptant de le diriger.
Tes précieux conseils et ton expertise m'ont aidé à mener ma réflexion et guidé tout au long de la rédaction de ma thèse.

Je remercie tous les médecins psychiatres ayant participé à cette étude : Dr Baddou, Dr Boyer, Dr Rigaud, Dr Doumy, Dr Perot, Dr Chevrier, Dr Delhay, Dr Haber, Dr Charles, Dr Dufresne, Dr Wassouf, Dr El Fairouqi.

Merci également aux médecins généralistes qui ont contribué à cette étude.

J'adresse mes remerciements au Dr Rousseau pour son aide sur le projet ARIATHYM.

Aux médecins rencontrés pendant mon parcours.

Vous m'avez fait bénéficier de votre expérience et de vos connaissances.

Vous m'avez conforté dans mon choix de spécialité.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenu et encouragé.

Je vous dois beaucoup dans la réussite de mon parcours professionnel.

A Charlotte, qui m'a épaulé durant la réalisation de ce travail.

Merci pour ton aide et ton implication.

A mes amis, merci pour tous les bons moments partagés avec vous.

A ma dulcinée, tu embellis mon quotidien. Je me sens accompli grâce à toi.

Merci infiniment.

Table des matières

INTRODUCTION	7
HISTORIQUE DES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES	8
LA GENERALISATION ET L'ENRICHISSEMENT DES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES	9
LES RCP EN PSYCHIATRIE : L'EXEMPLE DU PROJET ARYATHYM	10
DEFINITION ET ELABORATION DU PROJET ARYATHYM	10
LE CHOIX D'UN REGROUPEMENT EN FEDERATION	11
LES RCP AU SEIN DE LA FEDERATION	11
<i>Calendrier de mise en place</i>	<i>11</i>
<i>Les structures impliquées</i>	<i>12</i>
<i>Objectifs des réunions de concertation pluridisciplinaire</i>	<i>12</i>
<i>Aspects organisationnels des RCPs</i>	<i>13</i>
LA PRISE DE DECISION EN RCP	15
LES FACTEURS DECISIONNELS DETERMINANTS	15
SPECIFICITES DES SOINS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES	18
L'APPORT DES RCPS DANS LA PRATIQUE CLINIQUE	18
LE VECU DES MEDECINS ET DES PATIENTS PARTICIPANT AUX RCPS	19
APPORTS EN MEDECINE SOMATIQUE	20
APPORTS EN MEDECINE PSYCHIATRIQUE	20
CONCORDANCE ENTRE ORIENTATION POST-RCP ET MODALITES DE TRAITEMENTS	21
LES DIFFICULTES RENCONTREES LORS DES REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES	21
ÉCHECS DES PROJETS DE SOINS	21
LES CARENCES EN MATIERE D'ÉVALUATION DES RCPs ET CRITIQUES CONCERNANT LA PRATIQUE CLINIQUE	22
LES CARENCES EN MATIERE D'OBJECTIFS ET DE PILOTAGE NATIONAL	22
LES CARENCES EN MATIERE DE COMMUNICATION	23
LA DYNAMIQUE DE GROUPE ET LES PROCESSUS D'INFLUENCE	23
METHODE	25
LES PARTICIPANTS	25
LA REVUE DE LA LITTÉRATURE	26
L'ÉTUDE PORTANT SUR LA POPULATION DE PATIENTS D'ARYATHYM	29

DESIGN DE L'ETUDE	29
LE RECUEIL DES DONNEES	29
LES BILANS, COURRIERS ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	31
LES QUESTIONNAIRES	32
TRAITEMENT DES DONNEES	33
RESULTATS	33
RESULTATS CONCERNANT L'OBJECTIF PRINCIPAL	33
LES DIFFERENCES SELON LE GENRE.....	35
LES CORRELATIONS NON-PARAMETRIQUES.....	36
DISCUSSION	41
AMELIORATION DES RCPS	45
EN MATIERE DE PARTICIPATION ET D'INFORMATION.....	45
CONCERNANT LA TRAÇABILITE DES CRITERES	46
CONCERNANT L'APPORT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES.....	46
AUTRES PERSPECTIVES D'AMELIORATION.....	47
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXE	58
RESUME	75
SERMENT	76

Introduction

Les réunions de concertation pluridisciplinaire

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCPs) regroupent des professionnels de santé (PdS) de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision la plus consensuelle possible pour la prise en charge d'un patient en fonction des connaissances scientifiques en cours. Lors des RCPs, les dossiers des patients sont débattus de façon collégiale (HAS, 2017). En France, elles sont nées dans le sillage du premier Plan Cancer destiné à optimiser et à standardiser la prise en charge des patients atteints de cancer. Depuis, elles se sont généralisées à l'ensemble des domaines de la médecine, en particulier chez les patients présentant une maladie chronique grave ou complexe.

L'objectif primaire des RCPs est d'optimiser la démarche diagnostique et thérapeutique avec en arrière-plan, diminuer les inégalités de prise en charge et permettre l'accès aux thérapeutiques innovantes à tout un chacun dès lors que son état de santé le sollicite. La rigueur de la mise en place et du suivi d'une RCP est la garantie de son succès et de sa pérennité. Elles favorisent la transparence de l'information entre tous les acteurs qui gravitent autour du patient et peuvent servir en cas de litige (Solé, 2018) entre le professionnel de santé, des organismes tiers et le patient ou sa famille.

D'après la Circulaire DHOS/SDO n° 2005-101, (Revel, 2005); relative à l'organisation des soins en cancérologie, les RCPs sont depuis considérées non seulement comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique mais aussi comme un vecteur d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels permettant, in fine, d'effectuer une analyse du bénéfice/risque et de la qualité de vie d'une personne malade, qui à l'issue, en sera informée lors de la remise de son programme personnalisé de soins (PPS).

Dans la pratique hospitalière, souvent le terme « réunion » fait référence implicitement à une unité de lieu. Or, même s'il est plus facile d'organiser une RCP avec tous les intervenants dans une même pièce, il est possible de faire des « RCPs connectées » par visioconférence ou en utilisant des techniques de type WebEx® que la médecine s'est appropriée surtout depuis la crise sanitaire liée au COVID-19. Utiliser internet pour discuter des dossiers des patients

requiert cependant tout un cahier des charges permettant de préserver le secret médical. En effet, l'accès à un mécanisme sécurisé de partage du dossier médical afin que tous les participants aient accès aux mêmes informations, tout en préservant la confidentialité des données (Solé, 2018) est une des conditions indispensables pour la présentation des RCPs où les dossiers des patients sont discutés de façon collective.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), 2017, la décision prise doit être tracée, puis soumise et expliquée au patient. Si le médecin référent du patient n'applique pas la décision de la RCP, les raisons doivent être explicitement argumentées et tracées dans le dossier du malade. Il en est de même lorsque les membres de la RCP ne tombent pas d'accord sur la prise en charge (HAS, 2017).

Historique des réunions de concertation pluridisciplinaires

Les RCPs ont un historique difficile à retracer, car pendant longtemps elles étaient qualifiées sous des vocables et des formes différents. La pédagogie médicale semble débiter avec les lectures de Charcot, avec l'essor de l'école de la Salpêtrière (1882-1893) en présence du patient. Dans les années 1960 trottaient déjà, à l'institut Gustave-Roussy à Paris, ce qui s'appelait les "comités". Il y avait par exemple le comité sein ou encore le comité otorhinolaryngologie (comité ORL). Ils s'organisaient de manière bipartite avec les chirurgiens et les radiothérapeutes. L'oncologie n'existait pas encore à cette époque et cette discipline était représentée plus particulièrement par des hématologistes et des pneumologues avec une particularité importante: ces comités se réunissaient en présence du malade, qui était examiné et à qui on pouvait directement expliquer la stratégie qui allait être retenue à son égard, voire demander son avis. C'était en quelque sorte aussi une consultation d'annonce (Depierre, 2006).

Le plan cancer 2003-2007 et la Circulaire DHOS/SDO n° 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie introduisent de manière factuelle les RCPs. Celles-ci permettaient alors de définir une stratégie de traitement et de prise en charge sur la base d'un avis pluridisciplinaire et de référentiels validés lorsqu'ils existaient. Le plan cancer 2009-2013 a fait de ces RCPs l'un de ses objectifs prioritaires. Il définissait un cadre de référence national en plus de la mise en place des réunions qui étaient évaluées dans le cadre de la certification des établissements de santé comme définie par le référentiel 2010 de la HAS. Les RCPs

devenaient dès lors, des indicateurs de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) des centres de soins. Les critères de qualité des RCPs étaient émis dans l'annexe 2 de la circulaire du 22 février 2005 et repris dans les fiches pratiques de la HAS (Le Divenah et al., 2013).

La généralisation et l'enrichissement des réunions de concertation pluridisciplinaires

Prosper (2015), a décrit les moyens à fournir et les conséquences potentielles d'une généralisation des RCPs à d'autres pathologies. Ainsi, trois conséquences émergeaient de cette initiative. Tout d'abord, l'usage des concertations pluridisciplinaires a favorisé la transparence de l'information. Généraliser la RCP à toutes les spécialités médicales pour les maladies chroniques permettant ainsi, comme en oncologie, d'organiser de façon plus rigoureuse les échanges d'informations. Toujours selon Prosper, cette généralisation permettrait aussi d'avoir une traçabilité pour le médecin et le patient sur le traitement choisi.

Par la suite, les concertations pluridisciplinaires étaient pensées afin de permettre l'amélioration du suivi des patients, jusqu'à envisager une égalité d'accès au meilleur traitement possible en fonction des connaissances de la médecine. Ainsi, le développement des RCPs pourrait faire accéder à un plus grand nombre de patients, à une égalité de chance de traitement, d'avoir l'assurance d'accéder aux techniques les plus récentes, aux protocoles thérapeutiques tout en gardant leur liberté de choix. En conséquence, cette tendance vers la généralisation des concertations pluridisciplinaires était perçue comme pouvant permettre la recherche translationnelle en faisant intervenir plusieurs corps médicaux en facilitant la prescription de protocoles expérimentaux avec in fine comme objectif de promouvoir le lien entre la recherche médicamenteuse et les soins, et par conséquent de rendre la recherche médicale plus attractive non exclusivement en milieu hospitalier universitaire, mais surtout à un plus grand nombre de centres de soins.

En pratique selon Prosper, cette généralisation serait une mesure efficace et facile à mettre en place car elle bénéficierait à toutes les parties. En revanche, elle ne serait envisageable qu'en prévoyant un meilleur encadrement juridique des nouvelles technologies appliquées aux RCPs, afin de sauvegarder la vie privée du patient et le secret médical. De plus il persisterait une limite à considérer, tenant à la liberté de prescription du corps médical.

De fil en aiguille, les RCPs sont arrivées à un stade où actuellement elles se sont intégrées dans la pratique médicale en instaurant une culture pluridisciplinaire permettant d'accéder à une certaine confrontation de spécialités médicales n'ayant ni le même regard sur la maladie ni les mêmes armes thérapeutiques, ce qui est sans aucun doute une source d'enrichissement pour les praticiens et surtout de qualité de soins pour les patients (Chaouki et al., 2017).

Les RCP en psychiatrie : l'exemple du projet ARYATHYM

Définition et élaboration du projet ARYATHYM

ARIATHYM est l'acronyme de la première fédération française de prise en charge des troubles de l'humeur et des troubles bipolaires. Couvrant initialement la région Poitou-Charentes, elle s'étend désormais à toute l'aire géographique de la Nouvelle-Aquitaine. Il s'agit de la contraction du terme « ARIA », rappelant la fusée Ariane, un symbole de réussite multidisciplinaire, et « THYM », faisant référence aux troubles thymiques mais aussi au mot anglais *team* (Allaire, 2017).

La décision de centrer la fédération sur les troubles de l'humeur s'explique par leur prévalence très élevée dans la population générale surtout en Nouvelle-Aquitaine et du fait qu'elles génèrent une surmortalité par suicide et des handicaps psychiques et sociaux, donc, un problème majeur de santé publique. Sa mise en place débute donc en 2012, lorsque le directeur général de l'Agence régionale de santé de la région Poitou-Charentes décide de coordonner l'offre de soins sur la prise en charge des troubles bipolaires au sein la région en confiant alors la mission à un médecin inspecteur de santé publique. Par la suite, grâce à la création d'un comité technique régional de santé mentale mis en place dès septembre 2012, l'ensemble des praticiens de la région se sont emparés du sujet, et rapidement trois groupes de travail furent institués.

Le premier groupe, piloté par une psychiatre et un anesthésiste, définissait les indications de l'électro-convulsivothérapie. Usitée dans de nombreux établissements de soins de la région, cette technique méritait d'être protocolisée tant au point de vue de ses indications que des modalités de sa réalisation. Le deuxième groupe fut piloté par deux psychiatres qui définissaient les grands axes de la recherche clinique ainsi que ses modalités de pilotage. Finalement, le dernier groupe travailla sur le parcours du patient entre le repérage du trouble de l'humeur, de

sa prise en charge et de son accompagnement. Différentes modalités thérapeutiques furent alors précisées dans leurs indications comme leurs réalisations desquelles les techniques les plus innovantes relevaient encore de la recherche clinique comme par exemple, la stimulation magnétique cérébrale transcrânienne (rTMS), la stimulation cérébrale transcrânienne par courant direct (tDCS) et la stimulation cérébrale profonde.

De ces faits, l'objectif principal et la feuille de route de ce projet ambitieux furent finalement définis en 2016 par le groupe de travail ARIATHYM. Dès lors, l'objectif a été à la fois d'améliorer les connaissances sur les troubles de l'humeur dont les troubles bipolaires mais également, d'améliorer la qualité et la pertinence des soins dispensés en y associant des thérapies nouvelles.

Le choix d'un regroupement en fédération

Cette initiative s'est agencée en fédération, permettant aux différents établissements de santé de s'inscrire dans un projet commun, sur une base volontariste, à condition de partager les valeurs portées par cette dernière. L'objectif d'une adhésion à cette fédération devait prioritairement rester un objectif de partage de connaissances, de pratiques, d'amélioration des prises en charge d'utilité, non seulement des patients ayant des troubles de l'humeur et des troubles bipolaires, mais aussi de leurs proches.

La notion de fédération fut inclusive et elle pouvait s'étendre au-delà du simple périmètre régional. Ce concept s'est avéré particulièrement pertinent puisque dès 2016, avec la création de la région Nouvelle-Aquitaine, le dispositif a pu accueillir les établissements qui avaient rejoint la région. S'étaient alors établies des coopérations publiques-privées et des coopérations entre hôpitaux universitaires et non-universitaires (Groupe de travail ARIATHYM, 2016).

Les RCP au sein de la fédération

Calendrier de mise en place

Après la proposition de l'ARS de constituer des RCPs inter-établissements intégrant le parcours de soin du patient qui date de février 2015, un médecin psychiatre coordonnateur de ces RCPs

fut nommé. S'en est ensuite formé, fin 2016, un groupe de travail pluridisciplinaire au Centre hospitalier Camille Claudel (CHCC) d'Angoulême. Par la suite, furent présentés les différents outils créés et testés par l'équipe d'Angoulême porteuse du projet : la charte qualité, la fiche RCP et le recueil du consentement du patient. Ce travail a été validé par le Président du Conseil de l'Ordre du département de la Charente. La première réunion de concertation pluridisciplinaire débutera quatre mois après (Rigaud et Rousseau., 2018).

Les structures impliquées

Le dispositif mise en place dans la Nouvelle-Aquitaine compte actuellement 12 établissements de soins comprenant les 3 Pôles hospitalo-Universitaires avec le Centre Hospitalier Charles Perrens de Bordeaux (Gironde), le Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers du département de la Vienne et le Centre Hospitalier Esquirol de la Haute-Vienne puis 5 centres hospitaliers (CH) départementaux à savoir le CH Camille Claudel de la Charente, le CH La Candélie du Lot-et-Garonne, le CH de La Rochelle de la Charente-Maritime, le CH de Mont de Marsan des Landes, le CH des Pyrénées, enfin 4 cliniques privées à savoir la clinique des Pins en Gironde, la clinique Mirambeau et la clinique Caradoc des Pyrénées-Atlantiques, et la clinique de Saujon de la Charente-Maritime (Peigne, 2018).

Objectifs des réunions de concertation pluridisciplinaire

Un des premiers objectifs d'une RCP est d'aboutir à une la validation collégiale d'une stratégie thérapeutique et/ou à un diagnostic consensuel devant une situation clinique complexe (Groupe de travail ARIATHYM, 2016). Une RCP doit permettre l'amélioration globale de la qualité des soins avec le respect des recommandations de l'HAS et l'utilisation d'outils d'évaluation (par exemple: l'échelle de la dépression de Montgomery et Asberg (MADRS), les questionnaires pour la manie et l'hypomanie, l'évaluation du risque suicidaire, les bilans pour permettre une évaluation neuropsychologique fine, le bilan somatique, les résultats des imageries cérébrales par tomодensitométrie et par résonnance magnétique, les bilans sanguins, les examens cardiovasculaires comme l'électrocardiogramme ou les échographies transthoraciques et le score de Cushman en cas de difficulté éthylique) et après le consentement du patient ainsi que l'accord de son médecin traitant. De plus, une RCP doit consentir à doter le patient d'une fiche

RCP qui sera incluse à son dossier patient informatisé (DPI) et qui sera en lien avec un travail de recherche et de formation des professionnels de santé (Peigne, 2018).

Aspects organisationnels des RCPs

La charte qualité

Comme mentionnée antérieurement, une charte décrivant l'organisation des RCPs fut établie dans le but de veiller à la conformité des RCPs en lien avec la réglementation en vigueur et les recommandations nationales. Cette charte est demeurée évolutive afin de satisfaire aux exigences de qualité indispensables lors de la prise en charge du patient.

Aspects techniques

La tenue des RCPs est rendue possible grâce au système de visioconférence. Il est ainsi recommandé que la RCP puisse se tenir dans une salle sécurisée possédant les équipements informatiques nécessaires, comprenant un équipement technologique de l'information tel que la visioconférence ou le « web conference » afin de permettre le rapprochement intellectuel malgré la distance physique des nombreux professionnels de santé exerçant dans ces 12 centres hospitaliers et surtout aux médecins traitants ayant des contraintes d'exercice d'y accéder et pour lesquels ces modes de participation sont facilitants.

Définition du quorum

Le quorum est matérialisé par une liste nominative des PdS, établie par l'animateur de la RCP et qui garantit en pratique une pluridisciplinarité de la discussion lors de la réunion. Le quorum minimum comprend: 2 psychiatres, 1 pharmacien, 1 médecin somaticien, 1 psychologue clinicien, 1 neuropsychologue, 1 infirmier en santé mentale. Peuvent s'y adjoindre : 1 médecin spécialiste (neurologue, radiologue, endocrinologue...), 1 addictologue, 1 interne en psychiatrie et / ou en médecine générale), le médecin généraliste référent. D'autres PdS peuvent être invités dès lors qu'un avis spécialisé est demandé.

Préparation et programmation du dossier en RCP

Après s'être assuré que le dossier s'inscrit dans le projet de la RCP, le médecin référent ou par délégation, l'assistante médico-administrative des RCPs inscrit le dossier en RCP. Le praticien informe le patient de cette démarche ainsi que du recours à une technologie de l'information et recueille son accord. Le médecin généraliste référent du patient est tenu informé et est invité à participer à la RCP. La fiche RCP s'inscrit dans le cadre de l'organisation des soins. C'est un support qui rassemble les divers éléments essentiels aux débats. Tous les documents attachés font partie intégrante du DPI anonymisé. La fiche RCP regroupe ainsi l'ensemble des informations cliniques et paramédicales des plus exhaustives possibles. Une réunion préparatoire est organisée quelques jours avant chaque RCP afin de déterminer les 2 cas cliniques qui y seront débattus à la RCP.

La présentation du dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire

Pour chaque dossier RCP présenté, les documents ci-dessous sont indispensables: la charte de qualité, la fiche RCP, l'histogramme retraçant l'historique des traitements, les conclusions d'au moins une imagerie par résonance magnétique, un électrocardiogramme, un bilan neuropsychologique, un bilan psychologique, la feuille de consentement du patient et l'accord du médecin traitant. Une liste de présence est établie et validée par le responsable de la RCP avec validation du quorum. Le médecin référent ou la personne déléguée qui maîtrise les informations concernant le patient présente le dossier. La RCP, à l'issue de la discussion, rend un avis qui doit être argumenté et propose une stratégie thérapeutique et/ou des modalités de prise en charge. Le médecin responsable de la RCP complète la partie de la fiche par la proposition faite et la valide. Les fiches RCP complétées sont adressées au coordonnateur.

Les suites de la réunion de concertation pluridisciplinaire

Une copie de la fiche RCP est transmise par le médecin responsable de la RCP (par délégation au secrétariat de la RCP) aux médecins prenant en charge le patient. Le patient est informé par le médecin référent de l'avis de la RCP. Le médecin référent indique s'il va suivre la conduite à tenir et si non il argumente sa décision. Le patient accepte ou non la proposition de prise en charge qui lui est faite et dans tous les cas un programme personnalisé de soins est établi à la

suite de la consultation. Ce PPS décrit à minima le type de traitement à mettre en œuvre et les dates prévisionnelles de déclinaison du traitement. Il est remis au patient et enregistré dans le DPI (Rousseau et al., 2017).

La prise de décision en RCP

Les facteurs décisionnels déterminants

Un des enjeux essentiels des RCPs est l'obtention d'un consensus quant à une situation clinique particulière d'où leur importance car elles peuvent jouer un rôle nécessaire dans la collecte d'informations à des fins de santé nationale et publique, fournir un outil de suivi de la qualité des services et contribuer à rendre le parcours de soins du patient plus actif. Pour cela, il est essentiel que les éléments cliniques et les informations additionnelles recueillis lors des discussions puissent converger vers une prise de décision la plus adaptée au cas présenté à la RCP. Mais dans la pratique clinique, ce n'est pas toujours aisé.

Selon une étude de Krauss et al., 2016, il est impossible de trouver un modèle de gestion unifié pour les RCPs, car elles dépendent fortement des spécificités des hôpitaux et de la spécificité de l'organe atteint, souvent tributaires d'un manque de recherche de solutions techniques et d'interopérabilité des processus.

Ainsi, selon Koekkoek et al., 2019, les éléments constitutifs dans la prise de décision se déclinent en trois entités : les étapes préalables à la discussion en équipe sur l'objectif de la réunion, les facteurs liés à l'équipe qui influencent les décisions, et enfin le processus effectif de prise de décision en équipe.

En ce qui concerne le premier élément décrit, il s'agissait, en premier lieu, pour le professionnel et le patient, de discuter de l'objectif de la RCP lors de leur contact (l'objectif peut être par exemple la poursuite ou l'arrêt du traitement en cours). Le but était alors de rechercher et d'exposer les motivations de chacun à cet objectif. En second lieu, le professionnel devait évoquer ces motivations au sein de l'équipe, en début de RCP. Le but était de recueillir des conseils ou de l'aide de ses collègues à propos de ses motivations, et de vérifier que celles du patient n'ont pas été oubliées. Il pouvait aussi s'agir de discuter du bien fondé de cet objectif si

le patient et le professionnel sont en désaccord sur leurs motivations (par exemple, le patient en désaccord avec les arguments du professionnel souhaitant arrêter le traitement en cours).

Concernant les facteurs liés à l'équipe qui influencent les décisions, Koekkoek et al., 2019 évoquaient la capacité du fonctionnement des services, les motivations financières, la résistance ou le soutien des pairs. Ces mêmes auteurs abordaient ensuite la capacité des réunions d'équipe à se structurer, définies par la présence d'une limitation du temps consacré à chaque cas, de pré-sélection puis d'un ordre de passage des cas discutés. Les réunions « structurées » réussissaient le plus souvent à trouver un projet de soin consensuel. De plus, les auteurs insistaient sur le rôle du coordinateur, les différences retrouvées étaient importantes : certains coordinateurs se limitaient à une présidence "technique", d'autres participaient activement à la prise de décision.

Regardant le processus final de prise de décision, les auteurs pointaient l'habitude des membres de l'équipe à demander fréquemment des éclaircissements, plus particulièrement dans les réunions dites « non structurées ». Leur manque de proximité avec le patient les poussait à demander plus de détails pour comprendre la situation. Ce souci du détail empêchait souvent une discussion axée sur l'objectif - déplaçant la prise de décision au second plan. La mesure dans laquelle une discussion était ciblée sur un objectif, au lieu d'être une simple revue de l'anamnèse du patient, dépendait de certains facteurs dont la préparation des membres de l'équipe; plus ils étaient informés à l'avance, plus la discussion était cohérente, la proximité des professionnels avec le patient; plus le patient était connu, plus la discussion était substantielle et le nombre de professionnels qui connaissant le patient, plus ce nombre était important, plus la discussion était contributive.

Toujours selon Koekkoek et al., 2019, il existait un autre élément, appelé « atmosphère » qui lorsque présent, faisait que certaines équipes semblaient plus ouvertes et chaleureuses, avec un intérêt mutuel. D'autres équipes étaient plus strictes et plus professionnelles, laissant peu de place aux contacts personnels. Toutefois, une atmosphère professionnelle n'assurait pas une discussion plus ciblée sur la décision thérapeutique. Une prise de décision efficace était favorisée par un objectif clair, des processus concertés et une équipe avec une atmosphère qui facilitait l'insertion et le renforcement malgré le fait qu'une plus grande multidisciplinarité n'était pas nécessairement associée à une prise de décision plus efficace (Raine et al., 2014).

Pour Lanceley et al., 2008, la prise de décision était influencée par la forte volonté de se conformer aux directives politiques régissant à la mise en place d'un diagnostic et de son traitement et du niveau de connaissance du patient par les membres de la RCP. Plus le patient était connu, plus la discussion et la décision qui le concernait étaient substantielles et le travail en équipe était source de satisfaction et de motivation. Ce résultat corrobore celui de Koekkoek et al., 2019, cité plus haut. Lorsque le patient n'était pas connu, la discussion ne portait que sur les détails physiques utiles pour établir un diagnostic et les apports de l'équipe étaient rares. D'où l'intérêt d'une sélection du cas à présenter selon ses spécifications (Ros, 2013), se basant sur des modalités de traitement plus précises, d'une évaluation multidisciplinaire et du respect des indications cliniques selon les « guidelines » disponibles (Rosell et al., 2018).

Selon Ros, 2013, le discours des membres de l'équipe sur le dossier va de pair avec une remise en cause de leur propre compétence en tant qu'équipe, démontrée par le fait qu'ils se positionnent régulièrement par rapport aux autres praticiens ou équipes ("nous"/"eux"). Ce processus appelé l'autodéfinition est ainsi nécessaire car c'est la partie de la décision de l'équipe qui définit si le cas est, ou non, un cas "pour eux-mêmes" ou encore s'il s'agit d'un cas, ou non, pour d'autres équipes. Ce processus précise aussi, par la prise de décision, le type de soins à attribuer selon le point de vue socioculturel et dialectique, en fonction de son identité, de la compétence de l'équipe et celle des autres équipes (Ros, 2013).

Un peu plus cocasse mais non sommaire, la disposition spatiale des participants est une autre condition essentielle quoique souvent négligée. En effet, elle est importante dans les schémas d'interactions lors des présentations des RCPs. Ainsi, ceux situés à la périphérie, qualifiés de « médiateurs », apportaient des informations complémentaires importantes (Li & Robertson, 2011). Une disposition optimale avec la bonne taille et la bonne position de l'écran sont recommandées afin de soutenir le sentiment de coprésence des participants, y compris leurs perceptions des indices non verbaux comme le geste et le regard et leur conscience des réactions d'autrui (Li & Robertson, 2011) d'autant plus si un espace de responsabilisation des participants, ainsi qu'un leadership efficace étaient disponibles permettant l'amélioration de la communication en équipe multidisciplinaire (Burns & Lloyd, 2004).

Spécificités des soins somatiques et psychiatriques

Ainsi en cancérologie le point de vue des PdS sur les RCPs, y compris les avantages perçus des conclusions issues des RCPs et les obstacles à l'obtention de propositions communes dépendaient beaucoup de la spécialité, de la profession, du type d'hôpital et de la filière du diagnostic d'autant plus que les infirmières et les coordonnateurs de soins participaient moins que les médecins aux discussions (Rosell et al., 2018). D'autre part, en ce qui concerne la psychiatrie, le processus de prise de décision lors des RCPs impliquant des pharmaciens d'officine et des médecins généralistes a permis des échanges d'information sur les éventails thérapeutiques imputant la responsabilité de décider sur des traitements aux médecins et selon les avis des pharmaciens sur le choix des médicaments (Bell et al., 2007).

En santé mentale, il a aussi été décrit qu'en pédopsychiatrie, un soignant appelé consultant pouvait conseiller l'équipe, défendre les intérêts de la famille, fournir un soutien psychologique aux membres de l'équipe et informer l'équipe sur les besoins des enfants en matière de développement et peut jouer un rôle de médiateur lorsque des compromis sont nécessaires en raison de conflits entre les désirs des parents et les recommandations du personnel pédiatrique. En dénouant des situations complexes, le consultant pouvait conduire les membres de la RCP à prendre une décision éclairée sur le projet de soin d'un jeune patient (Williams et al., 2000).

Du côté de l'adulte, selon Simpson, 2007, l'influence des pratiques d'équipes sur la coordination des soins psychiatriques reposait en premier lieu, sur la clarté des dispositions, des procédures mises en place et des échanges respectueux. Lorsque les membres de l'équipe se sentaient non respectés, malmenés ou "en danger", leur retrait psychologique ou physique des RCPs entravaient la communication, le partage des informations et la collaboration, avec un impact négatif et potentiellement risqué, portant préjudice à la pratique clinique.

L'apport des RCPs dans la pratique clinique

En médecine, la pratique clinique est définie comme un ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes de soins. Elle correspond également à l'enseignement médical pratiqué au chevet des malades et l'ensemble des connaissances ainsi acquises. Elle s'appuie sur un référentiel de bonnes pratiques

basé sur les recherches scientifiques et d'avis experts. La pratique clinique diffère selon le type de pathologie et son évolution et son amélioration est d'ailleurs un des enjeux des RCPs (Debout, 2016; Masquelier et al., 2006).

Globalement, plusieurs études ont mis en avant une amélioration des pratiques cliniques dans plusieurs corps médicaux grâce aux RCPs (Brink et al., 2015; Colombet et al., 2012; Dell'oro et al., 2013; Goldwasser et al., 2018). Elles ont permis une dynamique d'échanges, d'éducation et d'information de l'ensemble des acteurs aboutissant à l'amélioration des prises en charge devant la pléthore clinique présentée par certains patients (Vieillard et al., 2017) ou encore d'homogénéiser et d'optimiser les pratiques entre les centres spécialisés (Petit et al., en 2012). Dès lors, les avis des RCPs ont commencé à bouleverser les modèles traditionnels d'activité et amenaient des changements dans la pratique clinique, par exemple, les appels téléphoniques itératifs évoluaient vers des réunions régulières et planifiées (Kane et al., 2011) ou encore dans la relation médecin-malade.

Le vécu des médecins et des patients participant aux RCPs

En effet, une grande majorité des patients reconnaissaient que l'avis de la RCP était rassurant et que le plus important pour eux était la relation avec le médecin référent. Du point de vue des médecins, la grande majorité d'entre eux relataient que la RCP ne modifiait pas leur relation alors que le patient accordait une confiance certaine à son médecin, et que le rôle de celui-ci était essentiel dans l'intégration de l'avis collégial de la RCP et de la surveillance du risque de désengagement du patient dans le choix décisionnel (Orgerie et al., 2010; Orgerie et al., 2012; Tavassoli, 2013). Concernant les médecins généralistes (MG), leur implication au sein des RCP semblait limitée bien qu'ils aient manifesté leur intérêt pour ce dispositif comme nous le montraient Rolland et al., 2013 dans leur étude « The IDEM Investigators, 2013 ». D'autre part, les médecins participants aux RCP cherchent à intégrer les MG dans leurs décisions thérapeutiques (Barratt et al., 2018) et se sentaient confiants dans le soutien qu'ils recevaient au cours du processus de prise de décision (Bhandari et al., 2011).

Quant aux patients hospitalisés en psychiatrie et présents lors des RCPs, la moitié d'entre eux déclaraient se sentir anxieux/menacé pendant la réunion, et pour plus de la moitié, ces sentiments auraient pu être minimisés s'il y avait eu moins de personnes participantes (Carey

et al., 2014). D'ailleurs, les patients ont indiqué qu'ils se sentaient en sécurité dans l'environnement psychiatrique virtuel et qu'ils trouvaient les médecins et les infirmières en santé mentale très impliqués dans leurs prises en charge (Bhandari et al., 2011). Mais qu'en est-il réellement des bénéfices apportés grâce aux passages des dossiers médicaux en RCP ?

Apports en médecine somatique

De ce fait, l'accumulation des avantages du travail en équipe multidisciplinaire était soutenue par un fort consensus clinique (Taylor, 2010). D'autres études corroborent l'apport des RCPs dans la pratique clinique notamment en soins onco-palliatifs (Colombet et al., 2012; Goldwasser et al., 2018), dans le traitement des infections ostéo-articulaires (Trimaille et al., 2016), en chirurgie de réassignation sexuelle (Bujon & Dourlens, 2016), dans la prise en charge des douleurs chroniques (Balossier et al., 2012), de l'endométriose pelvienne profonde (Dell'oro et al., 2012) et pour les maladies professionnelles (Gueran et Lussiez., 2012).

Apports en médecine psychiatrique

En santé mentale, plusieurs études ont démontré les apports favorables obtenus après le passage en RCP. Par exemple, Hunt et al., 2016, ont démontré que des RCPs étaient efficaces pour améliorer la collaboration et la coordination des soins physiques pour les patients ayant une maladie mentale grave tout en soulignant l'importance d'ancrer et de soutenir leurs rôles. Dans un tout autre registre, chez les enfants victimes d'agressions pédo-sexuelles (APS), une forte probabilité d'abus pouvait être déterminée rien que par les RCPs dans 70 % des cas ce qui corroborait avec les chiffres des services de protection de l'enfance (Brink et al., 2015).

Dans un tout autre répertoire, il est dorénavant un enjeu de santé publique de disposer d'une prise en charge médicamenteuse améliorée (Zsuzsanna, 2019) et dans ce contexte, la mise en place des RCPs avait permis de grandement diminuer le nombre de prescriptions inappropriées notamment de benzodiazépines chez la personne âgée (Bichard et al., 2012) ou encore selon le dispositif Prestations Spécifiques de Psychothérapie où les RCPs assuraient un choix de qualité relatif à la psychothérapie à octroyer et la qualité du suivi rapproché (Grévin et al., 2014) d'où l'importance de la qualité des recommandations des RCPs et de leurs exécutions.

Concordance entre orientation post-RCP et modalités de traitements

Un des moyens d'évaluation des RCPs, suivant le référentiel de l'HAS de 2014 (Lasset, 2015), est la concordance entre conduite à tenir post-RCP et les modalités de traitements. Plusieurs études de spécialités médicales différentes en ont fait d'ailleurs mention. Par exemple, dans la maladie rénale chronique sévère (Nouvier et al., 2015), dans les réactions allergiques post-transfusionnelles (Augis et al., 2018), dans les maladies chroniques de l'intestin (Ferman et al., 2018), en sénologie (Touboul et al., 2013), pour la prise en charge des sarcomes (Haddad et al., 2017), dans les cancers de la tête et du cou (Bergamini et al., 2016), chez des patientes algiques présentant une endométriose pelvienne profonde (Dell'oro et al., 2012), ou encore chez les patients atteints d'hépatite C (Lieutier-Colas et al., 2017). D'autres spécialités sont concernées comme en soins palliatifs (Barratt et al., 2018), ou encore en pédiatrie, en oncologie osseuse secondaire (Petit et al., 2012). Toutes ces études s'accordent sur un point en particulier: permettre une prise en charge globale du patient en fonction de ses comorbidités associées, donnant ainsi accès au patient à l'ensemble des traitements recommandés en RCP. Malgré tout, les patients des zones les plus défavorisées étaient moins susceptibles de voir leur projet de soin mis en œuvre et les données sont relativement pauvres dans la littérature à ce sujet (Raine et al., 2014). Ainsi, bien que les RCPs contribuent amplement dans l'amélioration des soins proposés aux patients, il y a certaines situations où la prise de décision est moins aisée.

Les difficultés rencontrées lors des réunions de concertation pluridisciplinaires

Échecs des projets de soins

Bien qu'il existe une nette tendance vers une meilleure prise en charge finale des patients où il y a une décision en RCP, plusieurs études ont mis en avant l'écart de trajectoire entre des patients présentés et ceux non présentés en RCP, par exemple, en ce qui concerne les indicateurs de qualité en fin de vie en soins palliatifs (Goldwasser et al., 2018). La présentation d'un patient en RCP n'est cependant pas toujours possible, indépendamment de la gravité des symptômes et/ou de l'urgence de la situation, comme le soulignaient Palmer et al., 2010. Cette impossibilité de présentation était due à des facteurs liés aux caractéristiques du patient. Parmi les obstacles à la mise en œuvre des RCPs, ont été cités le refus des recommandations par les patients et les

patients qui ne poursuivaient pas le suivi recommandé (Ferman et al., 2018) et plusieurs raisons peuvent expliquer ces phénomènes.

Les carences en matière d'évaluation des RCPs et critiques concernant la pratique clinique

Le frein à la présentation de cas en RCP pourrait s'expliquer par une pénurie de recherches évaluant la valeur effective des RCPs au sein des équipes (Burns & Lloyd., 2004) et le manque d'études pour documenter l'efficacité de ces réunions dans la gestion des cas complexes, la rentabilité, l'adaptation à long terme et la qualité générale des soins, ou encore les bénéfices psychologiques pour l'équipe (Ke et al., 2013; Williams & de Maso., 2000).

D'ailleurs, certaines études n'ont pas permis de mettre en évidence une amélioration des pratiques cliniques (Krauss et al., 2016; Ourahmoune et al., 2007; Taylor, 2010). Les raisons attribuées étaient le manque de personnel soignant spécialisé, de temps ou encore de coordinateurs pour préparer et organiser les réunions avec les patients et qu'elles dépendaient fortement des différences des hôpitaux et des diversités liées à la maladie. Les PdS étaient généralement moins enthousiastes que les patients car ils craignaient que les discussions explicites et rapides sur les risques et le pronostic ne soient entravées ou ne perturbent les patients malgré le fait que certains patients étaient moins impliqués ou marginalisés (Haines et al., 2018; Taylor, 2010). Pour Horlait et al., 2019, les décisions se faisaient sur la base d'informations biomédicales et beaucoup moins sur la considération des aspects psychosociaux.

Les carences en matière d'objectifs et de pilotage national

En psychiatrie l'entrave à l'efficacité des soins en post RCP a été mise en avant par Nic a' Bháird et al., 2016. Pour eux, le manque de clarté quant à l'objectif des RCPs et aux rôles des différents membres de l'équipe excluaient la possibilité d'évaluer le degré de réalisation de l'objectif et par conséquent, rendaient difficile l'évaluation de l'utilisation du temps des praticiens et rendaient moins susceptibles l'application des décisions prises (Nic a' Bháird., 2016; Raine et al., 2014) d'autant plus si on comparait les décisions locales et le respect des directives explicites, déterminées au niveau national (Raine et al., 2015). Cette différence pourrait être une conséquence inhérente aux écarts entre les soins psychiatriques et ceux de cancérologie, relatifs à la trajectoire des patients, aux moyens financiers et à ceux accordés à la

recherche. Cette réflexion rejoint celle de Nic a' Bháird et al., 2015 pour qui les faibles taux de prise de décision seraient en partie la suite du manque relatif de politique règlementaire et d'orientation des RCPs dans les services de psychiatrie comparé à la cancérologie où il y aurait une certaine régulation et des normes établies. La réglementation en santé mentale étant moins explicite concernant les résultats attendus de ces réunions, il est difficile de juger de leur efficacité.

Les carences en matière de communication

Les recherches longitudinales sur l'arrêt des thérapeutiques pour des personnes qui sont soignées pour troubles mentaux au long cours sont rares. Dans ce contexte, la compréhension des processus décisionnels est primordiale et dans cette optique, Koekkoek et al., 2019, ont ainsi pu conclure que les discussions sur l'arrêt des thérapeutiques sont très peu structurées. Les professionnels trouvaient qu'il était difficile de discuter avec les patients et les équipes, que les discussions en équipe étaient ponctuelles et que les décisions éclairées étaient rares. Le manque de recommandations fiables sur les traitements délivrés au long cours qui en leurs absences entraîne l'appui des PdS sur leurs propres expériences et préjugés et par conséquent, rendent difficile l'obtention d'un consensus décisionnel font que l'interruption d'un traitement nécessite des manœuvres habiles et déterminées dans les négociations interpersonnelles (Koekkoek et al., 2019). Dans le même contexte, l'attention de Monvoisin, 2007, s'est portée sur les échecs thérapeutiques des patients. Il a été avéré que les défauts de communication étaient la principale cause d'erreurs dans le système de soins et se produisaient majoritairement au niveau de la transmission verbale entre membres du personnel soignant.

La dynamique de groupe et les processus d'influence

Cela nous amène vers un point essentiel au sein des RCPs qu'est la dynamique de groupe. Se basant sur les patients admis en soins palliatifs, Laval et al., 2008 nous rapportait que les membres considérés comme étant les plus experts ou ayant une position hiérarchique particulière pourraient influencer le groupe. Ainsi les discussions étaient dominées par ceux qui ont une compétence chirurgicale, médicale ou diagnostique, contrairement à ceux qui ont une formation en soins infirmiers, palliatifs ou psychosociaux (Horlait et al., 2019; Lanceley et al., 2008). Les questions posées en RCP peuvent révéler des attitudes contre-transférentielles de

protection de la part des soignants référents demandeurs venant signifier les limites d'intervention du comité de base de la RCP. Les auteurs soulignent cependant que ces RCPs permettent, par la parole échangée, une certaine régulation du stress pour les soignants mis en difficulté par la complexité des situations (Laval et al., 2008).

D'autre part, le bon déroulement du travail en équipe multidisciplinaire est dépendant de plusieurs aspects d'autant plus en psychiatrie. En effet, la détermination des rôles de chacun des participants est un des facteurs pouvant amener à une meilleure cohésion de groupe mais la récurrence de la domination de l'équipe multidisciplinaire par le médecin psychiatre et l'encadrement supérieur sur l'ensemble des discussions, sont responsables d'une certaine confusion des rôles entre les différents protagonistes d'où l'apparition d'une certaine rivalité professionnelle, le cloisonnement des rôles et des stéréotypes sur les rôles et un manque de communication (Maddock, 2015). Les stéréotypes concernaient en particulier le rôle du travailleur social, les autres membres pensants qu'il était cantonné à la résolution du « problème de logement » et ne sachant pas qu'il était formé à l'entretien motivationnel. Une autre étude qui se basait sur la participation des patients atteints de troubles psychiatriques et de leurs proches aux RCPs allait dans le même sens car certains PdS contrôlaient la discussion par des monologues qui reposaient sur leurs propres opinions, donnaient la parole ou montraient du doigt des participants et interrompaient souvent l'orateur, tandis que les autres PdS restaient silencieux et passifs. Il n'y avait donc pas de « coopération à un rythme partagé » alors que c'était le but initial de ces rencontres pluridisciplinaires (Vuokila-Oikkonen et al., 2004).

Toujours en psychiatrie, il y aurait dans certains cas, les cadres infirmiers des équipes de santé mentale qui ne soutiennent pas les psychiatres, malgré les arguments selon lesquels une structure décisionnelle unifiée en équipe est préférable. Les cadres infirmiers ne reconnaissent souvent pas les différences de pouvoir légitimes au sein des équipes ou ne remettaient pas en question le pouvoir illégitime exercé par certains membres de l'équipe (Simpson, 2007). Contrairement à ce qu'on pourrait penser, plusieurs études ont démontré une détérioration de la pratique clinique en conséquence.

Ainsi, Haines et al., 2018, ont avancé que les décisions prises dans le cadre des RCPs étaient influencées de manière inégale par les valeurs et les postulats professionnels et personnels des personnes concernées, ainsi que par la dynamique du pouvoir liée aux connaissances et à la

responsabilité, notamment juridique de chaque membre de l'équipe soignante. Il semblerait que certains groupes de spécialistes singuliers créaient des limites autour de leur champ d'expertise.

Associé à ce pouvoir illégitime, on retrouve l'utilisation de l'humour. L'humour est souvent utilisé pour tenter de résister ou d'atténuer les directives de ceux qui détiennent le pouvoir, mais il est également utilisé pour tenter de gagner ou de conserver le contrôle. Son utilisation a révélé des craintes que le recours à des chefs d'équipe pouvait se traduire en un affaiblissement de l'emprise des psychiatres sur le pouvoir et a conduit à l'abrogation des tentatives de subversion et d'affaiblissement subtils des nouveaux chefs d'équipe (Simpson, 2007) alors que le but ultime des RCPs est d'améliorer la qualité de vie d'une personne malade.

Ainsi nous arrivons à l'objectif principal de cette étude qui est de distinguer si les décisions prises en réunions de concertation pluridisciplinaires amélioreraient la clinique des troubles de l'humeur d'une personne malade présentée. Secondairement, il s'agissait de faire l'inventaire des facteurs impactant la prise de décision et l'état de santé d'une personne malade présentée à distance de la réunion de concertation pluridisciplinaire. L'hypothèse principale est que les décisions prises en RCP améliorent l'état de santé de la personne malade présentée. Les hypothèses secondaires sont qu'il existe une ou plusieurs caractéristiques des patients présentés en RCP qui seraient impliquées dans leurs changements de comportement en mieux et dans l'évolution de leur pathologie psychiatrique en fonction des avis des médecins traitants et de ceux de leurs psychiatres référents. En conséquence, a été réalisée une analyse des liens entre la clinique des patients, les avis des RCPs obtenus et l'état de santé des patients présentés après les réunions de concertation pluridisciplinaires selon les avis de leurs médecins traitants et de leurs psychiatres référents concernant l'évolution de leur pathologie.

Méthode

Les participants

Vingt-quatre patients, dont leurs dossiers ont été sélectionnés puis présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire de la région Nouvelle Aquitaine de mars 2017 à mars 2020, ont été retenus dans cette étude. Les dossiers provenaient respectivement de 8 établissements de soins psychiatriques sur les 12 impliqués dans le dispositif d'ARIATHYM: le CH Laborit de

Poitiers (Vienne) avec 9 dossiers, le CH Charles Perrens de Bordeaux (Gironde) avec 3 dossiers, le CH Camille Claudel d'Angoulême (Charente) avec 4 dossiers, le CH d'Esquirol de Limoges (Limousin) avec 1 dossier, le CH de La Rochelle (Charente-Maritime): 1 dossier, la clinique Caradoc (Pyrénées-Atlantiques) avec 1 dossier, la clinique de Saujon (Charente Maritime) avec 3 dossiers et la clinique Mirambeau (Pyrénées-Atlantiques) qui a présenté 2 dossiers.

À ce jour, 5 établissements n'ont pas présenté de dossier en RCP. Il s'agissait de 3 CH: le CH La Candélie (Lot-et-Garonne), le CH de Mont de Marsan (Landes), le CH des Pyrénées (Pyrénées-Atlantiques), et d'une clinique, celle des Pins (Gironde).

L'échantillon de 24 patients était composé de 15 femmes et de 9 hommes dont la moyenne d'âge était de 44,8 ans (*minimum* = 17 ans, *maximum* = 73 ans). Le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic retenu, y compris en RCP définitive, était de 7,2 ans (*minimum* = 0 année, *maximum* = 32 années). La durée de la maladie était en moyenne de 17,7 ans (*minimum* = 1 an, *maximum* = 54 ans). En ce qui concerne le nombre de TS, la moyenne était d'une par patient (*N* = 20, *minimum* 0, *maximum* 7). Les patients ont en moyenne été hospitalisé 5 fois avant leur présentation en RCP (*N* = 24, *minimum* = 1, *maximum* = 18), voir tableau 1.

La revue de la littérature

Devant l'insuffisance d'information sur des réunions de concertation pluridisciplinaire en santé mentale premièrement en France, et plus globalement dans la littérature médicale, une revue de la littérature scientifique a été réalisée et a permis de considérer les caractéristiques et les spécificités des RCPs dans la prise en charge des patients atteints de pathologies somatiques et psychiatriques. Ainsi, dans le cadre de la recherche documentaire de ce travail, des articles scientifiques pertinents furent identifiés en interrogeant les bases de données scientifiques suivantes, accessibles en ligne : Science Direct®, PubMed Central®, Springer Link®, BMJ Journals®, BioMed Central®, le service de documentation en ligne de l'Université de Poitiers, l'archive ouverte pluridisciplinaire HAL et Cairn.info®. Les mots-clés souvent d'origine anglo-saxonne utilisées étaient « multidisciplinary team meeting (MTM) », « MTM mental health », « MTM psychiatry », « multidisciplinary case conference (MCC) », « MCC mental health », « MCC psychiatry », « RCP », « RCP santé mentale », « RCP psychiatrie ». Les articles ont été

sélectionnés en appliquant la définition d'une RCP d'après Krauss et al., 2016 : "Une réunion en présentiel ou par des solutions de téléconférence entre le personnel médical de différentes disciplines pour discuter de la situation médicale d'un ou plusieurs patients et de leur(s) traitement(s) ultérieur(s)".

Furent inclus dans ce travail des études qui ont porté sur des personnes ayant une maladie indépendamment de l'étiologie de l'affection médicale, du type de l'étude et de la méthodologie utilisée dans chaque étude. Fut exclue, toute publication qui était rédigée dans une langue autre que l'anglais et le français. Les articles qui ont été présélectionnés et retenus comme éligibles étaient recueillis en examinant chaque résumé et chaque mot-clé. Après la présélection, une analyse du texte intégral des articles a été effectuée sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion, puis ont été classés et répertoriés dans une base de données Microsoft ®Excel® pour Microsoft 365 MSO version 16.0. Soixante-trois études ont été recueillies et classées en fonction de leurs spécialité médicales (voir figure 1).

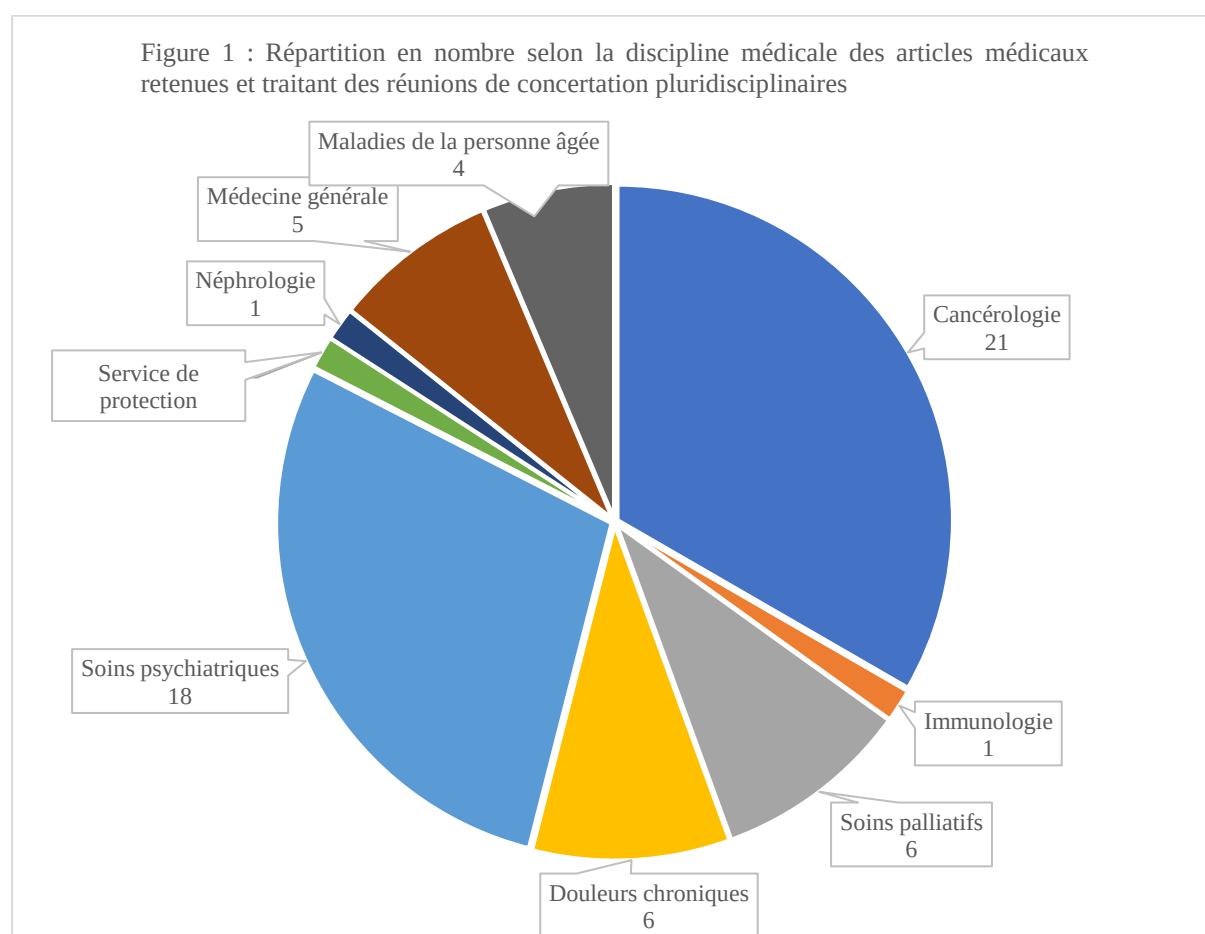


Tableau 1 montrant les caractéristiques des participants et variables cliniques					
Variables	Nombre de Patients présentés en RCP (n = 24)	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum
Âge (en années)	24	44,8	45,5	17	73
Genre (F/H)	15/9				
Temps (années) entre le début des symptômes et du diagnostic	24	7,2	24,5	1	32
Durée de la maladie en années	24	17,7	26,5	1	54
Niveau d'éducation en années	13	16	13	0	20
Nbr de patients en arrêt de travail	7				
Temps en arrêt de travail en années	7	5,9	4,0	1	20
Nombre de patients en hospitalisation lors des RCP	4				
Avis diagnostic demandé	13				
Avis thérapeutique demandé	23				
Évaluation neuropsychologique réalisée	18				
Plan thérapeutique donné (PTD)	24				
PTD médicamenteux	21				
PTD Psychothérapie	12				
Autres PTD	12				
Nbr de patients traités par antidépresseur(s)	15				
Nbr de patients traités par thymorégulateur(s)	14				
Nbr de patients traités par AP(s) de 1 ^{ère} génération	5				
Nbr de patients traités par AP(s) de 2 ^{ème} génération	13				
Nbr de patients traités par benzodiazépines	11				
Comorbidité(s)	Anxiété sociale (5 patients) Trouble anxieux généralisé (2 patients) Trouble du sommeil (4 patients) Trouble de la personnalité (6 patients) Trouble de l'usage de substance (12 patients)				
Antécédent(s) psychiatrique(s) personnel	Épisode dépressif caractérisé (23 patients) Tentative de suicide (12 patients) Dépendance à l'alcool (8 patients) Trouble du comportement alimentaire (8 patients) Antécédent pédopsychiatrique (14 patients) Trouble borderline (2 patients)				
Antécédent(s) psychiatrique(s) familial	Trouble de l'humeur (10 patients) Tentative de suicide (6 patients) Dépendance à l'alcool (7 patients) Dépendance aux substances (5 patients) Trouble du comportement alimentaire (6 patients) Antécédents de schizophrénie (2 patients)				
Nbr: nombre; AP: Antipsychotique; PTD: Plan thérapeutique donné; psycho: psychothérapie					

L'étude portant sur la population de patients d'ARIATHYM

Design de l'étude

C'est une étude quantitative de type étude de cas évaluant l'apport des réunions de concertation pluridisciplinaire ARIATHYM dans la prise en charge des patients atteints de troubles de l'humeur et de trouble bipolaire. Toutes les RCPs (n = 19), ayant eu lieu depuis leur début de leur mise en place, à savoir le 29 mars 2017, jusqu'à celle datant du 10 mars 2020, ont été étudiées et seulement 24 dossiers qui avaient été à l'ordre du jour et débattus en RCP définitive ont été retenus dans ce travail. Les dossiers non sélectionnés en RCP préparatoire furent écartés.

Pour réaliser cette étude, deux supports de données ont été réalisés: les questionnaires destinés au médecin traitant du patient et au médecin psychiatre ayant présenté le cas clinique en RCP définitive et/ou RCP préparatoire. Il y avait également le recueil puis l'analyse statistique des données des patients présentés en réunion de concertation définitive.

Les critères d'inclusion des dossiers retenus étaient: dossier d'une personne ayant un trouble de l'humeur; présence d'une fiche RCP individualisée dans chaque dossier médical (DM), présentation du DM en RCP préparatoire et définitive dans le cadre de la fédération ARIATHYM de la région Nouvelle Aquitaine. Les critères d'exclusion étaient: absence de présentation du DM en RCP définitive. Deux patients ont été exclus car leurs DM n'ont pas été présentés en RCP définitive. Ainsi, aucun plan thérapeutique n'a été donné par les participants de la RCP pour ces patients.

Le recueil des données

L'accès aux dossiers médicaux a été permis avec l'aval de Mme le Docteur Rousseau, coordonnatrice régionale des RCP, et par la Direction du Système d'Information du Centre Hospitalier Camille Claudel (CHCC) à La Couronne. Les dossiers médicaux (DM) étaient accessibles par deux types de support : informatisé, via le serveur protégé « RECHERCHE » du CHCC, et papier sous la forme d'une pochette de classement.

Depuis la première RCP en mars 2017, les DM sont disponibles sur les deux supports. Sur le serveur « RECHERCHE », le DM se trouve dans un dossier unique reconnaissable par: son numéro - par ordre chronologique d'apparition de la RCP et les dates de la RCP préparatoire et définitive correspondantes. Sur les pochettes de classement sont inscrites le numéro de la RCP ainsi que les dates correspondantes aux RCPs préparatoires et définitives.

De la même manière que dans le dossier informatisé, les pochettes de classements rassemblaient les DM des patients présentés en RCP définitive et/ou préparatoire. Chaque dossier qu'il soit sous format papier ou informatique comprenait l'ensemble des ressources indispensables à la présentation du cas clinique en RCP préparatoire puis définitive. Chaque DM était anonymisé et les informations recueillies ont été ensuite recueillies dans un classeur EXCEL®.

Ainsi, les caractéristiques démographiques retenues étaient l'identification du patient (initiales et date de la RCP correspondante), le lieu de soins, l'âge en années, le genre, le niveau d'études en années, le statut marital, le nombre d'enfants, l'occupation, la présence d'arrêt de travail, le temps en arrêt de travail, la présence et le temps en invalidité en années, le type de revenus, le niveau socio-économique, la présence d'une mesure de protection juridique, et le nombre d'années travaillées.

Sur le plan médical étaient considérés, le fait que le patient soit hospitalisé au cours de la RCP, le fait qu'un avis diagnostic avait été demandé, le fait qu'un avis thérapeutique ait été demandé, le fait que le médecin traitant (MT) ait été disponible, le diagnostic avant la RCP, le type de bipolarité le cas échéant, le nombre d'hospitalisations avant la RCP, la présence de soins sous contrainte actuels ou passés et le type de placement le cas échéant, la date de début de la maladie, le temps en années entre le début des symptômes et le diagnostic, la durée de la maladie en années, les antécédents (ATCD) pédopsychiatriques, le type d'ATCD pédopsychiatriques le cas échéant, les ATCD psychiatriques, la présence d'épisode dépressifs caractérisés (EDC) anciens, le type de dépression, le nombre d'EDC anciens, la présence d'épisodes mixtes ou d'épisodes maniaques, le nombre d'épisodes maniaques, les ATCD de psychose, le nombre d'épisodes psychotiques, les caractéristiques des épisodes psychotiques, les ATCD de tentative de suicide (TS), le nombre de TS et le moyen létal utilisé, les ATCD de trouble anxieux, le type de trouble anxieux, les ATCD de trouble du comportement alimentaire (TCA), la présence d'un trouble de l'usage de l'alcool (TUA), d'un suivi du TUA ancien et /ou en cours, la présence de

trouble du sommeil ancien et/ou comorbide, les ATCD médicaux somatiques, le type de ces ATCD, la présence d'un déficit sensoriel, la présence d'une imagerie cérébrale et son type, la présence d'une anomalie à l'imagerie et les résultats d'examens complémentaires notables.

Au niveau des antécédents familiaux et des comorbidités, furent retenus, les ATCD psychiatriques familiaux, la présence de ces ATCD au 1er degré et/ou au 2ème degré, le type de ces ATCD, les ATCD familiaux d'addictions, les ATCD familiaux somatiques, la présence de comorbidités, le type de comorbidité. Le niveau de fonctionnement exécutif a aussi été pris en compte à travers la présence d'une évaluation neuropsychologique, d'un déficit cognitif global, de fonctions cognitives préservées, des fonctions exécutives, de déficit en flexibilité, de déficit de la mémoire antérograde, de déficit de l'attention sélective, de déficit d'inhibition et aussi d'un déficit de planification.

À l'étage des thérapeutiques, furent pris en compte la présence de l'histogramme dans la fiche RCP, de l'historique des traitements, la présence d'un thymorégulateur, le nombre et le type de thymorégulateurs, la présence et le nombre d'antiépileptiques, la présence, nombre et type d'antipsychotiques de deuxième génération (AP2G), la présence, nombre et type d'antipsychotiques de première génération (AP1G), la présence, nombre et type d'antidépresseurs, la présence, nombre et type de benzodiazépines, la présence, nombre et type d'hypnotiques, la réalisation d'électro-convulsivothérapies (ECT), la présence et le type d'autres traitements pharmacologiques, la présence et le type d'autres mesures thérapeutiques, la présence, le type et le nombre de psychothérapies.

Quant à la réponse et la prise de décision en RCP concernant le dossier présenté, elles étaient retenues en ces termes: la réponse de la RCP quant au diagnostic, la présence d'un plan thérapeutique donné (PTD), le type de PTD, la présence d'échelles psychométriques pour troubles de l'humeur.

Les bilans, courriers et examens complémentaires

Seuls ceux qui avaient été réalisés et répertoriés dans le DM étaient considérés: les bilans neuropsychologiques, les comptes-rendus (CR) d'hospitalisations, les CR des rendez-vous avec les neurologues, les CR de la RCP en question, la fiche de recueil du consentement du patient.

Les comptes-rendus des examens de tomodensitométrie cérébrale et d'imagerie médicale par résonance magnétique (IRM) ont été pris en compte. Les résultats des bilans sanguins, les électrocardiogrammes, les échanges de mail entre participants et les feuilles de présence des participants pour chaque RCP n'étaient pas pris en considération.

Les questionnaires

La population cible de ces questionnaires était, pour chaque patient correspondant, son médecin traitant (MT) et le médecin psychiatre ayant présenté le cas clinique en RCP. Ce dernier a été dénommé médecin référent (MR). Le mode de communication téléphonique a été privilégié pour contacter les médecins traitants, celui par mail a été privilégié pour les médecins référents. Cependant pour ces derniers, en cas d'absence de retour de mail de leur part, un appel téléphonique était réalisé. Une absence de réponse a été actée après 2 tentatives de prise de contact sans réponse de leur part.

La levée de l'anonymat des dossiers médicaux a été nécessaire afin de communiquer avec les médecins traitants et les médecins référents. Cela a été rendu possible par la consultation de la fiche de recueil du consentement présent dans le DM. Préalablement à l'envoi des questionnaires, des fiches manuscrites synthétiques ont été réalisées dans le but de faciliter la lecture des informations essentielles à cette étude. Ces fiches comprenaient: le numéro et la date de chaque RCP, le genre, la date de naissance, le nom et prénom du patient (si identifiables), le nom de l'établissement présentant le cas clinique, les coordonnées du médecin traitant (si identifiables), les coordonnées du médecin référent. Les questionnaires se présentaient sous la forme ci-dessous :

A. Questions pour le médecin référent du patient présenté à la RCP

1. Avez-vous reçu les informations nécessaires à l'issue de la RCP ?
2. Avez-vous pu informer votre patient des résultats de la RCP ?
3. Avez-vous pu appliquer les avis de la RCP ?
4. Si oui, avez-vous pu observer un changement dans le comportement du patient après la mise en place des recommandations de la RCP ?
5. Avez-vous constaté une amélioration de l'état clinique de votre patient ?
6. Quelle(s) recommandation(s) voudriez-vous apporter à la RCP ?

B. Questions pour le médecin traitant du patient présenté à la RCP

1. Avez-vous reçu les informations nécessaires à l'issue de la RCP ?
2. Avez-vous informé votre patient des résultats de la RCP ?
3. Avez-vous pu appliquer les avis de la RCP ?
4. Avez-vous pu observer un changement dans le comportement du patient après la mise en place des recommandations de la RCP ?
5. Avez-vous constaté une amélioration de l'état clinique de votre patient ?
6. Quelle(s) recommandations voudriez-vous apporter à la RCP ?

Traitement des données

Les analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Statistica® 13.3 sur un ordinateur de la marque Hewlett-Packard®, modèle Spectre x360 Convertible 15-df0xxx. Par la suite, une matrice des corrélations, avec le test de corrélation non-paramétrique de Spearman, a été utilisée pour évaluer les associations des différentes variables étudiées chez les patients et les avis de leurs psychiatres sur un changement de comportement positif (CDC) et l'amélioration de leur état clinique (AEC). Ces avis ont été recueillis via les questions 4 et 5 du questionnaire destiné au MR. Ces deux questions représentent des indicateurs de l'évolution de la maladie psychiatrique à distance des réunions de concertation pluridisciplinaire.

Résultats

Résultats concernant l'objectif principal

Le taux de réponse à la question 4 en direction des MR était de 70,8 % (17 réponses recueillies sur 24 possibles) et de 20.8% (5 cas sur 24) pour les MT. Le taux de réponse à la question 5 destinée aux MR était de 90,0 % (18 réponses recueillies sur 24 possibles) et de 20.8% pour les MT avec 5 cas sur 24 dossiers présentés. Les taux de réponse aux 6 questions posées aux MR et aux MT ont été recueillis dans le tableau 2. Globalement, selon les questionnaires propres à cette étude, l'impression du psychiatre concernant l'impact des décisions prises en RCP ont un niveau de fiabilité interne acceptable, alpha de Cronbach: 0,70 ($M = 4.05$, $SD = 1.19$). Ce n'est

pas le cas en ce qui concerne l'impression globale des médecins traitants car il n'y avait que très peu de réponses qui ne permettait pas de mesurer la fiabilité interne dans cette population de médecins généralistes. Les items pour les médecins traitants ont un niveau de fiabilité interne acceptable avec un alpha de Cronbach supérieur à 0,80 ($M = 1.00$, $SD = 1.22$) uniquement en faisant abstraction des questions 2 et question 3 qui sont respectivement « Avez-vous pu informer votre patient des résultats de la RCP ? » et « Avez-vous pu appliquer les avis de la RCP ? ».

Cependant, la réponse requise à la question 1, n'avait pas de valence clinique. Ainsi, les données des médecins traitants ne furent pas retenues dans la suite des analyses. D'autant plus qu'il n'y avait aucune corrélation significative et ayant une valence clinique entre toutes les variables testées dans ce travail et les réponses apportées à la question aussi bien par les médecins psychiatres et les médecins traitants. Les corrélations significatives obtenues à la question 1 étant le plus probablement dû au hasard étant donné le grand nombre de variables testées ($N = 225$), elles ne furent pas retenues dans la suite de ce travail.

Tableau 2 décrivant les réponses apportées aux questions selon les médecins traitants et les psychiatres des patients présentés en RCP						
	Nombres de réponses de médecins traitants (MT)			Nombres de réponses du psychiatre référent (MR)		
	Total	Réponse positive (%)	Réponse négative (%)	Total	Réponse positive (%)	Réponse négative (%)
1. Avez-vous reçu les informations nécessaires à l'issue de la RCP ?	8	3 (37.5)	5 (62.5)	19	18 (94.7)	1 (5.3)
2. Avez-vous pu informer votre patient des résultats de la RCP ?	6	0 (0)	6 (100)	19	17 (89.5)	2 (10.5)
3. Avez-vous pu appliquer des avis de la RCP ?	6	0 (0)	6 (100)	19	15 (78.9)	4 (21.1)
4. Si oui, avez-vous pu observer un changement dans le comportement du patient après la mise en place des recommandations de la RCP ?	5	0 (0)	5 (100)	17	9 (52.9)	8 (47.1)
5. Avez-vous constaté une amélioration de l'état de votre patient ?	5	1 (20)	4 (80)	18	14 (77.8)	4 (22.2)
6. Quelle(s) recommandation(s) voudriez-vous apporter aux RCP ?	6	1 (16.7)	5 (83.3)	21	19 (90.5)	2 (9.5)

Les différences selon le genre

Au test *t* de Student pour échantillons indépendants (voir tableau 5), il y avait une différence significative selon que la personne présentée en RCP était une femme ou un homme concernant le délai entre la RCP et le recueil du médecin, 26 mois pour une femme en moyenne et 16,8 mois pour les hommes en moyenne ($p < 0.05$). Il y avait plus de demandes d'avis diagnostic pour des femmes (14 femmes contre 10 hommes; $p < 0.05$). Cette différence fut significative.

Au niveau des variables descriptives, il n'y avait pas de différences significatives pour le test *t* de Student pour échantillons indépendants selon que la personne présentée en RCP était de genre féminin ou masculin pour le nombre d'années en invalidité, le niveau socio-économique, le nombres d'années travaillées, les niveaux d'études en années, le nombre d'enfants, le temps en arrêt de travail en années ($p < 0.05$).

Au niveau des diagnostics, il n'y avait pas de différence significative concernant les diagnostics associés selon qu'on était un homme ou une femme. C'était la même chose pour les soins sous contraintes, idem pour les nombres d'épisodes hypomaniaques ou maniaques, le nombre d'épisodes psychotiques vécus, le nombre de thymorégulateurs, d'antipsychotiques de 1ère ou de 2ème génération, d'antidépresseurs et le nombre de tentative de suicide ($p < 0.05$).

Au niveau du questionnaires (Q1 à Q5), pour chaque réponse obtenue des MT et MR, il n'y avait pas de différence significative selon que les patients étaient de sexe masculin ou féminin, au test de Wilcoxon-Mann-Whitney, idem pour les types de diagnostics associés, le fait d'avoir des antécédents somatiques et psychiatriques, des déficits sensoriels et cognitifs ($p < 0.05$) ou encore des psychotropes prescrits (tableau 6).

Cependant, il y avait des différences significatives selon qu'on était un homme ou une femme pour le nombre d'avis diagnostiques demandés, en effet, il y avait plus de demandes pour des patientes ($N = 14$) que pour des patients ($N = 10$). Plus de femmes avaient un trouble de l'usage de l'alcool ancien (13 femmes pour 8 hommes) cependant, plus d'hommes avaient un trouble de l'usage de l'alcool et de consommation de cannabis comorbides. Pour les examens de tomodensitométrie (11 femmes pour 10 hommes), la disparité homme femme était significative.

Au niveau des antécédents familiaux, il y avait plus de femmes concernées que d'hommes ($p < 0.05$).

Les corrélations non-paramétriques

Tableau 3. Coefficients de Corrélations de Rangs de Spearman de chaque variable étudiée chez les patients en ce qui concerne les avis de leurs psychiatres sur leur changement de comportement et l'amélioration de leur état clinique.

	Changement de comportement			Amélioration de l'état clinique		
	N actifs	r_s	p	N actifs	r_s	p
En fonction d'une hospitalisation pendant la RCP						
Patient hospitalisé lors de la RCP	17	-0,27	0,30	18	-0,66	0,003
En fonction des antécédents pédopsychiatriques						
Antécédents pédopsychiatriques	17	-0,65	0,005	18	0,00	1,00
ATCD pédopsychiatrique : trouble apprentissage/langage/ « dys »	17	-0,49	0,04	18	0,24	0,34
Épisodes hypomaniaques	17	-0,42	0,10	18	-0,48	0,04
Antécédent de psychose	17	-0,68	0,002	18	-0,19	0,45
Nbr d'épisodes psychotiques	17	-0,67	0,003	18	-0,29	0,24
En fonction des antécédents somatiques						
Antécédent médicaux	17	0,59	0,01	18	0,27	0,29
En fonction de l'accès aux examens complémentaires						
Imagerie	17	0,49	0,05	18	-0,24	0,34
En fonction des antécédents psychiatriques familiaux						
Antécédents familiaux de troubles de l'humeur	17	0,07	0,79	18	-0,60	0,01
Antécédents familiaux d'alcool	17	-0,43	0,09	18	-0,56	0,01
Antécédents familiaux de trouble du comportement alimentaire	17	-0,43	0,09	18	-0,56	0,01
En fonction des traitements reçus						
Histogramme retraçant les traitements antérieurs	17	-0,18	0,49	18	-0,49	0,04
Présence de thymorégulateur(s)	17	-0,55	0,02	18	-0,15	0,55
Nbr de thymorégulateurs	17	-0,46	0,06	18	-0,17	0,51
Antiépileptique : Dérivés du valproate	15	-0,53	0,04	16	-0,46	0,07
Antipsychotique de 1 ^{ère} génération	17	-0,31	0,23	18	-0,56	0,02
Antipsychotique de 1 ^{ère} génération : Cyamémazine (Tercian ®)	17	-0,31	0,23	18	-0,56	0,02
Traitement par antidépresseur	17	0,53	0,03	18	0,27	0,28
Nbr d'antidépresseurs	17	0,54	0,03	18	0,28	0,27
Nbr d'antipsychotiques de 1 ^{ère} génération	17	-0,31	0,23	18	-0,56	0,02
Traité par psychothérapie	17	-0,60	0,01	18	-0,36	0,15
En fonction du plan thérapeutique donné						
Plan thérapeutique donné : Suivi psychologique à entreprendre	17	-0,29	0,26	18	-0,53	0,02
Plan thérapeutique donné : bilan de personnalité à faire	17	-0,19	0,48	18	-0,69	0,001

Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité: TDAH, trouble obsessionnel compulsif: TOC, ATCD neurologique: atcd neuro, accident vasculaire cérébral: AVC, tomodensitométrie: TDM, Antécédents familiaux familiaux: atcd fam, trouble de l'usage de cannabis fumé: THC, traitement thymorégulateur: thym, traitement anti-épileptique: AntiEP, traitement anti-dépresseur: ANTIDEP, inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine: ISRS, inhibiteur de la monoamine oxydase: IMAO, inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline: IRSNa, benzodiazépine: BZD, hypnotique: Hypn, PTD médicamenteux: medic, Thérapie comportementale et cognitive/ Eye Movement Desensitization and Reprocessing: TCC/EMDR, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel: CATTP, centre médico-psychologique: CMP, hôpital de jour: HDJ; ATCD: antécédent; M: Moyenne; DS: Déviation standard, N: nombre de personnes, r_s : rho de Spearman, $p < 0,05$: seuil de significativité

Le test des corrélations non-paramétriques de Spearman pour les 24 patients a retrouvé des associations significatives pour plusieurs variables. Ces résultats aussi bien que certains qui n'étaient pas significatifs sont regroupés dans le tableau 4 en annexe. Tout d'abord, il y avait

pour 18 patients, une corrélation négative entre le fait que le patient soit hospitalisé lors de la RCP et l'amélioration de l'état clinique ($r_s = -0.66, p = 0.03$). Les patients non hospitalisés présentaient donc une amélioration clinique par rapport à ceux qui étaient hospitalisés.

Concernant les antécédents pédopsychiatriques, il existait toujours selon l'avis des psychiatres référents, une corrélation négative forte entre la présence de ces antécédents tous types confondus et le changement de comportement positif du patient ($r_s = -0.65, p = 0.005$). Il a également été retrouvé une corrélation négative entre la présence de trouble des apprentissages, du langage, ou « dys », et le changement de comportement positif. Ces deux résultats étaient retrouvés chez 17 patients. Ainsi, les patients n'ayant pas d'antécédents pédopsychiatriques, et en particulier, de trouble des apprentissages, du langage, ou « dys », présentaient une amélioration du comportement à distance des RCP.

Si on s'intéresse aux antécédents psychiatriques des patients, il a été révélé qu'il y avait une corrélation négative entre le fait de ne pas avoir eu des épisodes hypomaniaques ou maniaques et une bonne amélioration de l'état clinique du patient ($r_s = -0.48, p = 0.045$) par la suite et cela pour 18 patients. Une bonne amélioration de l'état clinique des patients atteints de trouble bipolaire pouvait dépendre du fait d'avoir eu moins d'épisodes hypomaniaques ou maniaques par le passé.

Quant au changement de comportement positif, il a été retrouvé chez 17 patients, une association négative entre ce dernier et le fait d'avoir eu des expériences psychotiques par le passé ($r_s = -0.68, p = 0.002$) et aussi pour le nombre d'épisodes psychotiques vécus par les patients et le changement de comportement par la suite ($r_s = -0.67, p = 0.003$). Les patients n'ayant pas ou très peu d'épisodes psychotiques avaient eu un changement de comportement positif jugé par leurs psychiatres référents. Le fait d'avoir peu ou pas d'antécédents psychotiques était associé à une meilleure adaptation comportementale.

Les corrélations de Spearman trouvaient 2 corrélations positives significatives entre les antécédents somatiques et le CDC du patient. Plus précisément, il s'agissait de la présence d'antécédent médicaux tous types confondus ($r_s = 0.59, p = 0.013$) et de la présence d'antécédents neurologiques ($r_s = 0.52, p = 0.031$) chez 17 patients.

Concernant l'accès aux examens complémentaires, le fait d'avoir réalisé une imagerie cérébrale était corrélé positivement à un CDC objectivé chez 17 patients ($r_s = 0,49$, $p = 0,045$).

Le test montrait que la présence de certains antécédents psychiatriques familiaux étaient significativement liés de façon négative à l'amélioration de l'état clinique, ceci chez 18 patients. Il s'agissait de l'existence d'ATCD familiaux de troubles de l'humeur ($r_s = -0,60$, $p = 0,009$), d'éthylisme chronique ($r_s = -0,56$, $p = 0,015$) et de TCA ($r_s = -0,56$, $p = 0,015$). L'absence de ces antécédents chez un patient dont le dossier médical a été présenté en RCP était donc associé à un meilleur état clinique déterminé par leur psychiatre référent.

Des résultats significatifs très variables ont été retrouvés pour certaines caractéristiques du patient dans le domaine de leur pharmacothérapie. Chez 17 patients, la présence d'un thymorégulateur était corrélé négativement avec le CDC ($r_s = -0,55$, $p = 0,022$). Plus une personne avait de thymorégulateurs, moins il y avait de changement dans son comportement après les RCPs, par exemple chez 15 patients qui avaient comme prescription des dérivés de l'acide valproïque, plus ils en avaient, moins étaient constatées d'évolutions dans leurs comportements ($r_s = -0,53$, $p = 0,040$). Cependant, dans l'analyse des corrélations selon les thérapeutiques, il y avait un résultat assez intéressant. En effet, chez 17 patients, l'absence de psychothérapie était associée à une évolution comportementale favorable ($r_s = -0,59$, $p = 0,013$). Il semble que la psychothérapie ne changeait rien à la population de patients présentés en RCP.

Cependant, la présence d'un antidépresseur quel que soit le type ($r_s = 0,53$, $p = 0,029$), et l'augmentation du nombre d'antidépresseurs ($r_s = 0,54$, $p = 0,025$) étaient associés à un meilleur comportement du patient. Les personnes atteintes de bipolarité semblaient aller mieux sur le plan comportemental d'autant plus qu'elles avaient des antidépresseurs.

En ce qui concerne l'AEC, plusieurs corrélations négatives ont été retrouvées entre cet indicateur et certaines variables relatives aux traitements, ceci chez 18 patients. Il s'agissait de la présence de l'histogramme des traitements dans la fiche RCP ($r_s = -0,48$, $p = 0,045$), de la prescription d'AP1G ($r_s = -0,56$, $p = 0,015$), en particulier du cyamémazine ($r_s = -0,56$, $p = 0,015$), et enfin du nombre d'AP1G prescrits ($r_s = -0,56$, $p = 0,015$). L'état clinique des patients paraissait s'améliorer lorsque les prescriptions d'AP1G étaient faibles voire absentes, et quand l'histogramme des traitements n'était pas renseigné dans la fiche RCP.

Enfin, le test de corrélation de Spearman a montré, chez 18 patients, que la prise en charge psychologique dans le plan thérapeutique donné ($r_s = -0,53, p = 0,022$), et en particulier le bilan de personnalité ($r_s = -0,68, p = 0,002$), étaient corrélés négativement à l'AEC du patient. Le patient présenté en RCP paraissait s'améliorer cliniquement lorsqu'il n'avait pas de prise en charge psychologique dans son projet thérapeutique.

Nous avons constaté pour certaines caractéristiques concernant des patients qu'il n'existait pas de lien significatif avec un CDC ou l'AEC. C'est le cas notamment pour le nombre d'hospitalisations antérieures, de leur statut marital, du type de bipolarité, de l'âge, du sexe, du niveau d'étude, également du type d'avis demandé en RCP, au niveau du type de diagnostic avant la RCP, au niveau de ses comorbidités mais aussi du bilan neuropsychologique demandé.

Ainsi, certaines caractéristiques socio-démographiques majeures ne semblent pas influencer l'amélioration clinique des patients bipolaires dans cette étude, de même que certains éléments majeurs de l'anamnèse. Par exemple, nous savons que les comorbidités addictives sont associées à un mauvais pronostic de cette pathologie. Concernant l'historique des hospitalisations, il s'agit d'un paramètre hautement influencé par des facteurs propres au patient mais aussi aux différentes structures de soin, et l'on comprend que cette variable n'influence pas l'amélioration de son état clinique. Les résultats concernant la place de la neuropsychologue sont cependant décevants car nous savons que le bilan neuropsychologique chez ce type de patient est d'une aide cruciale pour déterminer les soins les plus adaptés à ses troubles.

Retour d'expérience des médecins

La passation des questionnaires a permis d'éclaircir les ressentis des MT et des MR au travers des réponses de la question 6. La synthèse de ces réponses sont présentées ci-dessous.

Concernant les médecins traitants

Le taux de réponse a été de 25 % (6 réponses recueillies sur 24 possibles). Concernant les réponses non enregistrées, les raisons étaient les suivantes: 10 MT qui n'étaient pas renseignés dans la fiche RCP du patient correspondant, 4 dossiers de patients dont l'anonymat n'a pas pu être levé, 3 MT qui n'exerçaient plus, 1 MT qui était injoignable.

Parmi les réponses enregistrées, un MT a relevé la pauvreté de communication entre psychiatres et MT, même avec les psychiatres libéraux, en particulier concernant les lignes de traitement. Un autre MT a évoqué l'absence de clarté du diagnostic, et souhaiterait plus d'échanges avec les services de psychiatrie pour une meilleure coordination des soins. Un MT a émis le souhait de recevoir plus d'informations concernant les RCPs existantes. Il a aussi été demandé dans un autre échange une meilleure accessibilité des résultats de la RCP, l'interlocuteur regrettant un retard à la transmission d'informations. Un MT n'avait aucune remarque à apporter, soulignant une stratégie de prise en charge efficace des RCPs. Enfin, 1 MT ne s'est pas prononcé.

Concernant les médecins référents

Le taux de réponse a été de 87,5 % (21 réponses enregistrées sur 24 possibles). À propos des réponses non enregistrées, les réponses étaient les suivantes: 1 MR qui n'a pas répondu aux tentatives de prise de contact et il y avait 2 dossiers dont l'anonymat n'a pas pu être levé.

Concernant les réponses obtenues, un MR décrivait la mise en place des RCPs d'ARIATHYM comme un projet de grand intérêt qui a de plus en plus de sens à l'heure actuelle où le travail multidisciplinaire a fait ses preuves. Un MR estimait que ces RCPs apportent un bénéfice certain pour le patient et encourage la poursuite du dispositif. Un autre MR saluait encore l'intérêt de ce travail, ainsi que le rôle essentiel du coordonnateur des RCPs. Il suggérait de recentrer les discussions sur l'anamnèse du patient. Il évoquait aussi le fait que le PTD était parfois ressemblant d'un patient à l'autre. Un MR proposait de faciliter la participation des médecins, faire des RCPs axées sur les troubles psychotiques et d'intégrer le dispositif dans les filières de soins. Un MR avançait la possibilité d'un élargissement de la participation aux RCPs aux médecins pédopsychiatres pour la prise en charge des patients âgés de 16 à 18 ans, voire de 16 à 25 ans. Un autre MR encourageait davantage de diversité parmi les disciplines médicales représentées. Un MR conseillait d'axer les présentations et les discussions sur l'aspect pratique et les conduites à tenir thérapeutiques en plus des discussions généralement centrées sur la clinique et l'histoire de vie du patient, et de discuter de la manière dont le retour sera fait au patient afin qu'il adhère aux propositions de prise en charge. Un MR enfin, voyait cette prise en charge de manière positive et n'avait pas de recommandation particulière.

Parmi les réponses négatives, un MR énonçait les problèmes techniques récurrents pendant les RCPs rendant la communication peu confortable, ainsi qu'un ratio temps personnel consacré et bénéfice pour le patient non favorable. Un autre MR pensait que le nombre de participants aux RCP était trop important, et que le matériel utilisé était de mauvaise qualité, ce qui nuisait à la qualité des échanges. Il estimait que les différentes équipes référentes ne semblent pas toujours en accord sur les propositions de soin. Il suggérait enfin de recentrer les RCPs sur les patients présentant uniquement des troubles bipolaires, en plus petits groupes, avec un matériel de visioconférence de meilleure qualité.

Discussion

D'après l'avis des psychiatres référents et à distance des RCPs, il y a eu une amélioration sur le plan clinique pour 77.5% des patients présentés en RCP, soit environ 8 patients sur 10. Au niveau comportemental, un changement a été observé pour 53% d'entre eux. Ces résultats sont très intéressants et très encourageants étant donné que les personnes présentées en RCP sont des personnes qui sont atteintes de formes atypiques ou très graves de troubles de l'humeur et que seulement une discussion collégiale pouvait permettre d'avoir une prise en charge plus ciblée et adaptée.

Ce bon taux d'amélioration de l'état clinique du patient dépendait de plusieurs caractéristiques. Ainsi, dans ce travail, il a été dit comme précédemment, au test des corrélations de Spearman, que les patients non hospitalisés étaient ceux qui étaient le plus en amélioration sur le plan clinique par rapport à ceux qui étaient hospitalisés. Ceci peut venir du fait que leur état clinique était moins grave ou qu'il était moins résistant, ou encore qu'ils étaient à distance d'une décompensation. Quant aux patients qui étaient hospitalisés lors des RCPs, il y a de fortes chances qu'ils étaient plus résistants aux thérapeutiques ou encore qu'ils étaient en phase de décompensation d'un trouble de l'humeur. Il faut garder en mémoire que les avis recueillis ici n'arrivent que bien après l'application des consignes des RCPs et quelquefois, des patients qui sont présentés lors des RCPs sont déjà sortis d'hospitalisation au moment de la RCP pour quelque raison malgré le fait qu'ils puissent être en hôpitaux de jour, qu'ils aient un suivi rapproché ou encore qu'ils aient changé de lieu de soins. Donc, les caractéristiques des patients présentés sont de grande importance et sont à considérer quand on décide du critère d'hospitalisation lors des RCPs.

Dans cette même optique, il a également été retrouvé deux corrélations positives significatives entre les antécédents somatiques et le changement de comportement positif des patients, concernant les antécédents médicaux tous types confondus et les antécédents neurologiques. Les patients qui présentaient une amélioration clinique étaient surtout ceux dont les maladies somatiques et neurologiques étaient traitées d'où une probable répercussion des composantes somatiques et neurologiques dans la psyché du patient à ne pas négliger. Si ces antécédents ne sont pas traités, ils peuvent avoir des conséquences à long terme. De plus, il a pu y avoir des stratégies de coping ou de défense (si on se réfère à la théorie psychanalytique), efficaces lors des affections somatiques et neurologiques antérieures. Ces stratégies ont pu être défaillantes et perdurer dans le temps en présence d'autres antécédents, mais psychiatriques, d'autant plus s'il y avait un terrain de troubles bipolaires.

D'ailleurs, le test des corrélations non-paramétriques montrait que la présence de certains antécédents psychiatriques familiaux étaient significativement liés de façon négative à l'amélioration de l'état clinique du patient, en particulier ceux concernant les troubles de l'humeur, l'éthylisme chronique, et les TCA. Ces observations viennent confirmer les données présentes dans la littérature à ce sujet. En effet l'origine héréditaire et environnementale de la maladie bipolaire est désormais bien documentée (Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2013; Lichtenstein et al., 2009; Stapp et al., 2020; The Brainstorm Consortium et al., 2018).

Un autre point intéressant se manifeste par les résultats obtenus en ce qui concerne les traitements. En effet, concernant les traitements des patients, la prescription d'un thymorégulateur était corrélée négativement avec le CDC. Plus une personne avait de thymorégulateurs, moins il y avait d'évolution favorable dans son comportement après les RCP. Ceci est un point important car ce résultat amène à réfléchir sur la résistance aux traitements dans le trouble bipolaire (Gitlin, 2006; Hui Poon et al., 2015; Phelps, 2016).

Bien que certains résultats observés dans cette étude soient corroborés dans la littérature, il s'avère que certains résultats sont assez surprenants quoiqu'intéressants. En effet, il a été retrouvé que les personnes atteintes de bipolarité semblaient avoir une évolution comportementale favorable d'autant plus que leurs prescriptions d'antidépresseurs étaient

importantes. Ce qui corrobore quelque peu la littérature à propos de l'utilisation des antidépresseurs dans la bipolarité (Sidor & MacQueen, 2011; Vázquez et al., 2014). En effet, leur utilisation dépend surtout de la population concernée, et la problématique de leur place dans le traitement de la bipolarité est toujours d'actualité en 2020. L'utilisation des antidépresseurs est un éternel débat dans cette pathologie (Cheniaux & Nardi, 2019; Ghaemi et al., 2008; Post, 2016).

Un autre fait à débattre est que dans ce travail, il ressortait que l'absence de psychothérapie était associée à une amélioration comportementale. C'est un résultat intéressant car les personnes qui sont présentées en RCP sont souvent des personnes qui sont résistantes aux thérapeutiques et s'ils sont des cas à diagnostiquer, l'apport de la psychothérapie est bien moindre. Il aurait été judicieux de savoir quels types de psychothérapie étaient donnés aux patients. De plus, il s'avère que, chez les patients qui avaient un PTD pour un bilan psychothérapeutique ou encore une prise en charge psychologique, il n'y avait pas de résultats probants. Ces résultats suggèrent que les patients présentés en RCP n'ayant pas bénéficié de prise en charge psychologique s'amélioraient cliniquement. Nous pouvons avancer l'hypothèse que ce type de soin trouve ses limites chez ces patients souvent résistants aux traitements pharmacologiques. De plus, si le bilan de personnalité permet de mieux discerner s'il existe un trouble de personnalité ou non, il n'apporte pas de réponses sur la manière d'aborder ces troubles s'ils sont présents. Dans ce contexte les psychiatres restent souvent dépourvus de solutions face à cette comorbidité. En effet, dans la population de patients atteints de bipolarité, l'intrication des troubles de personnalité est assez conséquente (les états limites, les troubles de la personnalité obsessionnelle, anxieuse et histrionique). Il serait important de savoir si les psychothérapies ont été réalisées, et si oui comment après les RCPs.

La réalisation d'une imagerie cérébrale chez le patient était corrélée positivement à un CDC. Il est difficile de trancher si l'imagerie a permis de mettre en exergue certaines pathologies neurologiques qui ont pu être traitées. Il peut s'agir par exemple d'un hématome intracrânien, d'un adénome hypophysaire, d'une sclérose en plaques ou même de signes radiologiques en lien avec une démence dont certaines sont connues pour être responsables d'une hyperstimulation du glutamate, acide aminé excitateur qui est aussi connu pour être en surdosage dans le trouble bipolaire, surtout pendant la phase maniaque (Hashimoto et al., 2007).

En effet il est reconnu que la démence peut être responsable d'une symptomatologie atypique et difficilement traitable d'où le passage en RCP du cas clinique.

Bien que limitées, les preuves émergentes soulignent les défis que pose la mise en place d'un processus décisionnel équilibré et le plus démocratique possible, notamment en ce qui concerne la prise de décision partagée, où les valeurs et la contribution des patients doivent également être prises en compte. Quoi qu'il en soit, donner aux patients une plus grande responsabilité et un plus grand pouvoir dans le processus devrait continuer à être un objectif. En outre, des objectifs, des responsabilités et des actions de mise en œuvre clairs sont des conditions préalables à un fonctionnement efficace de la tenue d'une RCP (Haines et al., 2018).

Plusieurs limitations ont été soulignées au cours de cette étude. Premièrement, certaines données concernant le patient présenté en RCP ont été manquantes, essentiellement concernant les caractéristiques sociales et financières. Cette constatation a été mise en évidence lors de la réalisation du tableur EXCEL® regroupant les données incluses dans la fiche RCP des patients. Il s'agissait notamment: du niveau d'études, l'occupation, la présence d'arrêt de travail et le temps en arrêt de travail, la présence et la durée en invalidité, le type de revenus, le niveau socio-économique, la présence d'une mesure de protection juridique, le nombre d'années travaillées. Pour 12 patients, le nom du médecin traitant n'était pas mentionné ce qui a fait qu'il était impossible de savoir si c'est parce que le patient n'en n'avait pas ou bien parce qu'il n'a pas été renseigné.

Sur le plan technique, il faut ici mentionner que dans certains DM informatisés, il y avait des fiches RCP incomplètes, c'est-à-dire dont le PTD n'avait pas été rempli. Ces fiches RCP étaient alors accessibles uniquement par le support papier. Enfin, il est à mentionner qu'aucun médecin traitant n'a participé à l'une des RCP d'ARIATHYM depuis leur création alors que c'est l'une des dispositions prévues du quorum.

Plusieurs remarques encourageantes ont été notées au cours de cette étude. Premièrement, il n'y a eu que très peu de patients dont le DM a été présenté uniquement en RCP préparatoire et non en RCP définitive, ce qui explique le peu de patients exclus dans ce travail. Il est à remarquer également l'accroissement de la quantité de données présentées au fur et à mesure des RCP. Cela concerne en particulier l'occupation, le niveau socio-économique, la présence d'une

mesure de protection juridique, la présence actuelle ou passée de soins sous contraintes, les antécédents de TS, le type d'imagerie cérébrale réalisée et les anomalies retrouvées.

Il est à noter que les RCPs au sein de la fédération ARIATHYM invitent des neuropsychologues ainsi que des psychologues cliniciens, ce qui n'a pas toujours été retrouvé dans la littérature comme par exemple l'étude de Horlait et al., 2019.

Amélioration des RCPs

En matière de participation et d'information

La majorité des rencontres en RCP ont été fructueuses tant du point de vue du déroulement que des bénéfices cliniques. Les possibilités d'améliorer le processus consistent notamment à s'assurer que 100 % des informations soient disponibles et à remédier aux retards de mise en œuvre. Les facteurs liés aux patients qui doivent être pris en compte comprennent une meilleure implication et une meilleure compréhension des raisons du refus des recommandations (Ferman et al., 2018).

Comme nous l'avons vu au cours de ce travail, l'une des difficultés retrouvées dans l'organisation des RCPs était la faible participation de ses membres, quels que soient leur statut (personnels médicaux, paramédicaux et patients). Pour Le Divenah et al., 2013, dans un objectif d'amélioration, il semblerait intéressant de renforcer la participation des personnels paramédicaux, et des équipes de soins palliatifs aux RCP, mais aussi de concerter les médecins traitants en lien avec les infirmières de coordination. D'ailleurs dans les recommandations des MT et des MR, ces points ont été abordés par eux, réclamant plus de diversité sur les protagonistes pouvant donner leurs avis et connaissant soit le domaine de la pathologie ou des comorbidités soit connaissant le patient au mieux. Krauss et al., 2016, ont proposé de renforcer le rôle des infirmières parce qu'elles se concentrent sur les choix du patient, les comorbidités et les problématiques psychologiques et sociales. En outre, des installations adéquates et un temps de préparation suffisant sont reconnus pour avoir un impact favorable sur la qualité des RCPs.

Selon l'étude de Hetlevik et al., 2010, les caractéristiques suivantes prédisaient un taux élevé de participation aux réunions des médecins généralistes: l'âge plus jeune du médecin (moins de

45 ans), la taille de la patientèle (inférieure à 800 patients par rapport à celles ≥ 1600), une proportion plus élevée de diagnostics psychologiques dans les consultations et une forte proportion de RCPs avec des patients âgés (âge > 67 ans). Finalement, le fait de travailler dans des unités structurelles plus petites semblait faciliter la coopération entre les différents professionnels. Il se peut qu'il y ait un changement de génération vers une participation plus fréquente au travail interdisciplinaire chez les jeunes médecins généralistes. Dans ce travail, l'âge des participants n'a pas été relevé aussi bien que d'autres variables descriptives des participants.

Concernant la traçabilité des critères

Ottevanger et al., 2013, ont trouvé beaucoup de diversités dans l'organisation des RCPs. La variation dans le respect des critères de qualité peut diminuer avec une meilleure connaissance des critères de qualité autour des RCPs et en surmontant les obstacles pratiques pour l'organisation efficace des RCPs. Dans ce contexte, Ourahmoune et al., 2007 ont proposé l'idée de l'adoption d'une fiche commune homogénéisant la traçabilité des critères. Également, la nécessité d'un protocole écrit qui décrit les membres de la RCP, le déroulement de la réunion, les responsabilités et les rôles ainsi que des directives sur le respect de la confidentialité du patient paraissent essentiels pour Krauss et al., 2016.

Concernant l'apport des nouvelles technologies

Janssen et al., 2018, ont analysé la manière dont les RCPs ont utilisé la technologie lors des réunions hebdomadaires et l'impact perçu de la technologie par sept équipes multidisciplinaires dans le domaine du cancer. Au total 43 RCPs ont été inclues, ainsi que leurs notes d'observation contenant des références directes aux technologies émergentes et aux systèmes d'information sanitaire. L'étude démontrait que la collecte de données et l'imagerie en temps réel peuvent améliorer la coordination des soins centrés sur le patient. Cependant, les technologies d'information et de communication peuvent être utilisées de manière non optimale par les équipes.

À travers un éditorial regroupant des articles de haut niveau de preuve, Kane et al. (2011) ont démontré que l'utilisation de la technologie pour fournir un affichage visuel des données sur un

mur pendant la discussion d'équipe permettait d'améliorer la structure de la communication orale au sein de l'équipe, de connaître les procédures attendues ou effectuées et d'améliorer la performance globale des tâches.

Les défis techniques sont réels concernant ces réunions, en particulier les problèmes de connexion pour les téléconférences, qui sont fréquents. Selon Krauss et al., 2016, un pointage précis, en particulier sur les images médicales, est important pour la clarté de la discussion. La RCP virtuelle est une solution à plusieurs problèmes organisationnels rencontrés par la RCP en face à face, tels que les problèmes d'horaires ou le manque de temps de préparation. Une RCP virtuelle permet aux participants de préparer et de discuter des données selon les besoins, car elle peut être menée de manière asynchrone sur une plus longue période. La RCP virtuelle permet également d'intégrer le patient dans la discussion si nécessaire.

Autres perspectives d'amélioration

Krauss et al., 2016 ont décrit la mise en place d'un service de conseil interdisciplinaire qui correspond à une RCP individuelle pour un patient donné. Cette méthode a été très appréciée tant par les médecins que par les patients, car elle améliorait la communication patient-médecin et donnait au patient un aperçu du raisonnement qui sous-tendait son projet de soin.

Les leçons tirées du cancer devraient également être appliquées à la mise en œuvre du travail en équipe dans d'autres maladies car il est important de mentionner que l'identification des nouveaux cas de cancer diagnostiqués s'est nettement améliorée en France après l'opérationnalisation des centres de coordination en cancérologie (3C) et l'obligation de la réalisation des RCP (Chaouki et al., 2017).

La RCP peut garder un intérêt pour la discussion de cas complexes, avec interactions médicamenteuses, elle peut suggérer à bénéfice clinique équivalent un schéma thérapeutique moins onéreux (Lieutier-Colas et al., 2017).

Le travail d'équipe dans le domaine des soins de santé a évolué avec l'attention accrue accordée à la conception de projets de soin adaptés aux besoins individuels des patients et la reconnaissance du fait qu'aucun individu ne peut à lui seul répondre à l'ensemble des besoins.

Il a également été remanié par une spécialisation professionnelle croissante et par des changements dans les structures organisationnelles. Au sein des services de santé mentale, les RCPs se sont développées de manière pragmatique pour refléter la nature complexe des maladies mentales, et les premières études ont témoigné de leur succès (Burns et al., 2004). L'accent est de plus en plus mis sur l'intégration et le travail collaboratif pour garantir la prestation de soins de qualité tout au long du parcours du patient, avec un besoin croissant de collaboration entre les professionnels au-delà des frontières des services et des professions (Hunt et al., 2016).

Conclusion

Cette étude réalisée à partir d'un échantillon de 24 patients ayant des troubles de l'humeur présentés au cours des RCPs de la fédération ARIATHYM de la Nouvelle-Aquitaine permet de dresser un premier bilan encourageant. En effet, cette étude est la première en France se consacrant au trouble bipolaire au travers d'un questionnaire à destination des médecins traitants et psychiatres référents, et en prenant comme indicateurs pertinents le changement de comportement et l'amélioration de l'état clinique du patient. Il a été retrouvé que les patients suivis par les médecins référents à distance de ces RCPs présentaient globalement une évolution clinique favorable. D'après l'avis des psychiatres référents, il y a eu une amélioration sur le plan clinique pour 77.5% des patients présentés en RCP, soit environ 8 patients sur 10. Au niveau comportemental, un changement a été observé pour 53% d'entre eux. Ces résultats renforcent la légitimité des RCPs. Il serait cependant intéressant de prendre note des commentaires recensés auprès des médecins faisant partie du réseau de soin du patient au cours de cette étude afin d'amener à une collaboration plus efficace. En outre il s'agirait maintenant de convaincre les médecins traitants et les infirmières référentes de s'intégrer plus activement dans ce dispositif, en renforçant par exemple la distribution des projets de soins décidés en RCP par l'intermédiaire du médecin référent ou bien de la collaboratrice des RCPs d'ARIATHYM.

Bibliographie

- Allaire, F. (2017). Compte rendu de RCP (p. 7).
- Augis, V., Pujol, S., Puntous, M., Roger, I., Hou, G., Khaldi, N., Pellerin, C., Bordes, M., Sarrat, A., & Ralazamahaleo, M. (2018). Réactions allergiques post-transfusionnelles : Apports d'une réunion de concertation pluridisciplinaire dans le diagnostic, la prise en charge et le suivi des patients. *Transfusion Clinique et Biologique*, 25(4), 334. <https://doi.org/10.1016/j.traccli.2018.08.025>
- Balossier, A., Delorme, C., Courthéoux, F., Schaeffer, S., Moussu, J., Deleens, R., & Emery, E. (2012). Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) régionale pour la prise en charge des douleurs chroniques : Retour sur une expérience de quatre ans. *Neurochirurgie*, 58(6), 445-445. <https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2012.10.118>
- Barratt, S. L., Morales, M., Spiers, T., Al Jboor, K., Lamb, H., Mulholland, S., Edwards, A., Gunary, R., Meek, P., Jordan, N., Sharp, C., Kendall, C., & Adamali, H. I. (2018). Specialist palliative care, psychology, interstitial lung disease (ILD) multidisciplinary team meeting: A novel model to address palliative care needs. *BMJ Open Respiratory Research*, 5(1), e000360. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2018-000360>
- Bell, J. S., Aslani, P., McLachlan, A. J., Whitehead, P., & Chen, T. F. (2007). Mental health case conferences in primary care: Content and treatment decision making. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 3(1), 86-103. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2006.05.005>
- Bergamini, C., Locati, L., Bossi, P., Granata, R., Alfieri, S., Resteghini, C., Imbimbo, M., Fallai, C., Orlandi, E., Tana, S., Iacovelli, N. A., Guzzo, M., Ibba, T., Colombo, S., Bianchi, R., Pizzi, N., Fontanella, W., & Licitra, L. (2016). Does a multidisciplinary team approach in a tertiary referral centre impact on the initial management of head and neck cancer? *Oral Oncology*, 54, 54-57. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2016.01.001>
- Bhandari, G., Tiessen, B., & Snowdon, A. (2011). Meeting community needs through leadership and innovation: A case of virtual psychiatric emergency department (ED). *Behaviour & Information Technology*, 30(4), 517-523. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2011.553745>
- Bichard, D., Gaillard, C., Bourscheid, S., Hass, P., Batt, A.-C., Nouara, A., Fierobe, M., & Tissot, E. (2012). Impact d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) sur le risque potentiel d'événement indésirable médicamenteux dans une unité d'admission de

- psychogériatrie. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, 47(3), 166-176.
<https://doi.org/10.1016/j.phclin.2011.12.276>
- Brink, F. W., Thackeray, J. D., Bridge, J. A., Letson, M. M., & Scribano, P. V. (2015). Child advocacy center multidisciplinary team decision and its association to child protective services outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 46, 174-181.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.04.011>
- Bujon, T., & Dourlens, C. (2016). Les médecins aux bords de leurs savoirs : Les concertations pluridisciplinaires face aux demandes de réassignation sexuelle. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 10,1(1), 95. <https://doi.org/10.3917/rac.030.0095>
- Burns, T., & Lloyd, H. (2004). Is a team approach based on staff meetings cost-effective in the delivery of mental health care?: *Current Opinion in Psychiatry*, 17(4), 311-314.
<https://doi.org/10.1097/01.yco.0000133835.26920.ff>
- Carey, C., Lally, J., & Abba-Aji, A. (2015). Are psychiatric team meetings patient centred? A cross-sectional survey on patient views regarding multi-disciplinary team meetings. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(2), 177-185.
<https://doi.org/10.1017/ipm.2014.48>
- Chaouki, W., Mimouni, M., Boutayeb, S., Hachi, H., Errihani, H., & Benjaafar, N. (2017). Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire ; l'exemple des cancers gynéco-mammaires dans un centre de référence tertiaire au Maroc. *Bulletin du Cancer*, 104(7-8), 644-651. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2017.04.004>
- Cheniaux, E., & Nardi, A. E. (2019). Evaluating the efficacy and safety of antidepressants in patients with bipolar disorder. *Expert Opinion on Drug Safety*, 18(10), 893-913.
<https://doi.org/10.1080/14740338.2019.1651291>
- Colombet, I., Montheil, V., Durand, J.-P., Gillaizeau, F., Niarra, R., Jaeger, C., Alexandre, J., Goldwasser, F., & Vinant, P. (2012). Effect of integrated palliative care on the quality of end-of-life care: Retrospective analysis of 521 cancer patients. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2(3), 239-247. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000157>
- Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2013). Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nature Genetics*, 45(9), 984-994. <https://doi.org/10.1038/ng.2711>
- Debout, C. (2016, mai). Pratique avancée en soins infirmiers.
- Dell'oro, M., Collinet, P., Robin, G., & Rubod, C. (2013). Réunion de concertation pluridisciplinaire de l'endométriose pelvienne profonde : Intérêts et modalités de

- fonctionnement. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 41(1), 58-64.
<https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2012.12.002>
- Depierre, A. (2006). La réunion de concertation pluridisciplinaire. 3.
- Ferman, M., Lim, A. H., Hossain, M., Siow, G. W., & Andrews, J. M. (2018). Multidisciplinary team meetings appear to be effective in inflammatory bowel disease management: An audit of process and outcomes: Multidisciplinary team meetings in IBD. *Internal Medicine Journal*, 48(9), 1102-1108. <https://doi.org/10.1111/imj.13965>
- Ghaemi, S. N., Wingo, A. P., Filkowski, M. A., & Baldessarini, R. J. (2008). Long-term antidepressant treatment in bipolar disorder : Meta-analyses of benefits and risks. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5), 347-356. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01257.x>
- Gitlin, M. (2006). Treatment-resistant bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 11(3), 227-240. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001793>
- Goldwasser, F., Nisenbaum, N., Vinant, P., Ballardur, E., Dauchy, S., Farota-Romejko, I., Colombet, I., Alby, M.-L., Giroux, J., Larrouy, A., Destaintot, E., Garcon, L., Legrand, D., & Marin, I. (2018). La réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative : Objectifs et préconisations pratiques. *Bulletin du Cancer*, 105(5), 458-464. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2018.01.017>
- Grévin, I., Hardy-baylé, M.-C., & Krzakowsk, P. (2014). RCP en psychiatrie : Décider du recours et du type de psychothérapie pour un patient déprimé. *Le Concours médical*, 136(8), 6.
- Groupe de travail ARIATHYM, Jaafari, N., Rousseau, M.-J., Puzos, P., Lanquetot, H., Levy-Chavagnat, D., Dubois, O., Charrière, J.-M., Thiel, L., Foucher, B., Cornille, B., & Allaire, F. (2016). ARIATHYM FÉDÉRATION PICTO-CHARENTAISE de prise en charge des TROUBLES DE L'HUMEUR et des TROUBLES BIPOLAIRES (p. 56).
- Gueran, M., & Lussiez., V. (2012). Intérêt de la concertation pluridisciplinaire entre un département d'évaluation de la douleur et les médecins du travail dans la prise en charge des salariés atteints de douleurs chroniques. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 73(1), 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2011.12.010>
- Haddad, J., Kalbacher, E., Piccard, M., Aubry, S., Chaigneau, L., & Pauchot, J. (2017). Évaluation de la prise en charge des sarcomes des tissus mous en Franche-Comté depuis l'instauration d'une réunion de concertation pluridisciplinaire au CHRU. À propos de 47 cas. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 62(1), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2016.09.009>

- Haines, A., Perkins, E., Evans, E. A., & McCabe, R. (2018). Multidisciplinary team functioning and decision making within forensic mental health. *Mental Health Review Journal*, 23(3), 185-196. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2018-0001>
- HAS (Éd.). (2017). Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. Développement professionnel continu (DPC).
- Hashimoto, K., Sawa, A., & Iyo, M. (2007). Increased Levels of Glutamate in Brains from Patients with Mood Disorders. *Biological Psychiatry*, 62(11), 1310-1316. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.03.017>
- Hetlevik, Ø., & Gjesdal, S. (2010). Norwegian GPs' participation in multidisciplinary meetings: A register-based study from 2007. *BMC Health Services Research*, 10(1), 309. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-309>
- Horlait, M., Baes, S., Dhaene, S., Van Belle, S., & Leys, M. (2019). How multidisciplinary are multidisciplinary team meetings in cancer care? *An observational study in oncology departments in Flanders, Belgium. Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 12*, 159-167. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S196660>
- Hui Poon, S., Sim, K., & J. Baldessarini, R. (2015). Pharmacological Approaches for Treatment-resistant Bipolar Disorder. *Current Neuropsychopharmacology*, 13(5), 592-604. <https://doi.org/10.2174/1570159X13666150630171954>
- Hunt, C. M., Spence, M., & McBride, A. (2016). The role of boundary spanners in delivering collaborative care: A process evaluation. *BMC Family Practice*, 17(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0501-4>
- Janssen, A., Robinson, T., Brunner, M., Harnett, P., Museth, K. E., & Shaw, T. (2018). Multidisciplinary teams and ICT: A qualitative study exploring the use of technology and its impact on multidisciplinary team meetings. *BMC Health Services Research*, 18(1), 444. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3242-3>
- Kane, B., Groth, K., & Randall, D. (2011). Medical team meetings: Utilising technology to enhance communication, collaboration and decision-making. *Behaviour & Information Technology*, 30(4), 437-442. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2011.591576>
- Ke, K. M., Blazeby, J. M., Strong, S., Carroll, F. E., Ness, A. R., & Hollingworth, W. (2013). Are multidisciplinary teams in secondary care cost-effective? A systematic review of the literature. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 11(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-11-7>
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Perquin, A., & Hutschemaekers, G. (2019). Decision making on (dis)continuation of long-term treatment in mental health services is an interpersonal

- negotiation rather than an objective process: Qualitative study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2072-0>
- Krauss, O., Angermaier, M., & Helm, E. (2016). Multidisciplinary Team Meetings—A Literature Based Process Analysis. In *International Conference on Information Technology in Bio- and Medical Informatics (1st ed. 2016)*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-43949-5>
- Lanceley, A., Savage, J., Menon, U., & Jacobs, I. (2008). Influences on multidisciplinary team decision-making. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 18(2), 215-222. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2007.00991.x>
- Lasset, R. (2015). Evaluation de la concordance des traitements proposés par la réunion de concertation pluridisciplinaire dédiée au carcinome hépatocellulaire en région Poitou-Charentes de janvier 2011 à décembre 2013 [Docteur en médecine]. Poitiers.
- Laval, G., Beziaud, N., Roisin, D., Carlin, N., Villard, M.-L., Pellat, J.-M., Dubuc, M., Barnoud, D., Guillem, P., & Cahn, J.-Y. (2008). Soins de support et réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) : Un nouveau défi ? *À propos de l'expérience d'un centre hospitalo-universitaire. Oncologie*, 10(10), 598-603. <https://doi.org/10.1007/s10269-008-0923-2>
- Le Divenah, A., David, S., Bertrand, D., Chatel, T., & Viallard, M.-L. (2013). Réunion de concertation pluridisciplinaire : Comment décider d'une chimiothérapie à visée palliative ? *Santé Publique*, 25(2), 129. <https://doi.org/10.3917/spub.132.0129>
- Li, J., & Robertson, T. (2011). Physical space and information space: Studies of collaboration in distributed multi-disciplinary medical team meetings. *Behaviour & Information Technology*, 30(4), 443-454. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2011.577194>
- Lichtenstein, P., Yip, B. H., Björk, C., Pawitan, Y., Cannon, T. D., Sullivan, P. F., & Hultman, C. M. (2009). Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families : A population-based study. *The Lancet*, 373(9659), 234-239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60072-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60072-6)
- Lieutier-Colas, F., Truchi, R., De Lempis, R., Pellegrino, A., Loumngam Foutopouo, M., Collomp, R., Anty, R., & Tran, A. (2017). Analyse comparative des patients présentés en Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) Hépatite C sur deux périodes en 2015 et 2016 : Impact de la RCP. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 47(4), S74. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2017.03.181>

- Maddock, A. (2015). Consensus or contention: An exploration of multidisciplinary team functioning in an Irish mental health context. *European Journal of Social Work*, 18(2), 246-261. <https://doi.org/10.1080/13691457.2014.885884>
- Masquelier, J. Y., Cereyon, A., Poirier, M.-F., & Olié, J.-P. (2006). Quels rôles pour les soignants ? *Recherche en soins infirmiers*, N° 84(1), 29. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0029>
- Monvoisin, L., Bohec, C., & Woynar, S. (2007). RCP : d'une évaluation territoriale à une réflexion qualité régionale. *Oncologie*, 9(S2). <https://doi.org/10.1007/s10269-007-0735-9>
- Nic a' Bháird, C., Xanthopoulou, P., Black, G., Michie, S., Pashayan, N., & Raine, R. (2016). Multidisciplinary team meetings in community mental health: A systematic review of their functions. *Mental Health Review Journal*, 21(2), 119-140. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-03-2015-0010>
- Nouvier, M., Delaforcade, L., Pelletier, S., Trolliet, P., Fouque, D., & Laville, M. (2015). Bilan à un an d'une réunion de concertation pluridisciplinaire d'orientation du traitement de l'insuffisance rénale terminale. *Néphrologie & Thérapeutique*, 11(5), 437-438. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2015.07.217>
- Orgerie, Marie-Brigitte, Duchange, N., Pélicier, N., Rosset, P., Lemarié, É., Dorval, É., Chapet, S., Hervé, C., & Moutel, G. (2012). La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ne modifie pas la relation entre le médecin et son patient. *La Presse Médicale*, 41(3), e87-e94. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2011.07.026>
- Orgerie, M.-B., Duchange, N., Pélicier, N., Chapet, S., Dorval, É., Rosset, P., Lemarié, É., Hervé, C., & Moutel, G. (2010). La réunion de concertation pluridisciplinaire : Quelle place dans la décision médicale en cancérologie? *Bulletin du Cancer*, 97(2), 255-264. <https://doi.org/10.1684/bdc.2009.0957>
- Ottevanger, N., Hilbink, M., Weenk, M., Janssen, R., Vrijmoeth, T., de Vries, A., & Hermens, R. (2013). Oncologic multidisciplinary team meetings: Evaluation of quality criteria: Oncologic multidisciplinary team meetings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(6), 1035-1043. <https://doi.org/10.1111/jep.12022>
- Ourahmoune, A.-E., Pibarot, M., Chouk, N., Bonerandi, J.-J., & Juin, P. (2007). Évaluation de la traçabilité des critères Inca (Institut national du cancer) sur les fiches RCP d'un réseau de cancérologie. *Oncologie*, 9(S2). <https://doi.org/10.1007/s10269-007-0735-9>
- Palmer, J., Wales, K., Ellis, K., Dudding, N., Smith, J., & Tidy, J. (2010). The multidisciplinary colposcopy meeting: Recommendations for future service provision and an analysis of

- clinical decision making: The multidisciplinary colposcopy meeting. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(9), 1060-1066. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02651.x>
- Peigne, E. (2018). Rapport d'activité RCP (p. 16).
- Petit, A., Fasola, S., Tabone, M.-D., Auvrignon, A., Landman-Parker, J., & Leverger, G. (2012). Les réunions de concertation pluridisciplinaire en onco-hématologie pédiatrique. *Archives de Pédiatrie*, 19(6), H129-H130. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(12\)71175-2](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(12)71175-2)
- Phelps, J. R. (2016). *A spectrum approach to mood disorders : Not fully bipolar but not unipolar--practical management* (First edition). W. W. Norton & Company.
- Post, R. M. (2016). Treatment of Bipolar Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(1), 11-33. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.09.001>
- Prosper, S. (2015). Favoriser l'égalité d'accès aux soins de qualité par la généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, 5, 139-148. <https://doi.org/10.4000/cdst.410>
- Raine, R., Nic a' Bháird, C., Xanthopoulou, P., Wallace, I., Ardron, D., Harris, M., Barber, J., Prentice, A., Gibbs, S., King, M., Blazeby, J. M., Michie, S., Lanceley, A., Clarke, A., & Livingston, G. (2015). Use of a formal consensus development technique to produce recommendations for improving the effectiveness of adult mental health multidisciplinary team meetings. *BMC Psychiatry*, 15(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0534-6>
- Raine, R., Wallace, I., Nic a' Bháird, C., Xanthopoulou, P., Lanceley, A., Clarke, A., Prentice, A., Ardron, D., Harris, M., Gibbs, J. S. R., Ferlie, E., King, M., Blazeby, J. M., Michie, S., Livingston, G., & Barber, J. (2014). *Improving the effectiveness of multidisciplinary team meetings for patients with chronic diseases: A prospective observational study. Health Services and Delivery Research*, 2(37), 1-172. <https://doi.org/10.3310/hsdr02370>
- Revel, M. (2005, février 22). CIRCULAIRE N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie [Circulaire].
- Rigaud, F., & Rousseau, M.-J. (2018, novembre 20). NAQUITHYM Développement des RCP.pptx.
- Ros, J. (2013). Multidisciplinary team meetings in psychiatry: discursive resources in the elaboration of a "problem". University of Lausanne.

- Rosell, L., Alexandersson, N., Hagberg, O., & Nilbert, M. (2018). Benefits, barriers and opinions on multidisciplinary team meetings: A survey in Swedish cancer care. *BMC Health Services Research*, 18(1), 249. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2990-4>
- Rousseau, M.-J., & équipe RCP. (2017). Charte qualité troubles de l'humeur et troubles bipolaires.
- Sidor, M. M., & MacQueen, G. M. (2011). Antidepressants for the Acute Treatment of Bipolar Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(02), 156-167. <https://doi.org/10.4088/JCP.09r05385gre>
- Simpson, A. (2007). The impact of team processes on psychiatric case management. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 409-418. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04402.x>
- Solé, G. (2018). Mode d'emploi des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) : Objectifs et principe de fonctionnement. *médecine/sciences*, 34, 23-25. <https://doi.org/10.1051/medsci/201834s207>
- Stapp, E. K., Mendelson, T., Merikangas, K. R., & Wilcox, H. C. (2020). Parental bipolar disorder, family environment, and offspring psychiatric disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 268, 69-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.005>
- Tavassoli, N. (2013). Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en EHPAD : Expérience de l'étude IDEM. 7.
- Taylor, C. (2010). Multidisciplinary team working in cancer: What is the evidence? *BMJ: British Medical Journal*, 340(7749), 743-745.
- The Brainstorm Consortium, Anttila, V., Bulik-Sullivan, B., Finucane, H. K., Walters, R. K., Bras, J., Duncan, L., Escott-Price, V., Falcone, G. J., Gormley, P., Malik, R., Patsopoulos, N. A., Ripke, S., Wei, Z., Yu, D., Lee, P. H., Turley, P., Grenier-Boley, B., Chouraki, V., ... Neale, B. M. (2018). Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. *Science*, 360(6395), eaap8757. <https://doi.org/10.1126/science.aap8757>
- The IDEM Investigators, Rolland, Y., Tavassoli, N., Gillette-Guyonnet, S., Perrin, A., Hermabessiere, S., Ousset, P.-J., Nourhashemi, F., Cestac, P., & Vellas, B. (2013). Multidisciplinary team meetings (MDTM) in detection of Alzheimer's disease: Data from the idem study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(2), 137-141. <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0403-7>
- Touboul, C., Bezu, C., Daraï, E., Chopier, J., Touboul, E., Gligorov, J., Rouzier, R., & Uzan, S. (2013). Les décisions des RCP sont-elles conformes au référentiel utilisé ?

- Expérience d'un centre de référence universitaire pour le cancer du sein. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 41(3), 164-167. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2013.01.003>
- Trimaille, A., Kerfant, N., Hu, W., Le Nen, D., Clavé, A., Jaffuel, S., Henry, A., Tandé, D., Stindel, E., & Ansart, S. (2016). IOA-09—Impact de la mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire sur la prise en charge des infections ostéo-articulaires du membre inférieur couvertes par lambeau. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 46(4), 65-66. [https://doi.org/10.1016/S0399-077X\(16\)30418-8](https://doi.org/10.1016/S0399-077X(16)30418-8)
- Vázquez, G. H., Baldessarini, R. J., & Tondo, L. (2014). Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders : Clinical and therapeutic overview. *Depression and Anxiety*, 31(3), 196-206. <https://doi.org/10.1002/da.22248>
- Vieillard, M.-H., Zairi, F., Lagrange, J.-L., & Thureau, S. (2017). Importance de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) dans la prise en charge des localisations osseuses du myélome et des tumeurs solides. *Revue du Rhumatisme Monographies*, 84(2), 175-179. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2017.02.004>
- Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S., & Vaisanen, L. (2004). « Shared-rhythm cooperation » in cooperative team meetings in acute psychiatric inpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(2), 129-140. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2003.00679.x>
- Williams, J., & de Maso, D. R. (2000). Pediatric Team Meetings: *The Mental Health Consultant's Role*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(1), 105-113. <https://doi.org/10.1177/1359104500005001011>
- Zsuzsanna, Laky. 2019. Médicaments et dispositifs médicaux. Vol. Articles 168 et 114

Fiche RCP

Lieu de la RCP : CHCC

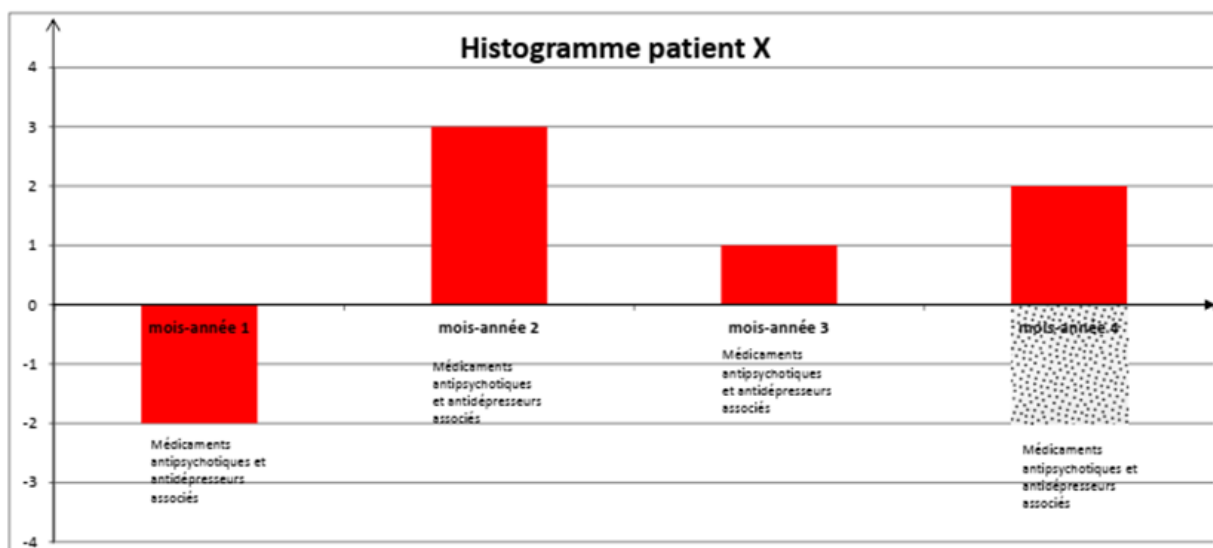
2 – Antécédents familiaux

Psychiatrique / somatique

Psychiatrique

- ☐ Troubles de l'humeur
- ☐ Schizophrénie
- ☐ Suicide
- ☐ Autres
- ☐ Compte-rendu

Somatique



« Echelle de l'humeur »

> 0 – Manie

(0-1) Hypomanie

(1-2) Manie

(2-3) Manie- Délirante

< 0 – Dépression

(0-1) Episode dépressif mineur

(1-2) Episode dépressif majeur

(2-3) Mélancolie +/- délirante

* Passage à l'acte

Traitement

Acide valproïque

Autres

Pas de thymorégulateur

Lithium

Tégrétol

Commentaires Histogramme

4- Somatique

Antécédents / état actuel

Antécédents :

- Médicaux :
- Chirurgicaux :
- Endocriniens :
- Gynécologiques :
 - ☐ Contraception
 - ☐ Gestation
 - ☐ Autres
- Allergies :

Fonction rénale :

- Clairance de la créatinine actuelle : ml/min/m le __/__/20__
- Insuffisance rénale :
 - ☐ Non ☐ si oui : date :
- Diabète insipide :
 - ☐ Non ☐ si oui : date :

Fonction hépatique :

- ☐ RAS ☐ Anomalie:

Examen somatique :

- TA :/.....mmHg Pouls : IMC :
- Examen Cardio-vasculaire :
 - ☐ RAS
 - ☐ Anomalie / particularités :
- Examen pulmonaire :
 - ☐ RAS
 - ☐ Anomalie / particularités :
- Examen abdominal :
 - ☐ RAS
 - ☐ Anomalie / particularités :
- Examen neurologique :
 - ☐ RAS
 - ☐ Anomalie / particularités :
- Déficit sensoriel :
 - ☐ Non
 - ☐ Oui
 - Si oui lesquels :
- ECG du __/__/20__ : caractéristiques principales :

Biologie annexée ☐

Compte rendu ☐

5- Evaluation des co-morbidités

Addictologiques

- ☐ Alcool
- ☐ Tabac
- ☐ Cannabis
- ☐ TCA à l'adolescence (boulimie sans vomissement)
- ☐ Autre

Feuille d'évaluation addictologique jointe ☐

Compte-rendu ☐

Anxieuses

- ☐ Trouble panique
- ☐ Phobies
- ☐ Autre

Compte- rendu ☐

6 – Evaluation neuropsychologique

☐ Compte rendu

Synthèse

**7 – Evaluation médicale, psychiatrique et investigation particulière de l'état actuel
(Echelles, auto-questionnaires)**

8- Traitement actuel

9- Question posée

10- Réponse diagnostic : proposition de prise en charge – description du plan thérapeutique

Médicamenteux / psycho traitement remédiation cognitive / autres (prise en charge groupale – éducation thérapeutique / hospitalisation / CATTP / CMP / hospitalisation de jour, autres

Atelier(s) proposé(s)

☐ éducation thérapeutique
☐ Remédiation cognitive
☐ Affirmation de soi

Enregistrement simple

Date et signature du médecin référent qui présente le dossier :

Et

Validation du dossier discuté en RCP par le médecin référent

Date et signature du médecin qui présente le dossier :

Validation du médecin coordonnateur responsable de la RCP

Charte qualité des RCP concernant les troubles de l'humeur et les troubles bipolaires

Préambule

La présente charte a pour but d'écrire l'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) en Psychiatrie pour les troubles bipolaires et les troubles de l'humeur.

Elle vise à la conformité avec la réglementation en vigueur et les recommandations nationales, elle pourra évoluer lorsque de nouveaux textes relatifs à cette organisation le nécessiteront et / ou afin de satisfaire aux exigences de qualité de la prise en charge du patient.

Elle permet une étude pluridisciplinaire du dossier du patient en intégrant les recommandations de l'HAS.

Les RCP concerneront les dossiers de cas complexes soit sur le plan du diagnostic, soit sur le plan du projet thérapeutique.

Suite à la RCP et aux propositions faites, un programme personnalisé de soins (PPS) est élaboré et remis au patient.

I – Organisation de la RCP

A – Identification et objet de la RCP

- Pathologie ou spécialité
- Nom du ou des médecins responsables de la RCP
- Nom de la secrétaire (ou personne à contacter par le médecin référent du patient pour l'inscription du dossier en RCP)

B – Modalités de fonctionnement

1) Fréquence de la RCP

En fonction de la pathologie, élaboration d'un calendrier comportant pour chaque type de RCP (organe ou spécialité) le lieu, les jours et plages horaires de réunions

2) Documentation et moyens

Accès des participants de la RCP aux référentiels de la spécialité validés et à jour dans la salle de réunions (version papier ou support dématérialisé sécurisé)

Enregistrement des fiches RCP dans le dossier patient

Il est recommandé que la RCP puisse se tenir dans une salle sécurisée possédant :

- Les équipements informatiques nécessaires
- 1 équipement technologique de l'information (tel que visioconférence ou web conférence) permettant de rendre accessible à des professionnels éloignés du lieu de la RCP ou ayant des contraintes d'exercice (médecins traitants) et pour lesquels ces modes de participations sont facilitants.

C – Définition du quorum

Le quorum est matérialisé par une liste nominative des professionnels de santé, établie par l'animateur de la RCP et qui garantit en pratique la pluridisciplinarité de la discussion lors de la réunion.

Le quorum est fonction du type de RCP (comorbidités ou particularités liées aux cas présentés).

Le quorum minimum comprend :

- 2 psychiatres
- 1 pharmacien

- 1 somaticien
- peuvent s'y adjoindre :
- 1 spécialiste (neurologue, radiologue, endocrinologue...)
 - 1 addictologue
 - 1 interne en psychiatrie et / ou en médecine générale)
 - 1 neuropsychologue
 - 1 psychologue clinicien
 - Le médecin généraliste référent

D'autres professionnels de santé peuvent être invités.

D – Préparation du passage du dossier en RCP et programmation de son passage

- 1) Modalités de l'inscription d'un dossier en RCP par le médecin référent ou par délégation par la secrétaire

Le médecin référent s'assure que le dossier s'inscrit dans le projet de la RCP à savoir :

- Diagnostic complexe
- Prise en charge thérapeutique complexe

Le praticien informe le patient de cette démarche ainsi que du recours à une technologie de l'information (tel que visioconférence ou web conférence) **et recueille son accord.**

Le médecin généraliste référent du patient est tenu informé et est invité à participer à la RCP.

- 2) Présentation du dossier : fiche RCP

Cette fiche s'inscrit dans le cadre de l'organisation des soins. C'est un support qui se veut la trame d'un ensemble des éléments nécessaires à la discussion. Ce document ainsi que les documents attachés sont une partie intégrante du DCC.

La fiche RCP doit regrouper l'ensemble des informations cliniques et paramédicales nécessaires à la discussion.

Le dossier doit être anonymisé.

- 3) Respect de la confidentialité

- Anonymisation de la fiche et des documents joints (radiographies, bilans biologiques, ...)
- Informations et accord du patient sur le partage d'informations

II – Organisation durant la RCP

- **Une liste de présence** est établie et validée par le responsable de la RCP avec validation du quorum.
- **Le médecin référent** ou la personne déléguée qui maîtrise les informations concernant le patient présente le dossier.

Lors de la discussion la présence du médecin qui a soumis le dossier à la RCP est fortement recommandée.

La RCP, à l'issue de la discussion, rend un avis qui doit être argumenté et propose une stratégie thérapeutique et / ou des modalités de prise en charge.

- **Le médecin responsable** de la RCP complète la partie de la fiche par la proposition faite et la valide.

III – Suites de la RCP

Enregistrement dans le DCC de la fiche RCP (et si besoin archivage) par le secrétariat.

Une copie de la fiche RCP est transmise par le médecin responsable de la RCP (par délégation par le secrétariat) aux médecins prenant en charge le patient.

Le patient est informé par le médecin référent de l'avis de la RCP.

Le médecin référent indique s'il va suivre la conduite à tenir et si non il argumente sa décision.

Le patient accepte ou non la proposition de prise en charge qui lui est faite et dans tous les cas un projet personnalisé de soins (PPS) est établi suite à la consultation.

Ce projet personnalisé de soins décrit à minima le type de traitement à mettre en œuvre et les dates prévisionnelles de déclinaison du traitement.

Il est remis au patient et enregistré dans le DCC (1 copie reste dans le dossier papier du patient).

IV – Recours aux technologies de l'information

Il est envisagé que les équipes pluridisciplinaires se rencontrent et échangent par le biais de technologies de l'information, tels que visioconférence ou web conférence.

Le support technique utilisé via une plateforme sécurisée est choisi en amont (fiche technique).

Le nombre et la qualité des participants est fourni, et ce sous la responsabilité de chaque site.

La conservation des éventuels enregistrements et supports est effectuée par le site qui pilote la rencontre.

Les supports utilisés doivent être sécurisés.

V – Suivi des RCP/ évaluation

Un bilan annuel des RCP est réalisé par le secrétariat.

Un suivi d'indicateurs sera effectué :

- Nombre de RCP organisées
- Nombre d'avis suivis
- Nombre d'avis non suivis
- Nombre de cas cliniques présentés issus de l'institution
- Nombre de cas cliniques présentés par des établissements extérieurs
- Nombre de catégories professionnelles représentées.

Tableau 4. Coefficients de Corrélations de Rangs de Spearman de chaque variable étudiée chez les patients en ce qui concerne les avis de leurs psychiatres sur leur changement de comportement et l'amélioration de leur état clinique.

	Changement de comportement			Amélioration de l'état clinique		
	N actifs	rs	p	N actifs	rs	p
Age en années	17	0,32	0,21	18	0,05	0,84
Sexe (homme/femme)	17	0,18	0,49	18	0,00	1,00
Au niveau du statut marital						
Marié / couple	-	-	-	16	-0,07	0,79
Célibataire	15	-0,34	0,21	16	0,00	1,00
Divorcé / séparé	15	0,09	0,74	16	0,0778	0,7744
Nombre d'enfants	16	0,41	0,1154	17	0,1054	0,6872
Au niveau de la situation socioprofessionnelle						
Niveau d'études en années	9	0,05	0,90	10	-0,34	0,33
Temps en arrêt de travail en années	5	0,29	0,637618	6	0,292770	0,573392
Invalidité en années	5	1,00	-	5	0,612372	0,272228
Niveau socio-économique	10	0,00	1,00	10	-0,4303	0,214459
Mesure de protection juridique	12	-0,25	0,42	12	0,134840	0,676081
Au niveau du type d'avis demandé						
Avis diagnostic demandé	17	-0,09	0,727505	18	0,188982	0,452635
Avis thérapeutique demandé	17	-0,2357	0,362439	18	-0,1296	0,608158
Au niveau du type de diagnostique avant la RCP						
Trouble bipolaire	17	-0,3098	0,226100	18	-0,1522	0,546344
Dépression résistante	17	0,344265	0,176017	18	0,188982	0,452635
Trouble schizo-affectif	17	-0,38729	0,124560	18	-0,23622	0,345308
TDA/H	17	-0,02151	0,934673	18	0,188982	0,452635
TOC	17	-0,0215	0,934673	18	0,188982	0,452635
TCA	17	0,344265	0,176017	18	0,188982	0,452635
Trouble anxieux	17	-0,26516	0,303673	18	-0,45374	0,058579
Maladie neuro-dégénérative	17	0,436436	0,079865	18	0,239046	0,339414
Type de bipolarité	8	0,314970	0,447327	9	0,054554	0,889138
En fonction de l'évolution et de l'hospitalisation						
Temps (années) entre le début des symptômes et du diagnostic	17	0,15	0,58	18	0,44	0,07
Durée de la maladie en années	17	0,05	0,85	18	0,03	0,92
Nombre d'hospitalisations antérieures	17	0,30	0,30		-	-
Patient hospitalisé lors de la RCP	17	-0,26516	0,303673	18	-0,66	0,002795
Nombre d'hospitalisations avant la RCP	17	0,269793	0,294991	18	0,183254	0,466697
Soins sous contrainte	14	0,353553	0,214946	15	-0,07538	0,789477
En fonction des antécédents pédopsychiatriques						
ATCD pédopsychiatriques présent(s)	17	-0,65	0,004501	18	0,000000	1,000000
Syndrome dissociatif	17	-0,27	0,303673	18	0,129641	0,608158
Échec scolaire	17	-0,39	0,124560	18	-0,24	0,345308
Dépression	17	-0,39	0,124560	18	0,188982	0,452635
Trouble anxieux	17	-	-	18	-	-
TOC	17	-0,27	0,30	18	-0,45	0,058579
Trouble des apprentissages / langage / dys	17	-0,49	0,04	18	0,239046	0,339414
TCA	17	-0,26516	0,303673	18	-0,45374	0,058579
Traumas	17	0,344265	0,176017	18	0,188982	0,452635

En fonction des ATCD psychiatriques						
ATCD psychiatriques	17	0,18	0,484847	18	0,119523	0,636650
EDC anciens	17	-0,2357	0,362439	18	-0,1296	0,608158
Nbr d'EDC anciens	17	0,146140	0,575703	18	-0,28720	0,247850
Nbre Épisodes mixtes	17	-0,04	0,869991	18	0,188655	0,453432
Épisodes (hypo)maniaques	17	-0,42	0,096157	18	-0,48	0,044769
Nbr d'épisodes (hypo)maniaques	17	-0,28	0,273681	18	-0,33959	0,167981
ATCD de psychose	17	-0,684	0,002429	18	-0,18898	0,452635
Nombre d'épisodes psychotiques	17	-0,67	0,002961	18	-0,2925	0,238806
ATCD de TS	15	0,464286	0,081251	16	0,363696	0,166129
Nbre de TS	14	0,456998	0,100421	15	0,296608	0,283050
ATCD de troubles anxieux présent(s)	17	-0,16903	0,516636	18	0,152286	0,546344
trouble anxieux : PTSD	17	-	-	18	-	-
trouble anxieux : TAG	17	0,235702	0,362439	18	0,129641	0,608158
trouble anxieux : phobie sociale	17	-0,31052	0,225113	18	0,285714	0,250425
trouble anxieux : trouble panique	17	-0,26516	0,303673	18	0,129641	0,608158
trouble anxieux : TOC	17	-0,3873	0,124560	18	-0,23623	0,345308
ATCD de TCA	17	-0,1674	0,520851	18	0,033150	0,896107
ATCD de TUA	14	0,149071	0,611013	15	-0,02621	0,926135
Suivi TUA ancien	15	0,342475	0,211467	16	0,000000	1,000000
Suivi TUA en cours	15	0,026207	0,926135	16	-0,21822	0,416837
En fonction des antécédents somatiques						
Trouble du sommeil comorbide	17	-0,02	0,934673	18	0,188982	0,452635
ATCD Médicaux	17	0,588348	0,012979	18	0,265197	0,287530
ATCD neurologique(s) présent(s)	17	0,522976	0,031234	18	0,285714	0,250425
atcd n : traumatisme crânien séquellaire	17	-	-	18	-	-
atcd n : trouble mnésique	17	0,344265	0,176017	18	0,188982	0,452635
atcd n : trouble moteur et de l'équilibre	17	0,235702	0,362439	18	0,129641	0,608158
atcd n : AVC	17	0,235702	0,362439	18	0,129641	0,608158
atcd n : confusion	17	0,344265	0,176017	18	0,188982	0,452635
atcd n : douleur neuropathique	17	-	-	18	-	-
ATCD Épilepsie	17	0,235702	0,362439	18	0,129641	0,608158
ATCD infectieux	17	0,245145	0,342951	18	0,285714	0,250425
ATCD de cancer	17	-	-	18	-	-
Atteinte cardiologique	17	0,344265	0,176017	18	0,188982	0,452635
Autres atteintes somatiques	17	0,416667	0,096157	18	0,209165	0,404858
Déficit sensoriel	17	-0,03	0,900892		-	-
En fonction de l'accès aux examens complémentaires						
Imagerie réalisée	17	0,490990	0,045357	18	-0,24	0,339414
Patients ayant eu une IRM	15	0,272166	0,326426	16	0,092450	0,733455
Patients ayant eu une TDM	16	0,269841	0,312151	17	-0,10	0,704131
Anomalie à l'image	14	0,344265	0,228085	15	-0,04	0,886633
En fonction des antécédents psychiatriques familiaux						
ATCD psychiatrique(s) présent(s)	17	0,167360	0,520851	18	-0,3315	0,179006
ATCD psy au 1er degré	17	0,291667	0,256003	18	-0,26726	0,283654
ATCD psy au 2ème degré	17	-0,31052	0,225113	18	-0,2652	0,287530

atcd fam : trouble de l'humeur	17	0,070430	0,788236	18	-0,59761	0,008814
atcd fam : éthyliste chronique	17	-0,42601	0,088188	18	-0,56354	0,014869
atcd fam : TCA	17	-0,42601	0,088188	18	-0,56354	0,014869
atcd fam : addictions	17	-0,31052	0,225113	18	-0,3571	0,145685
atcd fam : somatiques	17	-0,05556	0,832281	18	0,209165	0,404858
En fonction des comorbidités						
Comorbidité(s) présente(s)	17	0,043519	0,868279	18	0,121829	0,630111
TUA comorbide	17	0,309890	0,226100	18	0,152286	0,546344
Tabagisme actif comorbide	17	0,203091	0,434342	18	0,094491	0,709187
THC comorbide	17	0,245145	0,342951	18	0,285714	0,250425
TCA comorbide	17	0,235702	0,362439	18	0,129641	0,608158
Trouble anxieux comorbide	17	-0,16903	0,516636	18	0,152286	0,546344
Autre trouble psychiatrique comorbide	17	0,070430	0,788236	18	0,152286	0,546344
En fonction du bilan neuropsychologique						
Évaluation neuropsychologique disponible	17	-0,24514	0,342951	18	0,035714	0,888116
Déficit cognitif global	13	0,051434	0,867471	14	-0,05505	0,851733
Fonctions cognitives préservées	12	-	-	13	-0,52705	0,064209
Déficit de flexibilité	12	-0,37143	0,234533	13	-0,3175	0,290406
Déficit de la mémoire antérograde	12	0,028571	0,929764	13	-0,4330	0,139410
Déficit de l'attention sélective	12	-0,47809	0,115925	13	0,317543	0,290406
Déficit de l'inhibition	12	-0,09759	0,762861	12	-0,2582	0,417787
Déficit de la planification	12	-0,37143	0,234533	12	-0,0756	0,815381
En fonction des traitements reçus						
Histogramme	17	-0,18056	0,488010	18	-0,4781	0,044769
Historique des traitements	17	0,021517	0,934673	18	-0,18898	0,452635
Thymorégulateur(s) présent(s)	17	-0,5493	0,022364	18	-0,1523	0,546344
Nombre de thymorégulateurs	17	-0,4629	0,061344	18	-0,16749	0,506504
Thym : LITHIUM	15	-0,02621	0,926135	16	0,181568	0,500955
Thym : ANTI-ÉPILEPTIQUE	15	-0,32733	0,233688	16	-0,22192	0,408783
AntiEp : DEPAKOTE / DEPAMIDE	15	-0,5345	0,040093	16	-0,4622	0,071431
AntiEp : LAMOTRIGINE	15	-0,2857	0,301936	16	0,124035	0,647191
AntiEp : CARBAMAZEPINE	15	0,250000	0,368846	16	0,124035	0,647191
AntiEp : KEPPRA	15	0,250000	0,368846	16	0,124035	0,647191
AP 2G présent(s)	16	-0,16265	0,547271	17	-0,01899	0,942321
Nombre d'AP2G	17	-0,07043	0,788236	18	0,121829	0,630111
AP 2G : ARIPIRAZOLE	16	0,050965	0,851313	17	-0,03984	0,879333
AP 2G : QUETIAPINE	16	-0,04762	0,860983	17	0,169031	0,516636
AP 2G : OLANZAPINE	16	-0,04762	0,860983	17	-0,19048	0,463998
AP 2G : CLOZAPINE	17	-	-	18	-	-
AP 2G : SOLIAN	17	-0,26516	0,303673	18	0,129641	0,608158
AP 1G présent(s)	17	-0,31052	0,225113	18	-0,56354	0,014869
Nombre d'AP1G	17	-0,31052	0,225113	18	-0,56354	0,014869
AP1G : CYAMEMAZINE	17	-0,31052	0,225113	18	-0,56354	0,014869
Antidépresseur(s) présent(s)	17	0,527778	0,029446	18	0,267261	0,283654
Nombre d'antidépresseurs	17	0,539903	0,025281	18	0,275391	0,268697
ANTIDEP : ISRS	17	0,245145	0,342951	18	0,285714	0,250425

ANTIDEP : TRICYCLIQUES	17	0,436436	0,079865	18	0,239046	0,339414
ANTIDEP : IMAO	17	-	-	18	-	-
ANTIDEP : AUTRES	17	-0,02152	0,934673	18	-0,23623	0,345308
ANTIDEP : IRSNa	17	0,235702	0,362439	18	0,129641	0,608158
Benzodiazépine(s) présente(s)	17	0,291667	0,256003	18	0,267261	0,283654
Nombre de BZD	17	0,357071	0,159428	18	0,284901	0,251834
BZD : DIAZEPAM	17	0,344265	0,176017	18	0,188982	0,452635
BZD : OXAZEPAM	17	0,127294	0,626360	18	0,239046	0,339414
BZD : PRAZEPAM	17	-0,26516	0,303673	18	-0,45374	0,058579
BZD : ALPRAZOLAM	17	0,245145	0,342951	18	0,285714	0,250425
BZD : CLORAZEPATE	17	0,235702	0,362439	18	0,129641	0,608158
Hypnotique(s) présent(s)	17	0,091287	0,727505	18	0,033150	0,896107
Hypn : THÉRALENE	17	0,344265	0,176017	18	0,188982	0,452635
Hypn : ZOPICLONE	17	-0,02152	0,934673	18	-0,23623	0,345308
Hypn : NOCTAMIDE	17	-	-	18	-	-
Hypn : HYDROXYZINE	17	-0,26516	0,303673	18	0,129641	0,608158
Psychothérapie	17	-0,58835	0,012979	18	-0,35714	0,145685
Nombre de séances de psychothérapie	14	-0,47140	0,088830	15	-0,29417	0,287207
ECT	17	-0,18185	0,484847	18	-0,35714	0,145685
En fonction du plan thérapeutique donné (PTD)						
PTD médicamenteux présent	17	0,021517	0,934673	18	0,236228	0,345308
medic : monothérapie	17	0,203091	0,434342	18	0,377964	0,121992
medic : associations de traitements	17	-0,07043	0,788236	18	-0,15229	0,546344
PTD psychologique présent	17	-0,29167	0,256003	18	-0,53452	0,022294
ptd psychologique : bilan personnalité	17	-0,18185	0,484847	18	-0,67857	0,001962
ptd psychologique : TCC / EMDR	17	0,235702	0,362439	18	0,129641	0,608158
ptd psychologique : bilan neuropsychologique	17	-0,3873	0,124560	18	-0,23623	0,345308
PTD : remediation cognitive	17	-0,3873	0,124560	18	0,188982	0,452635
PTD : Prise en charge groupale	17	-0,26516	0,303673	18	0,129641	0,608158
PTD : Éducation thérapeutique	17	-0,42601	0,088188	18	-0,18898	0,452635
PTD : Hospitalisation	17	-	-	18	-	-
PTD : CATTP	17	-	-	18	-	-
PTD : CMP	17	0,091287	0,727505	18	0,033150	0,896107
PTD : HDJ	17	-	-	18	-	-
PTD addictologique	17	0,344265	0,176017	18	0,188982	0,452635
Autres PTD	15	0,218218	0,434614	16	0,218218	0,416837
Utilisation d'échelles pour trouble de l'humeur	13	0,101130	0,742357	14	-0,21320	0,464273
Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité : TDA/H, trouble obsessionnel compulsif : TOC, ATCD neurologique : atcd neuro, accident vasculaire cérébral : AVC, tomодensitométrie : TDM, ATCD familiaux : atcd fam, trouble de l'usage de cannabis fumé : THC, traitement thymorégulateur : thym, traitement anti-épileptique : AntiEP, traitement anti-dépresseur : ANTIDEP, inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine : ISRS, inhibiteur de la monoamine oxydase : IMAO, inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : IRSNa, benzodiazépine : BZD, hypnotique : Hypn, PTD médicamenteux : medic, Thérapie comportementale et cognitive/ Eye Movement Desensitization and Reprocessing : TCC/EMDR, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel : CATTP, centre médico-psychologique : CMP, hôpital de jour : HDJ; ATCD: antécédent; M: Moyenne; DS: Déviation standard, N: nombre de personnes, rs : rho de Spearman, p < 0,05: seuil de significativité						

Tableau 5. Test *t* de Student pour échantillons indépendants. Différences significatives marquées à $p < 0,05$

	Moyennes Femme	Moyennes Homme	<i>t</i> -value	df	<i>p</i>	Nombre de femmes	Nombre d'hommes
Délai entre la RCP et avis des médecins	26,00	16,80	2,11	22	0,05	14	10
Niveau d'études en année	13,80	14,14	-0,14	10	0,90	5	7
Marié ou en couple	0,38	0,50	-0,50	16	0,62	8	10
Célibataire	0,13	0,30	-0,86	16	0,40	8	10
Divorcé/ séparé	0,50	0,20	1,33	16	0,20	8	10
Nombre d'enfants par patient	1,46	1,10	0,72	21	0,48	13	10
Temps en arrêt de travail en année	12,50	3,20	2,20	5	0,08	2	5
Invalidité en années	0,33	0,67	-0,71	4	0,52	3	3
Niveau socio-économique	1,50	1,33	0,35	8	0,73	4	6
Présence d'une mesure de protection juridique	0,14	0,00	1,00	12	0,34	7	7
Nombre d'années travaillées	14,00	11,00	0,75	3	0,51	1	4
Patient hospitalisé lors de la RCP	0,21	0,10	0,72	22	0,48	14	10
Nombre d'hospitalisation avant la RCP	5,43	4,90	0,29	22	0,78	14	10
Présence de soins sous contrainte	0,10	0,44	-1,75	17	0,10	10	9
Mode d'hospitalisation en soins libre	0,90	0,56	1,75	17	0,10	10	9
Durée de la maladie sans diagnostic	7,57	5,30	0,73	22	0,47	14	10
Durée de la maladie en années	20,79	13,30	1,36	22	0,19	14	10
Nombre d'épisodes dépressifs anciens	3,46	3,10	0,48	21	0,63	13	10
Nombre d'épisodes maniaques	1,64	1,00	0,74	22	0,47	14	10
Nombre de thymorégulateurs utilisée	0,86	0,70	0,48	22	0,64	14	10
Nombre d'antidépresseurs utilisé	0,93	0,60	1,11	22	0,28	14	10
Nombre d'AP 2ème G utilisé	0,50	0,60	-0,47	22	0,65	14	10
Nombre d'AP 1ère G utilisé	0,14	0,30	-0,91	22	0,37	14	10
Nombre de benzodiazépines utilisés	0,57	0,60	-0,09	22	0,93	14	10
Nombre de psychothérapie	0,36	0,10	0,86	19	0,40	11	10
RCP: réunion de concertation pluridisciplinaire; AP: antipsychotique, G: génération; durée sans diagnostic: durée entre le début des symptômes et le diagnostic							

Tableau 6. Test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour deux échantillons - Différences significatives marquées à $p < 0,05$

	U	Z	p-value	Nombre de femmes valides	Nombres d'hommes valides
Question 1 médecin traitant	7,00	0,00	1,00	3,00	5,00
Question 1 psychiatre référent	40,00	0,37	0,34	10,00	9,00
Question 2 médecin traitant	4,00	-0,23		2,00	4,00
Question 2 psychiatre référent	35,00	0,78	0,15	10,00	9,00
Question 3 médecin traitant	4,00	-0,23		2,00	4,00
Question 3 psychiatre référent	44,00	0,04	0,95	10,00	9,00
Question 4 médecin traitant	1,50	0,58	0,41	2,00	3,00
Question 4 psychiatre référent	29,50	-0,58	0,50	9,00	8,00
Question 5 médecin traitant	1,50	0,58	0,41	2,00	3,00
Question 5 psychiatre référent	40,50	-0,04	0,95	9,00	9,00
Patient hospitalisé lors de la RCP	62,00	0,44	0,50	14,00	10,00
Avis diagnostic demandé	39,00	-1,79	0,04	14,00	10,00
Avis thérapeutique demandé	65,00	-0,26	0,45	14,00	10,00
Soins sous contrainte	29,50	-1,22	0,11	10,00	9,00
Antécédents pédopsychiatriques	60,00	0,56	0,52	14,00	10,00
ATCD pédopsychiatrique : trouble apprentissage/langage/« dys »	66,00	-0,20	0,75	14,00	10,00
Antécédent psychiatrique	62,00	-0,44	0,50	14,00	10,00
Épisodes dépressifs anciens	63,00	0,38	0,27	14,00	10,00
Épisodes hypomaniaques antérieurs	65,00	-0,26	0,76	14,00	10,00
Antécédent de psychose	69,00	-0,03	0,97	14,00	10,00
Antécédent de tentative de suicide	52,00	-0,18	0,84	11,00	10,00
Antécédent de trouble anxieux	70,00	0,03	0,97	14,00	10,00
Antécédent de trouble de l'usage d'alcool	21,00	-2,21	0,01	13,00	8,00
Trouble du sommeil comorbide	66,00	-0,20	0,75	14,00	10,00
Antécédent médicaux	59,00	-0,61	0,44	14,00	10,00
Autres atteintes somatiques	39,00	1,79	0,04	14,00	10,00
Déficit sensoriel	69,00	0,03	0,97	14,00	10,00
Patients ayant eu au moins une imagerie tomodensitométrie	30,50	1,69	0,04	11,00	10,00
Antécédents psychiatriques familiaux	42,00	-1,61	0,05	14,00	10,00
Trouble de l'usage d'alcool comorbide	38,00	-1,84	0,02	14,00	10,00
Tabac comorbide	67,00	-0,15	0,86	14,00	10,00
Consommation de cannabis comorbide	40,00	-1,73	0,02	14,00	10,00
Évaluation neuropsychologique disponible lors des RCP	52,00	-1,02	0,17	14,00	10,00
Déficit cognitif global	36,00	-0,35	0,65	9,00	9,00
Histogramme	70,00	-0,03	0,97	14,00	10,00
Présence de thymorégulateur	60,00	0,56	0,52	14,00	10,00
Présence de Lithium	47,00	0,73	0,31	13,00	9,00
Présence d'antiépileptique	55,00	-0,20	0,81	13,00	9,00
Antipsychotique de 2 ^{ème} génération	52,50	-0,63	0,46	14,00	9,00

Antipsychotique de 1 ^{ère} génération	59,00	-0,61	0,38	14,00	10,00
Benzodiazépines	65,00	-0,26	0,76	14,00	10,00
Psychothérapie	57,00	0,73	0,30	14,00	10,00
Plan thérapeutique donné	70,00	-0,03		14,00	10,00
Plan thérapeutique donné: avis pour traitements médicamenteux	61,00	0,50	0,39	14,00	10,00
Plan thérapeutique donné: suivi psychologique à entreprendre	58,00	-0,67	0,44	14,00	10,00
Plan thérapeutique donné: Suivi en centre médico-psychologique	35,00	-2,02	0,00	14,00	10,00
Plan thérapeutique donné: suivi addictologique	49,00	-1,20	0,04	14,00	10,00
RCP: réunion de concertation pluridisciplinaire; U:U de Mann-Whitney; Z: Z-value; seuil de significativité: $p < 0,05$					

Résumé

Introduction: La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) s'est imposée dans les soins des pathologies chroniques mais peu de données existent quant à son application en psychiatrie. Cette étude est la première en France consacrée aux troubles bipolaires incluant la multidisciplinarité. Elle avait pour objectif d'analyser si les décisions prises en RCP concernant une personne malade présentée, amélioreraient la clinique des troubles de l'humeur.

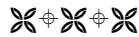
Méthodes: Une revue de la littérature incluant 63 études évoquant les spécificités des RCPs a été réalisée dans le but de mener une étude quantitative, par questionnaires, auprès d'un échantillon de 27 médecins, afin de jauger à posteriori, l'état clinique du patient. 24 patients résidant en région Nouvelle Aquitaine et présentant un trouble de l'humeur, furent présentés de mars 2017 à mars 2020. Leurs caractéristiques cliniques et démographiques ont été soumises à une analyse statistique.

Résultats: En médecine, les études soutiennent que l'instauration de RCPs et l'application des décisions prises permettaient l'amélioration des pratiques cliniques. Des difficultés persistent dans leur fonctionnement. Ici, a été retrouvé une corrélation négative entre la présence d'antécédents psychiatriques et l'amélioration clinique (AC). La prescription d'un thymorégulateur était corrélée négativement avec l'AC du patient, mais celle d'un antidépresseur était corrélée positivement à l'AC.

Conclusion: Dans la littérature, l'accumulation de preuves des avantages du travail en équipe multidisciplinaire était soutenue par un fort consensus, malgré certaines limites. Dans cette étude, les psychiatres référents ont révélé une AC pour 77.5% des patients présentés en RCP. Au niveau comportemental, un changement a été observé pour 53% d'entre eux.

Mots-clés: réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), psychiatrie, trouble de l'humeur, trouble bipolaire, prise de décision

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

