Décompensation du patient psychotique nécessitant une intervention du Smur : profil du patient et place du médecin généraliste dans le parcours de soins

Jamila Carpin

▶ **To cite this version:**

Jamila Carpin. Décompensation du patient psychotique nécessitant une intervention du Smur : profil du patient et place du médecin généraliste dans le parcours de soins. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01625537

HAL Id: dumas-01625537

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01625537

Submitted on 27 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DES ANTILLES
2017

FACULTÉ DE MÉDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2017ANTI0169

DÉCOMPENSATION DU PATIENT PSYCHOTIQUE NÉCESSITANT UNE INTERVENTION DU SMUR

Profil du patientet place du médecin généraliste dans le parcours de soins

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
Des Antilles
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Présentée le 30 mai 2017

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Par
CARPIN Jamila

Examinateurs de la thèse:

Mme Jeannie HÉLÈNE-PÉLAGE	Professeur, Président
Mr Pascal BLANCHET	Professeur
Mr André-Pierre UZEL	Professeur
Mr Fréderic SCHEIDER	Jury
Mr Patrick PORTECOP	Directeur
Mr Ahimsa DORESSAMY	Directeur

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Jeannie HÉLÈNE-PELAGE,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury.

Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser ce travail. J'espère comme vous porter ma pierre à l'édifice. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

À Monsieur le Professeur Pascal BLANCHET,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci pour votre soutien tout au long de mon cursus. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur André-Pierre UZEL,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Frédéric SCHEIDER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci pour vos conseils pertinents, votre accueil au sein du CMP et votre aide spontanée. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Patrick PORTECOP,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Merci pour votre aide, votre pertinence et vos conseils bienveillants pendant mon cursus. Merci pour l'expérience que vous m'avez transmise lors de mon stage dans votre service, pour votre confiance et votre soutien tout au long de la réalisation de ce projet. Recevez ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Ahimsa DORESSAMY,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Merci pour votre aide, votre patience, votre temps mis à ma disposition, votre investissement dans ce travail, votre motivation, votre humour et votre suivirégulier tout au long de la réalisation de ce projet. Recevez ici mes sincères remerciements et ma respectueuse reconnaissance.

À Mme le Docteur Franciane GANE-TROPLENT,

Vous m'avez fait l'honneur de relire ce travail. Vous êtes pour moiun véritable mentor.

Vous représentez l'alliance de l'empathie naturelle et du professionnalisme. Merci de m'avoir transmis l'amour du métier, le goût de la recherche et l'envie d'aller toujours plus loin.Merci pour votre investissement dans ce travail, votre perfectionnisme et votre rigueur. Recevez ici l'expression de ma plus haute considération.

À Monsieur Bernard BHAKKAN,

Vous avez été d'une aide précieuse pour les statistiques, merci pour votre disponibilité et votre réactivité. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Mme le Docteur Nathou et aux équipes des 3 CMP de Pointe-à-Pitre et des Abymes,

Je vous remercie grandement pour votre confiance dans ce projet, pour votre accueil et votre disponibilité.

Merci d'avoir veillé au bon déroulement de cette étude.

À l'ensemble du personnel du service du SAMU-SMUR-CESU du CHU de Pointe-à-Pitre, avec une mention spéciale pour Mme Ketty Montout et Mme le Docteur Esther Popotte,

Vous représentez l'exemple même du travail en équipe.Merci pour votre aide spontanée, votre gentillesse, vos encouragements, vos compétences. Vous avez transformé ma vision de la médecine.

À l'équipe du service d'hépato-gastro-entérologie avec une mention spéciale pour Mme le Docteur Marceline Alexis et Mme le Docteur Georgette Saint-Georges,

Merci pour votre confiance, votre soutien constant de près ou de loin, votre douceur, votre protection et votre humilité. Recevez ici mes sincères remerciements et ma respectueuse reconnaissance.

À Mme le Docteur Fritz-Line Velayoudom, à Mme le Professeur Suzy Duflo, à Mme le Docteur Mona Hédreville

Vous avez été des sources d'inspiration tout au long de mon cursus. Votre professionnalisme, votre maîtrise, votre dévouement et votre rigueur en tant que femmes médecins m'ont toujours laissée admirative.

Au Docteur Gordien, au Docteur Moussinga, à Mme le Docteur Laurence LONG

Vous faites partie de ces médecins qui expliquent les choses avec une telle facilité, que tout parait beaucoup plus clair et plus simple. Votre pédagogie et vos compétences m'ont beaucoup marquée. Merci pour votre humilité et votre amour du métier.

Aux secrétaires du service de médecine C et du service d'hépato-gastro-entérologie, à Mme Ginette Lerus, à Cindy Gob,

J'ai eu la chance de rencontrer des personnes exceptionnelles comme vous au cours de mon cursus qui ont éclairé mes journées.Merci pour votre bonne humeur, votre efficacité et votre confiance.

Au personnel du service de médecine C du CHU de Pointe-à-Pitre

J'ai effectué 4 stages dans ce service dès ma deuxième année de médecine. Vous êtes mon service mère et je me sentirai toujours chez moi grâce à vous. J'ai découvert et appris la prise en charge du diabète dans l'efficacité et la bonne humeur. J'ai donc pu par la suite valider un diplôme universitaire de diabétologie. Merci pourtout.

Au service de la faculté et tout spécialement à Mme Rose-Marie Naigre et à Mme Marie-France Chevrotee,

Merci pour cette complicité, cette aide inestimable. Je vous en serai toujours reconnaissante. Recevez ici mes sincères remerciements et ma profonde gratitude.

À mon père Henri Carpin,

Ta fierté a été ma motivation première à exercer ce métier. Merci pour ton amour, cette confiance placée en moi. Merci pour cette stimulation constante à chaque étape, pour ton ambition, ta rigueur, tes petites attentions du samedi et des matins de post garde. Merci papa pour ton regard bienveillant. Ton parcours professionnel, tes compétences, ton humilité et ta notoriété m'ont ouvert énormément de portes. Tu es le meilleur des pères. Ça y est papa, nous y sommes, j'y suis arrivée.

À ma mère Anita Carpin,

Ma petite maman pleine de confiance toujours attentive et si protectrice, tu m'as comblée de tendresse et d'amour tout au long de mon parcours. Tu assures. Tu es la meilleure des mères. Merci pour ta douceur, ton sens de l'organisation, la paix que tu m'apportes, tes bons petits plats et cet instinct maternel infaillible. Ta pédagogie m'a donnée envie d'instruire maman. J'ai pour objectif d'être un bon médecin et une aussi bonne mère que toi. Merci pour tes prières.

À mes deux parents,

Merci de m'avoir fait grandir dans l'amour, l'équilibre et la foi. Vous avez toujours été présents pour moi. Vous m'avez donné tous les bagages nécessaires pour être la femme que je suis aujourd'hui. Vos conseils avisés ont guidé mes pas vers la réussite. Merci pour votre disponibilité, votre soutien sans faille, en Guadeloupe comme à Bordeaux, de Basse-Terre à Guyane. Vous êtes les meilleurs parents du monde. Je vous aime très fort.

À mes grands frères Tély et Célio et mes belles sœurs Audrey et Virginie,

Pour leur aide logistique, leur efficacité, leur relecture, leur disponibilité et leur contribution active à l'élaboration de ce mémoire de thèse. Je vous aime tous. Ensemble, vous êtes ma force.

À Taona ma filleule,

Pour ses câlins, son innocence, sa joie de vivre, sa simple présence qui a éclairé ma vie.

À Davy ma moitié, à sa mère et à sa famille,

Davy, merci pour ta présence, ta patience, ton écoute, ton aide immense et pour l'homme aimant que tu es. Merci pour la force et l'optimisme que tu me transmets au quotidien.

Je t'aime.

Merci à Catherine pour son amour, ses attentions et son soutien. Merci à Audrey et Juno pour leurs encouragements.

À ma famille, à Mère-Grand, à mes oncles et tantes, à mes cousins et cousines, à mes parents et amis de Gros-Cap

Vous m'avez donné beaucoup de courage et de force. Je vous remercie grandement.

À tous mes amies et amis, au BMPA, au quatuor, à la team et **à toutes les personnes** qui m'ont soutenu de près ou de loin, qui ont veillé au bon déroulement de mon cursus et de cette étude,

Mèsionpil !!

UNIVERSITÉ DES ANTILLES

****

****

FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD

***

Président de l'Université : Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CÉSAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Rémi NEVIERE	**Physiologie** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 0596
Bruno HOEN	**Maladies Infectieuses** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 15 45
Pascal BLANCHET	**Chirurgie Urologique** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95 - Fax : 05 90 89 17 87
André-Pierre UZEL	**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66 - Fax : 05 90 89 17 44
Pierre COUPPIE	**Dermatologie** CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83
Thierry DAVID	**Ophtalmologie** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51
Suzy DUFLO	**ORL – Chirurgie Cervico-Faciale** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
Eustase JANKY	**Gynécologie-Obstétrique** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88
MichelDE BANDT	**Rhumatologie** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44
François ROQUES	**Chirurgie thoracique et cardiovasculaire** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38
Jean ROUDIE	**Chirurgie digestive**

	CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 21 01 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38
Jean-Louis ROUVILLAIN	**Chirurgieorthopédique** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 28
Christian SAINTE-ROSE	**Neurochirurgie Pédiatrique** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
André CABIE	**Maladies Infectieuses** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	**Neurologie** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE	**Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 24 11
Michel CARLES	**Anesthésiologie/Réanimation** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 11 82
Maryvonne DUEYMES-BODENES	**Immunologie** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 24 24
Régis DUVAUFERRIER	**Radiologie et imagerie Médicale** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 21 84
Annie LANNUZEL	**Neurologie** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	**Psychiatrie Adulte** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	**Parasitologie** CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Guillaume THIERY	**Réanimation** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 17 74
Magalie DEMAR-PIERRE	**Parasitologie et Infectiologie** CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Vincent MOLINIE	**Anatomie Cytologie Pathologique** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 20 85 / 05 96 55 23 50
Philippe KADHEL	**Gynécologie-Obstétrique** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90
Jeannie HELENE-PELAGE	**Médecine générale** Cabinet libéral au Gosier Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90
Mehdi MEJDOUBI	**Radiologie et Imagerie** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96-

Professeurs des UniversitésAssociés

Karim FARID — **Médecine Nucléaire**
CHU de FORT-DE-FRANCE

Maîtres de Conférence des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY — **Gériatrie et biologie du vieillissement**
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO — **Cardiologie**
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT — **Médecine générale**
Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épse CEPHISE — **Endocrinologie**
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH — **Nutrition**
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC — **Bactériologie & Vénérologie**
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 00

Narcisse ELENGA — **Pédiatrie**
CH de CAYENNE
Tel : 0594

Moana GELU-SIMEON — **Gastro-entérologie**
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89.14.45-

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Louis DARCHE — **Chirurgie Générale et Viscérale**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 01

Julia MARY — **Rhumatologie**
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 23 52

Florence MOINET — **Rhumatologie et Médecine Interne**
CHU de FORT-DE-FRANCE
Tel : 05 96 55 22.55

Philippe CARRERE — **Médecine Générale**
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 06 90 99 99 11

Cécile NABET — **Parasitologie et mycologie**
CH de CAYENNE
Tel : 05 94

Nathalie DOURNON — **Maladies Infectieuses**
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90

Benoit DE RIVOYRE	**Ophtalmologie** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 50
Mathieu SEVERYNS	**Orthopédie** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 28
Hassan DEBBAGH	**Urologie** CHU de MARTINIQUE Tel : 0596 55 22 71
Paul BANCEL	**ORL** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
Astrid MONFORT	**Cardiologie** CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 72
Eric PARIS	**Réanimation** CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 8953 39
Aurélie PIERRE-JUSTIN	**Neurologie** CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 40
Florence NIEMETZKY	**Médecine Générale** CH de CAYENNE Tel : 0596 55 22 28
Josué MOUNSAMY	**Médecine Générale** Clinique les Nouvelles Eaux Marines et Cabinet Tel : 0590
AxianePLACIDE	**Médecine Générale** CHU de MARTINIQUE Tel : 0590
Clément MOUREAUX	**Urologie** CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 9089 13 95
Sophie DELAIGUE	**Dermatologie – Maladies Infectieuses** CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
Daphné BORJA DE MOZOTA	**Gynécologie Obstétrique** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 19 89
Ana Maria SAJIN	**Psychiatrie** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
Ali GHASSANI	**Gynécologie Obstétrique** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 19 89
Paola GALLI-DARCHE	**Neurologie** CHU de FORT-DE-FRANCE Tel : 05 96 55 22 61
Natacha JACQUES-ROUSSEAU	**Anesthésiologie/Réanimation** CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 11 82

ProfesseursÉmérites

Bernard CARME	**Parasitologie**
Aimé CHARLES-NICOLAS	**Psychiatrie Adulte**
Serge ARFI	**Médecine interne**

RÉSUMÉ

Introduction

Les psychoses, dont la schizophrénie est la plus répandue, constituent un problème de santé publique.La décompensation des patients psychotiques schizophrènes constitue le 2ème motif d'interventions du SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation) de Guadeloupe. Notre objectif était de décrire le profil des patients psychotiques suivis aux Centres médico-psychologiques (CMP) ayant présenté un épisode psychotique aigu (EPA).

Méthodes

Une étude cas-témoins rétrospective a été menée dans le service du SMUR du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre(PAP) et dans les CMP de PAP/Abymes.Elle portait sur les patients schizophrènes qui ont présenté une décompensation avec intervention du SMUR de janvier à décembre 2015.Elle a été complétée par une étude observationnelle descriptive sur les rapports de 40 omnipraticiens avec le CMP et leur prise en charge globale du patient psychotique.

Résultats

35 patients avec EPA et 77 témoins ont été inclus. Il s'agissait d'un patient d'âge moyen (44ans), homme (65.7%), entourés par leurs ascendants, sans emploi,avec de faibles revenus (p=0.049), peu toxicomane, peu suivi sur le plan psychosocial (p=0.001) et médical (p=0.0003). L'EPA a lieu environ 1an après une période d'inobservance du traitement et est précédé d'une hospitalisation de moins de 12mois .

Seul un tiers des médecins généralistes étaient satisfaits des relations avec le CMP et 63% déclarent n'avoir aucun contact avec le CMP de leur commune. Face à un patient psychotique non agité, 52.5% l'adressaient à un psychiatre de ville.

Conclusion

Les structures médico-psycho-sociales de notre région semblent insuffisantes pour prévenir la décompensation. La consultation de dépistage précoce, l'évaluation régulière du patient psychotique, la collaboration protocolisée SAMU-CMP et la naissance d'un réseau de soins coordonnés entre patients, médecins généralistes et CMP sont des pistes d'amélioration de la prise en charge au long cours et la prévention de l'EPA.

ABSTRACT

Introduction

Psychoses, of which schizophrenia is the most common, are a public health problem. The decompensation of schizophrenic psychotic patients is the second reason for interventions of the SMUR (Mobile Emergency and Resuscitation Structure) of Guadeloupe. Our objective was to describe the profile of psychotic patients attending the Community Mental Health Centers (CMP) with an acute psychotic episode (EPA).

Methods

A retrospective case-control study was carried out in the SMUR department of the University Hospital Center of Pointe-à-Pitre (PAP) and in the CMP of PAP / Abymes. It covered schizophrenic patients who presented with decompensation SMUR from January to December 2015.

It was supplemented by a descriptive observational study on the relationships of 40 general practitioners with the CMP and their overall management of the psychotic patient.

Results

35 patients with EPA and 77 controls were included. They were middle-aged (44 years), men (65.7%), surrounded by their ascendants, unemployed, with low incomes ($p = 0.049$), had few addictions, and little psychosocial ($p = 0.001$) and medical ($p = 0.0003$) supervision. The EPA occurs approximately 1 year after a period of non-compliance and is preceded by a hospitalization of less than 12 months.

Only one-third of general practitioners were satisfied with relations with the CMP and 63 % said they had no contact with the CMP of their commune. Faced with a non-agitated psychotic patient, 52.5 % referred him to a city psychiatrist.

Conclusion

The medico-psycho-social structures in our region seem insufficient to prevent decompensation. Early diagnosis, regular evaluation of the psychotic patient, the SAMU-CMP protocol collaboration and the creation of a network of coordinated care between patients, general practitioners and CMP are possible ways of improving long-term care and prevention of EPA.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 2

RÉSUMÉ 13

ABSTRACT 14

TABLE DES MATIERES 15

LISTE DES ABREVIATIONS 17

INTRODUCTION 19

1. GENERALITES 23

1.1 Histoire et nosologie de la psychose la plus répandue : la schizophrénie 23

1.2 Clinique 24

1.2.1 Psychopathologie 24
1.2.2 Mode d'entrée 24
1.2.3 Symptômes repérables 25

1.3 Facteurs de risque 26

1.3.1 Composante génétique 26
1.3.2 Composante environnementale 26

1.4 Traitement 28

1.4.1 Le traitement médicamenteux 28
1.4.2 Les thérapies 29

1.5 Evolution de la maladie 30

1.5.1 L'épisode psychotique aigu 30
1.5.2 Espérance de vie et pronostic 31

2. MATERIEL ET METHODES 32

2.1 Sélection de la population d'étude 32

2.1.1 Etude comparative cas /témoins : Définition des populations 32
2.1.2 Etude des médecins généralistes : Définition des populations 35

2.2 Observation de la population 36

2.2.1 Étude comparative cas/témoins 36
2.2.2 Étude des médecins généralistes 38

2.3 Méthodes d'évaluation 40

2.3.1 Techniques de traitement des résultats 40
2.3.2 Variables utilisées 40
2.3.3 Interprétation des résultats : analyse statistique 43

3. RESULTATS 44

3.1 Etude cas/témoins : 44

3.1.1 Population cible 44
3.1.2 Population témoin 45
3.1.3 Comparaison entre les 2 populations : résultats d'analyse 46
3.1.4 Décompensation des patients cibles 56
3.1.5 Cas de la décompensation du patient témoin sans recours au SMUR 58

3.2 Etude des Médecins généralistes : 59

3.2.1 Participation à l'étude 59
3.2.2 Description des données 60

4. DISCUSSION 65

4.1 Biais et Limites de l'étude 65

4.2 Résultats et forces de l'étude 67

4.3 Actions d'amélioration et de prévention 74

CONCLUSION 79

RÉFÉRENCES 80

SERMENT D'HIPPOCRATE 106

Annexes

Annexe 1. Répartition des dépenses de santé par maladies en France de 2005 à 2013 86
Annexe 2. Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM 5 (code F20) 89
Annexe 3. Recueil de données des patients témoins 92
Annexe 4. Recueil de données des patients cibles 95
Annexe 5. Questionnaire des médecins généralistes de Pointe-à-Pitre et des Abymes 98
Annexe 6. Carte de sectorisation psychiatrique en Guadeloupe pour les adultes 102
Annexe 7. Critères de soins psychiatriques sans consentement 104

Figures

Figure 1 - *Diagramme de flux de la population cible, phase quantitative 45*
Figure 2 - *Nombre d'hospitalisations sur l'année précédant la décompensation étudiée .. 57*
Figure 3 - *Recrutement des participants, phase quantitative 59*

Tableaux

Tableau 1 - *Neuroleptiques de seconde génération 28*
Tableau 2 - *Répartition du flux des patients cibles selon les communes 44*
Tableau 3 - *Caractéristiques de la population cible et de la population témoin (1) 49*
Tableau 4 - *Caractéristiques de la population cible et de la population témoin (2) 53*
Tableau 5 - *Caractéristiques de la population des médecins généralistes 64*

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH	:	Allocation aux adultes handicapés
ALD	:	Affection de Longue Durée
APOQ	:	Antipsychotiques de forme Orale Quotidienne
API	:	Antipsychotique de forme Injectable
CHU	:	Centre Hospitalo-Universitaire
CHM	:	Centre Hospitalier de Montéran
CIM	:	Classification Internationale des Maladies
CM	:	Certificat Médical
CMP	:	Centre Médico Psychologique
DSM	:	Manuel Diagnostique et Statistique
DREES	:	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPA	:	Episode Psychotique Aigu
FDR	:	Facteurs de Risque
IADE	:	Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
IDE	:	Infirmière Diplômée d'Etat
IRDES	:	Institut de recherche et Documentation en Economie de la santé
MG	:	Médecins Généralistes
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PANSS	:	Positive and Negative Syndrome Scale
PAP	:	Pointe-à-Pitre
RSA	:	Revenu de solidarité active
SAMU	:	Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

THC : Tétrahydrocannabinol

VAD : Visite à Domicile

VL Véhicule léger

INTRODUCTION

Les troubles psychiatriques constituent le premier poste de dépenses sanitaires en France avant les maladies cardioneurovasculaires [1,2]. Ces troubles représentent 15% du montant total des dépenses de santé en 2013 (hors hospitalisations ponctuelles). Ce coût, en nette augmentation, est passé de 11.4 milliards d'euros en 2005 à 21.3 milliards d'euros en 2013(Annexe 1).

Le groupe des psychoses est en grande partie responsable de ce montant. Il réunit les troubles schizophréniques et non schizophréniquescodés de F 20 à F 29 dans le chapitre 5 de la classification internationale des maladies (CIM)[3](Annexe 2). Ces différentes entitésnosographiques ont une prise en charge et des traitements similaires[4].

On distingue deux types de psychoses :

Les psychoses non schizophréniques, représentées par le trouble schizotypique, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant et la psychose non organique sans autre information.

La psychose schizophrénique dans laquelle la conscience des troubles est particulièrement altérée.

La schizophrénie est un trouble psychiatrique universel qui touche environ 0.7% de la population mondiale et 600 000 personnes en France. L'incidence annuelle se situe autour de 2 nouveaux cas pour 10 000 habitants [5][6][7][8].

Elle fait partie des dix premières causes mondiales d'handicap. «C'est un facteur majeur de désocialisation et de précarité »[6].Il s'agit d'une affection grave, chronique et coûteuse[5,6].

Ce trouble mental survient de façon caractéristique chez les adolescents et les jeunes adultes car déclaré le plus souvent entre 15ans et 25ans.

Le sex-ratio de la schizophrénie semble équilibré, bien que certaines études concluent à une prévalence légèrement plus forte chez les hommes. La schizophrénie serait sensiblement plus précoce et plus invalidante chez l'homme[5][6][7][8][9].

À l'échelle régionale, c'est la psychose chronique la plus répandue chez l'adulte et la plus fréquente en Guadeloupe [5,10]. Selon l'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe, la schizophrénie fait partie des affections psychiatriques (en plus des retards mentaux et troubles du comportement) qui constituent « la première cause d'admission en Affection de Longue Durée (ALD) chez les 15-24 ans,en 2013, à l'instar de la Martinique et de la France hexagonale »[11].

C'est la catégorie la plus importante du groupe des troubles psychotiques et celle qui sera abordée dans notre étude [4,12].

Les patients schizophrènes sont pris en charge par le Centre médico-psychologique (CMP) de leur secteur. Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile[13].Le suivi au long cours de ces patientsest indispensable car leur parcours de soins est fréquemment émaillé de décompensations[5,14].

Les troubles du comportement constituent le deuxième motif d'interventionsdu SAMU-SMUR (Service d'Aide Médicale Urgente-Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation) du Centre hospitalo universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre(PAP), le premier étant la douleur thoracique.

En effet, selon le bilan d'activité du SMUR en 2015, les troubles psychotiques représentaient 394 sur 3001 interventions soit 12% des interventions.

Chaque intervention du SMUR,pour un patient psychotique en décompensation, nécessite un lourd dispositif d'un point de vue médico-économique.

Elle nécessite avant tout la présence d'une équipe entière du SMUR sur les lieux en Véhicule léger(VL) soit un(e) ambulancier(e), un(e) Infirmier(e) Anesthésiste diplômée d'Etat (IADE) et un médecin urgentiste. Une équipe mobile sur deux est mobilisée ce qui est susceptible d'augmenter le délai d'intervention pour un motif médical plus grave dans la même région.

De plus, l'intervention requiert du temps (supérieur à 1h par patient), la présence des forces de l'ordre (le patient pouvant présenter une dangerosité pour lui-même ou autrui [4,15,16]), la présence d'une ambulance pour véhiculer le patient si nécessaire vers les urgences. La majorité des patients est transférée vers les urgences du CHU mais certains patients peuvent être transférés directement vers le Centre Hospitalier de Montéran, hôpital psychiatrique se situant dans l'autre versant de l'île. Ce transfert nécessite alors un transport médicalisé du patient jusqu'à Capesterre pour un relai avec le SMUR de Basse-Terre.Chacune de ces interventions est donc particulièrement coûteuse en temps et en personnel médical, paramédical et non médical.

Peu d'études se sont intéressées aux interventions du SMUR pour des motifs psychiatriques. « Il n'y a pas eu de nouvelles études sur les troubles mentaux dans les départements d'Outre-Mer depuis celle menée dans les populations générales de la Guadeloupe et de la Martinique à la fin des années 1990 »[17].

Notre hypothèse est la suivante : le patient schizophrène qui décompense nécessite l'interventiondu SMUR dans 12% des cas, ce qui est coûteux aussi bien sur le plan économique que social. Une collaboration entre le secteur psychiatrique et la médecine générale pourrait-elle améliorer la prise en charge du patient, éviter l'épisode psychotique aigu (EPA) et ainsi le recours au SMUR?

L'objectif principal de notre étude est de décrire les éléments épidémiologiques concernant les patientssuivis aux CMP de Pointe-à-Pitre/Abymes ayant présenté un épisode psychotique aigu de janvier à décembre2015 afin de définir un profil type de patient en décompensation.
Les objectifs secondaires sont les suivants:

- Identifier les facteurs de risque de décompensation
- Mettre en évidence l'incapacité du réseau à prévenir la décompensation
- Apprécier la prise en charge des patients psychotiques par les médecins généralistes

1. GENERALITES

1.1 Histoire et nosologie de la psychose la plus répandue : la schizophrénie

Initialement décrite par E.Kraeplin sous le terme de « démence précoce », le concept de schizophrénie a contribué à ancrer les psychoses chroniques dans le champ de la médecine. Le psychiatre Eugen Bleuler introduit le terme de schizophrénie en 1911 du grec schizein (« séparé ») et phrèn (« esprit »)

Pour Bleuler, plus que la détérioration cognitive survenant chez un sujet jeune, c'était la dissociation (« schizo » signifie « coupure » en grec) qui était au centre de la psychopathologie du schizophrène[4,18].

Les courants de pensées et de réflexions menés au cours de l'histoire de la Psychiatrie ont donné naissance à plusieurs classifications des maladies mentales.Ainsi, le diagnostic de schizophrénie est basé sur des critères internationaux définis par le Manuel diagnostique et statistique (DSM) de l'American Psychiatric Association et ses différentes révisions, critères corrélés à la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

1.2 Clinique

1.2.1 Psychopathologie

Il existe trois dimensions psychopathologiques fondamentales[4][5][6]:

- **Les symptômes positifs** correspondent à la transformation ou distorsion délirante de la réalité se manifestant par: les idées délirantes et les hallucinations sensorielles, un sentiment de persécution (paranoïa), une mégalomanie.

- **Les symptômes négatifs** correspondent à l'appauvrissement affectif et idéo-affectif se manifestant par : une mise en retrait par rapport à la famille et la société, un isolement, une perte d'intérêt, une difficulté à entreprendre des actions. Les patients semblent insensibles au monde extérieur.

- **La désorganisation** de la pensée (troubles de l'idéation), du langage (discours incohérent), du comportement ayant pour conséquence une incapacité à planifier des tâches simples, comme faire son travail ou des courses, source d'un handicap majeur dans la vie quotidienne.

1.2.2 Mode d'entrée

Il existe deux modes d'entrée dans la maladie : aigu ou insidieux.

La schizophrénie se manifeste par des débuts aigus sous la forme de bouffées délirantes dans 35% à 40% des cas. Une hospitalisation est souvent nécessaire lors du premier épisode [5][6][7][8].Dans les autres cas, le début est insidieux et les troubles évoluent selon 3 phases : une phase prémorbide, une phase prodromique et une phase pathologique[5,6,9,19].

1.2.3 Symptômes repérables

Le diagnostic peut être évoqué par le praticien à partir :d'antécédents familiaux de psychose, d'une rupture avec l'état antérieur et de l'apparition de symptômes inauguraux frustes tels que :

- *Des signes généraux :* amaigrissement, insomnie, épisode confusionnel, fatigue, ralentissement
- Des signes psychotiques décrits ci-dessus
- *Des troubles du comportement :* agressivité physique ou verbale, menaces de mort, irritabilité, susceptibilité, intolérance aux frustrations, bizzareries, théâtralisme, présentation, habillement, troubles du comportement alimentaire, troubles du comportement sexuel
- *Des troubles du fonctionnement social :* absentéisme injustifié, décrochage scolaire, repli sur soi, désinsertion sociale,
- *Des troubles des perceptions et du langage :* fausses reconnaissances, mutisme, logorrhée, néologisme
- *Des troubles de l'humeur :* dépression, exaltation, humeur instable (labile), état mixte, idées suicidaires, désaffectivation
- *Des troubles anxieux :* anxiété, culpabilité, troubles phobo-obsessionnels, préoccupations morbides
- Un passage à l'acte : fugues, vol, usage d'armes, hétéroagressivité, tentative de suicide, ivresses aiguës
- *Un recours aux toxiques* : cannabis, crack, cocaïne, alcool[9,20].

1.3 Facteurs de risque

On distingue plusieurs facteurs de risque selon deux composantes : génétique et environnementale [5][19][21][22][23][24].

1.3.1 Composante génétique

La recherche d'un antécédent familial de schizophrénie est fondamentale : le risque est de 10-12% si un parent du 1er degré est atteint, de 40% si un jumeau monozygote est atteint.

1.3.2 Composante environnementale

1.3.2.1 FDR socio-économiques :

Parmi les FDR systématiquement énoncés dans la littérature, on retrouve : l'environnement urbain, le statut migratoire, la saison de naissance, l'âge du père à la naissance (risque augmenté pour un âge plus élevé), un statut socioéconomique peu élevé.

1.3.2.2 FDR sur le plan psychologique :

La diminution des capacités d'ajustement à un facteur de stress s'il existedes troubles cognitifs ou troubles de la personnalité, un stress maternel pendant la grossesse, un environnement social délétère (maltraitance dans l'enfance par exemple).

1.3.2.3 FDR biologiques (modifiables) :

Ils impactent sur la trajectoire neurodéveloppementale du sujet :

- Affections obstétricales : durant la grossesse et l'accouchement (incompatibilité rhésus, infections prénatales à la toxoplasmose, à la grippe, ou au cytomégalovirus).
- La consommation de tétrahydrocannabinol (THC) contenu dans le cannabis ou la consommation de tabac agissent sur la neuroplasticité nécessaire à la maturation des zones impliquées dans la fonction cognitive.

L’usage régulier du cannabis avant 18ans multiplierait par 2 le risque de développer une schizophrénie.Il s’agirait à la fois d’un facteur précipitant, un facteur de décompensation et un facteur d’entretien des troubles[4,21,25].

L’émergence de la maladie pourrait donc résulter de « l’action de facteurs de stress sur un terrain vulnérabilisé par divers autres facteurs»[22].

1.4 Traitement

1.4.1 Le traitement médicamenteux

Les antipsychotiques agiraient surtout sur les symptômes positifs des patients en les atténuant, en réduisant le risque de rechute et donc en permettant une possible prise en charge psychosociale (la réhabilitation et la réinsertion).En revanche, ils sont peu ou pas efficaces sur les symptômes négatifs et la désorganisation[5].

Le traitement de fond repose sur une monothérapie si possible.

Les neuroleptiques de 2ème génération (voir Tableau 1) par voie orale et prescrit à dose minimale efficace[4,5,26].

Les neuroleptiques d'action prolongée réservés aux patients qui n'adhèrent pas aux soins. Ils sont administrés par voie injectable, en intramusculaire à une fréquence bien précise.

La difficulté c'est l'adhésion au traitement qui doit durer plus de 2ans après le 1er épisode et plus de 5ans après le 2ème épisode. La majorité des patients sont dans le déni et interrompent leur traitement au bout de quelques mois, dès qu'ils se sentent mieux ou en raison d'effets indésirables (en particulier la prise de poids). Ils rechutent alors. « **Le contrôle de la maladie passe par l'observance du traitement. »**[4,5]**.**

Tableau 1 - Neuroleptiques de seconde génération

DCI	Nom commercial	Posologies usuelles
Rispéridone	Risperdal®	4-12 mg/j
Aripiprazole	Abilify®	10-30 mg/j
Amisulpride	Solian®	400-1200 mg/j
Olanzapine	Zyprexa®	10-20 mg/j
Quétiapine	Xeroquel®	300-800 mg/j

Source: Franck, Psychose et délire chronique, RDP et Elsevier Masson[4,18]

1.4.2 Les thérapies

1.4.2.1 La réhabilitation cognitive et psychosociale

C'est la thérapie à privilégier, elle est non médicamenteuse et traite essentiellement les symptômes de désorganisation. Elle se pratique sous forme d'entretiens entre le patient et un professionnel de santé formé (infirmier ou psychologue) au rythme de 2à 3 séances par semaine pendant 3 à 6 mois.

La part psychosociale comprend la psychoéducation, l'entraînement des compétences sociales, le soutien social et la protection des biens.

1.4.2.2 La stimulation magnétique transcrânienne

Il s'agit d'une thérapie qui consiste à appliquer un champ magnétique sur une zone du cerveau pendant quelques secondes. Elle est indiquée en cas de résistance au traitement ou en adjonction avec des antipsychotiques.Elle réduit la survenue d'hallucinations et atténue les symptômes négatifs.

1.4.2.3 L'électroconvulsivothérapie

Ce sont des électrochocs indiqués dans les formes de maladies sévères ou résistantes.

1.4.2.4 La thérapie cognitivo-comportementale

Ce type de thérapie a pour but d'éviter l'isolement et la désocialisation en abordant des dimensions émotionnelles, sociales ou médicales.

1.5 Evolution de la maladie

L'évolution est ponctuée d'épisodes psychotiques aigüs dans les premières années puis se stabilise avec des symptômes résiduels d'intensité variable selon les sujets[6].On parle de 60% de rechutes dans les 2 ans suivant la 1ère admission hospitalière[7].

1.5.1 L'épisode psychotique aigu

« Il n'existe pas de définition consensuelle de l'épisode schizophrénique aigu »[15].L'EPA est caractérisé par un délire d'apparition brutale. Ce délire est associé à une agitation, une agressivité ou une opposition généralement secondaire à l'angoisse générée. Le trouble délirant peut se caractériser par une dangerosité pour autrui[4,15,16].

Dans cette dynamique, une enquête a été réalisée auprès de 1584 psychiatres français à partir de l'échelle PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).

L'étude précise que « les symptômes les plus cités dans les quatre premiers choix, de ceux devant donner lieu à une priorité thérapeutique, étaient les idées délirantes, l'activité hallucinatoire, l'excitation et l'anxiété »[15,27].

De même, le critère de durée n'a été qu'exceptionnellement abordé dans la littérature.L'enquête française montre que la symptomatologie générale doit être modifiée depuis deux semaines pour qu'un état aigu soit défini[15].

1.5.2 Espérance de vie et pronostic

L'évolution peut être :

- Favorable pour 15 à 20% des patients schizophrènes avec une rémission durable après des années de traitement
- Intermédiaire : la maladie est plus ou moins contrôlée par un suivi médical régulier,
- défavorable : 20 à 30% restent peu répondeur au traitement[5,6], pour le reste c'est le décès.

Les patients ont une espérance de vie en moyenne de 10ans inférieure à celle de la population générale : les maladies infectieuses constituant le premier facteur de mortalité. Par ailleurs, le taux de suicide est de 10% et le taux de tentative de suicide est de 40%[4][5][6][7].

Le pronostic varie en fonction de plusieurs facteurs :les caractéristiques de la maladie, la qualité du soutien psychosocial, l'accès aux soins, l'adhésion du patient à sa prise en charge[6].

2. MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive de la population de patients psychotiques en décompensation et nous avons étudié leur parcours de soins.

Pour compléter cette étude, nous avons réalisé un questionnaire visant les médecins généralistes afin d'apprécier d'une part leur rapport avec le centre médico-psychologique et d'autre part leur prise en charge globale du patient psychotique.

2.1 Sélectionde la population d'étude

2.1.1 Etude comparative cas /témoins : Définition des populations

Nous avons mis en oeuvre une étude observationnelle descriptive rétrospective et comparative cas/témoins.L'étude s'est déroulée dans le service du SAMU-SMUR du CHU de PAP et dans les CMP de PAP et des Abymes, de juin 2016 à avril 2017.

Nous avons noté que les CMP des Abymes au nombre de deux (Nord et Sud), partageaient le même local.

2.1.1.1 Population cible et critères d'inclusion/d'exclusion

Les patients ciblesétaient suivis pour psychose chronique. Il s'agissait du diagnostic codé F20 à F29 selon le chapitre 5 de la CIM définissant la schizophrénie, les troubles schizotypiques et les troubles délirants[3].

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Hommes et femmes majeurs
- Diagnostic de psychose chronique (F20-F29)
- Suiviau CMP dePointe-à-Pitreou aux CMP des Abymes (Abymes Nord et Abymes Sud)
- Un ou plusieurs épisodes psychotiques aigus
    - Avec appel et intervention du SMUR
    - Dans la commune de PAP/Abymes
    - Patient amené par le SMUR aux urgences du CHU de PAP
    - Janvier à décembre 2015 inclus

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Patients mineurs, non psychotique chronique, non suivi par le CMP,
- Patients amenés par un autre intervenant que le SMUR (les sapeurs-pompiers seuls ou la police seule, la famille…),
- Etat d'agitation ou de confusion d'origine somatique.

2.1.1.2 Population témoin et critères d'inclusion

Les patients témoins étaient suivis pour psychose chronique.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Hommes et femmes majeurs
- Diagnostic de psychose chronique (F20-F29)
- Suivi au CMP de Pointe-à-Pitre (PAP) ou aux CMP des Abymes avant 2015
- Critère non obligatoire : Un ou plusieurs épisodes psychotiques aigus
    - Lieu : commune de PAP ou Abymes
    - Sans intervention du SMUR

2.1.1.3 Mode de recrutement

Nous avons répertorié dans un tableau Excel, tous les patients qui avaient nécessité une intervention du SMUR, pour le motif « troubles du comportement », dans le secteur Pointe-à-Pitre et Abymes,de janvier à décembre 2015,à partir des données informatiques de la régulation, précisant selon le mois d'intervention : le nom, le prénom, l'âge, l'adresse, le secteur et l'heure d'intervention.

Avec ces données, nous nous sommes rendus, après accord préalable de la chef de service de psychiatrie et l'accord des médecins coordonnateurs, dans lesCMP des Abymes dans un premier temps, puis dans le CMP de PAP dans un second temps afin de trier les patients en 3 colonnes : cibles, bipolaires et première expérience psychiatrique à l'aide du logiciel Excel.

Pour les patients témoins : nous avons sélectionné de façon aléatoire en choisissant les premiers noms sur le carnet de consultation 2014 des CMPde PAP et des Abymes.

2.1.2 Etude des médecins généralistes : Définition des populations

Nous avons mis en oeuvre une enquête descriptive épidémiologique en adressant un questionnaire à chaque médecin libéral.

2.1.2.1 Population cible et critères d'inclusion

L'enquête s'adressait à l'ensemble des médecins généralistes libéraux de la Guadeloupe exerçant dans les communes de PAP et Abymes.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Exercer la médecine générale en secteur libéral
- Exercer la médecine à Pointe-à-Pitre ou aux Abymes.

2.1.2.2 Critères d'exclusion

Le critère d'exclusion était le suivant :

- Un remplissage incomplet du questionnaire ne permettant pas de répondre à l'objectif principal.

2.1.2.3 Mode de recrutement :

Nous avons établidans un tableau Excel, un registre de coordonnées des médecins généralistes de la Guadeloupe dans les secteurs PAP/Abymes intégrant les adresses électroniques et leursnuméros de téléphones.

Deux sources ont alimenté ce registre :

- L'annuaire internet des Pages Jaunes® fournissant les numéros de téléphones des différents praticiens
- Une base d'adresses électroniques

2.2 Observation de la population

2.2.1 Étude comparative cas/témoins

2.2.1.1 Présentation du recueil de données

Lesmodèles de recueil de données ont étéélaborés sous forme d'une page A4 grâce au logiciel Microsoft Word 2010®. Les modèles des patients témoins (Annexe 3) et des patients cibles (Annexe 4) comportaient au total 27 itemsnumérotés avec des réponses à choix multiples et/ou des réponses ouvertes.

Le modèle était structuré en quatres parties :

- La première partie (items 1 à 7) concernait le terrain du patient psychotique
- La seconde partie (items 8 à 10) visait à apprécier les caractéristiques de la maladie
- La troisième partie (items 11 à 20) évaluait le suivi du patient au CMP et la présence d'un suivi par le médecin généraliste
- La quatrième partie (items 21 à 27) étudiait la décompensation selon le critère d'observance, le suivi CMP et la prise en charge pré-hospitalière (uniquement pour les patients cibles)

Nous avions préalablement soumis ce recueil de données à un échantillon de médecins psychiatres et urgentistesafin de contrôler sa pertinence et le degré de validité des réponses proposées.

2.2.1.2 Déroulement de l'enquête

Les patients psychotiques étaient pris en charge de façon ambulatoire au CMP. Nous nous sommes rendus dans les CMP de PAP et des Abymes selon la sectorisation psychiatrique de Guadeloupe (Annexe 6)[28]. Les CMP des Abymes étaient situés dans un lotissement à Pointe d'Or et celui de PAP était localisé à la résidence Ciboneye à la Cité de Bergevin.

L'enquête s'est déroulée sur deux périodes :

- Juillet et aout 2016 au CMP des Abymes selon les jours et horaires d'ouverture et de fermeture.
- Septembre 2016 au CMP de Pointe-à-Pitre selon les jours et horaires d'ouverture et de fermeture.

2.2.1.3 Recueil des données

La collecte des données a été réalisée de deux manières différentes :

- Dans un premier temps : les données ont été recueillies de façon manuscrite sur une fiche individuelle pré-imprimée pour chaque patient cible ou témoin.
- Dans un second temps : nous avons saisiles données à partir du Logiciel Epidata.

2.2.2 Étude des médecins généralistes

2.2.2.1 Présentation du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré sous deux formes grâce à l'outil en ligne Google Forms® disponible sur le serveur Google Drive® et au logiciel Microsoft Word 2010® :

- Une page A4 contenant le questionnaire (au total 12 questions), les questions numérotées et les réponses proposées. Elles étaient précédées d'une présentation brève de l'étude puis présentées directement aux médecins.
- Un formulaire numérique contenant le questionnaire accompagné de la même présentation brève, a été envoyé par e-mail en pièce jointe et dans le contenu de l'e-mail.

Les deux supports proposaient le même questionnaire, structuré en trois parties :

- La première partie (question 1 à 3) concernait l'identité, la localisation du praticien et l'adresse du CMP de sa commune d'exercice.
- La seconde partie (question 4 à 7) visait à apprécier les rapports du praticien avec le CMP du secteur d'exercice du praticien.
- La troisième partie (question 8 à 12) évaluait la pratique du praticien concernant la prise en charge globale du patient psychotique, et la maitrise par le praticien de l'utilisation des certificats médicaux initiaux permettant l'hospitalisation et les soins sans consentement lors d'un EPA[29,30] (Annexe 7).

Nous avions préalablement soumis le questionnaire à un panel de médecins généralistes afin de nous assurer de sa lisibilité et de son intelligibilité. Il avait également été visé par un échantillon de psychiatres contrôlant sa pertinence et le degré de validité des réponses proposées.

2.2.2.2 Déroulement de l'enquête

Le questionnaire a été transmis aux médecins selon deux modalités :

- Le formulaire électronique a été envoyé par mail aux médecins de la base de données : le 25 novembre 2016, le 1er décembre 2016 et enfin le 05 décembre 2016,
- Les médecins de l'annuaire ont été joints par téléphone du 30 novembre 2016 au 15 janvier 2017. Après une présentation orale de l'étude, chaque médecin était interrogé selon la séquence de questions suivantes :

« Avez-vous déjà répondu au questionnaire ?»

« Pouvez-vous y répondre immédiatement par téléphone ? »

« Souhaitez-vous un rendez-vous téléphonique pour y répondre ? »

« Voulez-vous que je vous l'envoie immédiatement par courriel ?»

La séquence était interrompue pour deux raisons :

- Soit le médecin optait pour une modalité, l'option choisie était alors mise en application,
- Soit la conversation prenait fin sans qu'aucune des solutions n'ait été retenue.

Sauf demande de sa part, chaque médecin n'a été sollicité qu'une fois.

2.2.2.3 Le recueil des données

Les données ont été recueillies de deux manières différentes :

- Les formulaires remplis en ligne et renvoyés par les médecins étaient automatiquement agrégés par le serveur Google Forms®.
- Les questionnaires remplis lors de l'interrogatoire téléphonique étaient saisis directement sur le document GOOGLE® et étaient immédiatement agrégés aux autres réponses par le serveur Google Forms®.

2.3 Méthodes d'évaluation

2.3.1 Techniques de traitement des résultats

2.3.1.1 Etude comparative cas/témoins

Le recueil des données a été effectué via un masque de saisie établi grâce au logiciel Epidata. L'analyse statistique de ces valeurs a été réalisée grâce au logiciel Excel 2010®.

2.3.1.2 Etude de médecins généralistes

Le recueil des données a été effectué via l'outil en ligne GOOGLE Forms®. L'analyse statistique de ces valeurs a été réalisée grâce au logiciel Excel 2010®.

2.3.2 Variables utilisées

2.3.2.1 Etude comparative cas/témoins

Les variables suivantes ont été retenues :

- **Terrain**
  - L'âge.
  - Le sexe.
  - L'adresse: PAP ou Abymes, hors secteur ou SDF.
  - L'entourage/contexte familial : seul ou non (enfant, ascendant, conjoint, autre).
  - Les revenus : présence d'un emploi ou non,le type de revenus pour les patients sans emploi : Allocation aux adulteshandicapés (AAH), Revenu de solidarité active (RSA).
  - La toxicomanie: la consommation d'alcool, de tabac, de cannabis, de crack ou de cocaïne.

- **Suivi psycho-social, paramédical, par le médecin généraliste, traitement prescrit**
  - Les mesures de protections : tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, aucune mesure.
  - Le suivi par un psychologue au CMP.
  - Le suivi par une assistante sociale au CMP.
  - La présence de soins infirmiers à domicile.
  - Le suivi par un médecin généraliste.
  - Le traitement prescrit : nombre de médicaments psychotropes, nom et type (oral ou injection retard).

- **Suivi au CMP**
  - L'ancienneté de prise en charge au CMP
  - Le correspondant ayant adressé le patient au CMP
  - Les activités avec CMP
  - Le nombrede consultations médicales annuelles avec un psychiatre, le nombre de psychiatres différents vus, le nombre d'absences aux consultations programmées, le nombre annuel de visites à domicile (VAD)
  - Le nombre d'hospitalisations totales pour décompensation avant l'année 2015

- **Décompensation du patient cible**
  - La durée d'observance du dernier anti psychotique (selon dernière injection IM, observation de l'infirmière diplômée d'Etat (IDE) et observation médicale), le délai entre la dernière consultation(CMP) et la décompensation
  - Le délai entre le début de dégradation de l'état général du patient et la décompensation (selon les appels de détresse de l'entourage du patient, absence du patient objectivée au CMP lors d'un rendez-vous de consultation programmée ou VAD non productive du fait de l'absence ou refus du patient)
  - Le délai entre la dernière consultation(CMP) et la décompensation
  - Les évènements intercurrents : sevrage, traumatisme
  - Le traitement instauré le jour J
  - Le temps passé au service des urgences
  - L'hospitalisation du patient cible ou l'absence d'hospitalisation
  - Le nombre d'hospitalisation des patients cibles pour EPA, sur les 12 derniers mois précédant l'intervention du SMUR de notre étude

- **Présence d'une décompensation du patient témoin ne nécessitant pas l'intervention du SMUR courant l'année 2015**

2.3.2.2 Etude de médecins généralistes

Les variables suivantes ont été retenues :

- La commune d'exercice
- La prise de connaissance des caractéristiques du CMP de leur secteur d'exercice (lieu, médecins psychiatres)
- L'appréciation des relations du praticien avec le CMP de leur secteur d'exercice
- Le suivi de patients psychotiques
- La prise en charge en cabinet de patients psychotiques non menaçants et justification
- L'expérience et les connaissances du praticien concernant la rédaction d'un certificat médical (CM) de soins sans consentement en psychiatrie
- L'accès à ce type de certificat médical

2.3.3 Interprétation des résultats : analyse statistique

Nous avons cherché des liens entre :

- Les variables qualitatives par le test du Khi²
- Les variables quantitatives par le test de Student

Pour chaque recherche, nous avons testé l'hypothèse selon laquelle les liens observés résulteraient du hasard. La probabilité d'une telle hypothèse était notée « p ».

Nous avons retenu comme seuil de significativité p =0,05.

Si p>0,05 alors le lien observé était considéré comme non significatif.

Si p<0,05alors le lien observé était considéré comme significatif (le risque que l'hypothèse nulle soit vraie étant inferieur à 5%).

3. RESULTATS

3.1 Etude cas/témoins :

112 dossiers soit 35 cas (31%) pour 77 témoins (69%) ont été analysés lors de cette étude .

3.1.1 Population cible

À partir de 255 interventions recensées par la régulation du SAMU pour troubles du comportement, 207 patients ont été inclus. La population cible était constituée de 35 patients (Tableau 2 et Figure 1).

Tableau 2 - Répartition du flux des patients cibles selon les communes

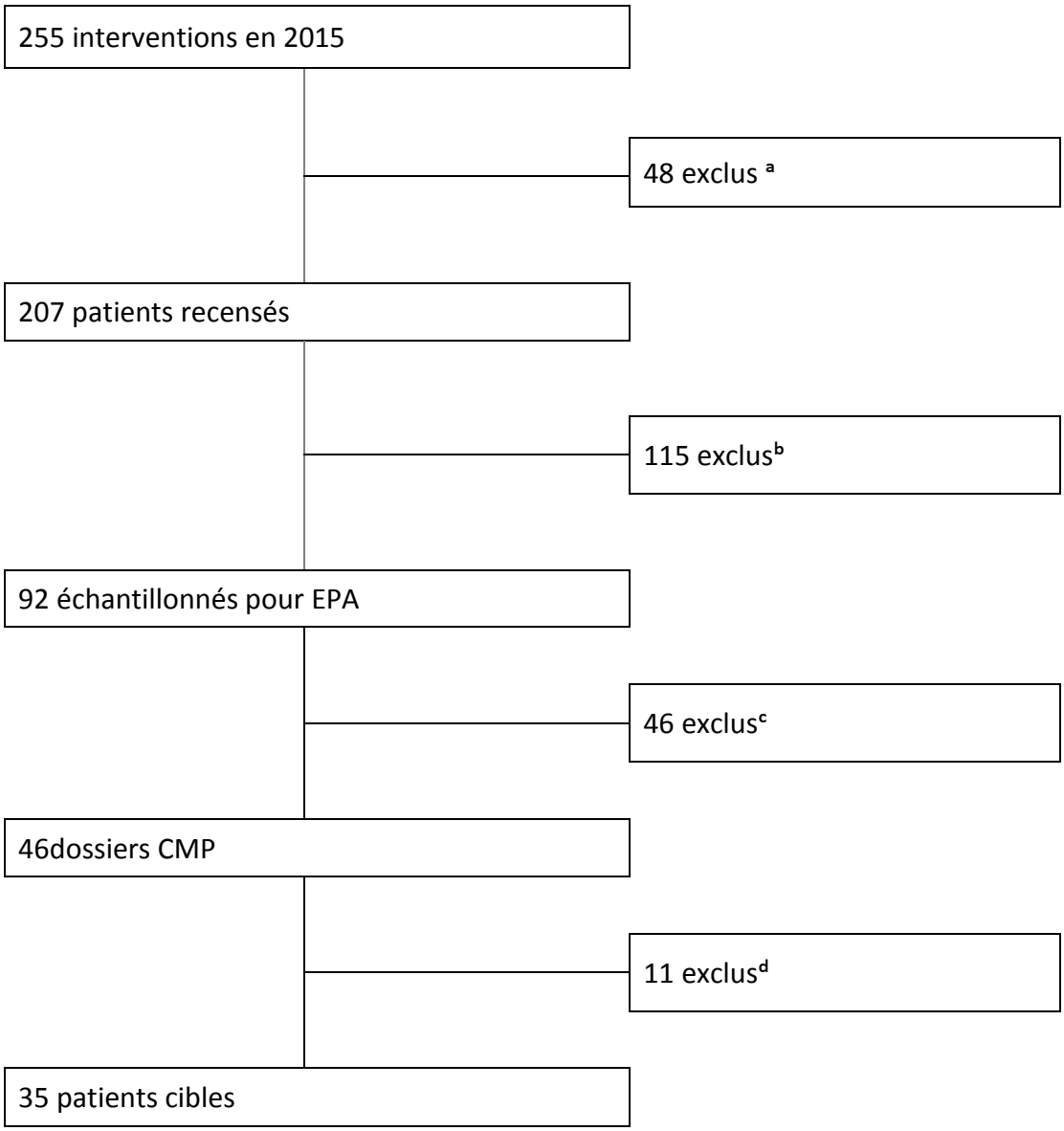
Commune	Echantillon	Inclus	Exclus	Population cible
Abymes Nord et Sud	156	137	115	22
Pointe-à-Pitre	99	70	57	13
TOTAL	255	207	172	35

Source : Données de la régulation du SAMU et dossiers CMP des patients, adaptation J.Carpin avec Excel

Nous avons constaté que 92 patients sur 207 interventions soit un pourcentage de 44% de patients ont nécessité une intervention du SMUR en 2015 pour EPA.

Parmi ces décompensations pour trouble psychotique: 35patients soit 17% étaient suivis dans un CMP. Le diagramme de flux de la population cible est résumé dans la Figure 1.

Figure 1 - Diagramme de flux de la population cible, phase quantitative



Source : Données de la régulation du SAMU et dossiers CMP des patients, adaptation J.Carpin avec Excel

a : 48 interventions pour les mêmes patients (ex : 7 interventions pour 2 patients chacun)
b : diagnostic hors psychose chronique, patient bipolaire seul, patient de moins de 18ans, non amené par le SMUR
c : patient non connu du CMP, jamais venu ou décédé ; dossier archivé ou transféré
d : pas de suivi au CMP antérieur à 2015

3.1.2 Population témoin

Nous avons sélectionné 77 patients témoins soit un peu plus de 2 patients témoins pour un patient cible.

3.1.3 Comparaison entre les 2 populations : résultats d'analyse

Les résultats d'analyses selon le terrain, le mode de vie, l'emploi et les revenus sont résumés dans le tableau 3.

Les résultats qui concernent la consommation de toxiques, les mesures de protection, le suivi psycho-social, la présence de soins infirmiers, le suivi par le médecin généraliste et le traitement prescrit sont résumés dans le tableau 4.

3.1.3.1 Répartition selon le terrain

- **Répartition selon le sexe**

La population cible était constituée de 35 patients, 12 femmes (34.3%) et 23 hommes (65.7 %), soit un sex-ratio de 1,9. La population témoin était constituée de 77 patients, 17 femmes (22.08%) et 60 hommes(77.92%) soit un sex ratio de 3,5(Tableau 3).

- **Répartition selonl'âge**

La moyenne d'âge était de 43.3 ans, le plus jeune avait19 ans et le plus âgé 85ans.

La population cible était constituée de 4 patients (11.43%) entre 18 et 25ans, 26 patients (74.29%) entre 25 et 55ans, 5 patients (14.29%) entre 55 et 85ans.

La population témoin était constituée de 5 patients (6.49%) entre 18 et 25ans, 55 patients (71.43%) entre 25 et 55ans, 17 patients (22.08%) entre 55 et 85ans (Tableau 3).

3.1.3.2 Répartition selon l'entourage

Plus de la moitié des patients cibles soit 26 patients (74.29%) ne vivaient pas seuls contre 46 patients témoins(59.74%)(Tableau 3).

- **Répartition selon le contexte familial : non seul avec enfant**

La majorité soit les 22 patients cibles (84.62%) ou les 44 témoins (95.65%) vivaient sans enfant.Une faible proportion soit 4 patients cibles(15.38%) vivaient en présence de leurs enfants contre 2 patients témoins(4.35%) (Tableau 3).

- **Répartition selon le contexte familial : non seul avec ascendant**

La majorité des patients vivaient avec un ascendant soit 20 patients cibles (76.92%) contre 40patients témoins(86.96%). Nous avons pu noté l'absence d'ascendants pour 6 patients cibles(23.08%)et 6 patients témoins(13.04%)(Tableau 3).

Les patients qui vivaient avec leurs ascendants avaient une moyenne d'âge de 38 ans. Le plus jeune avait 19ans et le plus âgé 64ans. La moyenne d'âge des patients qui ne vivaient pas avec leurs ascendants était de 45ans variant de 29ans (pour le plus jeune) à 65ans (pour le plus âgé).Cette différence est significative (p=0.039).

- **Répartition selon le contexte familial : non seul avec conjoint**

La majorité soit 22 patients cibles (84.62%) et 45 patients témoins (97.83%) vivaient sans conjoint. Une petite proportion soit 4 patients cibles(15.38%) vivaient en présence de leurs conjoints contre 1 patient témoin (2.17%). Cette différence est significative (p=0.034)(Tableau 3).

- **Répartition selon le contexte familial : non seul avec autre membre familial**

Seuls4 patients cibles (26.92%) contre 1 patient témoin (10.87%) vivaient avec un autre membre de la famille. (Tableau 3).

3.1.3.3 Répartition par emploi

La majorité soit 32 patients cibles (91.43%) et 73 patients témoins (94.81%) n'avaient pas d'emploi(Tableau 3).

3.1.3.4 Répartition selon les revenus

Un peu plus de la majorité soit 21 patients cibles (60%) contre 60 patients témoins (77.92%) avaient des revenus. En revanche,14 patients cibles(40%)n'avaient aucune source de revenus contre 17 patients témoins(22.08%).Cette différence entre les 2 populations est significative (p=0.049)(Tableau 3).

Les patients qui avaient des revenus étaient plus jeunes avec une moyenne d'âge de 37ans. Le plus jeune avait 19ans et le plus âgé 65ans. La moyenne d'âge des patients sans revenus était de 46ans variant de 20ans (pour le plus jeune) à 85ans (pour le plus âgé). Cette différence est significative (p=0.0015).

- **Répartition selon les revenus : AAH**

20 patients cibles(57.14%) contre 32 patients témoins(41.56%) ne percevaient pas une AAH(Tableau 3).

- **Répartition selon les revenus : RSA**

La majorité des patients soit 25 patients cibles(71.43%) et 61 patients témoins(79.22%) ne percevaient pas le RSA(Tableau 3).

Tableau 3 - Caractéristiques de la population cible et de la population témoin (1)

		Population cible		Population témoin		P
		(n)	%	(n)	%	
Sexe						
Hommes		(23)	65.7	(60)	77.92	0.172
Femmes		(12)	34.3	(17)	22.08	
Âge						
18-25 ans		(4)	11.43	(5)	6.49	
25-55 ans		(26)	74.29	(55)	71.43	0.472
55-85 ans		(5)	14.29	(17)	22.08	
Entourage						
Non seul		(26)	74.29	(46)	59.74	0.136
Seul		(9)	25.71	(31)	40.26	
Contexte familial						
Enfant	Non	(22)	84.62	(44)	95.65	0.104
	Oui	(4)	15.38	(2)	4.35	
Ascendant	Non	(6)	23.08	(6)	13.04	0.273
	Oui	(20)	76.92	(40)	86.96	
Conjoint	Non	(22)	84.62	(45)	97.83	**0.034**
	Oui	(4)	15.38	(1)	2.17	
Autre[a]	Non	(19)	73.08	(41)	89.13	0.079
	Oui	(4)	26.92	(1)	10.87	
Emploi						
Non		(32)	91.43	(73)	94.81	0.494
Oui		(3)	8.57	(4)	5.19	
Revenus						
Non		(14)	40	(17)	22.08	**0.049**
Oui		(21)	60	(60)	77.92	
Types de revenus						
AAH	Non	(20)	57.14	(32)	41.56	0.125
	Oui	(15)	42.86	(45)	58.44	
RSA	Non	(25)	71.43	(61)	79.22	0.365
	Oui	(10)	28.57	(16)	20.78	

3.1.3.5 Répartition selon la consommation de toxiques

- **Répartition selon la consommation de toxiques: consommation d'alcool**

Nous avons constaté que 8 patients cibles sur 35 (22.86%) consommaient de l'alcool contre 13 patients témoins (16.88%)(Tableau 4).

- **Répartition selon laconsommation de toxiques : consommation de tabac**

Nous avons constaté que 7 patients cibles sur 35 (20%) consommaient du tabac contre 10 patients témoins (12.99%) (Tableau 4).

- **Répartition selon la consommation de toxiques : consommation de cannabis**

Les 12 patients cibles (34.29%)avaient une consommation de cannabis un peu plus élevée que les 20 patients témoins (25.97%)(Tableau 4).

Parmi les patients qui consommaient du cannabis, la majorité soit 36 patients (65.45%) avaient entre 25 et 55 ans, 16 patients (29.09%) avaient entre 55 et 85 ans et enfin 3 patients (5.45%) avaient entre 18 et 25ans.Cette différence est significative (p=0.039).

- **Répartition selon la consommation de toxiques : consommation de crack et de cocaïne**

5 patients cibles (soit 14.29%)contre 6 patients témoins (soit 7.79%) consommaient du crack et de la cocaïne(Tableau 4).

3.1.3.6 Répartition selon le suivi psycho-social, paramédical et par le médecin généraliste

- **Répartition selon les mesures de protection**

La majorité soit 25 patients cibles (71.43%) contre 52 témoins (67.53%) n'avaient pas de mesure de protection.

Nous avons constaté par ailleurs que 9 patients cibles (25.71%) contre19 patients témoins (24.68%) étaient sous tutelle.

De même,1 patient cible(2.86%) était sous curatelle contre 6 patients témoins (7.79%)(Tableau 4).

- **Répartition selon le suivi par un psychologue**

Seuls 3 patients cibles (8.57%) contre 11 patients témoins (14.29%) avaient un suivi psychologique (Tableau 4).

- **Répartition selon le suivi par une assistante sociale**

Plus de la moitié soit 20 patients cibles(57.14%) n'avaient pas de suivi par une assistante sociale alors que 57 patients témoins(74.03%) étaient significativement suivis par une assistante sociale (p=0.001) (Tableau 4).

Les patients qui vivaient avec leurs ascendants avaient un suivi social plus important. En effet : parmi les patients qui avaient un suivi social, la majorité soit 40 patients (87%) vivaient avec leurs ascendants contre 6 patients (13%) qui ne vivaient pas avec leurs ascendants.

- **Répartition selon les soins infirmiers à domicile**

Seuls 6 patients cibles (17.14%) avaient des soins infirmiers contre 23 patients témoins (29.87%)(Tableau 4).

- **Répartition selon le suivi par le médecin généraliste**

Les patients cibles étaient moins suivis par le médecin généraliste.

En effet : 17 patients cibles (48.57%) étaient suivis contre 46 patients témoins (59.74%) (Tableau 4).

- **Répartition selon le traitement prescrit**

Nous avons montré que les traitements les plus prescrits étaient des antipsychotiques de forme orale quotidienne(APOQ) ou injectable(API).

29 patients cibles (82.86%) étaient traités par APOQ contre 66 patients témoins(85.71%).

De même : 18 patients cibles (51.43%) étaient traités par API contre 37 patients témoins(48.05%).

En revanche, une faible proportion soit 1 patient cible (2.86%) et 2 patients témoins (2.6%) étaient traités par antipsychotique de forme orale hebdomadaire (Tableau 4).

Tableau 4 - Caractéristiques de la population cible et de la population témoin (2)

		Population cible		Population témoin		P
		(n)	%	(n)	%	
Consommation de toxiques						
Alcool	Non	(27)	77.14	(64)	83.12	0.453
	Oui	(8	22.86	(13)	16.88	
Tabac	Non	(28)	80	(67)	87.01	0.338
	Oui	(7)	20	(10)	12.99	
Cannabis	Non	(23)	65.71	(57)	74.03	0.367
	Oui	(12)	34.29	(20)	25.97	
Crack, cocaïne	Non	(30)	85.71	(71)	92.21	0.284
	Oui	(5)	14.3	(6)	7.8	
Mesures de protection						
Absence de mesure		(25)	71.43	(52)	67.53	0.606
Tutelle		(9)	25.71	(19)	24.68	
Curatelle		(1)	2.86	(6)	7.79	
Suivi par psychologue						
Non		(32)	91.43	(66)	85.71	0.397
Oui		(3)	8.57	(11)	14.29	
Suivi par assistante sociale						
Non		(20)	57.14	(20)	25.97	**0.001**
Oui		(15)	42.86	(57)	74.03	
Soins infirmiers à domicile						
Non		(29)	82.86	(54)	70.13	0.154
Oui		(6)	17.14	(23)	29.87	
Suivi par médecin généraliste						
Non		(18)	51.43	(31)	40.26	0.269
Oui		(17)	48.57	(46)	59.74	
Traitement prescrit						
Oral quotidien		(29)	82.86	(66)	85.71	0.696
Oral hebdo[a]		(1)	2.86	(2)	2.6	0.937
Injectable		(18)	51.43	(37)	48.05	0.74
TOTAL		(35)	31	(77)	69	

a : hebdomadaire

3.1.3.7 Répartition selon le suivi au CMP

- **Répartition selon l'ancienneté de prise en charge au CMP**

Les patients cibles et témoins étaient suivis au CMP depuis 7ans en moyenne avec un suivi minimum de 1an et maximal de 26ans pour les patients cibles.

- **Répartition selon le correspondant ayant adressé le patient au CMP**

La grande majorité soit 31 patients cibles (88.57%) étaient adressés au CMP après un passage aux urgences et une hospitalisation en psychiatrie. Seuls 3 patients cibles (soit 8.57%)étaient adressés par le médecin traitant et 1 patient cible(soit 2.86%) par un ascendant.

En ce qui concerne les témoins : la majorité soit 62 patients témoins (80.52%) étaient adressés après un passage aux urgences. Par ailleurs, nous avions noté que : 8 patients cibles (soit 10.39%) étaient adressés par leur médecin traitant et 7 patients témoins (soit 9.09%) par eux-même ou leurs ascendants.

- **Répartition selon les activités avec le CMP**

Une infime proportion de patients cibles soit 1 patient cible(soit 2.86%) avait des activités au CMP alors que 10 patients témoins(soit 12.99%) avaient pu en bénéficier.

- **Répartition selon le nombre de consultations médicales annuelles avec un psychiatre**

Les patients cibles consultaient significativement moins le psychiatre que les patients témoins (p=0.0003). Leur moyenne était de 2consultations annuelles variant de 0 à 8 consultations maximales tandis que la moyenne des patients témoins était de 5consultations annuelles variantde 1 à 19 consultations spécialisées.Les patients cibles pouvaient donc ne bénéficier d'aucune consultation.

- **Répartition selon le nombre de psychiatres différents vus**

Le nombre moyen de psychiatres différents vus était de 1 spécialiste pour les 2 groupes variant de 0 à 4 psychiatres différents pour les patients cibles et de 1 à 4 psychiatres différents pour les patients témoins(p=0.05).

- **Répartition selon le nombre de médicaments psychotropes prescrits**

Concernant le traitement : les patients cibles consommaient en moyenne 2 médicaments psychotropes avec un maximum de 5 médicaments psychotropes alors que les patients témoins consommaient en moyenne 3 médicaments psychotropes avec un maximum de 7 médicaments psychotropes.

- **Répartition selon le nombre d'absences aux consultations programmées**

La moyenne était de 1 absence pour les 2 groupes lors de leur suivi au CMP, courant l'année 2015. Il variait de 0 à 10 absences pour les patients cibles et de 0 à 13 absences pour les patients témoins.

- **Répartition selon le nombre annuel de visites à domicile**

La moyenne était de 2 VAD annuelles pour les 2 groupes, variant de 0 à 12 VAD pour les patients cibles et variant de 0 à 19 VAD pour les patients témoins.

- **Répartition selon le nombre d'hospitalisations totales pour décompensation avant 2015**

Au total : les patients cibles avaient une moyenne de 5 hospitalisations pour décompensation avec un minimum de 1 hospitalisation et un maximum de 18 hospitalisations.Les patients témoins avaient une moyenne de 2 à 3 hospitalisations. Cette différence est significative (p=0.0012).

3.1.4 Décompensation des patients cibles

- **Durée d'inobservance du patient cible**

Nos résultats ont montré que les patients ayant décompensé avaient une durée d'inobservance en moyenne de 13 mois soit 1 an et 1mois. Le minimum est l'absence d'inobservance et la durée d'inobservance la plus longueest de 96 mois (soit 8ans).

Parmi les patients ayant décompensé, la durée d'inobservance était de 12mois chez un patient qui consommait du cannabis contre 14 mois chez un patient qui ne consommait pas du cannabis.

- **Délai entre le début de dégradation de l'état général et la décompensation**

La décompensation du patient psychotique était précédée d'une dégradation de l'état général qui débutait en moyenne 13 mois avant soit 1an et 1 mois. Le délai minimal est de 0 mois, et le délai maximal est de 96mois (soit 8ans).

- **Délai entre la dernière consultation au CMP et la décompensation du patient cible**

Notre étude a pu mettre en évidence que les patients cibles décompensaient en moyenne 15mois après la dernière consultation au CMP. Le délai minimal est de 0 mois, et le délai maximal est de 96mois (soit 8ans).

- **Temps passé aux urgences**

Le temps passé aux urgences pour EPA était de 21h en moyenne variant de 0 à 79h (soit 3jours et 7h).

- **Hospitalisation**

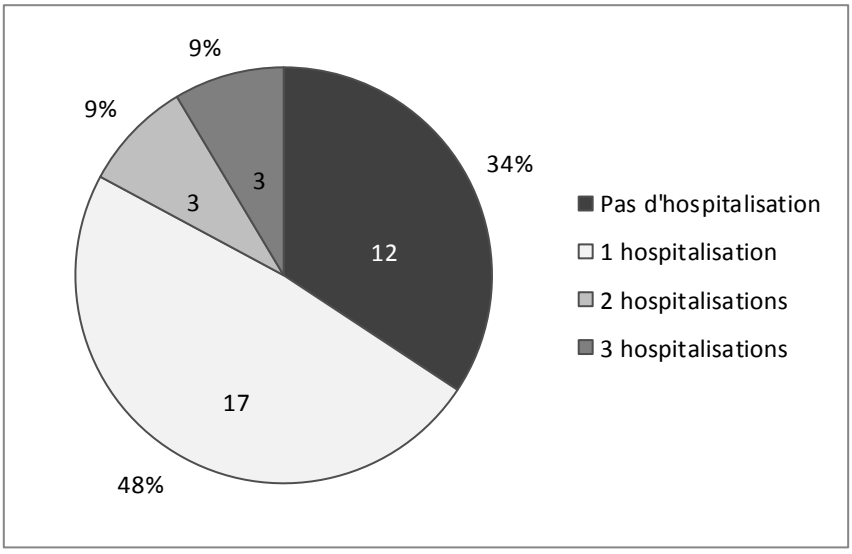
La grande majorité des patients soit 28 patients cibles (80%) avaient été hospitalisés. Seuls 7 patients cibles(20%) n'avaient pas été hospitalisés.

- **Nombre d'hospitalisationspour EPA, sur les 12 mois précédant la décompensation étudiée**

Nous avons montré que :

- 17 patients cibles (48%) avaient eu 1 hospitalisation pour EPA durant l'année qui précède la décompensation étudiée,
- 3 patients (9%) avaient eu 2 hospitalisations antérieures,
- 3 patients (9%) avaient eu 3 hospitalisations antérieures (Figure 2).

Figure 2 - Nombre d'hospitalisations sur l'année précédant la décompensation étudiée



3.1.5 Cas de la décompensation du patient témoin sans recours au SMUR

- **Pourcentage de décompensation du patient témoin**

Seuls 6 patients soit 8% des patients témoins avaient présenté une décompensation ne nécessitant pas une intervention du SMUR. Ainsi, la majorité soit 92% de ces patients n'avaient pas décompensé.

Parmi les 8% de témoins ayant décompensé, la moyenne d'âge était de 36ans. Le plus jeune avait 29ans, le plus âgé avait 49ans. Les témoins n'ayant pas décompensé, soit 92% des témoins avaient une moyenne d'âge de 45ans, le plus jeune ayant 21 ans et le plus vieux 70ans.

- **Consommation de cannabis du patient témoin ayant décompensé**

Seuls 2 patients témoins ayant décompensé (soit 33%) consommaient du cannabis, les 4 autres (soit 67%) n'en consommaient pas.

De même, il n'existait pas de différence significative concernant le nombre de consultations médicales : la moyenne de consultations était de 5 pour l'ensemble des témoins ayant décompensé ou non.

La majorité des patients témoins étaient bien suivis par le médecin généraliste : pour ceux qui avaient décompensé soit 4patients (67%) ou ceux qui n'avaient pas décompensé soit 40patients (58%) .

3.2 Etude des Médecins généralistes :

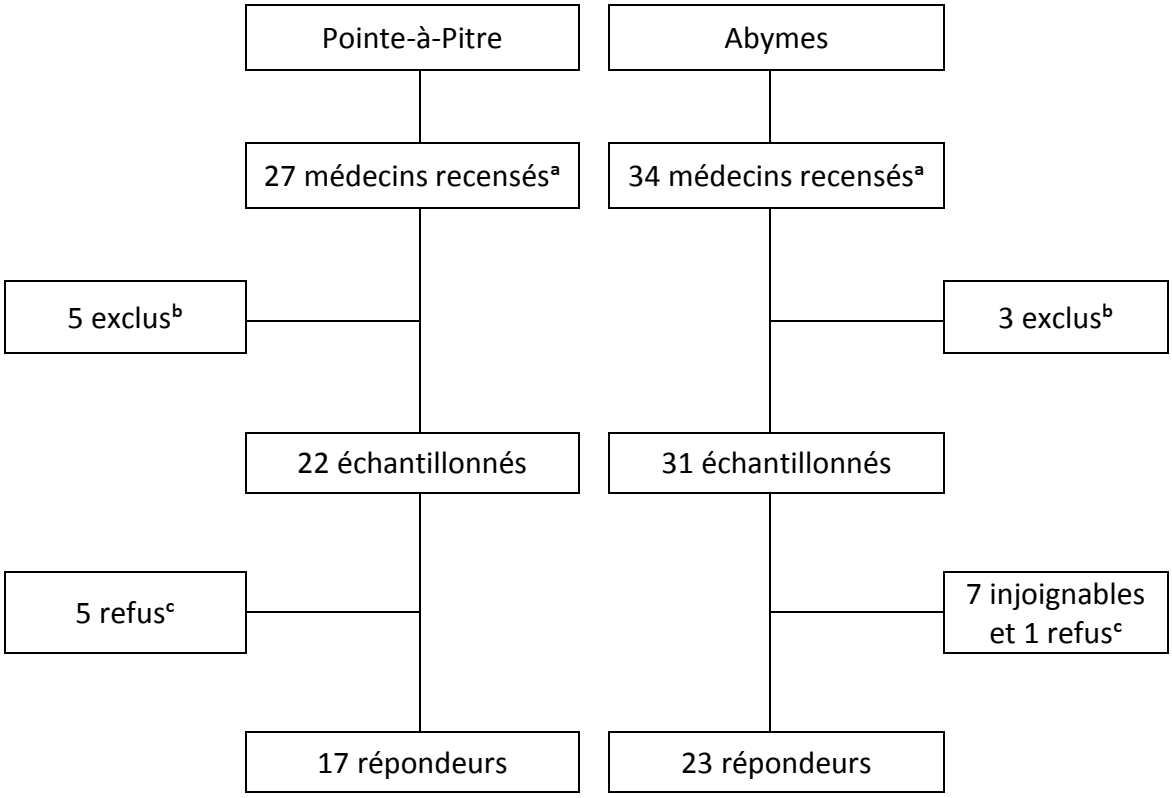
3.2.1 Participation à l'étude

53 médecins généralistes (MG) libéraux sont connus en Guadeloupe dans les secteurs Abymes et Pointe-à-Pitre. 40 ont participé à l'enquête.

Dans le secteur de PAP, 17 médecins ont répondu. Dans le secteur des Abymes, 23 médecins ont répondu. En définitive, nous avons un taux de participation de 75.5%. Ce qui nous place au-dessus des taux de réponses observés dans les études du même type.

Le recrutement des participants est résumé dans la Figure 3

Figure 3 - Recrutement des participants, phase quantitative



a : sur annuaire téléphonique
b : médecins retraités, exercice particulier (chirurgie, angéiologue), hors secteur
c : refus, injoignables

3.2.2 Description des données

Les caractéristiques de la population des médecins généralistes de Pointe-à-Pitre et des Abymes sont résumées dans le Tableau 5.

3.2.2.1 Connaissances sur l'adresse du CMP

Un peu plus de la moitié soit 25 MG (63%) connaissaient l'adresse du CMP de leur secteur (Tableau 5).

3.2.2.2 Contact avec le CMP

- La majorité soit 25 MG (63%) n'avaient aucun contact avec le CMP de leur secteur.
- Seuls 9 MG (22%) des praticiens avaient un contact téléphonique.
- 4 MG (10%)avaient un contact à la fois téléphonique et par courrier.
- Le reste soit 2MG (5%)étaient en lien avec le CMP par courrier uniquement.
- Aucun des praticiens ne communiquait par mail avec le CMP (Tableau 5).

3.2.2.3 Relations médecins généralistes-CMP

Parmi les praticiens, 16MG (40%) n'ont pas donné d'opinion concernant leurs relations avec le CMP, 12MG (30%) ont jugé leurs relations insatisfaisantes et 12MG(30%) l'ont jugé satisfaisantes (Tableau 5).

3.2.2.4 Propositions des médecins généralistes au CMP en cas d'insatisfaction

Parmi les 12 médecins généralistes qui avaient jugé les relations insatisfaisantes(30%) :

7MG(soit 58%) avaient proposé un retour des consultations du CMP sous forme de compte-rendu et courrier.

2MG(soit 17%) avaient émis l'idée d'un numéro d'urgence avec protocole.

2 autres MG (soit 17%) avaient insisté sur la nécessité d'un contact téléphonique

1 MG(8%)avait soumis l'idée d'un carnet de suivi (Tableau 5).

3.2.2.5 Suivi de patients psychotiques par le médecin généraliste

La plupart des médecins généralistes soit 27MG (67%) avaient déclaré ne pas suivre un patient psychotique sans prise en charge associée avec un psychiatre .

Nous avons noté qu'il existait tout de même 13MG (33%) qui suivaient un patient psychotique, seuls sans prise en charge spécialisée associée, en ville ou au CMP (Tableau 5).

3.2.2.6 Conduite à tenir devant un patient psychotique non agité non menaçant

Nos résultats étaient unanimes : le recours au psychiatre de ville était systématique. (Tableau 5).

La conduite à tenir des médecins généralistes était la suivante :

- La majorité soit 21MG(52.5%) avaient choisi d'adresser le patient à un psychiatre de ville seul ;
- 6MG (15%) à un psychiatre de ville ou au CMP ;
- 3MG(7.5%) à un psychiatre de ville ou le prenaient en charge seul,
- 2MG(5%) à un psychiatre de ville ou au CMP ou gérait la situation au cabinet seul,
- 3MG (7.5%) aux urgences seules,

- 2MG (5%) prenaient en charge le patient seul, au cabinet
- 1MG (2.5%) avait décidé d'envoyer le patient au CMP seul.

3.2.2.7 Choix du psychiatre de ville : les motifs

Certains praticiens (environ 12)avaient justifié leur recours au psychiatre de ville :

Le 1er motif pour 3 MG(soit 30%) était lié aux revenus, les patients étaient adressés selon leurs ressources financières.

Les autres motifs respectivement pour 2MG(soit 20%) des médecins généralistes étaient la rapidité, les meilleures relations avec les psychiatres de ville et le peu de maitrise des pathologies psychiatriques.Enfin un MG(soit 10%) avait évoqué la discrétion du cabinet du psychiatre de ville (Tableau 5).

3.2.2.8 Rédaction d'un certificat médical d'admission en soins psychiatriques

Pratiquement tous les MG environ 36MG (soit 90%) avaient attesté avoir rédigé un certificat médical d'admission en soins psychiatriques (Tableau 5).

3.2.2.9 Connaissance sur le certificat médical à rédiger si EPA avec présence de tiers

La réponse correcte à cette question de mise en situation était le certificat médical d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT).Nos résultats ont pu montré que :

- 25MG (soit 62.5%) ont répondu de façon correcte,
- 8MG (soit 20.5%) respectivement 5MG(12.5%) pour le SPDTU et 3MG(8%)pour le SPPI s'étaient trompés,
- 4MG(10%) ne connaissaient aucune des réponses,
- 3MG (10%) ont admis ne pas rédiger de certificat (Tableau 5).

3.2.2.10 Origine du certificat médical

Le Certificat médical (CM) utilisé par les médecins généralistes était pour :

- 15MG(soit 37.5%) téléchargeable sur site,
- 11MG (soit 27.5%) soit manuscrit, soit stocké dans un logiciel ou sur l'ordinateur,
- 2MG(soit 5%) à partir du logiciel et d'un site téléchargeable,
- 1 MG(soit 2.5%) ne savait pas où se procurer un CM.

Tableau 5 - Caractéristiques de la population des médecins généralistes

	Population	
	(n)	**%**
Adresse du CMP connue	(25)	63
Contact avec le CMP		
Aucun contact	(25)	63
Contact téléphonique	(9)	22
Contact téléphonique et par courrier	(4)	10
Courrier seul	(2)	5
Relations avec le CMP		
Pas d'opinion	(16)	40
Satisfaisantes	(12)	30
Insatisfaisantes	(12)	30
Proposition si insatisfaction		
Compte-rendu/courrier du CMP	(7)	58
Numéro d'urgence avec protocole	(2)	17
Contact téléphonique	(2)	17
Carnet de suivi	(1)	8
Suivis de patients psychotiques		
Non seul avec psychiatre libéral	(27)	67
Seul sans psychiatre libéral et sans CMP	(13)	33
CAT devant un patient psychotique non agité		
Adressé à un psychiatre de ville	(21)	52.5
Adressé à un psychiatre de ville ou au CMP	(6)	15
Adressé à un psychiatre de ville ou pris en charge seul	(3)	7.5
Adressé à un psychiatre de ville ou au CMP ou pris en charge seul	(2)	5
Adressé aux urgences	(3)	7.5
Pris en charge seul	(2)	5
Adressé au CMP seul	(1)	2.5
Choix du psychiatre de ville		
Revenus	(3)	30
Meilleures relations, rapidité, peu de maîtrise des troubles	(2)	20
Discrétion	(1)	10
Rédaction d'un CM d'admission en soins psychiatriques	(36)	90
CM à rédiger si EPA avec présence d'un tiers		
SPDT : réponse correcte	(25)	63
SPDTU	(5)	12.5
SPPI	(3)	8
Ne connaissent pas la réponse	(4)	10
Pas de rédaction de certificat	(3)	8

CM : certificat médical ; SPDT: soins psychiatriques à la demande de tiers ; SPDTU: soins psychiatriques à la demande de tiers en urgences ; SPPI: soins psychiatriques pour péril imminent ; SPDRE: soins psychiatriques à la demande du Représentant d'Etat

4. DISCUSSION

La force de cette étude réside dans son originalité.

Elle traite d'un trouble psychiatrique peu abordé et en lien avec la médecine générale : la décompensation du patient schizophrène qui est un problème de santé publique. Elle analyse et confronte deux prises en charge à la fois : celle du CMP et celle du médecin généraliste. Enfin, elle met en évidence la présence d'un 3ème acteur : le SMUR.

4.1 Biais et Limites de l'étude

Comme toute méthodologie, celle de notre étude a des limites et s'expose à des biais :

- Un biais de sélection puisqu'aucun travail préliminaire n'a été effectué afin de s'assurer de la représentativité de la population étudiée
- Un biais de sélection des patients témoins issus du même CMP que les patients cibles, partiellement contrôlé par le tirage aléatoire
- Un biais de classement dans l'étude annexe des médecins généralistes puisque les médecins ayant répondu par courriel ou par téléphone sont intégrés à l'étude sans distinction
- Un biais de mémorisation : un médecin ayant un parent du premier degré atteint de schizophrénie ou ayant lu un article la veille sur le sujet aura un meilleur taux de bonnes réponses

- Des biais d'information : il était difficile de juger l'observance car le traitement était prescrit pour une longue durée, avec une difficulté de traçabilité des prises médicamenteuses. L'observance ne pouvait qu'être estimée à partir de l'ordonnance du patient, ou éléments de dossier dans la consultation médicale ou IDE

  Le nombre d'injections effectuées a été biaisé du fait du nombre d'absence. Il aurait été souhaitable de connaître plutôt le nombre d'injections non réalisées. Le nombre de VAD était patient dépendant, les VAD étant plutôt indiquées chez le patient isolé, ayant un accès difficile au CMP ou absent lors des consultations

- Des biais de subjectivité de l'enquêteur

4.2 Résultats et forces de l'étude

Notre étude confirme l'impact socio économique ainsi que le coût lié à la prise en charge du patient psychotique[5,31]

Le patient cible est un homme avec un âge moyen de 43.3 ans qui vit majoritairement avec un ascendant .Les données de la littérature confirme un âge moyen de 42.3ans[32]et la prédominance masculine[5][6][7][8][9][33].Seule une étude précise l'entourage : les patients étant majoritairement célibataires (60%)[33].Le congrès français de psychiatrie a par ailleurs prouvé que les ascendants ont une moindre qualité de vie, une plus grande morbidité liée au stress et consomment plus de soins en santé que les aidants de patients souffrant d'autres affections[34].

Il s'agit d'un patient sans emploi, significativement sans revenus. L'absence de ressources financièresconstitue un handicap social et rend difficile l'accès aux soins. Elle s'explique dans notre étude par un suivi social significativement inexistant, bien qu'indispensable à l'insertion socio professionnelle. Une seule étude au Burkina Faso trouve 14.9% de patient sans emploi[33], le reste de la littérature n'a pas établi de lien entre l'EPA et le suivi social .

Un EPA constitue presque la moitié des interventions du SMUR pour troubles du comportement(44%). Des résultats similaires(48%) sont retrouvés dans une étude en Espagne sur 100 patients admis aux urgences psychiatriques pour trouble psychotique aigu[35].Le patient psychotiquepeut occasionner à lui-seul jusqu'à 7 sorties SMUR en une année au CHU de PAP avec une admission systématique aux urgences.

Trois facteurs contribuent à expliquer l'augmentation de la demande de prise en charge psychiatrique aux urgences en France :

- L'attractivité du service des urgences par une intervention rapide à toute situation de détresse,
- La baisse de ladurée moyenne de séjour en hospitalisation psychiatrique, passant de 190 à 41 jours en 20 ans, soit unediminution de près de 80 %
- La diminution constante du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie (de 119 372 lits en 1975 à 65 000 en 1995, et à 37 000 en 2003)soit une baisse de près de 69 %[13,32].

Par ailleurs, nous avons noté un temps passé aux urgences nul(0h)pour certains patients cibles. Ce passage aux urgences est expliqué par des retours à domicile comprenant essentiellement des refus de soins. Les patients rentraient à domicile soit contre avis médical soit en fuguant du service. Il s'agissait des patients non hospitalisés soit 20% des patients admis aux urgences de notre enquête. L'étude de l'hôpital d'Ambroise-Paré sur l'évaluation de l'activité d'accueil des urgences psychiatriques a démontré un refus de soins chez 11% des patients non hospitalisés[32].

En revanche : nous avons montré que 80% de ces patients sont hospitalisés pour décompensation. De manière significative, ils sont hospitalisés2 fois plus en psychiatrie. De surcroît, il existait au moins une hospitalisation antérieure à la décompensationétudiée, datant de moins de 12 mois. Ce constat est confirmé dans la littérature, par certains auteurs : ces troubles représentent une part considérable de la demande de soins soit 1/5eme des lits d'hospitalisation à temps complet [31,36].

Notre étude révèle que le parcours de soins du patient psychotique souffre d'une carence en psychiatres

Le patient cible décompense en moyenne au bout d'un an après la dernière consultation spécialisée.

Notre enquête prouve qu'il consulte significativement moins de psychiatres ou ne bénéficie parfois d'aucune consultation spécialisée. De plus, il n'a pas de suivi psychologique et peu d'activités au CMP. Il ne peut donc disposerni d'une réévaluation clinique, ni d'une psychoéducation thérapeutique, ni d'une thérapie cognitivo-comportementale nécessaires à sa prise en charge globale[5,6].

La sectorisation en psychiatrie a été conçue pour offrir, sur une zone géographique donnée, une continuité des soins psychiatriques[37].Cependant, comme illustrée dans notre étude, les CMPsont fragilisés par une carence en moyens humains et matériels.

En Guadeloupe, on distingue 6 secteurs psychiatriques pour les patients adultes avec 14 CMP rattachés à 3 centres hospitaliers (PAP, Montéran et Saint-Martin). Il existe 8 CMP dans la région de la Grande-Terre.

Dans la zone PAP et Abymes, on retrouve respectivement 2 et 4 psychiatres. Ils travaillent dans des locaux disposant de bureaux de consultation, d'une salle d'attente et d'une salle de soins.

Il s'agit d'un centre pluridisciplinaire avec des psychiatres, des infirmiers, une assistante sociale, un psychologue, une secrétaire, un cadre de santé et une aide soignante.

Les psychiatres libéraux sont au nombre de 7 en Guadeloupe selon l'annuaire et les données fournies par les psychiatres eux-mêmes.

On en distingue 5 sur la région de la Grande-Terre, dont 3 exerçant dans la zone PAP.6 psychiatres exercent au CHU de Pointe-à-Pitre.

Il existe donc une véritable pénurie de psychiatres en Guadeloupe et singulièrement dans le bassin de la Grande-Terre. On assiste ainsi à un essoufflement de la sectorisation psychiatrique, constat fait par d'autres auteurs [38].

En France hexagonale, au 1er janvier 2016, le répertoire partagé des professionnels de santé recense 15048 médecins spécialistes en psychiatriedont 44 % en exercice libéral ou mixte. Entre 1984 et 2013, les effectifs des psychiatres ont été multipliés par 2,5. La densité d'offre en 2013 est de 22,3 psychiatres pour 100 000 habitants et de 10,1 pour les seuls praticiens libéraux. La Guyane n'en compte aucun[39].

Cependant, depuis la mise en place du système des épreuves classantes nationales (ECN) en 2004 pour le choix de la spécialité à l'internat, l'évolution des postes de psychiatres ouverts à l'internat a suivi celle du numerus clausus 5 ans auparavant. De 200 places en 2004, le nombre de postes d'internes ouverts se situe à 557 pour la rentrée 2015. En 2013, pour la deuxième année consécutive, 12 postes de psychiatres sont restés vacants à l'internat[40].

À moyen terme, le déséquilibre très marqué de la pyramide des âges des psychiatres va se traduire par un départ massif de professionnels jusqu'en 2025.Le ministère de la santé apréconisé la formation de 7 psychiatres pour la région Antilles-Guyane selon l'arrêté du 22 décembre 2015 pour la période 2016-2017[41]. Cette mesure devrait à long terme, augmenter l'effectif de psychiatres dans notre région.

Notre étude met en évidence un facteur pronostique et un facteur de précipitation connu :

La durée d'inobservance est égale au délai entre la dégradation de l'état général débutant et la décompensation. La dégradation de l'état général signerait le début de la rupture thérapeutique, à l'origine de l'EPA et serait un facteur pronostique de décompensation.

Le patient psychotique de notre étude est peu polytoxicomane avec une tendance plus importante vers le cannabis. Ce dernier réduirait le délai d'apparition de l'EPA, se révélant être un facteur de précipitation comme confirmé dans d'autres études [4,21,25].

Notre étude annexe souligne une collaboration insuffisante avec le médecin généraliste dans le parcours de soin du patient psychotique :

Quel que soit le type d'activité du praticien : le rapport avec le CMP et les éléments à prendre en compte pour la prise en charge du patient psychotique sont homogènes, ce qui renforce nos résultats. 75 % des questionnaires nous sont parvenus dans les délais. La participation était donc dans la fourchette de nos attentes.Ce taux de réponse élevé peut être compris comme reflétant l'intérêt des cliniciens pour cette question.

Dans notre enquête : le patient cible est peu suivi par le médecin généraliste et peu adressé au CMP par celui-ci. Les MG ont un contact limité avec le CMP de leur commune. 30% d'entre eux déplorent un manque de communication et des retours insuffisants des psychiatres concernant les consultations des patients qu'ils leurs ont adressés. Seulement un tiers des praticiens déclare être satisfait de la relation avec cette structure. Toutefois, ils connaissent l'adresse du CMP. Dans ce contexte, très peu de patients psychotiques sont adressés par un médecin généraliste. Ils préfèrent collaborer avec un psychiatre de ville, « d'accès plus simple, bien que coûteux ».

Le rapport sur la santé mentale de 2016 confirme notre analyse. En effet, il semble « qu'en France, le taux d'adressage des médecins généralistes vers les psychiatres est

l'un des plus faibles d'Europe »[39].

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2014 révèle que les MG déclarent avoir des relations difficiles avec les secteurs psychiatriques.

En effet, elle démontre que :

- Plus de 90% des MG déclarent avoir des patientsqui sont suivis au CMP,
- Seulement 40% disent pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin
- 22% disent être régulièrement informés de la situation de leurs patients
- 66% se plaignent d'un manque de communication [42]

Cette étude de la DREES identifie plusieurs raisons : les circonstances qui nécessitent l'intervention d'un psychiatre ne sont pas évidentes. Les diagnostics psychiatriques sont ardus. Le degré de gravité requérant un avis spécialisé n'est pas clairement défini. Par ailleurs, la formation des MG en la matière est notoirement insuffisante. Il semble difficile pour le praticien d'identifier le bon interlocuteur.

Une thèse réalisée en Guadeloupe en 2014 a mis en évidence ce faible niveau de connaissances sur la schizophrénie débutante des médecins généralistes de la Guadeloupe et le recours systématique au psychiatre libéral [9]. Cet écrit a préconisé la mise en place de modules de formation spécifique et a permis la mise en place d'une consultation de dépistage et d'accès au soin précoce de la schizophrénie au CHU de PAP.Deux facteurs semblent expliquer le sous-repérage des troubles mentaux par ces professionnels : la durée de consultation et laformation (initiale et continue) insuffisante en matière de santé mentale.

4.3 Actions d'amélioration et de prévention

Une prise en charge précoce des troubles au sein du CMP

Le CMP est une structure de soins en psychiatrie générale dotéed'une équipe ambulatoire. Depuis la circulaire de 1990, le CMP est conçu comme le pivotdu dispositif de soins du secteur[13].Elle est mise en place pour faciliter l'accès aux soins . Elle doit être au centre de la prise en charge du patient et peut agir à plusieurs niveaux :

Niveau 1 : Agir avant la survenue d'un EPA. Plusieurs travaux recommandent une prise en charge précoce des troublesde façon à agir en amont: repérer les sujets à haut risque, créer des centres de dépistage précoce [5,6,9,14,18,22,37,43]**,**former les médecins généralistes, informer la population.

Niveau 2 : Éviter une hospitalisation. Le CMP aura pour but de mettre en place des soins personnalisés qui permettront d'éviter l'hospitalisation notamment lorsque le patient présente une modification de la symptomatologie spécifique et générale (impulsivité, anxiété, agitation).Il pourrait s'agirde la mise en place :

- De consultations médicales rapprochées 2 à 3 fois par semaine
- De VAD précoces avec un partenariat psychiatres/IDE formé
- D'ajustements thérapeutiques (forme IV à la place d'une forme orale)
- D'appels réguliers de l'entourage

Niveau 3 : alternatives au SMUR si nécessité d'hospitalisation

- Le CMP en collaboration avec le SAMU-SMUR pourrait créer des protocoles. Ce système permettra le transfert du patient sans intervention du SMUR, aux urgences psychiatriques, par une équipe formée du CMP, alliant IDE référent et psychiatre avec des véhicules dédiés

- Une alternative, en cours de recherche, dénommée « équipe rapide intervention crise » (ERIC) est une unité implantée dans un hôpital psychiatrique en banlieue parisienne, à l'hôpital Charcot (Plaisir). L'équipe, formée d'un psychiatre et d'une infirmière, se déplace à la rencontre du patientsur le lieu de l'urgence, ou bien l'accueille dans ses locaux. Cette équipe intervient vingt-quatre heures sur vingt-quatre et assure également un suivi de post-crise pendant un mois[44]

- Autre alternative au SMUR : Une garde ambulancière de jour avec une formation adaptée des ambulanciers

Niveau 4 : un projet de sortie après l'hospitalisation. Le CHU de Suisse a introduit la notion en psychiatrie d'un « case management » qui permet de mieux prendre en charge les premiers épisodes aigus à la sortie d'hospitalisation tous les 3 mois pendant un an.

Il s'agit de : l'évaluation répétée et détaillée de l'état mental du patient (risques auto et hétéro-agressifs), d'une information claire au patient et à sa famille, d'un encouragement clair mais respectueux à adhérer au traitement, l'établissement d'une relation thérapeutique, d'une attention portée sur les relations sociales, les études ou le travail pour limiter l'impact de la maladie[14].

La mise en place d'un réseau entre patients, médecins généralistes et CMP dans une logique de parcours sans rupture :

De nombreux rapports relatifs à la santé mentale ont introduit la notion de réseau et proposé des recommandations souvent convergentes[38,42,43,45,46].

Mettre en place des relations fortes et confiantes,tant sur le plan quantitatif

que qualitatif, est d'autant plus essentiel que 25% de la patientèle des MG souffrent de troubles mentaux[42].

Selon le dernier rapport publié en 2016« le modèle de la continuité de l'intervention socio-sanitaire est la clé du succès ». Les relations entre les acteurs de la psychiatrie et les professionnels du premier recours doivent progresser. Les services de réhabilitation doivent se développer. Ils visent à diminuer l'impact des troublesafind'améliorer l'insertion sociale du patient [39].

Il serait intéressant de :

- Mettre en place une action qui vise les MG
    - Sensibiliser les MGau repérage fin des premiers symptômes, pour une orientation précoce vers la consultation de dépistage[9]
    - Mettre à jourles MG sur les changements relatifs à loi sur l'hospitalisation sous contrainte et les différents types de CM[29,30]
    - Réaliser des protocoles sur la conduite à tenir thérapeutique appropriée face à un épisode délirant stable avant la prise en charge par le psychiatre : le type de molécule, la posologie
- Communiquer un numéro d'urgence direct d'un psychiatre en CMP et d'un psychiatre intra hospitalier pour favoriser les échanges

- Ouvrir l'accès du CMP aux MG comme l'évoque le rapport Demay de 1982 [46]. Récemment des terrains de stage ont été ouverts aux étudiants dans les CMP de Guadeloupe et de Martinique
- Renforcer la présence des paramédicaux : favoriser un travail en commun des infirmiers de secteurs de psychiatrie et de leurs collègues libéraux conventionnés comme le suggère le rapport de Roelandt en 2004[38]
- Désigner un infirmier référent et un médecin référent dans chaque structure CMP pour le suivi ambulatoire des patients[47]
- Favoriser les formations croisées initiales et permanentes de tous les professionnels de structures sociales et sanitaires concernées par les troubles mentaux[39]
- Clarifier la prise en charge des addictions en créant un lien avec des unités de soins en addictologie[39]
- Informer l'entourage qu'il est possible de consulter sans la présence du patient
- Elargir les horaires d'ouverture du CMP
- Développer la recherche en psychiatrie
- Impliquer l'ARS pour veiller à une bonne collaboration entre secteurs psychiatriques et structures médico-sociales
- Créer des groupes de parole aidant/patient animé par un binôme psychologue/psychiatre

Le réseau constituerait un véritable continuum social entre services sociaux, médecine générale et psychiatrique, paramédicaux, CMP et hôpital. Renforcer les liens entre psychiatrie et médecine générale permetla prise en charge somatique du patient et incite la communication du MG avec le CMP de sa commune.

Aussi, cette démarche d'unité vise à établir une relation de confiance MG -patients psychotiques -CMP, à optimiser la continuité thérapeutique dans la prise en charge au long cours du patient psychotique avec pour but ultime de limiter l'échappement thérapeutique.

CONCLUSION

La schizophrénie est un problème de santé publique auquel chaque professionnel doit être sensibilisé.

« Le contrôle de la maladie passe par l'observance du traitement. »[4,5]et par la prise en charge précoce et globale du patient [5,6,9,14,18,37,43].

Au-delà de l'inobservance thérapeutique, notre étude a prouvé une faiblesse des structures médico-psycho-sociales à prévenir la décompensationdans notre région. Elle souligne également l'intérêt d'une réflexion générale sur la prise en charge du patient psychotique.

Ce travail vise à motiver la réalisation d'autres enquêtes qui permettront :

- D'analyser la qualité de vie des aidants et le ressenti des médecins généralistes dans des situations cliniques complexes
- De lutter contre la stigmatisation et considérer la schizophrénie non pas comme un « tabou » mais comme une affectionchronique telles que le diabète ou l'hypertension artérielle
- De réconcilier le soignant, la famille et la société en apprenant à dépister les signes précoces de la maladie, ce qui améliorera le pronostic à long terme

La mise en place d'un réseau de soins coordonné entre famille-patient-médecins généralistes et CMP, associée à une évaluation précoce personnalisée et régulière du patient permettront une prise en charge au long cours et une prévention des troubles psychotiques aigus.

Le médecin généraliste doit être au cœur du parcours de soins du patient psychotique afin de promouvoir une psychiatrie de proximité, ayant pour finalité d'améliorer la qualité de vie du patient psychotique, de ses proches et de sa communauté.

RÉFÉRENCES

1. Caisse Nationale Assurance Maladie. Cartographie_Pathologies_Depenses_2015.pdf [Internet]. 2015 [cité 2017 mai 9]. Available from: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Cartographie_Pathologies_Depenses_2015.pdf

2. Fenina A, Geoffroy Y, Minc C, Renaud T, Sarlon E, Sermet C. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France - Qes111.pdf. Inst. Rech. Doc. En Econ. Santé IRDES 2006;8.

3. ATIH Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation. Chapitre V troubles mentaux et du comportement [Internet]. 2007 [cité 2016 nov 20];Available from: https://files.zotero.net/1919942118/modif_CIM-10_chapV_2007_1.pdf

4. Franck N. Psychose et délire chronique. Rev. Prat. 2012;62:115‑22.

5. Krebs M-O, Inserm. Schizophrénie [Internet]. 2014 [cité 2017 avr 11];Available from: http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie

6. Llorca P-M, Leboyer M, Morselli P-L. La schizophrénie [Internet]. Orphanet2004 [cité 2017 avr 14];Available from: https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf

7. Clervoy P, Corcos M. Epidemiologie et histoire naturelle de la schizophrénie. Rev. Prat. 2002;1177‑82.

8. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study. Psychol. Med. Monogr. Suppl. 1992;20:1‑97.

9. Doressamy A. Schizophrénies débutantes: connaissances des médecins généralistes de la Guadeloupe en 2014. 2014;

10. INPES I national de prévention et d'éducation pour la santé, DSDS D de la S et du DS, Renia P. La Santé de l'homme n° 403- "Promouvoir la santé dans les Dom 1. Guadeloupe, Martinique - Guadeloupe : état de santé des populations et pratiques de promotion de la

santé [Internet]. 2009 [cité 2017 avr 14]. Available from: http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/403/02.htm

11. ORSAG OR de la S de G. Santé des jeunes: Etat de santé des jeunes âgés de 15 à 24ans vivant en Guadeloupe [Internet]. 2016 [cité 2017 janv 9]. Available from: http://guadeloupe.drjscs.gouv.fr/sites/guadeloupe.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/orsag_sante_jeunes_guadeloupe_dt_2016.pdf

12. Raffard S, Bayard S, Capdevielle D, Garcia F, Boulenger J-P, Gely-Nargeot M-C. La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique : Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l' insight. /data/revues/00137006/00340006/07001224/ [Internet] 2008 [cité 2017 mai 10];Available from: http://www.em-consulte.com/en/article/196143

13. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques D. La prise en charge de la santé mentale - recueil d'études statistiques [Internet]. 2007 [cité 2017 mai 11]. Available from: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_mentale_2007-2.pdf

14. Marion-Veyron R, Mebdouhi N, Baumann PS, Thonney J, Crespi S, Conus P. Les premiers épisodes psychotiques : de l'importance du case management. LÉvolution Psychiatr. 2013;78:41‑51.

15. Baylé F-J, Misdrahi D, Llorca P-M, Lançon C, Olivier V, Quintin P, et al. Définition de l'état aigu dans la schizophrénie : enquête réalisée auprès des psychiatres français. L'Encéphale 2005;31:10‑7.

16. Passamar M, Tellier O, Vilamot B. L'agitation psychomotrice, la sédation médicamenteuse et l'urgence psychiatrique chez le patient psychotique. L'Encéphale 2011;37:448‑56.

17. Pan American Health Organization. French Guiana, Guadeloupe, and Martinique [Internet]. In: Health in the Americas. [cité 2017 avr 14]. page 323‑41.Available from: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=130&Itemid=

18. Franck N. La Schizophrénie. Paris: Odile Jacob; 2006.

19. Fédération française de psychiatrie. Les schizophrénies débutantes - conférence de consensus des 23 et 24 janvier 2003 - 8109.pdf. Acta Medica Int. 2003;20:249‑52.

20. Consultation de dépistage et d'accès au soin précoce de la schizophrénie.

21. Le Bec P-Y, Fatséas M, Denis C, Lavie E, Auriacombe M. Cannabis et psychose : recherche d'un lien de causalité à partir d'une revue critique systématique de la littérature. L'Encéphale 2009;35:377‑85.

22. Mallet J, Le Strat Y. Prévention primaire: des facteurs de risque contrôlables. Concours Méd. 2016;138:449‑52.

23. Oliver EA, Fearon P. Schizophrenia: epidemiology and risk factors. Psychiatry 2008;7:410‑4.

24. Vilain J, Galliot A-M, Durand-Roger J, Leboyer M, Llorca P-M, Schürhoff F, et al. Les facteurs de risque environnementaux de la schizophrénie. L'Encéphale 2013;39:19‑28.

25. Thomas P, Amad A, Fovet T. Schizophrénie et addictions : les liaisons dangereuses. L'Encéphale 2016;42, Supplement 3:S18‑22.

26. Tebeka S, Airagnes G, Limosin F. Antipsychotiques : quand et comment les prescrire ? Rev. Médecine Interne [Internet] [cité 2017 avr 11];Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866316310463

27. KAY S., OPLER L., FISZBEIN A. Echelle PANSS POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE - echelle-PANSS-POSITIVE-AND-NEGATIVE-SYNDROME-SCALE.pdf [Internet]. [cité 2017 avr 16];Available from: http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2010/09/echelle-PANSS-POSITIVE-AND-NEGATIVE-SYNDROME-SCALE.pdf

28. CH de Montéran, DIM Département d'information médicale. Sectorisation psychiatrique en Guadeloupe [Internet]. 2013 [cité 2017 avr 20];Available from: http://www.sentinelles971.com/wp-content/uploads/2016/12/carte_sectorisation.pdf

29. Legifrance. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013.

30. Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations. Presse Médicale 2014;43:1195‑205.

31. Charrier N, Chevreul K, Durand-Zaleski I. Le coût de la schizophrénie : revue de la littérature internationale. /data/revues/00137006/v39sS1/S0013700612002801/ [Internet] 2013 [cité 2017 avr 13];Available from: http://www.em-consulte.com/en/article/809062

32. Seletti B, Launay C, Garnier B, Brun-Ney D, Boulard JC, Petitjean F. Accueil des urgences psychiatriques au sein d'un centre hospitalier universitaire. Intérêt de l'intégration dans un réseau de soin sectorisé. Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr. 2001;159:160‑6.

33. Karfo K, Kiendrebeogo JA, Yaogo A, Ouango JG, Ouédraogo A. Les troubles psychotiques aigus et transitoires au Burkina Faso : aspects épidémiologiques et cliniques à propos de 188 cas. Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr. 2011;169:160‑6.

34. Guillon P, Van Impe K, Gupta S. Le fardeau des aidants de patients souffrant de schizophrénie en France. Eur. Psychiatry 2015;30:S114.

35. Pascual JC, Madre M, Puigdemont D, Oller S, Corripio I, Díaz A, et al. [A naturalistic study: 100 consecutive episodes of acute agitation in a psychiatric emergency department]. Actas Esp. Psiquiatr. 2006;34:239‑44.

36. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr. 2008;166:63‑70.

37. Cases C, Salines E. Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage, Abstract. Rev. Fr. Aff. Soc. 2010;181‑204.

38. Roelandt J-L. Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale. Rev. Fr. Aff. Soc. [Internet] 2004 [cité 2017 mai 11];Available from: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200401-art12.pdf

39. Laforcade M, Agence régionale de santé. Rapport LAFORCADE Mission santé mentale [Internet]. Nouvelle Aquitaine: 2016 [cité 2017 mai 11]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

40. Centre national de gestion C. Rapport d'activité 2013 [Internet]. 2013 [cité 2017 mai 11]. Available from: http://cng.sante.fr/IMG/pdf/ra_t1.pdf

41. BOUET P, Conseil national de l'ordre des médecins. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE - Situation au 1er Janvier 2016 [Internet]. [cité 2017 mai 11]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

42. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques D, Mas R. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale [Internet]. 2014 [cité 2017 mai 11]. Available from: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf

43. Lofchy J, Boyles P, Delwo J. La psychiatrie d'urgence : formation et pratique clinique. Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr. 2015;60:1‑9.

44. Etablissement public de Santé Charcot, Fédération française de psychiatrie, Robin M. ERIC, Service Mobile d'Urgence Psychiatrique [Internet]. [cité 2017 mai 11];Available from: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/recherche/rech/eric.html

45. OMS | La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. WHO [cité 2017 avr 13];Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/

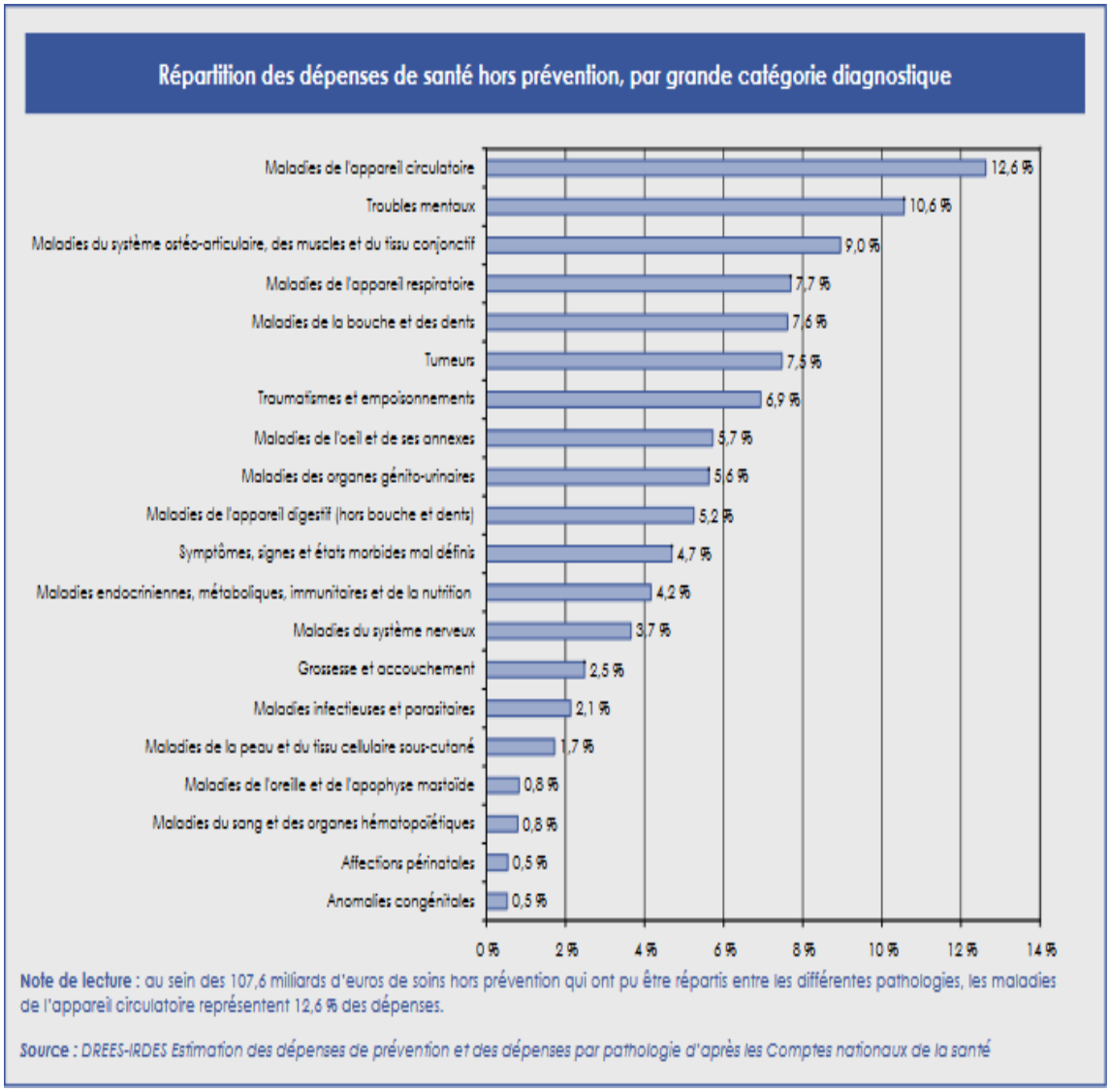
46. Alezrah C. Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty,. Inf. Psychiatr. 2012;85:509‑17.

47. Coldefy M, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques D. Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 [Internet]. 2004 [cité 2017 mai 11]. Available from: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud42.pdf

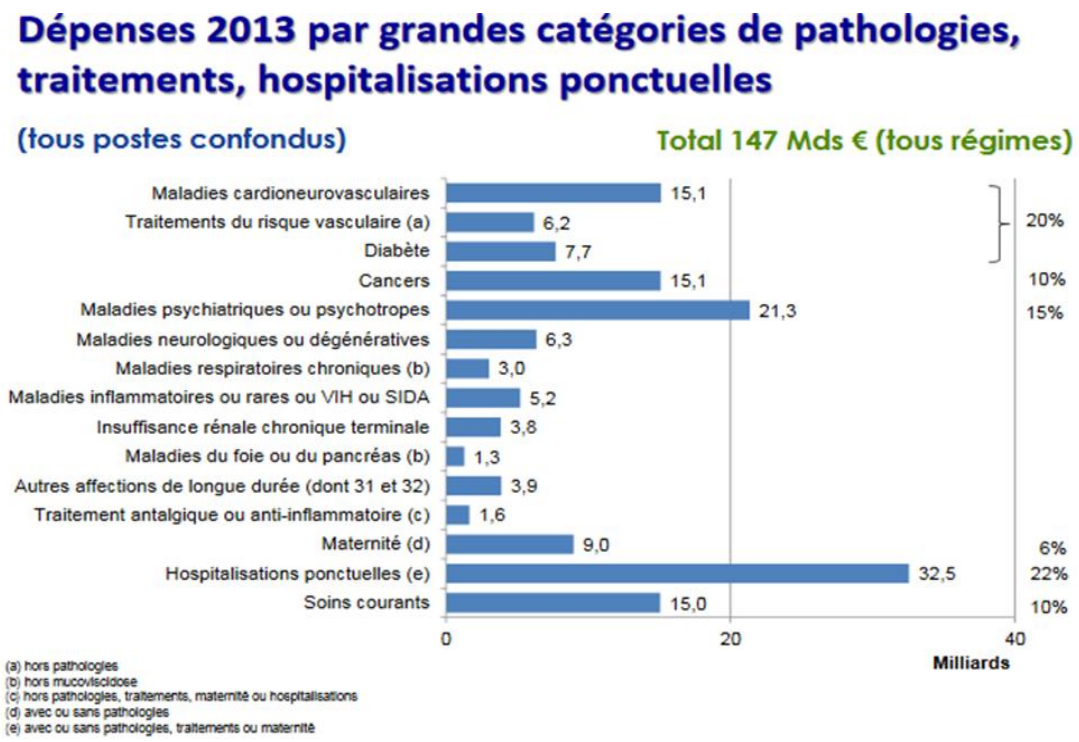
48. Association américaine de psychiatrie, Cercle d'excellence sur les psychoses. Cercle d'excellence sur les Psychoses: Schizophrenie (F20) [Internet]. 2013 [cité 2017 avr 15]. Available from: http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/cim-et-dsm/dsm-5/schizophrenie-f20/

49. Association américaine de psychiatrie, Psychomédia. Schizophrénie : définition, symptômes, diagnostic (DSM-5) [Internet]. Psychomédia2013 [cité 2017 avr 15];Available from: http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2015-10-23/schizophrenie-criteres-diagnostiques

Annexe 1. Répartition des dépenses de santé par maladies en France de 2005 à 2013



Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et Institut de recherche et Documentation en Economie de la santé (IRDES) :Estimation des dépenses de prévention et des dépenses par pathologie d'après les Comptes nationaux de la santé en 2005[2]



Source : Caisse Nationale d'Assurance maladie : Cartographie des dépenses 2013 par pathologie[1]

Annexe 2. Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM 5 (code F20)

F20: SCHIZOPHRENIE

Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaitre au cours de l'évolution.

Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.

L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporterun ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète.

On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableauclinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs. Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue.

Les subdivisions suivantes peuvent être utilisées comme cinquième caractère pour spécifier la modalité évolutive :

0continue

1épisodique avec déficit progressif

2épisodique avec déficit stable

3épisodique rémittente

4rémission incomplète

5rémission complète

8 autre

9 évolution imprévisible, période d'observation trop brève

À l'exclusion de : réaction schizophrénique (F23.2), trouble schizotypique (F21), schizophrénie aigüe (indifférenciée) (F23.2), schizophrénie cyclique (F25.2)

Source : Chapitre V des troubles mentaux et du comportement de la CIM 10 [3,4,48,49]

Annexe 3. Recueil de données des patients témoins

NOM DU PATIENT TEMOIN :
DIAGNOSTIC :

1. Date d'intervention :
2. Date de naissance/ Âge:
3. Sexe:
    - □ Homme
    - □ Femme
4. Adresse:
    - □ P-à-P
    - □ Abymes,
    - □ Patient pris en charge hors secteur
    - □ SDF
5. Mode de vie
    - □ Seul
    - □ Non seul : avec ou sans
        - □ Enfant
        - □ Ascendant
        - □ Conjoint
        - □ Autre
6. Revenus
    - □ Emploi
    - □ Pas d'emploi
    - □ AAH
    - □ RSA
    - □ Autre (mutuelle...)
7. Toxicomanie:
    - □ Alcool,
    - □ Tabac
    - □ Cannabis,
    - □ Crack
    - □ Cocaïne
8. Mesure de protections
    - □ Tutelle
    - □ Curatelle
    - □ Sauvegarde de justice
    - □ Absence de mesure de protections
9. Nombre d'hospitalisations totales avant 2015 :
10. Année de la 1ere PEC au CMP :
11. Adressé au CMP :
    - □ Post hospitalisation (en psychiatrie après passage aux urgences)
    - □ Par le médecin traitant
    - □ Par le patient lui-même ou ascendant
12. Suivi par un psychologue au CMP
    - □ Oui
    - □ Non

13. Suivi par une assistante sociale au CMP
    - □ Oui
    - □ Non
14. Prochaine décompensation :

15. Nombre de médicaments psychotropes sur l'ordonnance :
16. Nom et Type de traitement:
    - □ Oral quotidien :
    - □ Oral hebdomadaire :
    - □ Injection retard :
17. Nombre d'injections de Neuroleptiques à action prolongée (NAP) sur 2015

18. Suivi CMP
    - □ Nombre de consultation médicales au CMP ces 12 derniers mois :
    - □ Nombre de psychiatres ayant vu le patient en Cs CMP ces 12 derniers mois
    - □ Nombre d'absences :
    - □ Nombre de VAD sur les 12 derniers mois:
    - □ Soins infirmiers à domicile : oui ou non ?
    - □ Nombre de synthèses effectuées avant décompensation :
19. Activités avec le CMP :
    - □ Oui
    - □ Non
20. Suivi médecin généraliste
    - □ Oui, si oui son nom :
    - □ Non

Si une décompensation a eu lieu sans l'intervention du SMUR :

21. La durée d'inobservance :
22. Le délai entre la dernière consultation(CMP) et la décompensation :
23. Début de dégradation de l'état général et délai par rapport à la décompensation :

24. Évènements intercurrents :
    - □ Sevrage
    - □ Traumatisme
    - □ Autre
25. Traitement instauré le jour J :
    - □ Loxapac
    - □ Hypnovel
    - □ Sédation sans précision
    - □ Pas de sédation

26. Temps passé au Service des urgences :

27. Hospitalisation en psychiatrie
    - □ Oui
    - □ Non

Source : Document Word, adaptation par J.Carpin

Annexe 4. Recueil de données des patients cibles

NOM DU PATIENT CIBLE :
DIAGNOSTIC :

1. Date d'intervention :
2. Date de naissance/ Âge:
3. Sexe:
    - □ Homme
    - □ Femme
4. Adresse:
    - □ P-à-P
    - □ Abymes,
    - □ Patient pris en charge hors secteur
    - □ SDF
5. Conditions de vie
    - □ Seul
    - □ Non seul : avec ou sans
        - □ Enfant
        - □ Ascendant
        - □ Conjoint
        - □ Autre
6. Revenus
    - □ Emploi
    - □ Absence totale de revenus
    - □ AAH
    - □ RSA
    - □ Autre (mutuelle…)
7. Toxicomanie:
    - □ Alcool,
    - □ Tabac
    - □ Cannabis,
    - □ Crack
    - □ Cocaïne
8. Mesure de protections
    - □ Tutelle
    - □ Curatelle
    - □ Sauvegarde de justice
    - □ Absence de mesure de protections
9. Nombre d'hospitalisation sur les 12 derniers mois avant intervention du SMUR
10. Nombre d'hospitalisations totales avant 2015 :
11. Année de la 1ere PEC au CMP :
12. Adressé au CMP :
    - □ Post hospitalisation (en psychiatrie après passage aux urgences)
    - □ Par le médecin traitant
    - □ Par le patient lui-même ou ascendant

13. Suivi par un psychologue au CMP
    - □ Oui
    - □ Non
14. Suivi par une assistante sociale au CMP
    - □ Oui
    - □ Non

15. Nombre de médicaments psychotropes sur l'ordonnance :
16. Nom et Type de traitement:
    - □ Oral quotidien :
    - □ Oral hebdomadaire :
    - □ Injection retard :

17. Suivi CMP
    - □ Nombre de consultation médicales au CMP ces 12 derniers mois :
    - □ Nombre de psychiatres ayant vu le patient en Cs CMP ces 12 derniers mois
    - □ Nombre d'absences :
    - □ Nombre de VAD sur les 12 derniers mois avant intervention du SMUR
    - □ Soins infirmiers à domicile : oui ou non ?
18. Activités avec le CMP :
    - □ Oui
    - □ Non
19. Suivi médecin généraliste
    - □ Oui, si oui son nom :
    - □ Non

20. La durée d'inobservance :
21. Le délai entre la dernière consultation(CMP) et la décompensation
22. Début de dégradation de l'état général et délai par rapport à la décompensation

23. Évènements intercurrents
    - □ Sevrage
    - □ Traumatisme
    - □ Autre
24. Traitement instauré le jour J
    - □ Loxapac
    - □ Hypnovel
    - □ Sédation sans précision
    - □ Pas de sédation
25. Temps passé au Service des urgences :

26. Hospitalisation en psychiatrie :
    - □ Oui
    - □ Non

Source : Document Word, adaptation par J.Carpin

Annexe 5. Questionnaire des médecins généralistes de Pointe-à-Pitre et des Abymes

Prise en charge des patients psychotiques

Le Dr Portecop, Médecin chef de service du SAMU-SMUR de PàP, mène une enquête concernant les interventions du SMUR pour les patients psychotiques et le réseau de soins psychiatriques de votre commune (Abymes ou Pointe-à-Pitre). Votre avis est primordial pour améliorer la prise en charge globale des patients. Vous serez informé des conclusions de l'enquête. Merci de prendre 2 minutes pour compléter ce formulaire :

*Obligatoire

Merci de compléter votre nom, prénom et commune d'exercice: *

Votre réponse

Savez-vous où est le CMP de votre commune d'exercice ? *

- ○ NON
- ○ OUI

Où est - il situé? *

Votre réponse

Citez les noms des psychiatres du CMP que vous connaissez? *

Votre réponse

Entrez-vous en contact facilement avec un médecin ou un(e) infirmier(e) de votre CMP? si oui précisez : *

- ☐ Par téléphone
- ☐ Par courrier
- ☐ Par mail
- ☐ Aucun contact

Pour vous, les relations avec le CMP sont: *

- ○ Satisfaisantes
- ○ Insatisfaisantes
- ○ Sans opinion

Si vous jugez les relations insatisfaisantes, que souhaitez-vous améliorer ou mettre en place?

Votre réponse

Suivez-vous des patients psychotiques sans prise en charge par un psychiatre ? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si vous avez un patient qui a des signes d'allure psychotique qui n'est ni agité ni menaçant, que faites vous? *

- ☐ Vous le prenez en charge seul(e)?
- ☐ Vous l'adressez aux urgences
- ☐ Vous l'adressez au CMP
- ☐ Vous l'adressez à un psychiatre de ville
- ☐ Autre :

Avez vous déjà rédigé un certificat médical d'admission en Soins psychiatriques? *

- ◯ OUI
- ◯ NON

Si vous avez un patient schizophrène accompagné de sa famille, non dangereux en décompensation, non conscient de ces troubles et opposant aux soins, quel certificat d'admission rédigez vous? *

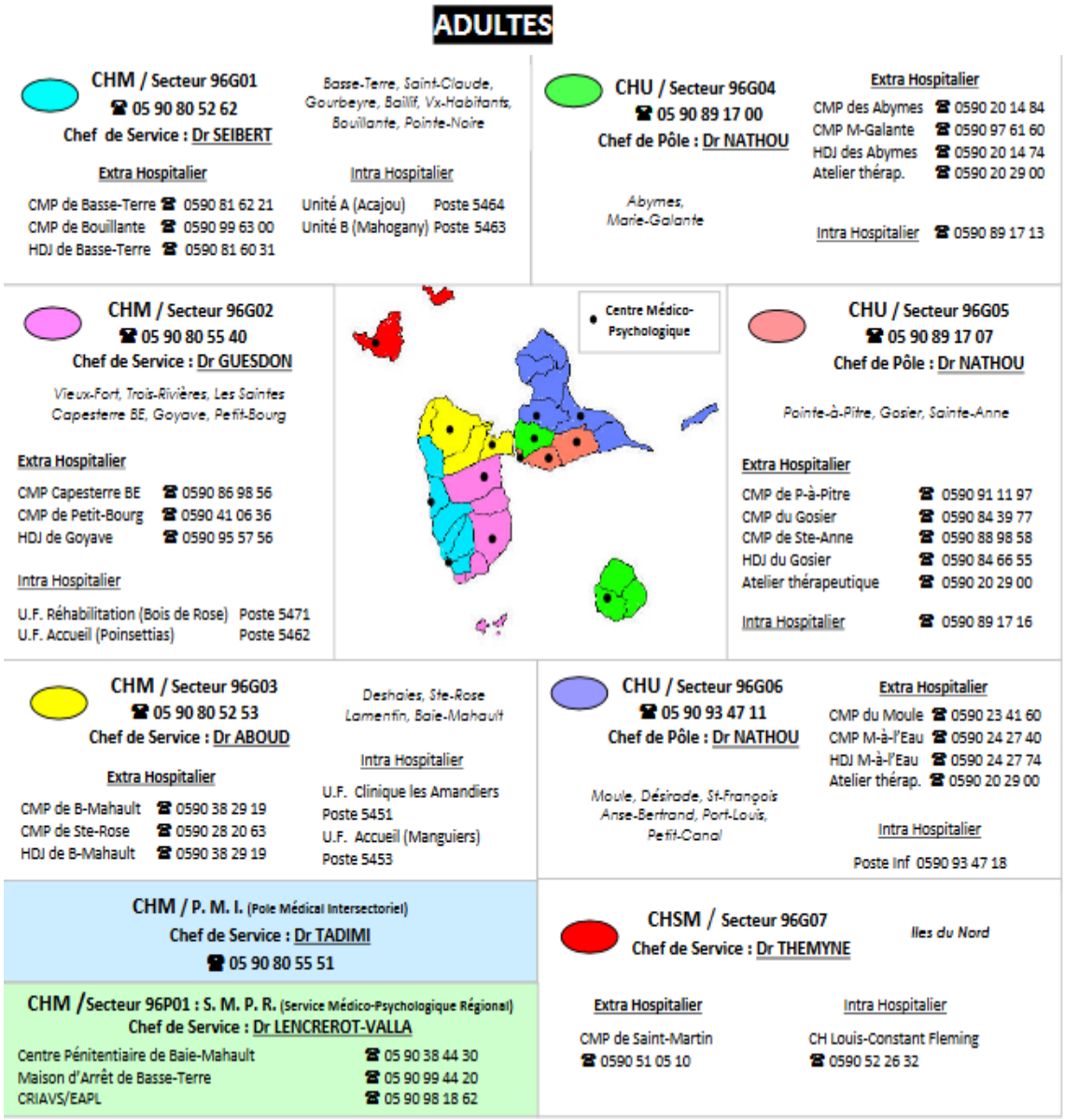
- ☐ Je ne rédige aucun certificat
- ☐ SPDT Soins Psychiatriques à la demande d'un tiers
- ☐ SPDTU: Soins Psychiatriques à la demande d'un tiers, procédure d'urgences
- ☐ SPPI: Soins Psychiatrique sans consentement pour péril imminent
- ☐ SPDRE: Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant d'Etat
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre :

Comment vous procurez-vous le formulaire? *

- [ ] Certificat obligatoirement manuscrit
- [ ] Certificat envoyé par la sécurité sociale
- [ ] Certificat téléchargeable sur site
- [ ] Certificat présent dans logiciel médical ou ordinateur

Source:Questionnaire des médecins généralistes, adaptation par J.Carpin à partir de Google Forms

Annexe 6. Carte de sectorisation psychiatrique en Guadeloupe pour les adultes



Source : Département d'information médicale CH de Montéran, 2013 [28]

Annexe 7. Critères de soins psychiatriques sans consentement

	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers			Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état
	Classique	Procédure d'urgence	Péril imminent	
Indication	Existence de trouble psychiatrique nécessitant des soins Incapacité à consentir aux soins du fait de ce trouble			Existence de trouble psychiatrique nécessitant des soins Atteinte à la sûreté des personnes et/ou à l'ordre public
Certificats médicaux	2 CM dont au moins 1 émanant d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil	1 CM	1 CM d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil	1 CM d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil
Autres pièces nécessaires	1 demande de tiers - Demande d'admission en SPDT - Caractéristiques du patient - Degré de parenté ou nature des relations entre le tiers et le patient Pièce d'identité du tiers			Arrêté préfectoral motivé et circonstancié
Articles de loi du Code de la santé publique	L. 3212-1 I	L. 3212-3	L. 3212-1 II 2°	L. 3213-1

CM : certificat médical

Sources : [30]Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations. Presse Médicale. nov 2014;43(11):1195‑205.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.
J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.
Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.
Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.
Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.
Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.
Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,
Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Annexe 6

UNIVERSITE DES ANTILLES
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
[X] Spécialité Médecine Générale

Présentée par : Mme CARPIN Jamila
Née le : à :
Département : Pays :

Et
Intitulée : DÉCOMPENSATION DU PATIENT PSYCHOTIQUE NÉCESSITANT UNE INTERVENTION DU SMUR

Profil du patient et place du médecin généraliste dans le parcours de soins

Jury proposé
Président : Mme le Professeur Jeannie Hélène-Pelage
Juges : Mr le Professeur Pascal BLANCHET
: Mr le Professeur André-Pierre UZEL
: Mr Fréderic SCHEIDER
: Mr Patrick PORTECOP
: Mr Ahimsa DORESSAMY

Vu Pointe-À-Pitre, le 17/05/2017 Le Président de Thèse Professeur	Pour accord Pointe-À-Pitre, le Le Doyen de la Faculté de Médecine Professeur Raymond CESAIRE

AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THESE

Pointe-À-Pitre, le .....

Le Président de l'Université des Antilles

Professeur EUSTASE Janky

NOM ET PRENOM : CARPIN JAMILA

SUJET DE LA THÈSE :Décompensation du patient psychotique nécessitant une intervention du SMUR. Profil du patient et place du médecin généraliste dans le parcours de soins

THÈSE :MÉDECINE

Qualification :Spécialisée en Médecine GénéraleX

ANNÉE :2017

NUMÉRO D'IDENTIFICATION : 2017ANTI0169

MOTS CLEFS : Schizophrénie, épisode psychotique aigu, inobservance thérapeutique, Centre médico-psychologique, médecins généralistes, réseau

---

Introduction

Les psychoses, dont la schizophrénie est la plus répandue, constituent un problème de santé publique. La décompensation des patients psychotiques schizophrènes constitue le 2ème motif d'interventions du SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation) de Guadeloupe. Notre objectif était de décrire le profil des patients psychotiques suivis aux Centres médico-psychologiques (CMP) ayant présenté un épisode psychotique aigu (EPA).

Méthodes

Une étude cas-témoins rétrospective a été menée dans le service du SMUR du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre(PAP) et dans les CMP de PAP/Abymes.Elle portait sur les patients schizophrènes qui ont présenté une décompensation avec intervention du SMUR de janvier à décembre 2015.

Elle a été complétée par une étude observationnelle descriptive sur les rapports de 40 omnipraticiens avec le CMP et leur prise en charge globale du patient psychotique.

Résultats

35 patients avec EPA et 77 témoins ont été inclus. Il s'agissait d'un patient d'âge moyen (44ans), homme (65.7%), entourés par leurs ascendants, sans emploi,avec de faibles revenus (p=0.049), peu toxicomane, peu suivi sur le plan psychosocial (p=0.001) et médical (p=0.0003). L'EPA a lieu environ 1an après une période d'inobservance du traitement et est précédé d'une hospitalisation de moins de 12mois .

Seul un tiers des médecins généralistes étaient satisfaits des relations avec le CMP et 63% déclarent n'avoir aucun contact avec le CMP de leur commune. Face à un patient psychotique non agité, 52.5% l'adressaient à un psychiatre de ville.

Conclusion

Les structures médico-psycho-sociales de notre région semblent insuffisantes pour prévenir la décompensation. La consultation de dépistage précoce, l'évaluation régulière du patient psychotique, la collaboration protocolisée SAMU-CMP et la naissance d'un réseau de soins coordonnés entre patients, médecins généralistes et CMP sont des pistes d'amélioration de la prise en charge au long cours et la prévention de l'EPA.

Président :	**Professeur Jeannie HÉLÈNE-PÉLAGE**
Juges :	**Professeur Mr Pascal BLANCHET**
	Professeur André-Pierre UZEL
	Dr Fréderic SCHEIDER
Directeurs :	**Dr Patrick PORTECOP**
	Dr Ahimsa DORESSAMY