



HAL
open science

Regards de patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères sur la place du médecin généraliste dans leur prise en charge somatique

Anna Fablet

► **To cite this version:**

Anna Fablet. Regards de patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères sur la place du médecin généraliste dans leur prise en charge somatique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01754079

HAL Id: dumas-01754079

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01754079>

Submitted on 6 Jun 2018

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.

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Anna Fablet

Née le 25/07/1987 à Rennes

**Regards de patients
souffrant de
pathologies
psychiatriques
sévères sur la place
du médecin
généraliste dans leur
prise en charge
somatique**

**Thèse soutenue à Rennes
le 3 octobre 2016**

devant le jury composé de :

Dominique DRAPIER

Professeur – CHU Rennes / *Président*

Patrick JEGO

Professeur – CHU Rennes / *Juge*

Jean-François BESNARD

Médecin - CHGR / *Directeur de thèse*

Emmanuel ALLORY

MCA –DMG Rennes / *Juge*

François PISTIEN

Médecin - CHGR / *Membre invité*

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Anna Fablet

Née le 25/07/1987 à Rennes

**Regards de patients
souffrant de pathologies
psychiatriques sévères sur
la place du médecin
généraliste dans leur prise
en charge somatique**

**Opinion of patients with
severe mental illness on
the general practitioner's
place in managing their
somatic care**

**Thèse soutenue à Rennes
le 3 octobre 2016**

devant le jury composé de :

Dominique DRAPIER

Professeur – CHU Rennes / Président

Patrick JEGO

Professeur – CHU Rennes / Juge

Jean-François BESNARD

Médecin - CHGR / Directeur de thèse

Emmanuel ALLORY

MCA –DMG Rennes / Juge

François PISTIEN

Médecin - CHGR / Membre invité

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOURGUET Patrick	Biophysique et médecine nucléaire
Professeur des Universités en surnombre	
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Professeur des Universités en surnombre	
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard	Rhumatologie
Professeur des Universités émérite	

CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude	Cardiologie
Professeur des Universités émérite	
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie; addictologie
Professeur des Universités associé	
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DELAVAL Philippe	Pneumologie; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Professeur des Universités en surnombre	
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine

GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude	Parasitologie et mycologie
Professeur des Universités émérite	
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine	Médecine générale
Professeur des Universités associé	
HUSSON Jean-Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Professeur des Universités en surnombre	
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence

LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOULINOX Jacques	Biologie cellulaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
POULAIN Patrice	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie

SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERGER Christian	Médecine et santé au travail
Professeur des Universités émérite	
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES HOSPITALIERS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise médicale	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Raphaël	Cardiologie
MASSART Catherine	Biochimie et biologie moléculaire

MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric	Médecine générale
MILON Joëlle	Anatomie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
MYHIE Didier	Médecine générale
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
ROPARS Mickaël	Anatomie
SAULEAU Paul	Physiologie
TADIÉ Jean-Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise	Médecine générale
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

Résumé

Regard des patients souffrant de pathologie psychiatrique sévère sur la place du médecin généraliste dans leur prise en charge somatique.

Contexte. Les patients atteints de pathologie psychiatrique sévère (Severe Mental Illness, SMI = schizophrénie, trouble bipolaire, et dépression majeure) présentent une espérance de vie diminuée d'une vingtaine d'années par rapport à la population générale. La cause principale de décès est due aux maladies cardiovasculaires. Plusieurs études affirment la nécessité d'une collaboration soutenue entre psychiatres et généralistes pour le dépistage, le suivi et le traitement de ces pathologies. Il existe également des recommandations pour améliorer l'accès aux soins somatiques.

Objectif. Comprendre les représentations des patients souffrant d'une SMI concernant leur prise en charge somatique, et en particulier la place du médecin généraliste, afin de mieux en cerner les facteurs d'influence.

Méthode. Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients suivis en CMP (Centre Médico-Psychologique). Les entretiens ont été retranscrits puis analysés par double codage manuel.

Résultats. Les patients se considèrent pour la plupart en bonne santé. On distingue deux groupes: ceux suivis régulièrement par leur médecin généraliste pour la prise en charge des comorbidités somatiques, et ceux sans suivi régulier et n'en percevant pas l'intérêt. Ils évoquent une relation de confiance avec leur médecin généraliste, perçu comme un partenaire du psychiatre traitant malgré le peu d'échanges directs entre ces derniers. Leur parcours de soin paraît désorganisé.

Conclusion. Ces patients nécessitent une prise en charge renforcée du fait de la présence de comorbidités associée à des difficultés d'accès aux soins. Celle-ci est inégale et peu axée sur le dépistage et la prévention. Le médecin généraliste est pourtant identifié comme un praticien à l'écoute et un acteur privilégié dans le parcours de soin. Une consultation spécifique pourrait améliorer la prise en charge des comorbidités. Elle pourrait être organisée à partir du CMP vers le médecin généraliste afin de réduire les difficultés de communication et de prioriser les objectifs thérapeutiques multiples de ces patients.

Mots clefs. Soins primaires, pathologie psychiatrique sévère, prise en charge somatique, multimorbidité.

Abstract

Opinion of patients with severe mental illness on the general practitioner's place in managing their somatic care.

Context. The life expectancy for patients with severe mental illness (SMI = schizophrenia, bipolar disorder and major depression) is twenty years lower than that of the overall population. Cardiovascular diseases are the leading cause of death. Several studies demonstrate the necessity of an ongoing collaboration between the psychiatrist and the general practitioner in screening, following up and treating these pathologies.

Recommendations aimed at improving somatic care access also exist.

Objective. The understanding of the way patients with SMI apprehend their somatic care and especially their relation to the general practitioner in order to have a better idea of its determining factors.

Method. Qualitative study by personal semi-structured interviews with patients treated in CMP (Centre Médico-Psychologique). The interviews were transcribed and manually double coded.

Results. Most of the patients consider themselves in good health. Two groups might be distinguished: the patients who are regularly followed-up by their general practitioner for somatic comorbidities and those who do not benefit from a regular monitoring and do not see the point in it. They mention a trusting relationship with their general practitioner who is seen as a partner of the attending psychiatrist in spite of the few exchanges between those two. Their care seems disorganised.

Conclusion. These patients need a closer follow-up because of comorbidities associated with difficulties to health care access. The patient care is unequal and not centred enough on screening and prevention, however the general practitioner is seen as an understanding physician and a privileged actor in treatments. A specific consultation might improve the management of comorbidities. It might be organised in the CMP in order to lessen communication difficulties and prioritise the multiple therapeutic objectives of these patients.

Key words. Primary care, severe mental illness, somatic care, multiple morbidities.

Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

AP conventionnels : Anti Psychotiques conventionnels

AP 2^{ème} G : Anti Psychotiques deuxième génération

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

FFP : Fédération Française de Psychiatrie

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hyper Tension Arterielle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMI : Severe Mental Illness

TSH : Hormone Thyroïdienne

Introduction

Les personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères (SMI = Severe Mental Illness : Troubles psychotiques et troubles de l'humeur) ont une espérance de vie diminuée de 10 à 25 ans par rapport à la population générale (1).

La surmortalité de cette population est en lien avec un taux élevé de morts violentes (suicides, accidents) mais également avec un taux élevé de comorbidités. Ces pathologies somatiques, co-existantes avec la pathologie psychiatriques, sont surtout cardio-vasculaires (2). Ainsi, la première cause de mortalité chez un jeune patient schizophrène est liée à un événement cardio-vasculaire (3).

Plusieurs facteurs expliquent ces constats :

La symptomatologie psychiatrique peut entraîner une modification de la perception de son corps, notamment de la douleur. Des troubles cognitifs, notamment un apragmatisme, des troubles anxieux, un défaut d'insight, peuvent altérer la capacité à aller consulter un médecin. Le tabagisme, une mauvaise hygiène alimentaire, une sédentarité sont également fréquemment retrouvés constituant des facteurs de risque cardio-vasculaires modifiables, liés au choix de mode de vie de la personne (4).

D'autre part certains traitements psychotropes utilisés sont connus pour leurs effets néfastes sur le rythme cardiaque (5) ou sur le métabolisme des glucides et des lipides. (6) Ces effets varient en fonction du type de traitement : les anti-psychotiques de première génération sont surtout connus pour entraîner des syndromes extrapyramidaux, alors que les anti-psychotiques atypiques favorisent une prise de poids importante et l'émergence d'un syndrome métabolique (7). Ce syndrome, défini par l'association de plusieurs critères cliniques (tour de taille, hypertension artérielle) et biologiques (hyperglycémie, anomalie du bilan lipidique), expose à un risque 3 fois plus élevé de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral (8).

L'organisation actuelle des soins met parfois en évidence un manque de prise en charge somatique en cas d'hospitalisation ou de consultation en milieu spécialisé psychiatrique. En

parallèle, le suivi par le médecin généraliste est régulièrement entravé par la difficulté d'approche du patient atteint de trouble psychique sévère dont le contact peut être altéré (9).

Pourtant plusieurs études affirment la nécessité d'une collaboration entre psychiatres et médecins généralistes pour la prévention, le dépistage et le suivi des comorbidités psychiatriques (10). Une Charte de partenariat entre médecine générale et psychiatrie de secteur a été élaborée par la Conférence Nationale des présidents de Commission Médicales d'Établissements de Centre Hospitaliers Spécialisés et le Collège de médecine générale en mars 2014, elle insiste en 8 points sur l'importance de la coordination des soins, le partage des informations, la formation des internes (11). D'autre part, des recommandations existent, comme celles de la Fédération Française de Psychiatrie, qui a reçu le label de la HAS en juin 2015 (12). Elles proposent entre autres une périodicité pour les différents examens cliniques et paracliniques de dépistage et suivi.

Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la place des différents intervenants dans cette prise en charge :

Celle du médecin généraliste s'inscrit dans le virage ambulatoire emprunté par la psychiatrie avec la loi de sectorisation de 1960. Elle vise à développer des structures extra-hospitalières pour permettre aux patients atteints de pathologies psychiatriques sévères de vivre en milieu ordinaire en ayant accès à des soins à proximité de leur domicile, dans des Centres Médico-Psychologiques (CMP) entre autres, par des soignants en lien avec le secteur d'hospitalisation dont ils dépendent. Ainsi 75 % des adultes et 97% des enfants soignés par les services publics de psychiatrie ne sont jamais hospitalisés mais suivis en ambulatoire, où le médecin généraliste est au premier rang des soins primaires (13).

La place du patient est resituée au centre de sa prise en charge par le plan mondial de l'OMS 2013-2020, dans son chapitre Quality Rights Projects : Empowerment et rétablissement, la participation des usagers à la démocratie sanitaire. Les usagers et leurs familles sont placés au rang d'experts, au même titre que les professionnels de santé (14).

Dans ce contexte épidémiologique et politique, nous nous sommes donc interrogés sur le regard que portent les patients atteints de pathologie psychiatrique sévère sur la place du médecin généraliste dans leur suivi. Ainsi, l'objectif de notre étude est d'explorer l'expérience de ces patients consultant en médecine générale, pour mieux comprendre les facteurs influençant la prise en charge somatique de cette population à risque.

Méthode

Population

La population étudiée est constituée de patients adultes présentant des pathologies psychiatriques sévères, pour lesquelles ils sont suivis en Centre Médico-psychologique (CMP). Il s'agit d'une structure de soins pivot des secteurs de psychiatrie. Elle assure des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organise leur orientation éventuelle vers des structures adaptées, CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers... Une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistants de service social) y assure la coordination des soins psychiatriques pour la population du secteur (15). L'échantillon provient du CMP de la Sauvaie, appartenant au secteur géographique G10, correspondant à la partie sud de la ville de Rennes.

Outils

L'approche qualitative a été choisie puisqu'elle permet d'étudier l'aspect relationnel des soins, en observant des facteurs subjectifs (16). Le recueil des données est issu d'entretiens individuels semi-dirigés, basés sur un guide d'entretien élaboré à partir des données de la littérature et d'entretiens exploratoires. Ceux-ci ont été réalisés auprès de professionnels médico-sociaux en contact avec cette population : psychiatres, médecins généralistes intra et extra-hospitaliers, infirmiers du CMP et CATTP, assistante de service social, afin de mieux cibler les problématiques de cette population.

Déroulement

Le psychiatre de secteur consultant au CMP proposait au patient au décours de sa consultation de participer à l'étude. Il sélectionnait les patients en état psychique suffisamment stable pour ne pas risquer de décompenser leur pathologie par l'entretien (délire de persécution...). Il leur présentait succinctement le projet et ceux qui acceptaient étaient dirigés vers l'investigateur.

Ethique

Un consentement éclairé a été demandé lors du contrat de communication avant de débiter l'entretien, de même que l'enregistrement audio. L'anonymisation et la confidentialité sont assurées par la retranscription écrite citant les noms propres par leur première lettre uniquement et la destruction des enregistrements audio après analyse.

Le Comité d'éthique du CHU de Rennes a émis un avis favorable à la demande du Pr Drapier pour les recherches observationnelles non interventionnelles réalisées auprès de patients suivis en psychiatrie dans le cadre de travail de thèse des internes.

Analyse et interprétation

L'analyse des entretiens retranscrits mot à mot a débuté par un codage axial, c'est-à-dire que chaque partie des entretiens a été découpée et rapportée à une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Les différentes catégories révélées ont été progressivement regroupées par thème en construisant un arbre de concepts, en lien direct avec des citations. Une deuxième analyse indépendante a renforcé sa validité et complété son contenu. Chaque thème a fait l'objet d'une synthèse descriptive, pour quantifier (sans aucune validité statistique), sa fréquence dans la population étudiée, suivie d'une analyse plus interprétative, permettant une comparaison avec les données existantes de la littérature, pour aboutir à la formulation d'hypothèses d'améliorations (17).

Résultats

15 entretiens ont été réalisés entre janvier et mai 2016, de durées comprises entre 10 et 31 minutes, en moyenne 19 minutes 30.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients interrogés

Sexe

Féminin	10
Masculin	15

Age (ans)

20-40	3
40-60	5
>60	7

Pathologie psychiatrique

Trouble psychotique	6
Trouble bipolaire	6
Dépression sévère	3

Pathologie somatique

Pathologie thyroïde	4	Dermatologique	2
HTA	4	Epilepsie	1
AVC	1	Addiction*	4

En moyenne, les patients présentent 0 à 4 co-morbidités diagnostiquées, en moyenne 1.6

*addiction : pathologie psychiatrique, avec complications somatiques variables selon la substance utilisée (tabac : facteur de risque cardio-vasculaire majeur)

Traitement psychotrope

Hypnotique	4	Anxiolytiques	6
Antidépresseur	5	Antiépileptiques	5
AP conventionnels	4	Lithium	1
AP 2 ^{ème} G	6		

Traitement somatique

Anti HTA	4	Hypocholestérolémiant	2
Levothyrox	3	Antiagrégant	2

Point de vue des patients sur leur santé

Les patients se considèrent pour la plupart en bonne santé, trouvent leur traitement efficace « *pour l'instant je me maintiens avec mon traitement* » (8.1). Certains ont une connaissance poussée de leur maladie. Quand ils émettent des réserves quant à leur bonne santé, c'est surtout du côté mental : « *si c'était pas le côté psychologique, j'ai pas à me plaindre* » (5.1). Ils ont régulièrement des idées erronées sur les effets de leur traitement, avec parfois un certain rationalisme morbide (raisonnements logiques poussés à l'absurde) « *les médicaments que je prends c'est pas que ça incite à fumer mais c'est des médicaments qui font en sorte que pour arrêter de fumer c'est dur* » (7.1). D'autres méconnaissent leur traitement et leur pathologie, en lien avec un certain déni de celle-ci. « *Déjà que ... si je fais vraiment un gros effort je peux les apprendre par cœur mais j'ai pas envie, ça m'intéresse pas. Je sais que j'en ai besoin c'est tout* » 8.1

Lors d'entretiens les patients demandent facilement des renseignements sur leur pathologie. « *je suis bipolaire. C'est une maladie psychiatrique en fait ? - Oui c'est ça. - C'est embêtant.* » 5.4

Deux groupes de patients se détachent

Un premier groupe de patients suivis de manière régulière par leur médecin généraliste, en raison de pathologies somatiques chroniques nécessitant un renouvellement de traitement « *il me fait mon traitement tous les mois* » 1.1

Un deuxième groupe de patients chez qui aucune pathologie somatique n'a été détectée et qui ne consultent que rarement un médecin généraliste, « *je vais jamais voir le médecin. Je suis jamais malade* » 3.1, qui n'est pas forcément le médecin traitant, « *je n'ai pas de médecin traitant pour l'instant* » 11.1 « *mon médecin traitant il me connaît pas il m'a vue qu'une fois* » 3.3. pour des problèmes infectieux ou traumatologiques aigus « *ça devait être pour une infection intestinale* » 4.1

Ces patients n'ont pas de notion de prévention ou de dépistage en lien avec la prise d'un traitement psychotrope au long cours. « *je fais rien de tout ça [prises de sang, ECG] même des fois quand je suis malade je vais direct à la pharmacie* » 3.3

Bonne relation avec le médecin généraliste

Un point commun à ces 2 groupes est la bonne relation qu'ils entretiennent avec le médecin généraliste qu'ils consultent. Cela est renforcé par le mode de choix du médecin traitant, connu depuis l'enfance ou conseillé par l'entourage amical ou familial, au-delà de la simple proximité géographique du cabinet. « *alors c'était le médecin de ma mère. Ma mère est décédée ça fait bien 15 ans* » 6.1 « *c'était des amis à mes parents qui allaient le consulter... ça remonte à loin ça remonte à 30 ans* » 7.1 Le médecin est fréquemment caractérisé comme « à l'écoute ». « *il est bien il est à l'écoute moi je trouve que ça va quoi il est bien* » 5.1 « *je parle avec lui je cause avec lui. Je parle de ma santé. Je vais très bien. Puis il m'écoute.* » 2.1

Lors des entretiens les patients livrent facilement leur histoire de vie, parfois dramatique, décrivent l'environnement dans lequel ils évoluent, malgré le fait qu'ils ne connaissent pas l'investigateur.

Une réserve est à plusieurs reprises émise quant au caractère succinct ou insuffisant de l'examen physique « *il me prend plus ma tension* » 13.3.

Parcours de soin

Les patients consultent souvent autant leur médecin généraliste pour des problèmes somatiques que psychiatriques. Sur le plan psychiatrique ils peuvent rechercher une prescription en l'absence de consultation avec leur psychiatre (« dépannage »), « *ça m'est arrivé d'aller lui demander des somnifères* » 14.1 autant qu'une réassurance via ce qui s'apparente à une psychiatrie de soutien. « *une des dernières fois où j'étais vraiment pas bien du tout il m'a dit moi je peux rien faire de plus c'est à vous de faire pour remonter sortir du trou quoi. Je me suis dit il a raison mais il faut du temps à me dire qu'il faut compter uniquement sur toi quoi.* » 5.2 « *quand je vais pas bien, que ce soit psychologique ou physique, il est à l'écoute, et puis il sait [...] il a le dialogue qui va entre nous quoi* » 7.2

L'accès au soin est parfois entravé par les délais de consultation en médecine générale, le manque de ponctualité de certains médecins, le coût d'une consultation chez le spécialiste. Mais les patients ont également connaissance des leviers à ces difficultés, comme la prise en charge en ALD, en invalidité, les structures de soins gratuites.

La communication entre le médecin généraliste et le psychiatre est inexistante pour bon nombre de patients interrogés. Une patiente a été orientée par son psychiatre vers un médecin généraliste afin de faire une déclaration de médecin traitant, une autre raconte que son médecin généraliste a pu appeler le psychiatre pour un rendez-vous rapide dans un contexte de décompensation. Mais la plupart du temps c'est le patient lui-même qui est le relais entre les prescriptions du médecin généraliste et du psychiatre. « *c'est moi qui dit qui fait quelle analyse, quand y'a la lithiémie, la TSH. J'ai demandé au labo d'envoyer les résultats aux deux* » 13.2. En dehors de ces deux médecins, les patients se rendent dans de nombreuses structures de santé : la pharmacie, le centre d'examen de santé de la CPAM, SOS médecin, ce qui contribue à l'éclatement de la prise en charge.

Lorsqu'on demande leur avis sur un regroupement des prises en charge somatiques et psychiatriques, en intégrant un médecin généraliste au CMP, les avis sont partagés : Soit ils n'expriment pas le besoin d'une globalisation avec le secteur psychiatrique car une relation de confiance est installée entre le patient et son médecin traitant, « *je ne voudrais pas le quitter* » 5.2 ou bien le patient préfère séparer complètement les prises en charge pour éviter les préjugés « *il faudrait qu'il fasse attention à avoir sa propre interprétation de certaines personnes parce que voyez un psychiatre peut se tromper aussi* » 9.4 ; soit il est en faveur de

davantage de regroupement pour des questions de facilité de consulter dans un même lieu, d'une meilleure prise en charge par le médecin généraliste s'il a connaissance du dossier psychiatrique « à Guillaume Régnier on peut trouver tout, un dentiste, y'a tout à GR . Donc on se pose la question pourquoi y'a pas ici »^{3.3} « ça peut être intéressant quoi que pour moi y'aurait toujours la distance bon bien sûr j'habite pas loin. Moi je trouverais ça pas mal pour certains malades même pour moi pourquoi pas. Au niveau du poids par exemple des mises sous régime du tabac peut être qu'il y aurait des facilités peut être qu'on pourrait essayer en dialoguant avec les psychiatres les psychologues peut être à mieux cerner les problèmes» 9.4

Discussion

Forces et faiblesses de l'étude

Il existe un biais de sélection par le psychiatre qui présente plus facilement l'étude à des patients porteurs de co-morbidités, suivis par un médecin généraliste. Les patients déficitaires ou en décompensation psychique ne sont pas interrogés.

Les difficultés de communication représentent à la fois une force de l'étude car elles témoignent des obstacles que l'on peut rencontrer lors d'une consultation en médecine générale, mais dévoilent aussi un point faible car certaines réponses sont inadaptées, dues à des troubles cognitifs, une désorganisation du discours, des symptômes délirants paranoïaques centrés sur le médecin traitant...et donc peu informatives pour l'étude.

La petite taille de l'échantillon permet une satisfaction des données, sans atteindre une saturation des données, c'est-à-dire que de nouveaux entretiens auraient peut-être pu apporter des informations supplémentaires pour enrichir l'analyse.

Lien avec les connaissances actuelles

On constate donc un écart entre la perception que ces patients ont de leur santé et les données épidémiologiques issues de la littérature (1). On en retient donc la nécessité d'une prise en charge de leurs co-morbidités d'autant plus attentive qu'ils n'en ont pas forcément conscience.

La disparité des prises en charges notamment en matière de prévention et de dépistage fait écho au défaut d'accès de ces patients au dispositif de soin et au manque d'organisation entre les différents acteurs de celui-ci. Différents textes font référence à ces disparités et proposent des pistes d'amélioration comme l'utilisation d'un « programme de soins » par la FFP, inspiré du plan personnalisé de santé : premier temps de rencontre et évaluation de la situation et des attentes du patient ; deuxième temps d'examen médical et prescription d'examen complémentaires ou adressage à spécialiste ; troisième temps de lecture des résultats et programmation de la périodicité des différents examens (12).

Le médecin traitant étant identifié comme à l'écoute et acteur privilégié dans son parcours de soin, il semble le plus à même pour endosser ce rôle de prévention et dépistage, d'autant qu'il assurera le suivi (ou la coordination du suivi s'il fait appel à des médecins spécialistes) des pathologies diagnostiquées. Cela est cohérent avec la réforme de l'assurance maladie de 2004 qui a créé le statut de médecin traitant pour coordonner le parcours de soin (18).

Toutefois le manque de communication avec le secteur psychiatrique limite ses connaissances de la pathologie du patient au récit que ce dernier lui en fait. De plus le suivi de ces patients est chronophage et compliqué à intégrer à une consultation de médecine générale, dont la durée est en France en moyenne de 14.5 minutes (19). Or, l'étude montre que les patients consultent autant pour des problèmes psychiatriques que somatiques, difficile donc de tout aborder en une consultation.

Proposition d'amélioration

On constate donc que la diminution de l'espérance de vie de ces patients par rapport à la population générale est documentée, les moyens pour prévenir, surveiller et prendre en charge les co-morbidités chez ces patients sont bien établis, mais que ces moyens ne sont pas mis en œuvre de manière égale pour tous les patients. Un travail s'intéressant aux notions qu'ont les médecins généralistes et psychiatres de l'espérance de vie de ces patients pourrait être utile pour étudier d'autres facteurs influençant leur prise en charge.

L'intérêt que les patients ont pu porter à ce travail de recherche est en faveur d'une possibilité de participation active de ces patients à leur prise en charge, notamment par le biais de programmes d'éducation thérapeutique, individuels ou collectifs.

Une proposition d'amélioration serait d'organiser ce suivi à partir du CMP, coordonné par un médecin généraliste, vers le médecin traitant désigné, qui prendrait le relais lorsqu'il serait en possession des éléments de soins nécessaires à la prise en charge (évolution psychiatrique, modifications des traitements psychotropes, bilans réalisés lors d'hospitalisation en EPSM...). Ceci aurait l'avantage pour les patients « non suivis » d'avoir une prise en charge régulière, et pour les patients « déjà suivis » de structurer, compléter, actualiser la prise en charge existante. Le lien serait renforcé entre la médecine générale et le secteur psychiatrique,

permettant un adressage facilité entre les deux, des échanges d'informations dans les deux sens.

Conclusion

Une méconnaissance des co-morbidités associées à leurs pathologies psychiatriques, une relation privilégiée avec le médecin généraliste, un parcours de soin désorganisé, tels sont les principaux constats tirés de ces entretiens.

Ces résultats seraient à confronter à d'autres travaux ayant pour perspective le regard des médecins généralistes et psychiatres sur la prise en charge somatique de ces patients, afin de pouvoir répondre de manière complète à la problématique de l'espérance de vie de cette population.

Ces patients nécessitent une prise en charge renforcée du fait de la présence de comorbidités associée à des difficultés d'accès aux soins. Celle-ci est inégale et peu axée sur le dépistage et la prévention. Le médecin généraliste est pourtant identifié comme un praticien à l'écoute et un acteur privilégié dans le parcours de soin. Une consultation spécifique pourrait améliorer la prise en charge des co-morbidités, elle pourrait être organisée à partir du CMP vers le médecin généraliste afin de prioriser les objectifs thérapeutiques multiples et réduire les difficultés de communication.

Cette étude met l'accent sur l'utilité d'interroger les patients atteints de pathologies psychiatriques sévères, en refusant toute stigmatisation, afin de proposer des pistes d'amélioration en accord avec la qualité de vie de ces personnes.

Bibliographie

- (1) Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* avr 2015;72(4):334-41.
- (2) Newcomer JW, Hennekens CH. SEvere mental illness and risk of cardiovascular disease. *JAMA.* 17 oct 2007;298(15):1794-6
- (3) Behan C, Doyle R, Masterson S, Shiers D, Clarke M. A double-edged sword: review of the interplay between physical health and mental health. *Ir J Med Sci.* 24 oct 2014;184(1):107-12.
- (4) Saravane D. Troubles mentaux et mortalité. *European Psychiatry.* nov 2015;30(8, Supplement):S7.
- (5) Castro VM, Clements CC, Murphy SN, Gainer VS, Fava M, Weilburg JB, et al. QT interval and antidepressant use: a cross sectional study of electronic health records. *BMJ.* 29 janv 2013;346:f288.
- (6) Weinmann S, Read J, Aderhold V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review. *Schizophrenia Research.* août 2009;113(1):1-11.
- (7) Beysens M. Quel suivi cardiométabolique des patients traités par antipsychotiques? Enquête auprès des généralistes et des psychiatres du Poitou-Charentes [Internet] [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Poitiers; 2012. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/265483d5-9755-4601-a7aa-cd884960965e>
- (8) Nouvelle définition globale du syndrome métabolique : Raisonnements et résultats [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_361_fr.pdf
- (9) De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry.* 1 juin 2011;10(2):138-51.
- (10) Plassieux C. Proposition d'amélioration de la coopération MG-Psychiatres : du dispositif de soins partagés à la première recommandation sur cette coopération. Présentation PowerPoint - srp_s3_passerieux_310512.pdf [Internet]. [cité 18 août 2016]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/srp_s3_passerieux_310512.pdf

- (11) Müller C. – Druais L. Charte de partenariat médecine générale psychiatrie de secteur [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.cme-psy.org/sites/default/files/fichiers/charte-cme-medecine-generaliste_final_20140418.pdf
- (12) Grohens M. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients atteints de pathologie psychiatrique sévère et chronique ? Recommandations pratique clinique en psychiatrie. Fédération Française de Psychiatrie – Conseil National Professionnel de Psychiatrie. Juin 2015. Disponible sur <http://www.psydoc-france.fr>
- (13) Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale - Série Études et Recherche - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 18 août 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/organisation-de-l-offre-de-soins-en-psychiatrie-et-sante-mentale>
- (14) WHO | WHO QualityRights Project – addressing a hidden emergency [Internet]. WHO. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/
- (15) Inovagora. Centre médico-psychologique (CMP) - Glossaire des structures - Psycom [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Glossaire-des-structures/Centre-medico-psychologique-CMP>
- (16) Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-145
- (17) Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: <http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
- (18) Présentation de la réforme de l'Assurance Maladie [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>
- (19) Chambonnet Barberis. Quels sont les critères déterminants la durée de consultation en médecine générale ? Exercer. 2008 ;80(suppl1) : 56-7

Remerciements

A Monsieur le Professeur Dominique Drapier, Professeur des Universités de Psychiatrie.

Vous m'avez accueillie au Centre Hospitalier Guillaume Régnier parmi les internes de psychiatrie et j'ai pu y suivre vos enseignements, vous m'avez ensuite soutenue au commencement de ce travail. Vous me faites l'honneur d'accepter de présider cette thèse.

Soyez assuré Monsieur, de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Patrick Jego, Professeur de Médecine Interne.

Je vous prie d'accepter mes remerciements pour les enseignements apportés au cours de mon cursus, tant sur le plan scientifique que sur le plan humain.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez recevoir ma gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-François Besnard, Médecin Généraliste au Centre Hospitalier Guillaume Régnier.

Merci de t'être intéressé dès le début à mon projet de recherche, de m'avoir soutenue et motivée à chacune de nos rencontres. Ta disponibilité et ta réactivité ont contribué à mener à bien ce travail et font de toi un directeur de thèse précieux. Tes conseils sont toujours bienveillants et j'espère que nous pourrons poursuivre nos échanges même après ce chapitre tourné.

A Monsieur le Docteur Pistien, Psychiatre et Chef de Service du service G10 au Centre Hospitalier Guillaume Régnier.

Vous m'avez apporté vos enseignements et accordé votre confiance dès mon premier stage en Psychiatrie. Mon intérêt pour cette spécialité s'est forgé au sein de vos services. Merci pour votre accueil et l'honneur que vous me faites en jugeant ce travail.

A Monsieur le Docteur Emmanuel Allory, Médecin Généraliste et Maître de Conférence Associé

Tu nous a tous et toutes guidés tout au long de l'internat avec ta rigueur de travail, ton optimisme et ta bonne humeur. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

A ma famille de la Gajale, mes parents, mon frère, mes sœurs et les superbes pièces rapportées pour leur temps passé à me soutenir et à m'assister à la relecture et à la traduction de ce travail. A Mamée, qui m'a transmis quelques gènes me permettant de perpétuer la lignée, à Toutoune. A Tad Koz et Tata Framboise, à Dominique.

A ma famille de la fac, Charlotte, à ton tour, Anne, Marie mon petit chat, Denis, Morgane, Marie-Jo.

A mes copains d'avant qui sont toujours là même loin et les rennais qui s'y ajoutent, Hélène tu sais pourquoi...A Marilus et Jean.

A Caro, qui fait partie de toutes ces familles.

A Bertrand qui m'emmène Outre-Atlantique pour fêter la fin de ces longues et trépidantes études. Et à sa famille qui s'est intéressée à mon travail et m'a soutenue.

Aux collègues de G10 qui m'ont intégrée à leur joyeuse bande, m'ont motivée pour ce travail de thèse et ont donné du sens à ma pratique de médecin généraliste.

A Sidonie, pour avoir relu mon travail, et envisagé d'en faire une publication.

A mes futures collègues de St Laurent, j'espère pouvoir y mettre en pratique ce travail.

Aux patients qui ont accepté de me confier un morceau de leur histoire.

Annexe 1

Guide d'entretien :

Contrat de communication : Travail de fin d'étude. Intérêt pour l'amélioration de la santé des patients suivis au CMP.

1/ Racontez moi votre dernière consultation avec votre médecin traitant.

2/ Comment l'avez-vous choisi // comment vous y prendriez vous pour en avoir un, quels seraient les critères, les qualités requises ?

3/ Quelles sont les autres raisons pour lesquelles vous consultez ? Décrivez moi ce qui se passe lors d'une consultation // discussion, examen physique, dépistage prévention

4/ Quels sont les autres professionnels à qui vous parlez de votre santé ? // Spécialistes, IDE, Psychothérapeutes

5/ Que pensez-vous de la communication entre votre médecin généraliste et votre psychiatre ?

6/ Qu'est-ce que vous trouvez agréable lors des consultations avec votre médecin généraliste et au contraire qu'est-ce qui ne l'est pas ? Qu'attendez- vous de lui ?

7/ Quelles seraient vos suggestions pour améliorer votre suivi ?// médecin généraliste au CMP ?

Annexe 2 : Entretien n°13

Me P13 64 ans

Antécédents : trouble bipolaire, addiction à l'alcool, tendinite

Traitement : théralite, loxapac, levothyrox, homéopathie

A : Alors moi ce qui m'intéresse c'est la santé des patients qui viennent consulter ici et notamment la relation qu'ils ont avec leur médecin généraliste. Donc la première question qui est très simple je voudrais que vous me racontiez votre dernière consultation avec votre médecin généraliste

P : ça tombe très bien parce qu'elle est très récente. Je suis allée il y a une dizaine de jours pour un renouvellement d'ordonnance pour la thyroïde. Je suis sous levothyrox depuis très longtemps peut être 20 ans donc j'avais mon renouvellement d'ordonnance et puis il m'a prescrit, il est comment ah le nom m'échappe les petits cachets là...

A : homéopathie ?

P : Oui il est homéopathe

A : D'accord

P : Comme j'ai des problèmes de tremblements probablement dus au lithium il m'a prescrit du mercure je crois en homéopathie. Donc je suis allée le voir pour ça, j'ai un petit soucis mais très ponctuel j'ai une tendinite à l'épaule donc il m'a prescrit de la kiné.

A : Et le renouvellement de votre traitement c'était uniquement le levothyrox vous n'avez pas d'autre chose ?

P : Non puisque c'est le Dr S qui s'occupe du traitement psy.

A : Donc le traitement psy c'est :

P : Théralithe et loxapac

A : Ok . qui est-ce qui vous prescrit les prises de sang pour suivre ces différentes choses ?

P : En général c'est le Dr S pour tout ce qui est théralithe et le généraliste pour la TSH

A : Est-ce qu'il ya d'autres raisons pour lesquelles vous voyez votre généraliste ?

P : Non je touche du bois parce que j'ai jamais eu de gros problème de santé, bon ça m'arrive de faire des petites indigestions des choses comme ça mais c'est rare. Là j'ai un soucis qui me tracasse davantage ça va être l'ophtalmo. Donc j'ai demandé au généraliste si il avait un nom d'ophtalmo à me conseiller mais il en a pas donc je vais me débrouiller pour en trouver un. Mais alors justement je voulais vous poser la question, on a pas besoin de mot pour consulter l'ophtalmo ?

A : Pas forcément nan, l'ophtalmo il me semble que ça fait partie des praticiens pour lesquels il n'ya pas besoin d'une lettre pour rentrer dans le parcours de soin classique comme on fait avec d'autres spécialistes. Parce que vous n'avez jamais consulté d'ophtalmo avant ça ?

P : Oh il y a au moins... j'ai consulté y'a bien 10-12 ans. C'était place des L il me semble

A : Bon après il faut peut-être essayer de contacter ce cabinet là il y a peut-être des successeurs, si la personne en question ne travaille plus. Est-ce qu'il y a d'autres professionnels de santé à qui vous parlez de votre santé, d'autres spécialistes, des infirmiers,

P : Alors au niveau psychiatrique oui beaucoup, le Dr S bien sûr, Me B à Pontchaillou parce que j'ai fait une petite cure il y a 3 ans non pas pour désintoxication mais un peu de remise en forme parce que je trouvais que je forçait un petit peu trop sur l'alcool quand même donc j'avais demandé et Pontchaillou organise ce genre de stage. A la fin du stage j'ai eu droit à un psychologue et je m'y accroche je ne lâche plus. Je vois maintenant pour une histoire très récente la psychologue attachée à l'hôtel de police, que j'ai rencontré grâce au CIFF le

Centre d'Information des Femmes et des Familles qui est une grosse association sur Rennes qui est très très compétente et il m'ont mise en relation avec la psychologue de l'hôtel de police parce que je voulais porter plainte mais les faits dont je parle sont prescrits. Donc j'ai rencontré la psychologue et elle m'a fait avancer beaucoup.

A : Donc y'a beaucoup de gens autour de vous ?

P : Oui et j'y tiens. J'en ai même une troisième qui date de Paris, psychologue, donc ça fait 40 ans qu'on se connaît, on est plutôt amies que patient psychologue et elle continue à accepter que je l'appelle une fois par mois au téléphone. Donc on se téléphone une fois par mois. Donc j'ai 3 conseils de psychologue autour de moi et c'est très bien comme ça.

A : Et en dehors des psychologue est-ce qu'il y a d'autre médecin autour de vous ?

P : Non

A : D'accord. Et comment vous l'avez rencontré votre médecin traitant ?

P : Alors j'en voyais un autre, qui était un copain de mon frère, c'était le Dr D, qui était dans le quartier de S, et puis il est parti à l'étranger puis à SOS médecin donc il a un parcours un peu différent donc j'en ai cherché un et là on m'a conseillé le Dr M.

A : D'accord. C'est qqn qui vous a conseillé

P : Oui

A : D'accord. Des amis à vous qui étaient suivis par le même. Ok. Comment ça se passe les consultations avec lui ?

P : Très bien. Il a un excellent diagnostic. Il s'est jamais planté. Pour vous dire je suis pas très compliquée non plus mais il s'est jamais planté. Et puis il est à l'écoute, si j'ai besoin de parler il prend le temps.

A : Ok, vous vous sentez en confiance, il est courant de votre pathologie psychiatrique et du suivi que vous avez ici.

P : oui

A : D'accord. D'ailleurs est-ce que vous savez si ils communiquent entre eux le Dr S et le généraliste ?

P : Ba je crois pas. C'est moi qui dit qui fait quel analyse, quand y'a là lithiémie, la TSH, je crois pas qu'ils soient en connexion tous les 2.

A : D'accord, les uns et les autres ne reçoivent pas les résultats de prise de sang qu'ils n'ont pas prescrite. C'est bien différent les 2 .

P : Oui. Ce que j'ai fait l'autre fois par contre, de ma propre initiative, j'ai demandé au labo à envoyer les analyses aux 2. Parce que je sais plus quelle analyse et puis je me suis dit comme ça il saura.

A : ok donc là c'est vous, c'est votre propre initiative. D'accord. Qu'est ce que vous pensez de ce fonctionnement là, d'avoir le médecin généraliste, le psychiatre la communication entre les 2, le fait que ce soit séparé, pour vous est-ce que c'est quelque chose de positif ou est-ce que ça pourrait être modifié.

P : Oui maintenant que vous m'en parlez je trouve que c'est regrettable que ce soit cloisonné. Ce serait bien qu'il y ait davantage de communication, de connexion, parce que c'est pas le cerveau d'un côté le corps de l'autre. Tout est lié et ça serait bien si il y avait des connexions.

A : Est-ce que vous avez des idées pour améliorer votre prise en charge ? Des conseils à donner sur votre parcours de soin.

P : Pour améliorer ma prise en charge ? Ah ba je me plains pas, je suis à 100 % en psy, je paie juste donc le généraliste ou l'opticien je sais pas comment ça va se passer.

A : Donc vous êtes satisfaite. Juste quand je vous ai posé la question vous vous êtes dit oui peut être mais ça n'a jamais posé problème ? Est-ce qu'il y a des points positifs et négatifs pendant les consultations ?

P : ah oui parfois il y a peu de temps pour l'auscultation et ça c'est quelque fois un petit peu dommage. Ça c'est pour côté négatif. Ça ne me gêne pas mais je le constate quand même

A : Vous trouvez qu'il y a moins d'examen physique. Ça vous trouve ça regrettable.

P : Oui par exemple il faudrait que je lui pose la question au Dr M il ne prend plus ma tension. Bon parce que ma tension est stable etc tout va bien bon mais on est habitué aussi, on va chez le médecin il prend votre tension. Alors peut être que c'est les normes j'en sais rien moi peut être que les appareils ont changé bref donc ça j'avais remarqué. Et positif autrement non... ba il est un peu débordé le pauvre mais sinon on a des rdv quand même assez rapidement.

A : Les consultations durent combien de temps à peu près avec vous ?

P : 15 min, 15-20min max.

A :Ok. Vous vous considérez actuellement en bonne santé ?

P : Oui j'ai des petites choses comme tout le monde mais c'est pas de la mauvaise santé je me considère en bonne santé. Je suis bien stabilisée avec le lithium actuellement. D'ailleurs le Dr S vient de me le confirmer encore il me trouve stabilisée et puis je le sens je sais que je suis stabilisée.

A : Donc à part pour renouveler votre traitement y'a pas autre chose qui se passe pendant la consultation d'autres motifs d'autres suivis ? homéopathie tendinite

P : Ouais homéopathie tendinite non y'arien. Donc ma vue là il faut absolument que je consulte parce que même avec les lunettes je commence à avoir du mal à lire. Non j'ai beau cherché je vois pas.

A :Pas de prise de sang à part pour la TSH ?

P : Si là j'en ai une à faire parce que je suis un petit peu comment ça s'appelle quand on boit tout le temps potomane ? Je suis potomane je bois minimum 2 l d'eau par jour. Donc le Dr S vient juste de me prescrire des analyses.

A :Ok. Est-ce que vous faites les dépistages organisés

P : Ah ba tiens justement parlons en j'ai reçu le dépistage pour le frottis. J'ai appelé le labo d'analyse, l'imagerie médicale, j'en ai encore appelé une troisième ils ne font pas. C'est les sage femmes.

A : Ba y'a plusieurs possibilités. Qui est-ce qui vous a fait le dernier ?

P : C'était y'a 6 ou 7ans. C'était le labo. Ecoutez c'est pas le boulot des sage femme de faire les frottis quand même c'est quoi ce truc.

A : Si maintenant elles sont habilitées à faire les frottis. Mais elles sont pas les seules. Maintenant y'a de plus en plus de médecin généralistes qui font des frottis, qui font des suivis de contraception, qui sont habilités à faire des frottis, qui suivent sur le plan gynécologique donc ça c'est une consultation classique avec un médecin généraliste, dans les délais que vous avez d'habitude. Après tous les médecins généralistes ne le font pas mais y'a de plus en plus de médecin qui sont organisés en groupe donc quand il y a des femmes dans le cabinet il y a possibilité de suivre en parallèle sur le plan gynécologique. Après y'a toujours la possibilité de faire appel à un gynécologue. Nan y'a pas que les sage femme qui font les frottis. En effet le labo ne le fait plus. Mais ça fait partie des attributs du médecin généraliste aussi ouais.

P : Ba je vais l'appeler lui poser la question.

A : Oui vous pouvez l'appeler et lui poser la question et si lui ne fait pas de frottis il vous orientera vers quelqu'un qui fait ce genre de chose.

P :Oui mais j'étais décontenancée parce que le labo ils peuvent quand même faire ce genre de choses. C'était simple.

A : Après c'est vrai que ça fait partie d'une prise en charge plus globale de prévention.

P : Elle a un cabinet la sage femme ?

A : Oui elle peut travailler en libéral, à l'hôpital. Mais je pense que le mieux c'est de poser la question à votre médecin généraliste.

P : Moi ça me semble compliqué. C'était hyper simple et ça me semble devenu compliqué.

A : Peut-être que les labo on délégué cette tâche là parce que ça fait partie d'une prise en charge de prévention plus globale du risque de cancer, du risque cardio-vasculaire, donc ça c'est des choses plus globales qui sont assumées par le médecin généraliste. Donc c'est peut être pour ça que les laboratoires ont laissé cette voie là. En tout cas il faut savoir que le médecin généraliste est l'interlocuteur à qui vous pouvez poser ce genre de question là.

P : Je vais l'appeler je vais lui demander. Parce que je fais tous les dépistages que je reçois, je fais le cancer colorectal, et le frottis mais le frottis c'est pas souvent.

A : Oui c'est tous les 3 ans. Vous avez quel âge vous ?

P : J'ai 63 ans.

A : Oui ça doit se terminer bientôt. Par contre pour le cancer colorectal vous allez devoir continuer plus longtemps. Est-ce que vous auriez des questions à me poser ? d'autres remarques à faire sur mon travail ?

P : Je trouve ça très bien que vous vous intéressiez aux petits patients que nous sommes.

A : Vous trouvez ça intéressant qu'on vous pose des questions sur votre santé ?

P : Oui on nous donne la parole c'est toujours une bonne chose. C'est toujours bien.

A : Il faut que vous sachiez que la parole vous l'avez toujours, quand vous êtes face à un médecin.

Il faut pas hésiter à poser vos questions ça fait partie de la relation qu'on peut avoir. Bon ba je vous remercie.

TABLE DES MATIERES

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS	2
MAITRES DE CONFERENCES HOSPITALIERS – PRATICIENS HOSPITALIERS	7
Résumé.....	9
Abstract	10
Liste des abréviations	11
Introduction	12
Méthode.....	14
Population	14
Outils	14
Déroulement	14
Ethique	15
Analyse et interprétation	15
Résultats.....	16
Tableau 1 : Caractéristiques des patients interrogés.....	16
Point de vue des patients sur leur santé.....	17
Deux groupes de patients se détachent.....	18
Bonne relation avec le médecin généraliste	18
Parcours de soin	19
Discussion	21
Forces et faiblesses de l'étude	21
Lien avec les connaissances actuelles	21
Proposition d'amélioration	22
Conclusion	24
Bibliographie.....	25
Remerciements	27
Annexe 1.....	29
Annexe 2 : Entretien n°13	30

NOM et Prénom : FABLET Anna

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre : Regard des patients souffrant de pathologie psychiatrique sévère sur la place du médecin généraliste dans leur prise en charge somatique.

Rennes, le 25 Août 2016
Docteur BESNARD Jean-François
Médecin Généraliste
Co-Chef de Pôle PMT - M.S
Centre Hospitalier Guillaume Rognier - Rennes
RPPS : 10002047369
Le Directeur de thèse

Rennes, le 23/08/2016
Professeur Dominique DRAPIER
S.H.U. Psychiatrie Adulte
108 Av. du Général Leclerc
BP 60321 - 35703 RENNES Cedex 7
Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le - 2 SEP. 2016

**Le Président de l'Université
de Rennes1**

D. Alis

D. ALIS

FABLET, Anna .- Regards de patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères sur la place du médecin généraliste dans leur prise en charge somatique

34 feuilles., 1 tableau, 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2016 ; N° .

Résumé français

Contexte. Les patients atteints de pathologie psychiatrique sévère (severe mental illness, SMI = schizophrénie, trouble bipolaire, et dépression majeure) présentent une espérance de vie diminuée d'une vingtaine d'années par rapport à la population générale. La cause principale de décès est due aux maladies cardiovasculaires. Plusieurs études affirment la nécessité d'une collaboration soutenue entre psychiatres et généralistes pour le dépistage, le suivi et le traitement de ces pathologies. Il existe également des recommandations pour améliorer l'accès aux soins somatiques. **Objectif.** Comprendre les représentations des patients souffrant d'une SMI concernant leur prise en charge somatique, et en particulier la place du médecin généraliste, afin de mieux en cerner les facteurs d'influence. **Méthode.** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients suivis en CMP (Centre Médico-Psychologique). Les entretiens ont été retranscrits puis analysés par double codage manuel. **Résultats.** Les patients se considèrent pour la plupart en bonne santé. On distingue deux groupes: ceux suivis régulièrement par leur médecin généraliste pour la prise en charge des comorbidités somatiques, et ceux sans suivi régulier et n'en percevant pas l'intérêt. Ils évoquent une relation de confiance avec leur médecin généraliste, perçu comme un partenaire du psychiatre traitant malgré le peu d'échanges directs entre ces derniers. Leur parcours de soin paraît désorganisé. **Conclusion.** Ces patients nécessitent une prise en charge renforcée du fait de la présence de comorbidités associée à des difficultés d'accès aux soins. Celle-ci est inégale et peu axée sur le dépistage et la prévention. Le médecin généraliste est pourtant identifié comme un praticien à l'écoute et un acteur privilégié dans le parcours de soin. Une consultation spécifique pourrait améliorer la prise en charge des comorbidités. Elle pourrait être organisée à partir du CMP vers le médecin généraliste afin de réduire les difficultés de communication et de prioriser les objectifs thérapeutiques multiples de ces patients.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Soins primaires, pathologie psychiatrique sévère, prise en charge somatique, multimorbidité.

Mots-clés anglais MeSH : Primary care, severe mental illness, somatic care, multiple morbidities.

Président : Monsieur le Professeur Dominique DRAPIER

JURY : Assesseurs : Monsieur le Docteur Jean-François BESNARD [directeur de thèse]

Monsieur Le Professeur Patrick JEGO
Monsieur le Docteur Emmanuel ALLORY
Monsieur le Docteur François PISTIEN