



Coordination entre les centres médico-psychologiques et la médecine générale en Guadeloupe en Grande-Terre : une coopération nécessaire dans le suivi des patients schizophrènes

Clément Ah Kong

► To cite this version:

Clément Ah Kong. Coordination entre les centres médico-psychologiques et la médecine générale en Guadeloupe en Grande-Terre : une coopération nécessaire dans le suivi des patients schizophrènes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02502706

HAL Id: dumas-02502706

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02502706>

Submitted on 9 Mar 2020

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 ET
DE LA GUYANE

2019

FACULTÉ DE MÉDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

**COORDINATION ENTRE LES CENTRES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES ET
LA MÉDECINE GÉNÉRALE EN GUADELOUPE EN GRANDE-TERRE, UNE
COOPÉRATION NÉCESSAIRE DANS LE SUIVI DES PATIENTS
SCHIZOPHRÈNES.**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe
BASTARAUD des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 26 Février 2019

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Par
AH KONG Clément

Examineurs de la thèse :

Mme Jeannie HÉLÈNE-PELAGE

Professeur et Présidente

Mme Annie LANNUZEL

Professeur

Mr Louis JEHEL

Professeur

Mr Sébastien BREUREC

Professeur

Mr Frédéric SCHEIDER

Docteur

Mr Ahimsa DORESSAMY

Docteur et Directeur

Mme Jamila CARPIN

Docteur et Directrice

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Jeannie HÉLÈNE-PELAGE : Vous me faites l'honneur de présider mon jury et de juger mon travail. Veuillez recevoir, Madame le Professeur, l'expression de ma sincère reconnaissance et l'assurance de mon profond respect.

À Madame le Professeur Annie LANNUZEL : Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Louis JEHEL : Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Sébastien BREUREC : Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements et l'expression de mes sentiments respectueux.

À Monsieur le Docteur Frédéric SCHEIDER : Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie de m'avoir accueilli au sein du CMP pendant toute ma période de stage. Merci pour tous vos précieux conseils et votre bienveillance. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Ahimsa DORESSAMY : Tu me fais l'honneur de diriger ma thèse. Tu as accepté de me soutenir et de m'accompagner tout au long de ce travail. Je te suis reconnaissant pour ton aide, ta patience, ton humour sans limite et ta grande disponibilité. Je te fais part ici de ma véritable gratitude et de mon plus profond respect.

À Madame le Docteur Jamila CARPIN : Tu me fais l'honneur de diriger ma thèse. Merci pour ton soutien, ton aide et de m'avoir accordé autant de temps.

Je te remercie pour tous tes conseils et pour m'avoir permis de travailler avec toi.
Je te prie en croire en ma sincère reconnaissance et en ma plus grande estime.

À Monsieur Bernard BAKKHAN-MAMBIR : Merci pour votre précieuse aide pour les statistiques. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur GANE-TROPLENT : Merci pour tout ce que vous m'avez apporté tant sur le plan professionnel que sur le plan humain. Vous avez grandement contribué à mon envie d'exercer la médecine générale. Depuis mon stage dans votre cabinet, vous m'avez toujours aidé et soutenu. Veuillez recevoir ici mes sincères remerciements et mon plus profond respect.

À tous mes maîtres de stage en ambulatoire, Dr BAYIGA-TRAORE, Dr VIGNAU, Dr DEMONTY, Dr DEZAUNAY, Dr BERNOS, Dr LIMA : J'aimerais remercier tous les maîtres de stage avec lesquels j'ai eu l'honneur de travailler ces dernières années. J'ai beaucoup apprécié tous vos précieux conseils et nos échanges. Grâce à vos expériences de vie et à vos parcours professionnels, vous avez su me montrer que la médecine est avant tout humaine. Veuillez accepter ma sincère gratitude et ma profonde et respectueuse considération.

À mes parents : Il est difficile de dire à quel point je vous suis reconnaissant pour votre soutien sans limite. Toujours de bon conseil, vous avez été présents dans les bons et mauvais moments de ma vie et parfois même malgré la distance. Vous avez sans cesse approuvé mes choix, me laissant le plus autonome possible. On me dit souvent que je vous ressemble, et j'en suis fier. Grâce à vous je suis devenu la personne que je suis aujourd'hui. Merci.

À mon frère et ma sœur, Jean-Michel et Stéphanie : Aussi loin que je me souviens, j'ai toujours eu de l'admiration pour vous. Je suis fier de vous avoir comme grand frère et grande sœur. Vous avez su me soutenir et me faire garder le sourire dans les moments les plus difficiles de mon enfance. Je me rends

compte que cela n'était pas facile pour vous non plus. J'ai toujours pu compter sur vous, même lorsque l'on était dispersé aux 4 coins du monde. Merci ! Et ça y est, le petit frère est devenu grand maintenant !

À mon beau-frère, ma belle-sœur, neveux et nièce, Jason, Agnès, Gaëtan, Oscar et Adèle : Vous m'avez accompagné tout au long de mes études et vous avez su m'apporter tout votre soutien. Je ne vous remercierai jamais assez pour votre bienveillance. Aux enfants, c'est toujours un bonheur de vous voir grandir et évoluer. Chouchou sera toujours là pour vous.

A tout le reste de la famille en France, à Maurice et tout autour du monde : Même s'il est souvent difficile de se voir, je n'oublie aucun d'entre vous. Pour la plupart, on ne s'est malheureusement pas vu depuis le début de mes études. Je suis fier de nos racines, j'espère revenir vous voir au plus vite et passer davantage de temps avec vous.

À mes chers colocataires de la Chilloc et des 4 Coons, Mathieu, Jordy, Célia, Asma, Damien : Pour moi vous êtes devenu ma petite famille des Antilles. On a vécu et découvert tellement de choses ensemble. Merci pour tous ces bons moments à chiller, à rigoler, à se charrier, à se chamailler... Et petite dédicace à Daniel qui me supporte tous les jours depuis plus de 3 ans.

À tous mes amis de Bordeaux, Jacky, Jean, Pippo, Clément, Mathieu, Rémi, Teuck, Kastio, Aurore, Christophe, Kunié, Ambre, Elsa, Thomas, Marion, Serena... : J'ai vécu mes meilleures années d'étude avec vous. Entre les joies, les pleurs, les fous rires... J'ai tout vécu et tout partagé avec vous. Que de bons souvenirs quand même et je suis sûr que cela va durer encore bien longtemps. Bravo à tous !

À mes amis d'enfance de Bressuire, Théo, Privat, Chachou, Inès, Pauline, Simon, Alizé, Agathe, Justin, Rémy, Ely : Vous avez toujours été présents et vous m'avez soutenu tout au long de mes études. Même si on ne se voit pas

pendant plusieurs mois et même des années pour certains, je sais que je peux toujours compter sur vous. Nos blagues, nos débats et nos délires restent indémodables. Merci à vous les copains.

À mes amis des Antilles, Julien, Simon, Antoine, Anaïs, Thomas, Alexis, Kim, Bertille, François, Eva, Diane, Margaux, Florian, Quentin L, Quentin G, Sophie, Hadrien, Alice P, Alice M, Armand, Aurore, Jimmy et tous les autres : Je n'aurais pas rêvé mieux qu'une bande de potes comme vous pour découvrir la Martinique et la Guadeloupe. Même si par la force des choses nous sommes obligés de se séparer, j'espère qu'on se retrouvera vite. Ne changez surtout pas, restez ouvert et profitez à fond de chaque expérience.

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 19 44 99

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95-Tel/Fax 05 90891787

André-Pierre UZEL

**Chirurgie Orthopédique et
Traumatologie**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 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-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 -Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
 Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 23 52- Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

**Chirurgie Thoracique et
 Cardiovasculaire**
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 71 -Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 21 01
 Tel : 05 96 55 22 71 -Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 28

SAINTE-ROSE Christian

Neurochirurgie Pédiatrique
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 0696 73 27 27

André CABIE

Maladies Infectieuses
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

**Bactériologie-Virologie-Hygiène option
 virologie**
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC

**Bactériologie &Vénérologie
 Hygiène hospitalière**
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 12 80

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 96 55 24 24

Annie LANNUZEL

Neurologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 93 50 24

Michel CARLES

Anesthésie-Réanimation
CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
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 MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 0690 39 56 28

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
Cabinet libéral au Gosier
Tel : 05 90 84 44 40 -Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 38 05 20

VENISSAC Nicolas

**Chirurgie
Thoracique
et cardiovasculaire**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 03 86 87

DJOSSOU Félix

**Maladies
Infectieuses
Et tropicales**
CH de CAYENNE

Tél : 0694 20 84 20

Christophe DELIGNY**Gériatrie et biologie du vieillissement**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 55

Narcisse ELENGA**Pédiatrie**

CH de CAYENNE

Tel : 06 94 97 80 48

Karim FARID**Médecine Nucléaire**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 61

Moustapha DRAME**Epidémiologie Economie de la Santé**

CHU de MARTINIQUE

Professeurs des Universités Associés**Franciane GANE-TROPLENT****Médecine générale**

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**Jocelyn INAMO****Cardiologie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72 -Fax : 05 96 75 84 38

**Fritz-Line
CEPHISE****VELAYOUDOM****épse****Endocrinologie**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH**Nutrition**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90 89 13 00

TABUE TEGUO Maturin**Médecine interne : Gériatrie et biologie****Du vieillissement**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0690 30 85 04

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 06 90 83 78 40 -Fax : 05 90 75 84 38

BACCINI Véronique

Hématologie, Transfusion
 CHU de POINTE- À -
 PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 12 77

MASSE Franck

Médecine Générale
 Tél : 0596 56 13 23

CARRERE Philippe

**Médecine
 Générale**
 Tél : 0690 99 99 11

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

BROUZENG-LACOSTILLE Charlotte

Endocrinologie
 CHU DE GUADELOUPE
 Tel : 05 90

CHAUMONT Hugo

Neurologie
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 06 90

BUTORI Pauline

ORL
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 0590 89 14 50

BONIFAY Timothée

Médecin Générale
 CHU de Cayenne Croix rouge
 Tel : 06 90 99 99 11

DURTETTE Charlotte

Médecine Interne
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 55

RENARD Guillaume

**Chirurgie
 Orthopédique**
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 06 96 26 27 33

CHEVALLIER Ludivine

Chirurgie Générale et VIS
CH de CAYENNE
Tel : 06 70 86 88 91

SYLVESTRE Emmanuelle

Maladies Infectieuses
CHU de MARTINIQUE
Tel : 06 20 60 31 36

POUY Sébastien

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 06 66 44 56 15

HUYGHUES DES ETAGES Gunther

ORL
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0590

HENNO Florent

Anesthésiologie/Réanimation
CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 37 85 15 28

PASQUIER Jérémie

**Maladies Infectieuses maladies
Tropicales**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 90 93 46 16

MONFORT Astrid

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72

PERROT Emmanuel

Urologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90

JEREMIE Jean-Marc

Psychiatrie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

TRAMIER Ambre

Gynécologie Obstétrique
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0590 89 19 89

SAINTE-ROSE Vincent

Parasitologie
CH de Cayenne
Tel : 05 90

ROLLE Amélie

Anesthésie-Réanimation
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90

CARPIN Jamila

Médecine Générale
Cabinet du Dr GANE-TROPLENT
Franciane
Tel : 0690 72 12 04

PLACIDE Axiane

Médecine Générale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0690 30 75 19

NIEMETZKY Florence

Médecine Générale
CH de CAYENNE
Tel : 0694 16 15 31

BLAIZOT Romain

Dermatologie
CH de CAYENNE
Tel : 0694 08 74 46

PARSEMAIN Aurélie

ORL
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0694 08 74 46

DUDOUIT Sylvain

Chirurgie Orthopédique
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0596

RÉSUMÉ

Introduction : La schizophrénie est un trouble psychiatrique relativement fréquent et le plus souvent sévère. En Guadeloupe comme ailleurs, il s'agit de la psychose chronique la plus fréquente. Les patients schizophrènes sont majoritairement suivis dans un centre médico-psychologique (CMP) adulte selon leur secteur en relation avec la médecine générale. Il s'agit d'une population présentant des pathologies somatiques plus sévères et plus fréquentes que la population générale. Notre objectif est d'analyser l'interaction entre les médecins généralistes et les psychiatres dans le parcours de soins ambulatoires des patients schizophrènes en Guadeloupe en Grande-Terre.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude épidémiologique descriptive de juin à octobre 2018. Deux questionnaires ont été élaborés, un à l'attention des médecins généralistes et un à celle des psychiatres. Celui des médecins généralistes a été envoyé par voie postale et courriel puis exposé par téléphone. Le second a été présenté en face à face et par téléphone.

Résultats : 44,30% des médecins généralistes et 100% des psychiatres inclus ont répondu à l'étude. 25,75% des généralistes n'ont jamais communiqué avec le CMP adulte de leur secteur et 43,9% n'ont jamais été joint par cette structure. 63,94% jugent les relations avec les psychiatres insatisfaisantes. Ils déplorent un manque de communication par absence de courrier de la part des spécialistes pour 25,9%. Quant aux psychiatres, 60% jugent les relations avec les médecins généralistes insatisfaisantes.

Conclusion : Il existe un défaut de communication entre les psychiatres et les médecins généralistes en Guadeloupe en Grande-Terre dans le parcours de soins ambulatoires des schizophrènes. Afin d'améliorer les échanges, on peut évoquer : un suivi somatique systématique, une meilleure relation entre les spécialités et une formation adéquate des médecins généralistes. De plus, la lutte contre la stigmatisation et la définition du rôle de chacun permettraient une meilleure communication entre les professionnels de santé.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a psychiatric disorder quite common and often severe. Guadeloupe is no exception as it is the most frequent chronic psychosis. Patients diagnosed with a schizophrenic disorder are mainly treated in a mental health center for adults working with general practitioners within their sector of care. This category of patients presents more serious and more frequent somatic pathologies than the rest of population. Our goal here is to analyze the interaction between the GPs (General Practitioners) and the psychiatrists in the approved healthcare pathway of the outpatients in Guadeloupe, Grande-Terre.

Materials and methods: We conducted a descriptive epidemiological study from June to October 2018. Two questionnaires were created: one for the GPs and the second one for the psychiatrists. The one for the GPs was sent via post and electronic mail and then explained on the telephone. The questionnaire addressed to the psychiatrist was presented in person or on the telephone.

Results: 44.3% of GPs and 100% of psychiatrists responded positively to the survey. Among the surveyed GPs, 25.75% have never had any communication with the mental health center for adults in their sector. 63,94% consider their interactions with psychiatrists inadequate. 25,9% of them regret a lack of communication by mail from the specialists. 60% of psychiatrists consider their interactions with GPs unsatisfactory as well.

Conclusion: There is an existing lack of communication between psychiatrists and general practitioners in Guadeloupe in Grande-Terre regarding the outpatients's treatments. Some of the possible solutions could be: a regular somatic follow-up care, better relations between specialists and a more adequate training system for general practitioners. Moreover, the fight against stigma and a clear definition of each person's role would allow a better communication between health professionals.

REMERCIEMENTS	2
RÉSUMÉ	13
ABSTRACT	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS	17
I INTRODUCTION	18
II GÉNÉRALITÉS.....	20
II.1 La schizophrénie : aspects cliniques	20
II.1.1 Le syndrome positif	20
II.1.1.1 Les idées délirantes	20
II.1.1.2 Les hallucinations	20
II.1.2 Le syndrome négatif	20
II.1.3 Le syndrome de désorganisation	20
II.1.4 Altérations des fonctions cognitives	21
II.2 La schizophrénie : Traitements.....	21
II.2.1 Objectifs.....	21
II.2.2 Stratégie thérapeutique	21
II.3 La schizophrénie : Pronostic et évolution	22
II.3.1 Causes de mortalité	22
II.3.2 Facteurs de risque.....	22
II.4 Schizophrénie et soins somatiques	23
II.4.1 Un suivi somatique essentiel.....	23
II.5 Rôle des médecins généralistes.....	24
II.6 L'organisation de la psychiatrie en France	24
II.6.1 La sectorisation en psychiatrie	24
II.6.2 Les CMP.....	25
II.6.3 Prévisions et évolution de la psychiatrie en France	25
II.7 Les spécificités de la Guadeloupe	26
II.7.1 La sectorisation sur l'île de Grande-Terre	26
II.7.2 Rôle des psychiatres	26
III MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	26
III.1 Type d'étude	26
III.2 Populations d'étude	27
III.2.1 Médecins généralistes.....	27
III.2.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	27
III.2.1.2 Mode de recrutement.....	27
III.2.2 Psychiatres	27
III.2.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	27
III.2.2.2 Mode de recrutement	28
III.3 Méthodes d'évaluation	28
III.3.1 Médecins généralistes.....	28
III.3.1.1 Présentation du questionnaire	28
III.3.1.2 Déroulement de l'enquête	29
III.3.2 Psychiatres	29

III.3.2.1	Présentation du questionnaire	29
III.3.2.2	Déroulement de l'enquête	30
III.4	Interprétation des résultats : analyse statistique.....	30
IV	RÉSULTATS.....	30
IV.1	Questionnaire des médecins généralistes	30
IV.1.1	Population d'étude.....	31
IV.1.2	Connaissances des CMP	31
IV.1.2.1	Connaissance générale des CMP	31
IV.1.2.2	Missions du CMP	31
IV.1.2.3	Contacts avec les CMP	32
IV.1.2.4	Troubles psychiatriques dominants dans les CMP	33
IV.1.3	Relation avec les psychiatres et intérêt pour la psychiatrie.....	34
IV.1.4	Relation avec les patients schizophrènes	35
IV.1.5	Traitements et suivi	37
IV.2	Questionnaire des psychiatres	38
IV.2.1	Population d'étude.....	38
IV.2.2	Exercice dans les CMP	38
IV.2.3	Relations avec les médecins généralistes	39
IV.2.4	Traitements et suivi	41
V	DISCUSSION	42
V.1	Résultats des médecins généralistes	44
V.1.1	Un manque de communication.....	44
V.1.2	Moyens de communication.....	44
V.1.3	Prise en charge globale des patients schizophrènes	45
V.2	Résultats des psychiatres.....	46
V.2.1	Relations avec les médecins généralistes	46
V.2.2	Collaboration avec les médecins généralistes	47
V.2.3	Éducation thérapeutique des patients	48
V.2.4	Situation en Guadeloupe en Grande-Terre	48
V.3	Axes d'amélioration	50
V.3.1	Un suivi somatique systématique.....	50
V.3.2	Une collaboration efficace	50
V.3.3	Un meilleur accès aux soins.....	50
V.3.4	Amélioration de la formation initiale et continue	51
V.3.5	Lutte contre la stigmatisation.....	52
V.3.6	Meilleure définition des rôles.....	53
V.3.7	Exemple de coordination des soins.....	54
V.4	Forces et limites de l'étude	54
VI	CONCLUSION	55
	ANNEXES	57
	BIBLIOGRAPHIE	65
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	69

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

CASSC : Consultations d'Avis Spécialisé et de Suivi Conjoint

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

CHM : Centre Hospitalier de Montéran

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHUPAP : Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-À-Pitre

CMP : Centre Médico-Psychologique

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EPSM : Établissement Publique de Santé Mentale

EPU : Enseignements Post Universitaires

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FDR : Facteurs De Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MG : Médecins généralistes

NSP : Ne Se prononce Pas

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I INTRODUCTION

La schizophrénie est un trouble psychiatrique relativement fréquent et le plus souvent sévère. La prévalence est d'environ 1% dans la population générale ce qui représente environ 400 000 sujets malades en France.[1] L'incidence annuelle se situe autour de 1,5 pour 10 000 cas.[2] En Guadeloupe comme ailleurs, il s'agit de la psychose chronique la plus fréquente.[3] Les données d'une étude menée par le CCOMS en 1999 indiquent une prévalence de 1,6% de personnes ayant des troubles psychotiques en Guadeloupe.[4] L'OMS classe la schizophrénie dans le groupe des dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité.[2] À l'échelle régionale, l'offre de soins dans le secteur de la psychiatrie dans le domaine public est insuffisante (8 psychiatres salariés pour 100 000 habitants en Guadeloupe contre 12 en France métropolitaine).[4] Et à moyen terme, la démographie des médecins psychiatres va se traduire par un départ massif de professionnels jusqu'en 2025.[5]

La collaboration entre la médecine générale et la psychiatrie devient fondamentale afin d'assurer la continuité des soins des patients atteints de schizophrénie.

La prise en charge de la schizophrénie doit respecter le paradigme psychiatrique actuel qui est tridimensionnelle : biologique, psychologique et social (biopsychosociale). Les patients schizophrènes sont majoritairement suivis dans un CMP (Centre Médico-Psychologique) adulte selon leur secteur. Ce dernier est une structure pluridisciplinaire spécialisé dans l'organisation des soins ambulatoires des troubles psychiatriques dont fait partie la schizophrénie. En 2012, il s'agit du lieu de soin le plus actif (48,3% des actes du service psychiatrique du CHU de la Guadeloupe) (Voir annexe 1).[4] Le CMP centralise la coordination de la prise en charge psychiatrique du patient en relation avec des partenaires médico-psycho-sociaux. Parmi ces acteurs, on retrouve le médecin généraliste. Le lien avec ce dernier existe et reste indispensable devant une population présentant des maladies somatiques plus sévères et plus fréquentes que la population générale. Selon les études, leur espérance de vie à la naissance, tout sexe confondu, est diminuée de 25% par rapport à la

population générale. Les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires (29%) suivies des cancers (19%, dont 9% de cancer pulmonaire).[5][6] L'étude du lien entre la médecine générale et la psychiatrie est primordiale afin d'améliorer la prise en charge globale des patients schizophrènes. Il devient important de comprendre le point de vue et les attentes du personnel du CMP adulte à l'égard des médecins généralistes et réciproquement. Cela permettra de proposer des solutions pour une meilleure coordination des soins en ambulatoire.

L'étude portera sur la qualité de la coordination entre les médecins généralistes et les CMP adulte dans la prise en charge des patients schizophrènes de Grande-Terre. Nous vérifierons l'hypothèse que la schizophrénie est un objet de prise en charge conjointe entre les deux disciplines. Une meilleure collaboration entre la médecine générale et la psychiatrie serait souhaitable. Plusieurs éléments d'amélioration pourraient être envisagés : une meilleure collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres, une implication plus importante du médecin de ville et une meilleure formation des praticiens généralistes concernant la santé mentale. D'un autre côté, les psychiatres pourraient davantage être conscient du rôle fondamental des médecins traitants concernant la prise en charge globale du patient psychiatrique.

On peut se poser les questions suivantes : Quelles sont les attentes des psychiatres exerçant dans les CMP adulte de la Guadeloupe en Grande-Terre envers les médecins généralistes dans le suivi des patients schizophrènes ? Quels sont le ressenti et les connaissances des médecins généralistes au regard du parcours de soins en psychiatrie et de la maladie schizophrénique ?

L'objectif principal de cette étude est donc d'analyser l'interaction entre les médecins généralistes et les psychiatres dans le parcours de soins en ambulatoire des patients schizophrènes en Guadeloupe en Grande-Terre.

II GÉNÉRALITÉS

II.1 La schizophrénie : aspects cliniques

La schizophrénie est définie par trois dimensions psychiatriques : le syndrome positif, le syndrome négatif et le syndrome de désorganisation auxquels sont associés des altérations cognitives. [7][8]

II.1.1 Le syndrome positif

Le syndrome positif est défini par l'association des idées délirantes et des hallucinations.

II.1.1.1 Les idées délirantes

Les idées délirantes correspondent à des transformations du contenu de la pensée entraînant une distorsion délirante de la réalité. Elles se caractérisent par une conviction inflexible, contraire à la logique et incontestable par les faits. Les idées délirantes ont une prévalence de plus de 90% dans la schizophrénie.

II.1.1.2 Les hallucinations

Les hallucinations sont définies comme une perception sans objet. Elles sont présentes dans les trois quarts des cas lors de la phase aiguë. Elles sont le plus souvent auditives (50%), acoustico-verbales et visuelles (30%)

II.1.2 Le syndrome négatif

Le syndrome négatif se traduit par un appauvrissement affectif et idéo-affectif : pauvreté du discours ou alogie, apragmatisme, aboulie, retrait social et isolement.

II.1.3 Le syndrome de désorganisation

Le syndrome de désorganisation correspond à une incapacité à construire un comportement et un discours adéquat. Il est marqué par des manifestations affectant les cognitions (altération du cours de la pensée, du système logique, du

langage), les émotions (discordance idéo-affective) et les comportements (maniérisme gestuel, parakinésies...)

II.1.4 Altérations des fonctions cognitives

Les altérations cognitives sont fréquentes (70%), souvent sévères et invalidantes dans la schizophrénie. Elles précèdent souvent le début de la maladie. Les domaines cognitifs les plus altérés sont les fonctions exécutives, la mémoire épisodique verbale, l'attention et la vitesse de traitement de l'information.

Malgré une augmentation des troubles cognitifs au début de la maladie, elles se stabilisent par la suite. Elles ont des répercussions fonctionnelles majeures (absence d'emploi, difficultés à vivre de façon indépendante), entraînant un handicap psychique important.

II.2 La schizophrénie : Traitements

II.2.1 Objectifs

Il existe quatre objectifs du traitement pharmacologique :

- Phase aiguë : contrôle rapide des symptômes d'un épisode aiguë par des antipsychotiques « sédatifs » ou par des benzodiazépines pendant une courte durée.
- Dans un second temps : mise en place d'un traitement de fond.
- Dans un troisième temps : après la rémission (le plus souvent partielle), le traitement de fond est maintenu à titre préventif.
- Enfin, il contribue à la réhabilitation sociale des patients. [7]

II.2.2 Stratégie thérapeutique

Les antipsychotiques représentent le traitement pharmacologique de référence. Le choix de la molécule doit tenir compte de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance des traitements reçus. Les antipsychotiques de deuxième génération sont recommandés en première intention. La monothérapie est privilégiée afin d'améliorer entre autres l'observance thérapeutique. Le traitement choisi doit être prescrit à la posologie minimale efficace. [1][7]

II.3 La schizophrénie : Pronostic et évolution

II.3.1 *Causes de mortalité*

Plusieurs études ont souligné la mauvaise santé physique et la diminution de l'espérance de vie chez les patients souffrant d'affections psychiatriques sévères, en particulier de troubles schizophréniques.

En France, en 2017, l'espérance de vie à la naissance, tout sexe confondu, est de 82,4 ans. Pour celle d'une personne souffrant de schizophrénie et pour tout sexe confondu, elle est située entre 59 et 64 ans soit une perte d'espérance de vie d'environ 25 % selon les études par rapport à la population générale. [5][9][10][11]

Les causes de mortalité retrouvées sont :

- Le suicide, en première cause, est responsable de mort prématurée notamment chez les hommes jeunes.
- La 2^{ème} cause de mortalité est liée aux risques cardio-vasculaires secondaires, entre autres, à la prise d'antipsychotique augmentant l'inactivité physique et le poids.
- La 3^{ème} cause regroupe les conduites addictives (aussi à l'origine des troubles cardiovasculaires et de cancer).
- La 4^{ème} cause est le suivi insuffisant sur le plan somatique. En effet, les déficits cognitifs rendent difficiles le repérage du symptôme et sa prise en compte. Un déficit au niveau des habilités sociales entravent aussi la démarche de soins. [6][9][12][11]

II.3.2 *Facteurs de risque*

Les patients schizophrènes ont davantage de maladies respiratoires, d'affections cardiovasculaires, de diabète et de maladies infectieuses. Il y a différents éléments qui contribuent à cette vulnérabilité accrue.

Mortalité par suicide :

- FDR : hommes, niveau éducatif élevé, antécédent de trouble dépressif, tentative de suicide antérieure, abus de drogue, agitation ou

ralentissement moteur, crainte d'une désorganisation mentale, faible compliance au traitement, deuil. [6]

Mortalité naturelle plus importante :

- Causes : maladies cardio-vasculaires (29%), cancer 19% (poumons : 8%)
- FDR : prévalences élevées de conduite à risque (tabac, alcool, toxicomanie), sédentarité, alimentation déséquilibrée, prise de poids, prévalence du syndrome métabolique (secondaire aux neuroleptiques), nombre de traitements antipsychotiques, moindre recours aux thérapeutiques notamment cardiaques. [6][9][11][13]

II.4 Schizophrénie et soins somatiques

II.4.1 *Un suivi somatique essentiel*

L'état de santé physique des patients présentant des troubles psychiatriques schizophréniques reste trop longtemps méconnu par les psychiatres et les médecins généralistes. Pourtant ces patients présentent les mêmes maladies aiguës et chroniques que celles retrouvées en population générale. Comme cité précédemment, les maladies cardio-vasculaires et les cancers sont surreprésentés avec un risque de mortalité plus important. C'est pour cela, qu'il est essentiel que le patient ait un médecin généraliste, de préférence un médecin traitant, pour s'occuper de son suivi somatique. Cependant, le psychiatre est souvent le seul médecin du patient.

Le système de soins joue donc un rôle essentiel pour repérer les problèmes somatiques de ces patients. Effectivement, plus les troubles cognitifs ou le manque d'initiative sont importants, moins le patient est assidu sur sa prise en charge somatique. Il devient ainsi moins observant pour ses soins ce qui ne l'incite pas à modifier ses comportements pour une meilleure santé.

Pour tout patient, il est recommandé aux médecins généralistes et aux psychiatres d'identifier l'entourage familial et en particulier la personne de confiance. Selon les cas, elle peut être une ressource fondamentale pour le suivi

du patient. Elle peut éventuellement apporter son soutien psychologique, aider à la prise du traitement et à la participation aux soins, surveiller l'état de santé du malade et alerter le corps médical en cas de problème. [9]

II.5 Rôle des médecins généralistes

Il est souhaitable que le patient souffrant de schizophrénie soit suivi conjointement par un médecin psychiatre et un médecin traitant. Le rôle du médecin généraliste est d'assurer la prise en charge du trouble mental avec la possibilité de solliciter d'autres acteurs de soins. Il permet de garantir le suivi médical.

Un des objectifs pour le somaticien est la détection et le diagnostic précoce des signes de schizophrénie dans la population générale. Dans le suivi des patients schizophrènes, le médecin généraliste est en charge de diminuer la durée de mise en place d'un traitement. Il est capable d'arrêter certains traitements en cas de polymédication. Il doit surveiller la compliance et les conditions de prise de traitement. Enfin, il est tenu de détecter précocement les signes de rechute et d'évaluer la qualité de vie. Les échanges d'information entre le psychiatre traitant et médecin généraliste sont alors précieux dans le suivi médical du patient schizophrène. [9][12][14][15][16]

II.6 L'organisation de la psychiatrie en France

II.6.1 *La sectorisation en psychiatrie*

Depuis la circulaire du 15 mars 1960, le système public de soins psychiatriques français est organisé sur la base du secteur géo-démographique. Chaque secteur est défini par une aire géographique délimitée et correspondant à une population d'environ 70 000 habitants. L'objectif est de permettre une continuité des soins en tout point du territoire. Cet espace géo-démographique dispose d'une équipe soignante pluridisciplinaire dirigée par un psychiatre. Cette équipe a pour charge d'assurer la continuité des soins entre le pôle hospitalier (où se trouvent les unités d'hospitalisation temps plein) et les structures ambulatoires. Des soins qui incluent le dépistage, le traitement avec ou sans hospitalisation, la surveillance post-cure et la réhabilitation. [17][18]

La sectorisation psychiatrique repose sur les principes fondamentaux suivants :

- Le refus de la ségrégation du malade mental (éviter la rupture avec l'environnement et favoriser le retour du patient à son domicile)
- La favorisation de l'accès aux soins
- La continuité des soins.
- Le partenariat local. [18]

II.6.2 Les CMP

Le secteur comporte entre autres le CMP adulte, « premier lieu de référence et d'implantation de l'équipe polyvalente de secteur ». Le terme « CMP » apparaît officiellement dans un arrêté de mars 1986, en remplacement des dispensaires d'hygiène mentale. Il s'agit d'une unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert.

Ses missions sont précisées par la circulaire du 14 mars 1990 : prévention, dépistage, soins, suivi et maintien dans le tissu social. Son rôle est d'être le « pivot du secteur », à l'origine des projets de prise en charge extrahospitalière des patients. Le CMP constitue la structure extrahospitalière la plus représentée. À ce jour, 94% des secteurs de psychiatrie ont au moins un CMP adulte.[17][19]

II.6.3 Prévisions et évolution de la psychiatrie en France

D'après les chiffres et prévisions de la DREES (2002), le nombre total de psychiatres baissera de 40% entre 2002 et 2020 avec une estimation d'environ 8000 en 2020. [20] [21] À moyen terme, la démographie des psychiatres va se traduire par un départ massif de professionnels jusqu'en 2025.[5] En effet, l'âge moyen des psychiatres augmente. En 2020, il sera de 51,5 ans contre 48,9 ans en 2002. [20]

II.7 Les spécificités de la Guadeloupe

II.7.1 *La sectorisation sur l'île de Grande-Terre*

En ce qui concerne la psychiatrie générale adulte sur Grande-Terre, elle constitue un pôle de 3 secteurs, anciennement relevant du CHU et rattachés depuis le 01 Janvier 2018 à l'EPSM :

- Le secteur G04 inclut une unité intra hospitalière. En extra hospitalier ce secteur comprend : le CMP des Abymes, le CMP de Marie-Galante, l'Hôpital de jour et l'atelier thérapeutique des Abymes.
- Le secteur G05 inclut une unité intra hospitalière. En extra hospitalier ce secteur intègre : le CMP de Pointe-à-Pitre, le CMP du Gosier, le CMP de Sainte-Anne, un hôpital de jour et un atelier thérapeutique.
- Le secteur G06 inclut une unité intra hospitalière. En extra hospitalier ce secteur englobe : le CMP du Moule, le CMP de Morne-À-L'eau, l'Hôpital de jour de Morne-À-L'eau et un atelier thérapeutique. [4] (Voir annexe 2)

À ce pôle, s'ajoute un dispositif intersectoriel incluant une équipe mobile psychiatrie précarité, une unité de réhabilitation, un atelier thérapeutique, les urgences et l'unité d'hospitalisation de longue durée.[4]

II.7.2 *Rôle des psychiatres*

Le psychiatre de secteur doit vérifier l'existence et l'identification d'un médecin généraliste traitant pour chacun de ses patients. Il est en charge de proposer, s'il y a lieu, le traitement médicamenteux au médecin généraliste, qui en réalise alors principalement la prescription, tout en considérant l'état clinique du patient. Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste un accès téléphonique direct à un psychiatre. [22]

III **MATÉRIELS ET MÉTHODES**

III.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive. Deux questionnaires distincts ont été élaborés, un à l'attention des médecins généralistes et un à celle des psychiatres.

III.2 Populations d'étude

III.2.1 *Médecins généralistes*

III.2.1.1 *Critères d'inclusion et d'exclusion*

L'étude portait sur les médecins généralistes libéraux exerçant en Grande-Terre en Guadeloupe.

Les critères d'inclusion étaient :

- Exercer la médecine générale en secteur libéral.
- Exercer la médecine générale dans l'ensemble des communes de la Grande-Terre en Guadeloupe.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les médecins généralistes ayant participé à la conception de cette étude.
- Une réponse au questionnaire incomplète ne permettant pas de répondre à l'objectif principal.

III.2.1.2 *Mode de recrutement*

Un registre des coordonnées des médecins généralistes libéraux de la Grande-Terre a été élaboré dans un tableau Microsoft Excel (version 2017). Les numéros de téléphone ont été fournis par l'annuaire Internet des Pages Jaunes® et les adresses électroniques par une source personnelle.

III.2.2 *Psychiatres*

III.2.2.1 *Critères d'inclusion et d'exclusion*

Cette étude s'adressait également aux psychiatres exerçant dans les CMP adulte en Grande-Terre en Guadeloupe.

Les critères d'inclusion étaient :

- Exercer la psychiatrie dans un CMP adulte.
- Exercer la psychiatrie en Grande-Terre en Guadeloupe.

Les psychiatres inclus dans l'étude étaient ainsi ceux exerçant dans tous les CMP adulte de Grande-Terre.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les psychiatres ayant participé à la conception de cette étude.
- Une réponse au questionnaire incomplète ne permettant pas de répondre à l'objectif principal.

III.2.2.2 Mode de recrutement

La liste des médecins psychiatres inclus dans l'étude a été fournie par le pôle de la Grande-Terre de la psychiatrie adulte de l'EPSM.

III.3 Méthodes d'évaluation

III.3.1 Médecins généralistes

III.3.1.1 Présentation du questionnaire

Le questionnaire destiné aux médecins généralistes a été élaboré avec le logiciel Word® 2017. Il comprend 18 questions à choix multiples ou ouvertes. Il est composé de 5 parties (Voir Annexe 3) :

- 1^{ère} partie : âge, genre et lieu d'exercice du médecin généraliste.
- 2^{ème} partie : connaissance du sigle, du rôle d'un CMP adulte et d'un nom d'un psychiatre exerçant au CMP de leur secteur. Les derniers contacts et la population principale rencontrée dans la structure sont ensuite demandés.
- 3^{ème} partie : satisfaction des relations avec les psychiatres et l'intérêt du généraliste pour le domaine de la psychiatrie.
- 4^{ème} partie : la prise en charge globale et somatique des patients schizophrènes et une auto évaluation de leur compétence dans le suivi.
- 5^{ème} partie : les effets secondaires du traitement de fond les plus fréquemment rencontrés par le somaticien, son changement éventuel dans le passé sans avis spécialisé et la connaissance du diagnostic de leur patientèle atteinte de schizophrénie.

III.3.1.2 Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée sur la période de juin à octobre 2018. Le questionnaire a été transmis aux médecins selon trois modalités dans l'ordre chronologique suivant :

- Dans un premier temps, le formulaire imprimé a été posté aux 149 médecins généralistes libéraux de l'annuaire. Chaque médecin reçut une lettre de présentation de l'étude, un questionnaire complet ainsi qu'une enveloppe retour affranchie. Il n'y a eu aucune relance par courrier.
- Par la suite, le formulaire électronique a été envoyé aux médecins de la base de données.
- Enfin, les médecins de l'annuaire n'ayant pas répondu au questionnaire lors des deux premières étapes ont été joints par téléphone. Après une concise présentation orale de l'étude, chaque médecin était interrogé selon la séquence de questions suivantes :
 - 1) « Avez-vous déjà répondu au questionnaire ? »
 - 2) « Souhaitez-vous y répondre immédiatement par téléphone ? »
 - 3) « Sollicitez-vous un rendez-vous téléphonique pour y répondre ? ».
 - 4) « Voulez-vous que je vous l'envoie immédiatement par courriel ? »
 - 5) « Avez-vous reçu le formulaire par courrier postal ? Sinon, souhaitez-vous en recevoir un ? »

La séquence était interrompue soit par le médecin qui optait pour une modalité (l'option choisie étant alors mise en application), soit par la constatation qu'aucune des solutions n'ai pu être retenue. Sauf demande expresse de sa part, chaque médecin n'a été sollicité qu'une fois.

III.3.2 Psychiatres

III.3.2.1 Présentation du questionnaire

Le questionnaire attribué aux médecins psychiatres a été élaboré grâce au logiciel Word® 2017. Il comprend 17 questions à choix multiples ou ouvertes. Il est divisé en 5 parties (Voir Annexe 4) :

- 1^{ère} partie : âge et genre du psychiatre.

- 2^{ème} partie : le nombre d'année d'exercice en secteur publique, le CMP adulte d'exercice et le nombre de demi-journées travaillées dans la structure.
- 3^{ème} partie : le pourcentage de patients schizophrènes connaissant leur maladie.
- 4^{ème} partie : les relations avec les médecins généralistes, les fréquences et moyens de communication avec eux ainsi que leur connaissance des noms des médecins de ville de leur secteur.
- 5^{ème} partie : la prise en charge en parallèle du somaticien ainsi que son implication dans le suivi et les problèmes somatiques rencontrés par le psychiatre.

III.3.2.2 Déroulement de l'enquête

L'étude des psychiatres s'est déroulée durant les mois d'août et septembre 2018 par des entretiens directifs en face à face selon le questionnaire pré établi. Lorsque l'entretien en face à face n'était pas possible, un rendez-vous téléphonique était programmé.

III.4 Interprétation des résultats : analyse statistique

Les données ont été inscrites et analysées dans le logiciel Epidata®. Le test Chi-2 a été utilisé pour les variables qualitatives et le test de Student pour les variables quantitatives avec comme seuil de significativité $p < 0,05$.

IV RÉSULTATS

IV.1 Questionnaire des médecins généralistes

Sur 149 médecins généralistes de la Grande-Terre répertoriés dans l'annuaire Internet des Pages Jaunes®, 66 ont répondu au questionnaire ce qui correspond à un taux de réponse de 44,30%. Un taux de participation qui se situe dans la fourchette haute en comparaison à des études similaires.

IV.1.1 Population d'étude

L'âge moyen de participation est de 49,78 ans pour des extrêmes compris entre 30 ans et 87 ans. 37 hommes et 28 femmes ont répondu à l'enquête. L'âge moyen des hommes est de 50,75 ans et 48,5 ans pour les femmes. (*Tableau 1*)

Genre/Données	Nombre	Age moyen (Années)	Age min (Années)	Age max (Années)
Hommes	37	50,75	32	87
Femmes	28	48,5	30	69
NSP	1	-	-	-
Total	66	49,78	30	87

Tableau 1 : Population des médecins généralistes selon l'âge et le sexe.

IV.1.2 Connaissances des CMP

IV.1.2.1 Connaissance générale des CMP

Une grande majorité de médecins généralistes (84,85%) ont su définir le sigle CMP.

On remarque un total de 63,64% de médecins généralistes qui n'ont pas su citer le nom d'un psychiatre du CMP adulte de leur secteur.

IV.1.2.2 Missions du CMP

À cette question ouverte, les deux tiers des médecins généralistes (67,9%) affirment que le rôle principal du CMP adulte est le suivi des troubles psychiatriques chroniques. Ils évoquent à 11,11% la pluridisciplinarité du centre, 7,4% y voient comme la continuité des soins en post-hospitalier ou post-urgences. Ils sont 3,7% à décrire les CMP comme un centre de coordination et le même pourcentage évoque la gratuité des soins. Enfin, en faible proportion (1,23%), les médecins généralistes désignent la schizophrénie comme le principal trouble pris en charge. Ils font aussi allusion au rapprochement géographique et citent les CMP comme un centre de prise en charge des addictions et des pathologies aiguës. (*Figure 1*)

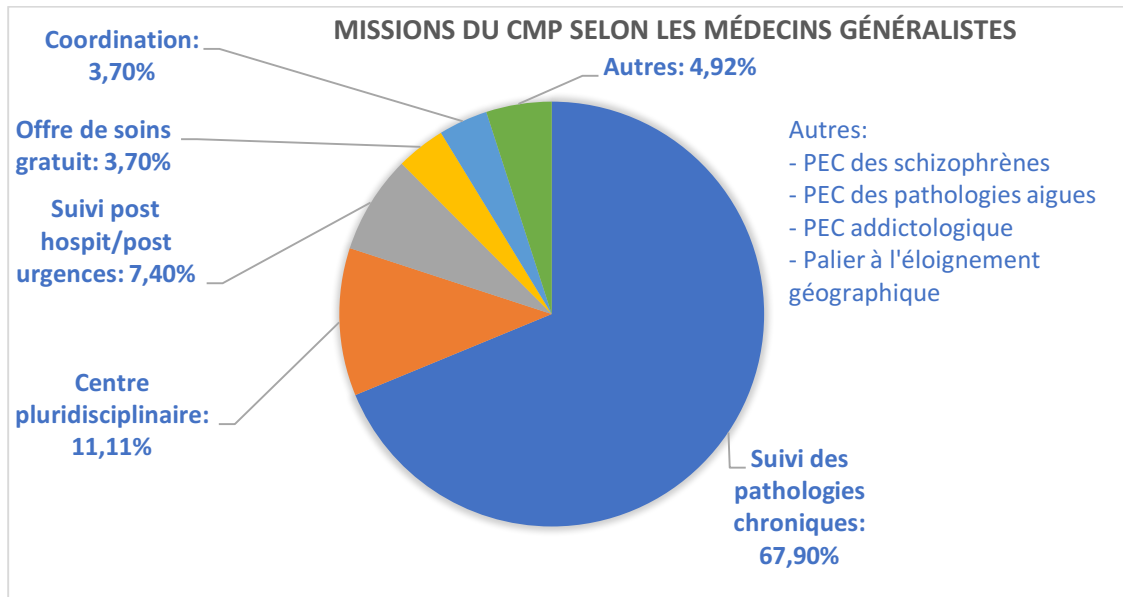


Figure 1 : Missions du CMP selon les médecins généralistes

IV.1.2.3 Contacts avec les CMP

Le dernier contact de la part des médecins généralistes vers les CMP est variable selon la période indiquée. Les pourcentages des réponses sont énumérés dans le tableau 2. Il est important de noter que 25,75% des médecins généralistes n'ont jamais contacté le CMP de leur secteur.

	≤ 1 mois	1 mois ≤ 6 mois	6 mois ≤ 1 an	> 1 an	Jamais	Pas de réponse	Réponses exclues
Réponses (%)	18,18	15,15	10,60	15,15	25,75	10,6	6,06

Tableau 2 : Dernier contact de la part des médecins généralistes vers les CMP ; Réponses exclues : réponses imprécises.

Concernant les moyens de communication, 58,4% des médecins généralistes utilisent le téléphone. Ils sont 10,76% à remettre un courrier au patient et 6,15% à transmettre un courrier postal. Pour 4,62% ils envoient un courriel et 1,53% déposent le courrier directement au CMP. Aucun médecin n'utilise le fax. Il est à noter que 24,62% déclarent n'avoir jamais contacté un CMP. (Figure 2)

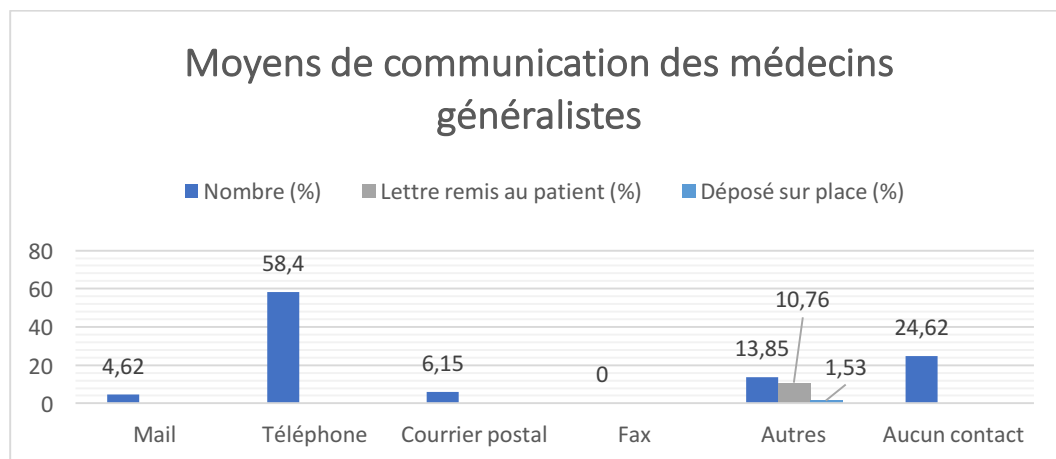


Figure 2 : Moyens de communication des médecins généralistes avec le CMP adulte de leur secteur.

Presque la moitié des médecins généralistes (43,9%) disent n'avoir jamais été contacté par le CMP de leur secteur. (Tableau 3)

	≤ 1 mois	1 mois ≤ 6 mois	6 mois ≤ 1 an	> 1 an	Jamais	NSP	Réponses exclues
Réponses (%)	16,66	13,63	4,54	9,09	43,9	10,60	1,51

Tableau 3 : Dernier contact par le CMP du secteur d'exercice du médecin généraliste interrogé. Réponses exclues : réponses imprécises

IV.1.2.4 Troubles psychiatriques dominants dans les CMP

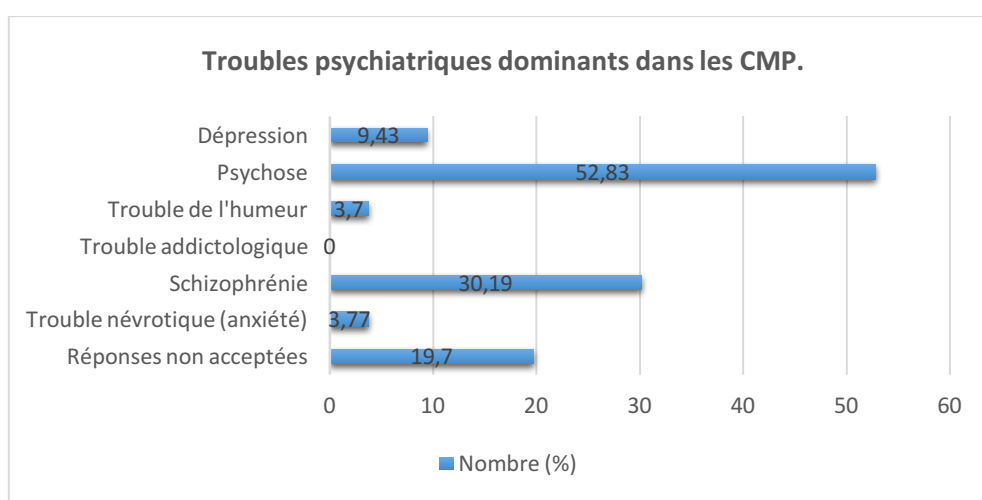


Figure 3 : Troubles psychiatriques dominants dans les CMP selon les MG. Réponses non acceptées : pas de réponse ou réponses multiples.

Selon la majorité des médecins généralistes (52,83%), les usagers des CMP souffrent de psychose. Les généralistes évoquent à 30,19% la schizophrénie comme affection dominante dans les CMP, 9,43% pensent à la dépression et 3,7% aux troubles de l'humeur et aux troubles névrotiques. (Figure 3)

IV.1.3 Relation avec les psychiatres et intérêt pour la psychiatrie

Presque les deux tiers des médecins généralistes (63,94%) ne sont pas satisfaits des relations avec les psychiatres (27,87% ne le sont « pas du tout » et 36,07% en sont « peu » satisfaits). Selon 32,7% des généralistes, les relations avec les spécialistes sont satisfaisantes. Une petite proportion (3,28%) en est « tout à fait » satisfaite.

À cette question ouverte, le quart des médecins généralistes (25,9%) propose une meilleure disponibilité et une meilleure communication avec les psychiatres. Pour un autre quart des généralistes (25,9%), un compte rendu (ou courrier) de la consultation psychiatrique est exigé. Ils sont 12,9% à vouloir un numéro de téléphone d'un psychiatre et 11,11% préfèrent une adresse électronique. La mise en place d'une meilleure formation continue, avec par exemple des réunions de groupe qualité, est évoquée pour 9,25% des intéressés. Selon 7,4% des généralistes une augmentation des moyens humains et financiers pour les CMP est nécessaire. Ils sont 5,55 % à souhaiter mieux connaître le système de soins psychiatriques et les psychiatres. Enfin, 1,85 % demandent une meilleure politique de prévention. (Figure 4).

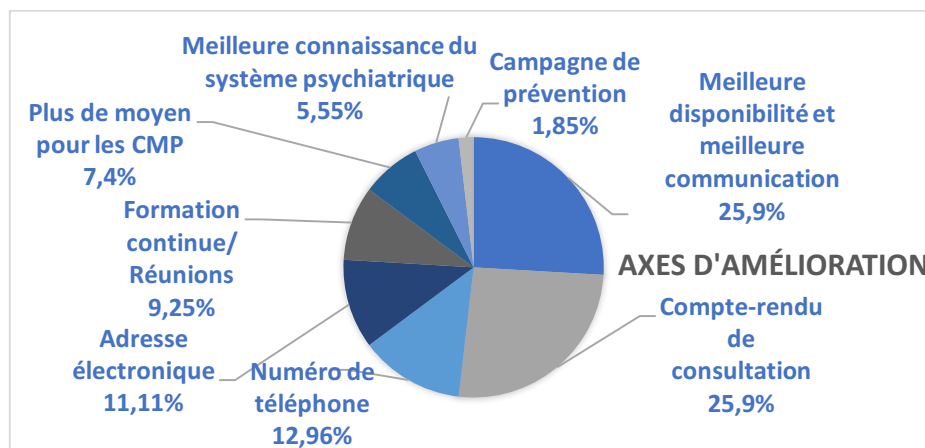


Figure 4 : Axes d'amélioration pour une meilleure relation avec les psychiatres.

La psychiatrie est une discipline qui intéresse 63,64% des médecins interrogés, 24,24% n'y trouvent pas d'attrait et 12,12% ne se sont pas prononcés.

La grande majorité des médecins généralistes (71,39%) prennent en charge entre 1 et 10 patients schizophrènes suivis par un des CMP adulte de leur secteur (46% entre 1 et 5 et 25,39% entre 5 et 10). (Tableau 4)

	0	1-5	5-10	10-15	15-20	20 et plus
% de patients schizophrènes	9,52	46	25,39	6,34	1,58	1,58

Tableau 4 : Nombre de patient suivi par le secteur psychiatrique et pris en charge par les médecins généralistes interrogés.

Une très grande majorité des médecins généralistes (84,48%) se disent insuffisamment informés de la situation de leurs patients suivis par le secteur psychiatrique.

IV.1.4 Relation avec les patients schizophrènes

Parmi les médecins questionnés, 57,58% sont mal à l'aise dans le contact avec les patients schizophrènes (16,67% ne se sont pas exprimés). La principale raison selon cette étude étant le manque de formation (35,29%). (Figure 5)

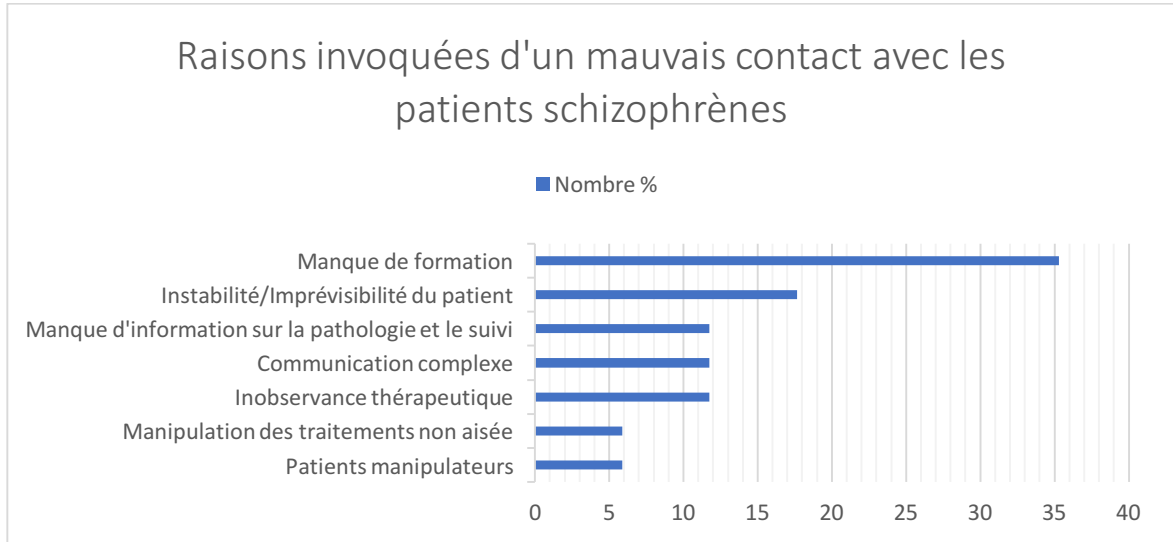


Figure 5 : Raisons invoquées d'un mauvais contact des médecins généraliste avec les patients schizophrènes.

La moitié des médecins généralistes (51,52%) déclarent ne pas avoir de difficulté à la prise en charge somatique des patients schizophrènes. Les différentes causes sont énumérées dans le tableau 5.

	Caractère atypique de la description des symptômes	Troubles cognitifs du patient	Manque de formation théorique	Manque de formation pratique	Prédominance des signes négatifs (apragmatisme, pauvreté du discours...)	Prédominance des signes positifs (idées délirantes, hallucinations...)	Manque de temps de consultation	Autres
Nombre	13,64	13,64	16,67	16,67	16,67	15,15	15,15	12,12
%								
Hommes	22,22	22,22	45,45	36,36	45,45	40	50	50
%								
Femmes	77,78	77,78	54,55	63,64	54,55	60	50	50
%								
p	0,024	0,024	0,160	0,087	0,160	0,123	0,184	0,0185

Tableau 5 : Causes des difficultés dans la prise en charge somatique des patients schizophrènes. Autres : Trouble addictologique, difficultés à échanger (réponses floues), manque d'assiduité pour les consultations, fausse croyance sur leur pathologie, absence d'un tiers.

Les trois quarts des généralistes (74,24%) ne s'estiment pas compétents dans la prise en charge globale d'un patient schizophrène (30,30% le sont « pas du tout » et 43,94% se trouve « peu » compétent). Un quart (25,72%) s'estime

compétent (24,2% « plutôt » compétent et 1,52 % « tout à fait » compétent). L'âge moyen pour ceux qui ne sentent « pas du tout » compétents est de 53,25 ans ($p=0,05$) et est de 40 ans pour ceux qui se trouvent « tout à fait » compétents ($p=0,05$).

IV.1.5 Traitements et suivi

Les effets secondaires du traitement de fond de la schizophrénie les plus fréquents à prendre en charge d'après les médecins généralistes sont décrits dans le tableau 6. Plus de la moitié d'entre eux affirment que le syndrome extrapyramidal et la prise de poids sont les effets secondaires les plus fréquents à prendre en charge (60% et 62,12%). Pour 43,94% des médecins généralistes il s'agit des effets anticholinergiques. Dans des proportions similaires on retrouve le syndrome dépressif (18,18%), les troubles sexuels (15,15%), les troubles lipidiques (13,64%), puis vient le diabète (9%). Enfin, 1,52% ne retrouvent pas d'effets secondaires.

	Nombre %	Hommes %	Femmes %	Age moyen (années)	p(Sexe)	p(Age)
Syndrome dépressif	18,18	50	50	51,16	0,64	0,69
Syndrome extrapyramidal	60	55	45	46,42	0,83	0,008
Diabète	9,09	33,33	66,67	37,6	0,239	0,030
Prise de poids	62,12	46,34	53,66	47,17	0,042	0,042
Troubles lipidiques	13,64	33,33	66,67	45,62	0,139	0,343
Effets anticholinergiques	43,94	48,28	51,72	44,86	0,259	0,005
Troubles sexuels	15,15	50	50	48	0,675	0,644
Aucun	1,52	100	0	68	0,372	0,165
Je ne sais pas	0	0	0	0	0	0

Tableau 6 : Effets secondaires du traitement de fond de la schizophrénie les plus fréquemment pris en charge d'après les médecins généralistes.

Les résultats du questionnaire révèlent que 65,15% des médecins généralistes n'ont jamais pris l'initiative de changer le traitement de fond d'un

patient schizophrène. A l'inverse 28,79% ont déjà modifié la posologie, 4,55% ont changé la molécule et 12,12% ont déjà introduit un nouveau traitement.

La répartition du pourcentage des patients suivis pour schizophrénie au courant de leur diagnostic, d'après les médecins généralistes interrogés, est homogène. (Tableau 7)

	0%-25%	26%-50%	51%-75%	76%-100%
Nombre %	29,82	28,07	24,56	17,54

Tableau 7 : Pourcentage des patients schizophrènes au courant de leur diagnostic selon les médecins généralistes

IV.2 Questionnaire des psychiatres

Sur les 10 psychiatres éligibles à l'étude, tous ont répondu et ont été inclus dans l'enquête, ce qui correspond à un taux de réponse de 100%.

IV.2.1 *Population d'étude*

L'âge moyen des participants est de 53,1 ans allant de 32 à 76 ans. 40% de femmes et 60% d'hommes ont répondu au questionnaire. (Tableau 8).

Genre/Données	Nombre %	Age moyen (Années)	Age min (Années)	Age max (Années)
Hommes	60	54,66	32	76
Femmes	40	50,75	32	59
Total	100	53,1	32	76

Tableau 8 : Population des psychiatres selon l'âge et le sexe.

IV.2.2 *Exercice dans les CMP*

Le nombre d'année moyen d'exercice de la psychiatrie dans le secteur publique est de 15,9 ans (min = 1 an ; max = 38 ans). Sur les psychiatres inclus 40% exerce au CMP de Morne-À-L'eau/Le Moule, 30% aux Abymes, 10% à Marie-Galante, 10% à Pointe-à-Pitre et 10% à Sainte-Anne/Le Gosier.

Le nombre moyen de demi-journées travaillées est de 2,6 (min=1 ; max=6). D'après les psychiatres, plus des deux tiers des patients suivis pour schizophrénie (70%) sont au courant de leur diagnostic (Tableau 9).

	0%-25%	26%-50%	51%-75%	76%-100%
Nombre %	0	30	40	30

Tableau 9 : Pourcentage des patients schizophrènes au courant de leur diagnostic selon les psychiatres.

IV.2.3 Relations avec les médecins généralistes

Pour 60% des psychiatres, les relations avec les médecins généralistes sont insatisfaisantes (66,67% de femmes ($p=0,035$)). A l'inverse, 40% des psychiatres les trouvent satisfaisantes (100% des hommes ($p=0,035$)). Aucun psychiatre ne juge les relations avec les médecins généralistes ni « pas du tout » satisfaisant, ni « tout à fait » satisfaisante.

Pour les psychiatres trouvant les relations insatisfaisantes, les réponses étaient libres et sont décrites dans la Figure 6. Pour 45,45% des psychiatres il y a peu de contact et il n'existe pas de culture de la communication. Ils sont 18,18% à dire qu'ils manquent de temps pour échanger. Dans la même proportion, 9% éprouvent une surcharge de travail et certains n'exercent pas depuis assez longtemps pour créer des relations avec les praticiens généralistes. Ils sont tout autant à ne pas retrouver de lien de facilité et, enfin, une partie ne se sent pas assez sollicitée.

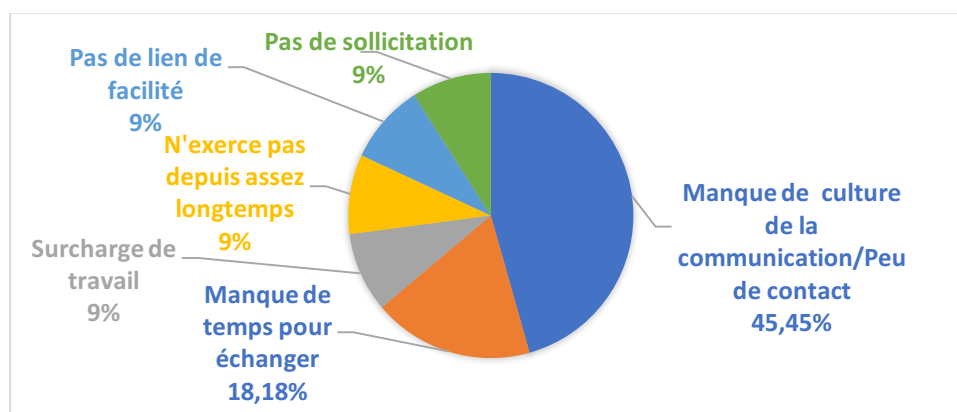


Figure 6 : Raisons d'une relation peu satisfaisante entre les psychiatres et les médecins généralistes d'après les psychiatres.

Sur une série de 10 consultations, tous les psychiatres (100%) affirment qu'ils sont susceptibles d'appeler un médecin généraliste une à 3 fois.

Les courriers (80%) et le téléphone (70%) sont les deux principaux moyens de communication qu'utilisent les psychiatres, viennent ensuite les courriels (20%), le fax (10%) et 10% se déplacent directement chez le généraliste (Figure 7)

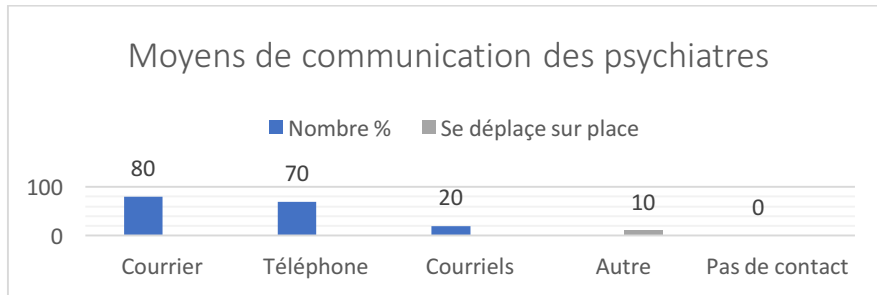


Figure 7 : Moyens de communication des psychiatres avec les médecins généralistes

On remarque que 60% des psychiatres ne connaissent pas 5 médecins généralistes de leur secteur (dont 40% qui n'ont donné aucun nom). Ils sont 40% à connaître 5 noms de généralistes exerçant dans leur secteur.

Une très grande majorité des psychiatres (80%) n'ont pas le sentiment de recevoir suffisamment d'informations de la part des médecins généralistes.

On note que 60% de ces spécialistes ne rédigent pas régulièrement de courrier au médecin généraliste à la fin de la consultation avec leurs patients. Ils sont 30% à donner fréquemment un courrier remis au patient et 10% à l'envoyer par la poste. Pour 50%, le délai d'acheminement dépend du temps les séparant de la consultation avec le médecin traitant. D'après 25% des psychiatres le délai est immédiat et pour le même pourcentage la durée est variable.

On relève que pour 60% des psychiatres, un médecin généraliste prenant en charge un patient suivi par le secteur psychiatrique, a déjà modifié le traitement de fond d'un patient schizophrène sans l'avis du spécialiste. Pour 30% des psychiatres, le médecin traitant ne l'a jamais changé. Et pour 10% d'entre eux, le généraliste l'a déjà fait avec l'avis d'un psychiatre.

Parmi les psychiatres dont les médecins généralistes ont pris l'initiative de changer le traitement de fond d'un patient schizophrène sans leur avis, 83,33% trouvent cela acceptable.

IV.2.4 Traitements et suivi

Si l'on se penche sur les effets secondaires du traitement de fond du schizophrène dont les psychiatres ont déjà eu des difficultés à prendre en charge. Ils sont 70% à citer la prise de poids. Pour 60% il s'agit du syndrome extrapyramidal et le diabète. La moitié d'entre eux (50%) désigne les effets anticholinergiques et les troubles sexuels. Ils sont 40% à aborder les troubles lipidiques et d'autres symptômes non proposés (épilepsie, trouble du rythme cardiaque, aménorrhée, asthénie, ralentissement). Enfin, 20% pointent le syndrome dépressif et 10% affirment n'avoir aucun problème pour prendre en charge ces effets secondaires.

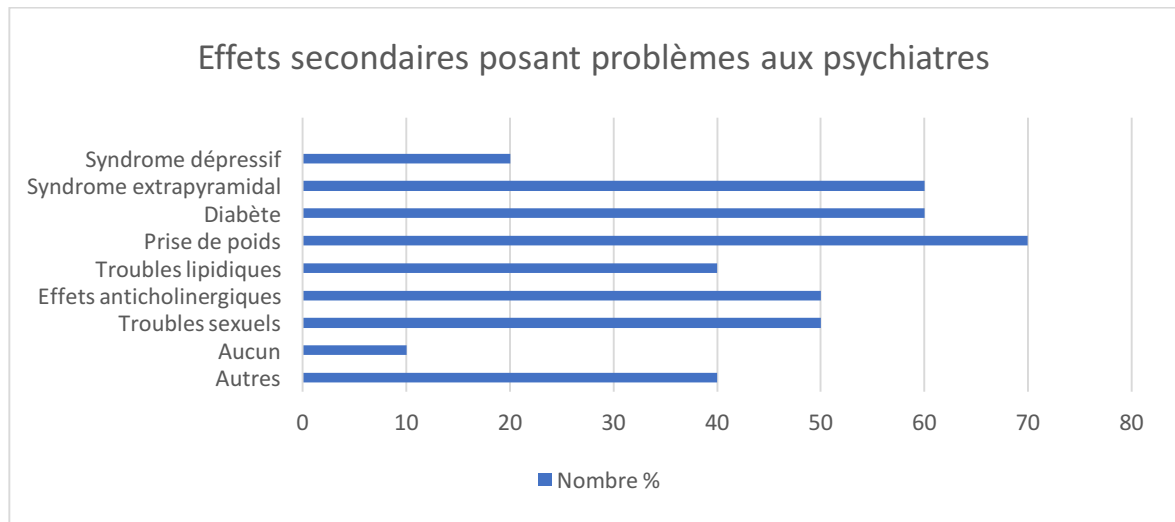


Figure 8 : Effets secondaires du traitement de fond du patient schizophrène posant problèmes aux psychiatres. Autres : Épilepsie, trouble du rythme cardiaque, aménorrhée, asthénie, ralentissement.

Pour 90% des psychiatres, un médecin généraliste prenant en charge un de leur patient les a déjà sollicités pour un avis sur un effet secondaire d'un traitement de fond. Pour 80% d'entre eux cela a influencé, par la suite, une modification thérapeutique.

On retient que 60% des psychiatres seraient disposés à accompagner un médecin généraliste lors d'une visite à domicile chez un de ses patients non connu de leur CMP. Pour les spécialistes qui ont répondu négativement, les deux raisons rapportées sont : le manque de temps (50%) et le manque de cadre légal

en cas de prise en charge d'un patient non inscrit sur la liste active du CMP d'exercice (50%).

Enfin, 90% des psychiatres sont d'accord pour dire que l'éducation thérapeutique de leurs patients schizophrènes améliorerait les échanges avec leur médecin généraliste.

V DISCUSSION

Cette étude démontre un manque de communication entre les psychiatres de secteur et les médecins généralistes en Grande-Terre. La majorité des médecins généralistes (63,64%) ne connaissent aucun psychiatre de leur secteur. Le quart de la population des médecins inclus (25,75%) n'a jamais contacté le CMP de leur secteur. Réciproquement, ils sont presque la moitié (43,9%) affirmant n'avoir jamais été joint par cette structure.

Concernant les psychiatres, certaines de leurs réponses sont discordantes, probablement par désirabilité sociale de la réponse donnée. En effet, ils assurent communiquer avec les médecins généralistes par téléphone alors que la majorité d'entre eux (60%) n'ont pas pu citer les noms des médecins exerçant dans leur secteur. Les courriers sont, pour eux, le moyen de communication privilégié. Cependant, la plupart ne rédigent pas régulièrement de compte rendu. Ces contradictions sont le témoin d'un manque d'échange entre les deux spécialités.

Lorsque l'on sait que 30% des consultations de médecine générale relèvent d'une demande d'aide psychologique, on comprend combien l'analyse des échanges entre généralistes et psychiatres est primordiale. De nombreux médecins généralistes s'impliquent dans la prise en charge des patients schizophrènes, qu'il s'agisse d'un premier épisode de psychose ou d'une prise en charge globale à long terme. Ils le font parfois sans l'aide d'un psychiatre dans 1/4 à 1/3 des cas, bénéficiant notamment de leur proximité et de la confiance que la famille leur accorde. Le colloque singulier entre médecins et patients offre un environnement personnalisé, peu stigmatisant et peu coûteux, qui prend en

compte le niveau culturel, les conditions physiques et les caractéristiques sociales et familiales des patients. [16][23][24]

En France, la coordination entre les médecins généralistes et les psychiatres est peu développée et peu formalisée. Les échanges d'informations sont peu fréquents, l'accès par téléphone est compliqué et la définition des rôles de chacun confuses. Plusieurs études montrent la difficulté d'accès aux professionnels de la psychiatrie et la nécessité d'améliorer la communication et la coordination interprofessionnelle. [5][12][13][16][23][25][26] Les chiffres sont même plus importants avec jusqu'à 70% des médecins généralistes n'ayant jamais eu ou très peu de contact avec une équipe de santé mentale. [13][24]

Il subsiste plusieurs facteurs entravant la coordination médecin généraliste et psychiatres :

- Facteurs organisationnels : sous-évaluation du temps (et du coût) de cette coordination et manque de disponibilité des spécialistes.
- Facteurs liés à l'exercice : vécu d'abandon ressenti par le patient et le généraliste (pas de retour de la part du psychiatre dans 80% des cas), préférence pour leur médecin traitant par rapport au psychiatre, méconnaissance des pratiques de chaque spécialité, limite des compétences du généraliste et le problème de la définition des rôles.
- Particularités françaises : prévalence du modèle de remplacement, psychiatre identifié comme responsable de l'organisation des soins des patients aux troubles mentaux, une organisation des soins en santé mentale peu lisible et une démographie médicale très hétérogène. [5][27]

La mauvaise coordination amène les médecins généralistes à adresser plus fréquemment les patients schizophrènes vers les psychiatres du secteur privé. Bien que proposant des délais de rendez-vous plus courts, les psychiatres libéraux proposent un suivi moins adapté aux psychotiques que celui offert par les CMP.[23][24]

La loi sur la lutte contre le handicap psychique du 11 février 2005 promeut la collaboration entre les champs psychiatriques sanitaires, sociales et médico-sociales. Des champs auxquels les malades et leurs familles doivent être associés. Dans cette perspective de collaboration, les médecins généralistes ont 3 fois plus de chance de référer leur patient à un psychiatre public et décident plus fréquemment d'hospitaliser leur patient. Ce lien peut diminuer le délai de consultation et garantir une meilleure information des patients sur leur diagnostic et leur traitement. Cela permet également au médecin généraliste, non pas de se substituer au psychiatre, mais d'être un relai efficace (par exemple : prescrire un neuroleptique sous la surveillance de ce dernier). [24][28]

V.1 Résultats des médecins généralistes

V.1.1 *Un manque de communication*

Selon notre étude les médecins généralistes connaissent plutôt bien les missions du CMP et les troubles qui y sont soignés. Paradoxalement, cette connaissance ne s'accompagne pas d'un dialogue avec cette structure.

Le manque de dialogue est déploré par les médecins généralistes eux-mêmes. Dès lors, ils jugent leur collaboration insatisfaisante. Il s'agit d'un sentiment retrouvé dans plusieurs études françaises. [5][29][26] Les généralistes français sont en Europe les moins efficaces pour adresser leur patients vers les psychiatres. [5]

V.1.2 *Moyens de communication*

Dans notre enquête, le moyen de communication idéal des médecins généralistes est le téléphone. Il n'est pas étonnant que la charte de partenariat du 20 mars 2014 entre le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés insiste sur la nécessité pour le secteur d'établir un numéro de psychiatre directement accessible au généraliste des patients. Cette disponibilité doit être réciproque.[22] Malgré tout, les échanges téléphoniques sont relativement rares et sont utilisés principalement dans les situations d'urgence. Ils sont souvent une réponse au caractère chronophage de la rédaction d'un courrier. [25]

Les médecins généralistes interrogés dans notre recherche réclament davantage de courriers de la part des psychiatres. Il existe une corrélation entre la qualité des courriers échangés et la qualité de la coordination entre professionnels de santé. Le caractère chronophage de la rédaction d'un courrier a été souvent l'objet de discussions. L'absence de valorisation financière de ce temps de coordination ne favorise pas son développement.[25]

V.1.3 Prise en charge globale des patients schizophrènes

Les médecins généralistes affirment être intéressés par la psychiatrie mais la proportion des patients schizophrènes présente dans leur file active est faible, mais reste comparable à d'autres études.[24] Il existe de nombreux problèmes de santé publique auxquels sont confrontés les généralistes, ceux concernant les troubles psychiatriques peuvent ne pas être une priorité pour certains médecins. De plus, le système de rémunération à l'acte motive la prestation de services médicaux dans de courts intervalles de temps (8-12 mn), ce qui est incompatible avec la durée requise pour les rendez-vous psychiatriques (15-30mn). [29][30]

Les médecins généralistes estiment être peu informés de la situation de leur patient suivi par le secteur psychiatrique. Une donnée partagée dans des études semblables. [5][24]

Dans notre étude, les généralistes déclarent ne pas être à l'aise dans le contact avec les patients schizophrènes par manque de formation. La qualité d'une collaboration dépend ainsi d'une formation initiale et continue adéquate. Plusieurs recherches autour du monde évoquent ce point. De mauvaises connaissances dans le domaine de la psychiatrie est un facteur de sous repérage des troubles mentaux. [5][16][31][29][32][33]

Les médecins généralistes questionnés n'ont, en général, pas de difficulté dans la prise en charge somatique des schizophrènes. Malgré tout, ils ne sentent

globalement pas compétent dans la prise en charge de ces patients. On note que ce sont les plus jeunes qui se sentent mieux qualifiés. Une étude menée à Paris montre que 92,1% des généralistes étudiés rencontrent des difficultés dans le suivi des patients psychiatriques. [23] La stigmatisation de la schizophrénie joue un rôle important car il s'agit d'un sujet peu abordé dans le milieu professionnel. Les médias et la culpabilité des familles entretiennent ce jugement.[5]

Les médecins généralistes ont une bonne connaissance des effets secondaires du traitement de fond des patients schizophrènes. Cependant, la majorité n'a jamais pris l'initiative de changer leurs thérapeutiques. Ceux qui le font modifient préférentiellement la posologie. Les médecins inclus dans notre étude sont plus réticents à la mise en place des neuroleptiques en comparaison avec les médecins du Sud-Ouest de la France par exemple. [24] Lors de la découverte d'un effet secondaire d'un traitement de fond à visée psychiatrique (exemple : hyperglycémie), le médecin généraliste a le devoir d'en faire part au psychiatre référent.

V.2 Résultats des psychiatres

V.2.1 *Relations avec les médecins généralistes*

Notre étude démontre que plus de la moitié des psychiatres interrogés jugent les relations avec les médecins généralistes insatisfaisantes. Les raisons invoquées sont l'absence de communication et le manque de temps pour échanger. La littérature met l'accent sur la surcharge de travail des psychiatres entraînant des difficultés à prendre en charge de nouveaux patients et la difficulté de confier une partie de leur travail à d'autres professionnels.[29] Le temps psychiatrique se partagent entre les soins, les tâches administratives et les éventuelles activités de recherches et d'enseignements. Dans ce contexte les activités supplémentaires ont tendance à être négligé. [30]

Une autre enquête insiste sur le fait que le transfert du patient du généraliste qui l'adresse au psychiatre, est, dans 80% des cas, un chemin sans retour puisque le psychiatre devient l'unique médecin du patient. [26]

Les psychiatres, comme les généralistes, se plaignent de ne pas recevoir de courriers mais n'en rédigent pas pour autant. Ceci va à l'encontre chez les uns comme chez les autres de ce que leur recommande l'HAS.[9]

V.2.2 Collaboration avec les médecins généralistes

Pour plus de la moitié des psychiatres en Grande-Terre, un médecin généraliste a déjà modifié le traitement de fond d'un patient schizophrène sans leur avis. Les spécialistes trouvent cela très majoritairement acceptable. Cette situation peut se rencontrer lorsque le médecin traitant se retrouve en situation d'urgence. Le traitement de fond est alors modifié dans l'attente d'une évaluation psychiatrique.

Cependant, très peu de psychiatre rapporte une modification du traitement sous leur supervision. Cette supervision est nécessaire car les médecins généralistes sont confrontés à l'inobservance des patients et aux effets secondaires des neuroleptiques. Ces constats justifient, pour eux, de modifier la thérapeutique de ces patients notamment afin d'améliorer leur adhésion. Le simple fait que 25% des patients psychiatriques n'ont pas de psychiatre implique que les médecins généralistes soient les seuls à modifier ou introduire les traitements. [16][25][33][34]

Les psychiatres inclus dans notre recherche ont déjà pratiquement tous été en difficulté dans la prise en charge des effets secondaires des traitements de fond. Dans ce cas, la communication avec les médecins généralistes est primordiale afin de prévenir l'inobservance thérapeutique.

Les échanges avec les médecins généralistes sur les effets secondaires des neuroleptiques rencontrés chez le somaticien entraînent généralement une modification de traitement. Ce fait démontre l'importance de la communication entre les deux spécialités. De nombreuses situations peuvent justifier le recours au psychiatre. Parmi les plus fréquentes, la littérature relève : des difficultés spécifiques rencontrées dans la relation thérapeutique et des demandes d'avis diagnostique ou thérapeutique. [25]

Parfois, l'absence de psychiatre au CMP ou le départ de l'un d'entre eux peut provoquer une rupture entre la structure et le patient qui se voit contraint de se faire suivre par son généraliste.

La majorité des psychiatres est disposée à accompagner un médecin généraliste lors d'une visite à domicile d'un patient non connu du CMP d'exercice. Certains articles constatent que les médecins généralistes sont prêts à assumer la prise en charge d'un patient psychiatrique s'il existe un soutien et une expertise suffisante de la part des spécialistes. Les généralistes sont un facteur clé dans la prise en charge des problèmes de santé mentale. Ils sont prêts à prendre soin de ce type de patient s'ils obtiennent plus de soutien pour ce travail qu'ils en reçoivent actuellement. [31]

V.2.3 Éducation thérapeutique des patients

Enfin, notre étude suggère qu'une bonne éducation thérapeutique des patients schizophrènes permettrait d'améliorer les échanges avec leur médecin généraliste. Une coordination interprofessionnelle efficace ne peut se mettre en place qu'en informant et en impliquant le patient et son entourage. [12] L'HAS recommande de mettre en place à proximité des groupes de psychoéducation de suivi somatique pour les patients et leurs familles.[9] Des éducations thérapeutiques des patients (ETP) en psychiatrie ont été mises en place en Guadeloupe afin de préciser les connaissances générales des patients en matière de santé physique et de démarche de soin au quotidien.

V.2.4 Situation en Guadeloupe en Grande-Terre

Sur le territoire de la Guadeloupe, en Grande-Terre, les pratiques des psychiatres des CMP sont très hétérogènes. Le nombre de demi-journées travaillées au sein d'un CMP est généralement peu important, conséquence d'un nombre insuffisant de psychiatres publics. Le faible nombre de psychiatres les obligent à passer beaucoup de temps en intra hospitalier pour y assurer la continuité des soins, cela a tendance à vider le secteur de sa force et de son sens.

Il existe une différence assez nette des pratiques en fonction du nombre de psychiatres travaillant au sein d'un CMP. Dans les établissements comptant un seul psychiatre, le nombre de patients vus par demi-journée est important écourtant ainsi la durée de consultation. Les échanges sont réduits et certains aspects de la prise en charge globale des patients sont éclipsés, notamment celle sur le suivi somatique. D'un autre côté, dans les CMP comptant plus d'un psychiatre, la qualité de la consultation est différente. Le temps passé en consultation est plus important laissant le champ aux patients de discuter plus longtemps laissant évoquer parfois un problème somatique. Des consultations avec la famille sont possibles afin de les inclure dans la prise en charge du patient et de lutter contre la stigmatisation. Ces pratiques se retrouvent ainsi ancrées et certains psychiatres prennent alors l'habitude de demander le nom du médecin traitant à ses patients. On remarque qu'environ un tiers des consultations des patients vu dans des CMP mérite en parallèle un entretien avec un médecin généraliste. Certains psychiatres prennent l'habitude d'aborder la question du suivi somatique. En exemple, avant chaque consultation, la tension artérielle est mesurée par un infirmier et une glycémie capillaire est réalisée pour les patients traités par un neuroleptique diabétogène.

Concernant les relations avec les médecins généralistes, elles sont très variables selon le psychiatre. Certains ont des liens étroits avec les médecins traitants par échange de numéros de téléphone personnels. La communication entre les praticiens peut être réalisée durant un entretien avec un patient, l'impliquant ainsi dans cet échange triangulaire et donc dans sa prise en charge.

Les pratiques des infirmiers sont également impactées par le manque de moyen humain. Les visites à domicile sont plus rares, le temps d'accueil et les entretiens sont réduits. Les psychologues font partis de l'équipe pluridisciplinaire des CMP mais ces derniers sont parfois totalement absents de la structure par manque de recrutement. De nombreux ateliers (danse, cinéma, musique...) sont proposés par le personnel paramédical mais tendent à diminuer par manque de personnel.

V.3 Axes d'amélioration

V.3.1 *Un suivi somatique systématique*

Afin d'améliorer l'articulation des soins somatiques et psychiatriques, on peut citer tout d'abord l'importance du développement d'un suivi somatique systématique dans les établissements médico-sociaux.[5] En effet, l'accès aux soins somatiques est difficile pour les patients schizophrènes. La vacation d'un médecin généraliste au sein du CMP qui aurait un rôle de sentinelle peut être une solution pour ces patients qui n'ont pas de médecin traitant. [28] La mise en place, sur le premier semestre 2005, de la filière de soins, avec la désignation par le patient d'un médecin traitant, doit fortement encourager le psychiatre à se renseigner sur l'identité de ce dernier. [35]

V.3.2 *Une collaboration efficace*

Il est nécessaire d'entretenir une relation de collaboration entre les spécialistes en santé mentale et les médecins généralistes pour améliorer la qualité des soins prodigués.[31] Un des prérequis pour une collaboration efficace et l'amélioration de la communication est la construction de liens personnels entre eux.[24] Il est également primordial d'assurer les liens réciproques par la rédaction de courriers détaillés. La création d'une messagerie électronique sécurisée pourrait simplifier la rédaction et l'envoi des comptes rendus de consultation.

Par ailleurs, le besoin d'un numéro de téléphone d'un psychiatre de secteur pour les médecins généralistes est cité dans notre étude et dans d'autres écrits.[5] L'existence d'un numéro unique à disposition des médecins généralistes en Grande-Terre semble nécessaire. Une solution qui s'avère réalisable si l'on prend exemple du CHM qui met à disposition un standard téléphonique psychiatrique.

V.3.3 *Un meilleur accès aux soins*

Dans le but d'optimiser la prise en charge des patients suivis pour un trouble mental, l'accessibilité des CMP de secteur doit être renforcée. On peut suggérer d'élargir les horaires d'ouverture des CMP avec des moyens financiers

et humains plus importants. Tout patient venant pour la première fois dans cette structure doit pouvoir y être reçu rapidement (moins d'une semaine) pour un entretien infirmier, psychologique ou médical. Dans les territoires peu peuplés et très étendus, ou d'accès difficile, l'accès aux CMP serait amélioré par un remboursement systématisé de tout transport par l'assurance maladie. [5] On peut évoquer le fait d'encourager financièrement les médecins généralistes à effectuer des visites à domicile pour les patients suivis pour un trouble psychiatrique par une cotation spécifique. Un accompagnement à domicile peut être réalisé conjointement par le psychiatre de secteur et le médecin traitant par un rendez-vous prédéfini avant ou au cours de la prise en charge du patient.

V.3.4 Amélioration de la formation initiale et continue

Comme suggéré par plusieurs médecins généralistes de notre étude, une formation continue adéquate permettrait une meilleure relation avec les psychiatres. Ils citent, par exemple, la participation des psychiatres lors des réunions de groupe qualité. En Guadeloupe, l'URPS des médecins libéraux permet une démarche de réflexion et d'échanges de pratique entre les praticiens, particulièrement grâce aux groupes qualités. Les EPU sur la psychiatrie reste une piste d'amélioration de la formation continue des médecins généralistes (exemple : signes précoces de la schizophrénie, réhabilitation des patients schizophrènes). La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles. Les stages universitaires doivent être l'occasion d'échanges réciproques. Le rôle des psychiatres dans la formation médicale continue des généralistes prend une importance particulière et devrait être développé. Le financement de cette formation continue doit garantir sa qualité et son indépendance. L'organisation de ces activités nécessiterait le leadership de certains médecins généralistes et psychiatres. Une autre forme d'éducation sur laquelle peut s'appuyer les médecins généralistes est le rapport de consultation des psychiatres. [22][28][30]

Dans une étude réalisée en France métropolitaine, les auteurs démontrent que la participation récente à un cours en formation continue sur la schizophrénie

est le meilleur prédicteur du niveau de connaissances.[33] D'autres articles et rapports préconisent de rendre obligatoire un semestre de stage en psychiatrie dans le cursus de la formation médicale initiale en 3^{ème} cycle. L'objectif est de permettre aux médecins généralistes de mieux assurer leur rôle dans la prise en charge des patients. La création d'un master en santé mentale est également évoquée.[5][28] Afin de disposer de terrains de stage en nombre plus important, on peut citer le développement des stages en CMP et dans les établissements privés sectorisés et agréés. [28]

V.3.5 Lutte contre la stigmatisation

Le niveau de connaissances des médecins généralistes sur la schizophrénie doit être amélioré. Ainsi l'information transmise par les médecins généralistes aux patients, aux proches et autres professionnels de santé participera à la lutte contre la stigmatisation des patients de la psychiatrie. Cette stigmatisation aggrave le pronostic des patients à de nombreux égards. Pourront s'ajouter à un trouble déjà handicapant, l'isolement social, le chômage et toutes autres formes d'exclusions. [33]

En France et depuis 1990, chaque année se déroule les semaines d'informations sur la santé mentale. Il s'agit d'une manifestation dont l'un des objectifs est de sensibiliser et d'informer l'opinion publique aux questions de santé mentale afin de lutter contre la stigmatisation.[36] Pour l'organisme public « Psycom » il est également question de lutter contre ce phénomène en aidant à comprendre les troubles psychiques, les traitements et l'organisation des soins en psychiatrie.[37]

Un jumelage entre école de journalisme et service de psychiatrie comprenant des stages est même suggéré. [5]

Enfin, la lutte contre la discrimination et la stigmatisation de la schizophrénie constitue un des objectifs de la loi de Santé Publique. L'une des

priorités est de modifier le regard de l'opinion publique envers les psychoses chroniques et les schizophrènes. [28]

V.3.6 *Meilleure définition des rôles*

Le rôle spécifique des médecins généralistes et des psychiatres peut être difficile à définir car il s'agit de deux spécialités de médecine globale. Chaque protagoniste doit bien s'entendre afin d'avoir une bonne cohésion dans la prise en charge des patients psychiatriques. Le médecin généraliste et le psychiatre doivent pouvoir exprimer leurs attentes quant à leur place dans le suivi. Le rôle de chacun sera ainsi considéré dans le projet de soins. Même s'il est décidé que le patient soit suivi par le psychiatre pour son problème psychique, le médecin traitant reste le référent du patient. [25]

En tant que spécialiste, le psychiatre est chargé de faciliter le travail du somaticien dans la prise en charge du patient schizophrène. Il doit apporter des réponses aux questions posées par le médecin généraliste. Bien qu'il soit admis que les médecins généralistes prennent en charge plus globalement ces patients, à Londres, les omnipraticiens pensent que les spécialistes devraient également s'intéresser aux problèmes somatiques.[16]

In fine, le rôle de chacun ne peut être défini de façon préalable, statique et standardisé. La collaboration aboutira au cas par cas et à ce que chacun joue son rôle en fonction de son savoir et de sa motivation.

Au CMP, le rôle des infirmiers est important. Ils sont souvent les médiateurs entre les généralistes et les psychiatres. Ils sont directement ou indirectement au fait des conclusions des psychiatres. Lors de leurs visites à domicile, ils constatent toutes les difficultés dont peuvent souffrir les patients. Aussi la désignation d'un infirmier référent pour chaque patient contribue à la relation entre la médecine générale et la psychiatrie notamment par l'élaboration d'un cahier de transmission entre les infirmiers libéraux et ceux du secteur psychiatrique.

V.3.7 *Exemple de coordination des soins*

Un des exemples de coordination des soins psychiatriques est le réseau pour la promotion de la santé mentale des Yvelines sud. Ce large réseau territorial, englobant 650 000 habitants, intègre plusieurs structures de soins, des praticiens publics et libéraux et les CASSC. Ces derniers permettent des consultations adaptées aux besoins du patient et des généralistes. La prise en charge débute dès le premier contact téléphonique et les patients sont orientés selon leurs besoins. Une évaluation conjointe incluant le médecin généraliste, le psychiatre et les proches est mise en place. Le projet de soins est ainsi élaboré collégialement selon des objectifs précis. Une réévaluation du devenir du patient permet un retour sur les décisions prises et le rôle des différents protagonistes.

Après plusieurs années de fonctionnement, ce dispositif a permis de répondre à de nombreuses demandes. La collaboration entre les CASSC et les CMP dans la prise en charge des patients schizophrènes est fréquente. Tout naturellement, un lien fort entre les différents acteurs s'installe. Le médecin généraliste se retrouve ainsi au cœur du projet de soins. [26]

V.4 Forces et limites de l'étude

L'une des forces de notre étude est le thème abordé. En effet, il s'agit d'un sujet évoqué à plusieurs reprises ces dernières années en France métropolitaine et à l'international mais n'a très peu été étudié en Guadeloupe. Il est question d'un domaine concret et d'actualité si l'on parle de démographie médicale et de coordination des soins en ambulatoire.

Cette thèse s'inscrit dans un intérêt croissant chez les internes Antilles-Guyane, en sont témoins les thèses : « Schizophrénie débutante : connaissances des médecins généralistes de la Guadeloupe en 2014 » et « Décompensation du patient psychotique nécessitant une intervention du SMUR : profil du patient et place du médecin généraliste dans le parcours de soins ».

Le taux de participation de notre étude, situé dans la fourchette haute, montre qu'il s'agit d'un thème qui intéresse de nombreux praticiens. Le long recrutement a permis d'inclure un plus grand nombre de médecin généraliste.

La méthodologie de notre étude peut être mise en cause. Les médecins généralistes inclus dans notre étude ont été référencés grâce à l'annuaire Internet, les Pages Jaunes®. Cette liste est soumise aux méthodes de recensement des professionnels de santé du site et les adresses et numéros de téléphone ne sont pas mis à jour régulièrement.

Les questionnaires n'ont pas été validés préalablement sur un échantillon représentatif de notre population.

De plus, il existe un biais de désirabilité sociale concernant les réponses des psychiatres et des médecins généralistes.

Enfin, le recueil de données des psychiatres a été majoritairement réalisé lors d'entretiens en face à face contrairement à celui des médecins généralistes (courriers, courriels et téléphone).

VI CONCLUSION

Notre étude a bénéficié d'une large participation tant des médecins généralistes que des psychiatres. Cette participation a été dans la fourchette supérieure de nos attentes et des études du même type. Cela témoigne d'un grand intérêt des médecins interrogés pour la problématique exposée.

En Grande-Terre, selon notre étude, les généralistes et les psychiatres communiquent mal entre eux. Les uns et les autres le déplorent. Ils réclament donc naturellement une plus grande solidarité confraternelle autour de la prise en charge du patient schizophrène. Cette solidarité implique l'échange d'informations simplifiées par téléphone, courriers et courriels sécurisés. Cette communication permettra idéalement de produire, au bénéfice du patient, une répartition des tâches médicales nécessaires entre les praticiens des deux disciplines. Les généralistes sont notoirement peu sensibilisés à l'approche bio-psycho-sociale des troubles psychotiques. Ils sont donc insuffisamment formés en la matière. En plus de la communication intensifiée avec les psychiatres cités plus haut, une formation de base plus approfondie associée à une formation continue adaptée pourrait y remédier.

À l'avenir, la baisse significative et prévisible des effectifs psychiatriques rendra plus que jamais nécessaire la collaboration entre un psychiatre soucieux

de la prise en charge globale de son patient, et un médecin généraliste conscient des enjeux biologiques, psychologiques et sociologiques et du rôle important qu'il a à jouer avec son confrère.

ANNEXES

Annexes 1 : Bilan de l'activité hospitalière en Guadeloupe en 2012

Tableau 6 C - Diagnostics pathologies mentales SEJOURS 2012

	CH DE MONTÉRIAN				CHU P-A-PTIRE				MOYENNE GPE	EPS France 2012			
TYPE DIAGNOSTICS	Séjours	% séjours	Journées	Actes	Séjours	% séjours	Journées	Actes	% séjours	Séjours	% séjours	Journées	Actes
Démences (F00-09)	14,00	0,9%	606,00	3	4,00	0,4%	708,00	0	0,7%	5 798,00	1,1%	188 537,00	57 302
Addictions (F10-19)	167,00	10,4%	2 811,00	382	82,00	8,6%	2 664,50	1 273	9,7%	67 658	12,3%	1 319 598,00	895 979
Troubles délirants, schizophrénie (F20-29)	953,00	59,4%	24 994,50	6 141	647,00	66,0%	25 172,50	15 882	62,6%	212 973	38,8%	6 824 601,00	3 008 693
Troubles bipolaires, dépressifs (F30-39)	191,00	11,9%	3 525,00	2 352	107,00	11,3%	2 904,00	3 168	11,7%	143 479	26,1%	2 877 332,50	2 342 968
Troubles anxio-dépressifs (F40-49)	16,00	1,0%	143,00	1 378	32,00	3,4%	681,50	2 011	1,9%	63 006	11,5%	1 074 871,50	1 791 381
Troubles comportementaux associés à des perturbations physiologiques et facteurs physiologiques (F50-59)	5,00	0,3%	47,00	206	9,00	0,9%	288,50	372	0,5%	3 255,00	0,6%	71 013,50	43 940
Troubles de la personnalité (F60-69)	110,00	6,9%	3 440,50	1 392	86,00	9,0%	2 261,50	1 967	7,7%	80 650,00	14,7%	1 661 677,50	1 154 471
Retard mental (F70-79)	191,00	11,9%	7 209,00	664	31,00	3,3%	1 241,00	1 111	8,7%	24 440,00	4,5%	1 028 326,00	219 907
Troubles du développement (F80-89)	83,00	5,2%	3 412,50	1 153	61,00	6,4%	3 715,50	1 948	5,6%	57 155,00	10,4%	1 578 955,00	933 903
Troubles des conduites (F90-99)	5,00	0,3%	138,50	1 242	18,00	1,9%	274,50	1 308	0,9%	35 922,00	6,5%	599 035,00	1 173 276
TOTAL	1 605,00	100,0%	42 272	18 751	951,00	100,0%	34 910,00	32 028	100,0%	548 997	100,0%	14122647	10007137

Tableau 11 B - ANNEE 2012 : Synthèse de l'activité ambulatoire, intervenants

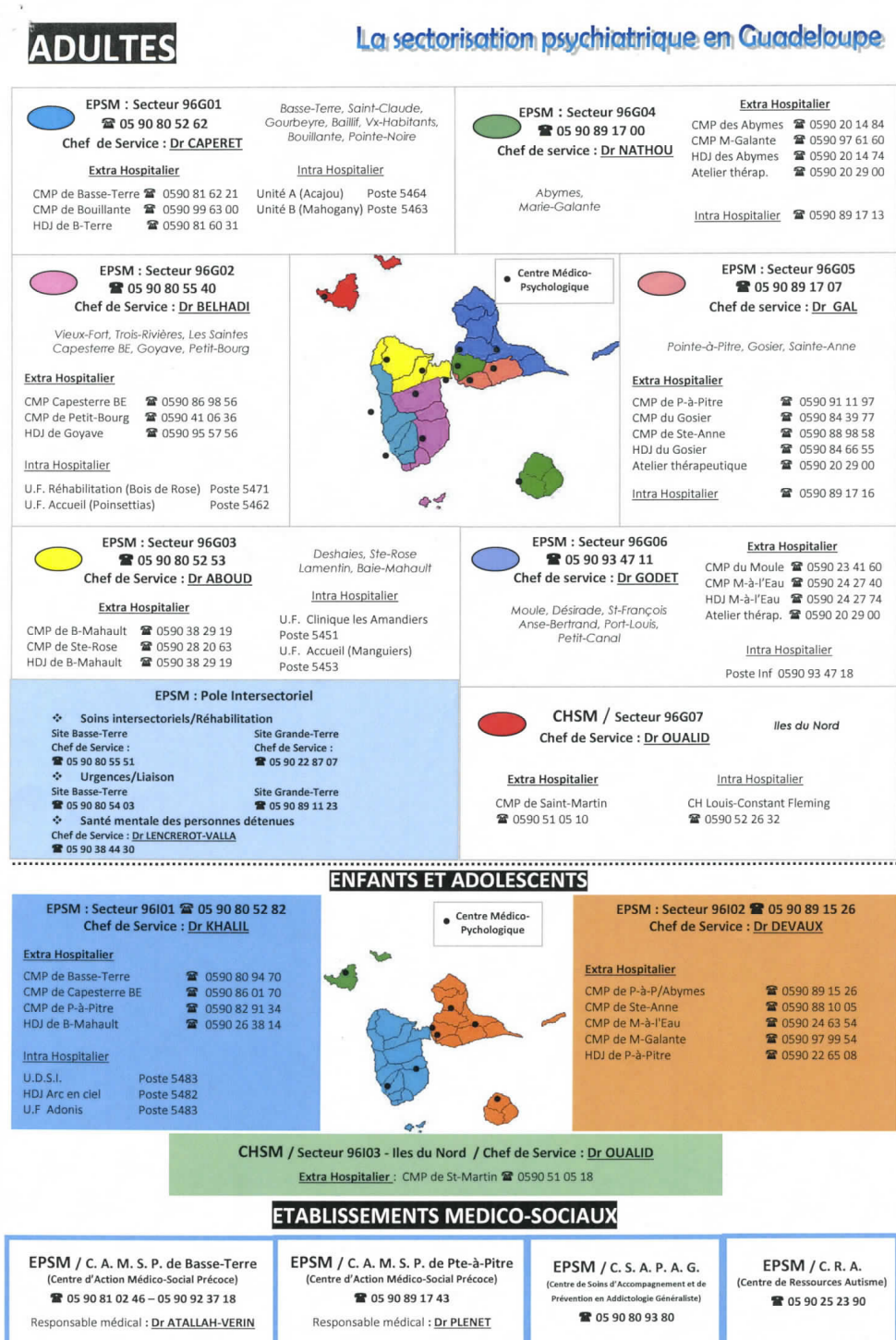
CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉRIAN				C.H.U. DE POINTE-A-PITRE/ ABYMES				GUADELOUPE	EPS France 2012		
Catégorie professionnelle de l'intervenant	Nombre d'actes	% GUADELOUPE	% CHM	Catégorie professionnelle de l'intervenant	Nombre d'actes	% GUADELOUPE	% CHU	TOTAL ACTES	Catégorie professionnelle de l'intervenant	Nombre d'actes	% FRANCE
A Assistants sociaux	3 192	55,8%	5,0%	A Assistants sociaux	2 533	44,2%	6,9%	5 725	A Assistants sociaux	566 857	3,8%
E Personnel éducatif	1 746	73,7%	2,7%	E Personnel éducatif	623	26,3%	1,7%	2 369	E Personnel éducatif	291059	2,0%
I Infirmiers et encadrement infirmier	34 147	69,9%	53,6%	I Infirmiers et encadrement infirmier	14 721	30,1%	39,9%	48 868	I Infirmiers et encadrement infirmier	5 363 250	36,0%
M Membres du corps médical	14 418	71,9%	22,6%	M Membres du corps médical	5 636	28,1%	15,3%	20 054	M Membres du corps médical	4 044 412	27,1%
P Psychologues	6 745	61,3%	10,6%	P Psychologues	4 267	38,7%	11,6%	11 012	P Psychologues	2 583 230	17,3%
R Personnel de rééducation	1 221	45,9%	1,9%	R Personnel de rééducation	1 438	54,1%	3,9%	2 659	R Personnel de rééducation	773 768	5,2%
S Autres intervenants soignants (dt aides-soignants)	0	0,0%	0,0%	S Autres intervenants soignants (dt aides-soignants)	30	100,0%	0,1%	30	S Autres intervenants soignants (dt aides-soignants)	85778	0,6%
X Plusieurs catégories professionnelles dt mbres du corps médical	1 247	17,6%	2,0%	X Plusieurs catégories professionnelles dt mbres du corps médical	5 827	82,4%	15,8%	7 074	X Plusieurs catégories professionnelles dt mbres du corps médical	641 234	4,3%
Y Plusieurs catégories professionnelles ss mbres du corps médical	945	33,9%	1,5%	Y Plusieurs catégories professionnelles ss mbres du corps médical	1 843	66,1%	5,0%	2 788	Y Plusieurs catégories professionnelles ss mbres du corps médical	547 953	3,7%
TOTAL	63 661	63,3%	100%	TOTAL	36 918	36,7%	100,0%	100 579	TOTAL	14 901 857	100%

Synthèse de l'activité ambulatoire, lieux

CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉRIAN										C.H.U. DE POINTE-A-PITRE/ ABYMES					TOTAL GPE			
Lieu de l'acte	Nature de l'acte					Total	% CHM	% Gpe	Total	% CHU	% Gpe	Nature de l'acte						
	A Accompagnement	D Démarche	E Entretien	G Groupe	R Réunion							A Accompagnement	D Démarche	E Entretien				
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif							Effectif	Effectif	Effectif		Effectif		
L01 Centre Psychologique	Médico	124	1 660	28 520	1 187	492	31 983	50,2%	51,7%	L01 Centre Médico Psychologique	29 870	80,9%	48,3%	61 853	148153	531 800	8 471 922	

[4]

Annexes 2 : Carte de sectorisation psychiatrique en Guadeloupe



*Annexe 3 : Questionnaire des médecins généralistes***Coordination entre les CMP et la médecine générale :
Questionnaire médecins généralistes**

Merci de prendre 8 minutes pour compléter ce formulaire et de le renvoyer en utilisant l'enveloppe fournie.

- 1) Quel est votre année de naissance ?**
- 2) Etes-vous :**
Homme - Femme
- 3) Quel est votre lieu d'exercice ?**
- 4) Que veut dire le sigle : « CMP » ?**
- 5) Quels sont les missions d'un CMP adulte ?**
- 6) Citez un nom d'un psychiatre du CMP adulte de votre secteur ?**
- 7) a) Quand avez-vous contacté, pour la dernière fois, le CMP adulte de votre secteur?**

b) Si oui, par quel(s) moyen(s) ?
 - Mail
 - Téléphone
 - Courrier postal
 - Fax
 - Autre :
 - Aucun contact
- 8) Quand avez-vous été contacté, pour la dernière fois par le CMP adulte de votre secteur ?**
- 9) D'après vous, quel est le groupe de trouble psychiatrique dont souffre majoritairement les patients des CMP adultes ?**
 - Dépression
 - Psychose
 - Trouble de l'humeur
 - Trouble addictologique

- Schizophrénie
- Trouble névrotique (anxiété)

10) Jugez-vous les relations satisfaisantes avec les psychiatres ?

Pas du tout satisfaisante - peu satisfaisante- satisfaisante-Tout à fait satisfaisante

Comment les améliorer si pas du tout ou peu satisfaisante ?

11) La psychiatrie est-elle une discipline qui vous intéresse ?

Oui –Non- Sans opinion

12) Combien de patients schizophrènes suivis par le secteur psychiatrique prenez-vous en charge ?

0 ; 1-5 ; 5-10 ; 10-15 ; 15-20 ; 20 et plus

Si 1 et plus, êtes-vous suffisamment informé de la situation de vos patients suivis par le secteur psychiatrique ?

Oui – Non

13)a) Etes-vous à l'aise dans le contact avec les patients schizophrènes ?

Oui – Non – Sans opinion

b) Si non, pourquoi ?

14)a) Avez-vous des difficultés dans la prise en charge somatique de vos patients schizophrènes ?

Oui- Non – Sans opinion

b) Si oui, quelles en sont les causes ? (Plusieurs réponses possibles)

- Caractère atypique de la description des symptômes.
- Troubles cognitifs du patient.
- Manque de formation théorique.
- Manque de formation pratique.
- Prédominance des signes négatifs : apragmatisme, pauvreté du discours, émoussement des affects.
- Prédominance des signes positifs : idées délirantes, hallucinations.
- Manque de temps de consultation
- Autres :

15) Globalement, vous estimez-vous compétent dans la prise en charge d'un patient schizophrène ?

Pas du tout compétent- peu compétent- plutôt compétent- Tout à fait compétent

16) Pour vous, quels sont les effets secondaires du traitement de fond de la schizophrénie les plus fréquents à prendre en charge ? (Plusieurs réponses possibles)

- Syndrome dépressif
- Syndrome extra pyramidal
- Diabète
- Prise de poids
- Troubles lipidiques
- Effets anticholinergiques : Sècheresse buccale, constipation, reflux, constipation...
- Troubles sexuels
- Aucun
- Je ne sais pas

17) Avez-vous déjà pris l'initiative de changer le traitement de fond d'un patient schizophrène sans l'aide d'un psychiatre ?

- Oui : changement de dose
- Oui : changement de molécule
- Oui : introduction d'un traitement
- Non
- Je ne sais pas

18) Quel pourcentage de vos patients suivis pour schizophrénie sont au courant de leur diagnostic ?

- 0% - 25%
- 26% - 50%
- 51% - 75%
- 76% - 100%

*Annexes 4 : Questionnaire des psychiatres***Coordination entre les CMP et la médecine générale :
Questionnaire psychiatres**

Merci de prendre 5 minutes pour compléter ce formulaire.

- 1) **Quel est votre année de naissance ?**
- 2) **Etes-vous :**
Homme – Femme
- 3) **Depuis quand exercez-vous la psychiatrie dans le secteur public, en Guadeloupe ?**
- 4) **Dans quel CMP adulte exercez-vous ?**
- 5) **Combien de demi-journée par semaine travaillez-vous au sein du CMP adulte ?**
- 6) **Quel pourcentage de vos patients suivis pour schizophrénie sont au courant de leur diagnostic ?**
 - 0% - 25%
 - 26% - 50%
 - 51% - 75%
 - 76% - 100%
- 7) **a) Comment jugez-vous vos relations avec les médecins généralistes ?**
Pas du tout satisfaisante – Peu satisfaisante – Satisfaisante – Tout à fait satisfaisante

b) Si pas du tout ou peu satisfaisante, pourquoi ?
- 8) **Sur une série de 10 consultations, combien de consultation êtes-vous susceptible d'appeler un médecin généraliste ?**
 - 0
 - 1-3
 - 4-6

- 7-9
- 10

9) Pas quel(s) moyen(s) communiquez-vous avec les médecins généralistes ?

- Courrier
- Téléphone
- Mèl
- Fax
- Autre :
- Pas de contact

10) Citez 5 noms de médecins généralistes exerçant dans votre secteur.

11) Selon vous, recevez-vous suffisamment d'informations de la part des médecins généralistes ?

Oui-Non-Sans opinion

12) a) Rédigez-vous régulièrement un courrier au médecin généraliste à la fin de la consultation avec vos patients ?

- Oui : courrier envoyé par la poste
- Oui : courrier remis au patient
- Non
- Je ne sais pas

b) Si oui, quel est le délai d'envoi ?

13) a) Un médecin généraliste a-t-il déjà pris l'initiative de changer le traitement de fond d'un patient schizophrène que vous suivez ?

- Oui : avec mon avis
- Oui : sans mon avis
- Non
- Je ne sais pas

b) Si oui sans votre avis, cela vous paraît-il acceptable de changer de traitement de fond sans l'opinion d'un psychiatre ?

Oui-Non-Sans opinion

14) Devant quel(s) effet(s) secondaire(s) avez-vous déjà été confronté et qui vous a déjà posé problème ?

- Syndrome dépressif
- Syndrome extra pyramidal
- Diabète
- Prise de poids
- Troubles lipidiques
- Effets anticholinergique : Sècheresse buccale, constipation, reflux, constipation...
- Troubles sexuels
- Aucun
- Autres :

15) a) Un médecin généraliste vous a-t-il déjà sollicité pour un avis sur un effet secondaire d'un traitement de fond ?

Oui- Non- Je ne sais pas

b) Si oui, cela a-t-il influencé une modification du traitement de fond ?

Oui – Non –Je ne sais pas

16) a) Seriez-vous disposé à accompagner un médecin généraliste lors d'une visite à domicile chez un de ses patients non connu de votre CMP ?

Oui - Non- Sans opinion

b) Si non, pourquoi ?

17) Pensez-vous que l'éducation thérapeutique de vos patients schizophrènes les éclairerait sur les symptômes à dire à son médecin généraliste ?

Oui - Non – Sans opinion

BIBLIOGRAPHIE

1. guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf [Internet]. [cité 2018 sept 21];Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf
2. Coldefy M, Nestrigue C. La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011. 2011;8.
3. 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]. [cité 2017 juill 10];Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/403/02.htm>
4. Plan Psychiatrie Santé Mentale pour la Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint Martin 2013-2017 [Internet]. [cité 2017 juill 10];Available from: http://www.peidd.fr/IMG/pdf/plan_psychiatrie_sante_mentale_pour_la_guadeloupe_.pdf
5. Laforcade M, Agence régionale de santé. Rapport LAFORCADE Mission santé mentale [Internet]. [cité 2017 juill 11];Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf
6. Loas G. Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie. Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr. 2009;167:446.
7. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.
8. Lucie Ouellet, M.Ps. Notions de base sur les maladies mentales. Guide pratique d'intervention. Institut universitaire en santé mentale de Québec. 2012;119.
9. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique [Internet]. [cité 2017 juill 8];Available from: http://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2015/10/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf
10. Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 2018 avr 19];Available from:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303354?sommaire=3353488#consulter>

11. Danel T, Deconstanza, P, Deprince, J, Elouahi, F, Ethuin, C, Haddouche, A, et al. La santé physique des personnes souffrant de schizophrénie : implication du dispositif de soins psychiatriques. *Inf. Psychiatr.* 2011;87:215.
12. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. *Rapp. D'orientation Haute Aut. Santé* 2011;
13. Bohn I, Aubert J-P, Diderot MG, Guillard M, Blanche TG, Lejoyeux M, et al. Patients psychiatriques ambulatoires. [cité 2017 juill 11];Available from: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3400_070509-RPMG-BOHN.pdf
14. Llorca P-M, Gorwood P. [Quality of life and schizophrenia: Which evaluation scale for which quality of life?]. *L'Encephale* 2016;42:374-8.
15. Boyer L, Lançon C, Baumstarck K, Parola N, Berbis J, Auquier P. Evaluating the impact of a quality of life assessment with feedback to clinicians in patients with schizophrenia: randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 2013;202:447-53.
16. Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE, Walton JM, Allen JL, Constable PM, et al. Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2004;39:78-84.
17. Leguay D. Chapitre 26 - Organisation de l'offre de soins [Internet]. In: Guelfi J-D, Rouillon F, éditeurs. *Manuel de psychiatrie* (2e édition). Paris: Elsevier Masson; 2012 [cité 2018 févr 10]. page 699-727.Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294711572000285>
18. Thomas A, Laëtitia B, Aurore LB, Jean-Luc M, Elodie R, Frédéric V. L'analyse des secteurs psychiatriques français : quels enseignements. 2006;157.
19. Bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expérience [Internet]. [cité 2018 oct 14];Available from: http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Images/Initiatives/Bpo_CMP_v6.pdf
20. Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques (2002) Projections Médecins 2002–2020. DREES, Série Statistiques 30 [Internet]. [cité 2017 août 31];Available from: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/SerieStatistiques/2002/30/seriestat30.pdf>
21. Verdoux H, Tignol J. Focus on psychiatry in France. *Br. J. Psychiatry*

2003;183:466–471.

22. Collège de la médecine générale, Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés. Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur 2014. [Internet]. [cité 2017 juill 28];Available from: <http://www.schizo-oui.com/wp-content/uploads/2014/05/charte-gen-et-psy.pdf>

23. Jeanne Lanoe. Coordination entre médecine générale et secteur psychiatrique : enquête auprès des généralistes du 15^e arrondissement de Paris. La création d'une équipe mobile en soins psychiatriques par les CMP répond-elle à un besoin dans la pratique des médecins généralistes ? Médecine humaine et pathologie. 2013. [Internet]. [cité 2017 juill 6];Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01192835/document>

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

25. RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE La coopération Médecins Généralistes – Psychiatres [Internet]. [cité 2017 juill 6];Available from: https://docs.wixstatic.com/ugd/8c7aab_fcc5c8bf8c4142c6b279350687107556.pdf

26. Bazin N. Quel suivi médical au long cours pour les patients schizophrènes ? Quels acteurs de soins ? L'Encéphale 2007;33:33–5.

27. « Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale », DREES, Série études et recherches, n° 129, avril 2014. [Internet]. [cité 2017 juill 19];Available from: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf>

28. Rapport_COUTY_Janvier_2009_.pdf [Internet]. [cité 2018 janv 28];Available from: http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_COUTY_Janvier_2009_.pdf

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

30. Lucena RJ, Lesage A, Élie R, Lamontagne Y, Corbière M. Strategies of collaboration between general practitioners and psychiatrists: a survey of practitioners' opinions and characteristics. Can. J. Psychiatry 2002;47:750–758.

31. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration

with mental health professionals. *BMC Fam. Pract.* 2005;6:18.

32. Galudec ML, Cornily G, Garlantézec R, Stéphan F, Alavi Z, Walter M. Evaluation of GPs diagnostic knowledge and treatment practice in detection and treatment of early schizophrenia: a French postal survey in Brittany. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2014;49:69-77.

33. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. A survey of general practitioners' knowledge of symptoms and epidemiology of schizophrenia. *Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatr.* 2006;21:238-44.

34. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.

35. Haute Autorité de Santé. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie. Dossier du patient en psychiatrie ambulatoire. Juin 2005. [Internet]. [cité 2017 août 31];Available from: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_449000

36. Accueil - Semaines d'informations de la santé mentale [Internet]. [cité 2019 janv 18];Available from: <https://www.semaines-sante-mentale.fr/>

37. Psycom [Internet]. [cité 2019 janv 18];Available from: <http://www.psycom.org/>

38. La sectorisation psychiatrique en Guadeloupe [Internet]. [cité 2018 oct 20];Available from: https://www.chu-guadeloupe.fr/portail.admin/gallery_files/site/599/gallery_files/site/599/3866.pdf

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.

NOM ET PRENOM : AH KONG Clément

SUJET DE LA THÈSE : Coordination entre les centres médico-psychologiques et la médecine générale en Guadeloupe en Grande-Terre, une coopération nécessaire dans le suivi des patients schizophrènes.

THÈSE : MÉDECINE QUALIFICATION : Médecine Générale

ANNÉE : 2019

NUMÉRO D'IDENTIFICATION : 2019ANTI0374

MOTS CLEFS : Centre médico-psychologique, Psychiatrie, médecine générale, schizophrénie, parcours de soins coordonnés, soins ambulatoires.

Introduction : La schizophrénie est un trouble psychiatrique relativement fréquent et le plus souvent sévère. En Guadeloupe comme ailleurs, il s'agit de la psychose chronique la plus fréquente. Les patients schizophrènes sont majoritairement suivis dans un centre médico-psychologique (CMP) adulte selon leur secteur en relation avec la médecine générale. Il s'agit d'une population présentant des pathologies somatiques plus sévères et plus fréquentes que la population générale. Notre objectif est d'analyser l'interaction entre les médecins généralistes et les psychiatres dans le parcours de soins ambulatoires des patients schizophrènes en Guadeloupe en Grande-Terre.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude épidémiologique descriptive de juin à octobre 2018. Deux questionnaires ont été élaborés, un à l'attention des médecins généralistes et un à celle des psychiatres. Celui des médecins généralistes a été envoyé par voie postale et courriel puis exposé par téléphone. Le second a été présenté en face à face et par téléphone.

Résultats : 44,30% des médecins généralistes et 100% des psychiatres inclus ont répondu à l'étude. 25,75% des généralistes n'ont jamais communiqué avec le CMP adulte de leur secteur et 43,9% n'ont jamais été joint par cette structure. 63,94% jugent les relations avec les psychiatres insatisfaisantes. Ils déplorent un manque de communication par absence de courrier de la part des spécialistes pour 25,9%. Quant aux psychiatres, 60% jugent les relations avec les médecins généralistes insatisfaisantes.

Conclusion : Il existe un défaut de communication entre les psychiatres et les médecins généralistes en Guadeloupe en Grande-Terre dans le parcours de soins ambulatoires des schizophrènes. Afin d'améliorer les échanges, on peut évoquer : un suivi somatique systématique, une meilleure relation entre les spécialités et une formation adéquate des médecins généralistes. De plus, la lutte contre la stigmatisation et la définition du rôle de chacun permettraient une meilleure communication entre les professionnels de santé.

JURY : Président : Professeur Jeannie HÉLÈNE-PELAGE

Juges :
Professeur Annie LANNUZEL
Professeur Louis JEHEL
Professeur Sébastien BREUREC
Docteur Frédéric SCHEIDER

Directeurs : Docteur Ahimsa DORESSAMY
Docteur Jamila CARPIN