



HAL
open science

Prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine

Maëva Edern

► **To cite this version:**

Maëva Edern. Prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03544476

HAL Id: dumas-03544476

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03544476v1>

Submitted on 26 Jan 2022

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.



**UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE**

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

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Maëva Edern

Née le 21 mai 1992 à Morlaix

**Prise en charge des
patients atteints de
pathologies
psychiatriques sévères :
étude qualitative auprès
de 12 médecins
généralistes d'Ille-et-
Vilaine.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 17 juin 2021**

devant le jury composé de :

Dominique DRAPIER

PU-PH en psychiatrie et addictologie, Centre Hospitalier
Guillaume Régnier / *président du jury*

Florian NAUDET

PU-PH en thérapeutique-médecine de la douleur et
addictologie, Centre Hospitalier Guillaume Régnier /
examineur

Sidonie CHHOR

MCF associé en médecin générale, DMG Rennes /
examineur

Marie LEVRAT

PH, Centre Hospitalier Guillaume Régnier / *directrice de
thèse*



UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Maëva Edern

Née le 21 mai 1992 à Morlaix

**Prise en charge des
patients atteints de
pathologies
psychiatriques
sévères : étude
qualitative auprès de 12
médecins généralistes
d'Ille-et-Vilaine.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 17 juin 2021**

devant le jury composé de :

Dominique DRAPIER

PU-PH en psychiatrie et addictologie, Centre Hospitalier
Guillaume Rognier / *président du jury*

Florian NAUDET

PU-PH en thérapeutique-médecine de la douleur et
addictologie, Centre Hospitalier Guillaume Rognier /
examineur

Sidonie CHHOR

MCF associé en médecin générale, DMG Rennes /
examineur

Marie LEVRAT

PH, Centre Hospitalier Guillaume Rognier / *directrice de
thèse*

Professeurs des Universités

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Pr Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Pr surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	Pr Emérite	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Pr associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Pr associé	Médecine générale

NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Pr Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Pr associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	Pr Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	Pr Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Maîtres de Conférences des Universités

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LAVENU	Audrey	MCF	
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

Au jury,

Au Professeur Dominique DRAPIER, merci de me faire l'honneur de présider ce jury.

Au Professeur Florian NAUDET, merci beaucoup d'avoir accepté de participer à ce jury.

Au Docteur Sidonie CHHOR, merci de participer à ce jury, et de m'avoir permis de me lancer dans ce sujet de thèse.

Au Docteur Marie LEVRAT, merci de m'avoir accompagnée dans ce long travail, merci pour tes conseils et pour le temps que tu m'as accordé.

Aux autres médecins que j'ai croisé,

Au Docteur Jean-François BESNARD, merci pour votre aide et votre expérience.

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude, et à Clémence, merci encore.

Aux médecins rencontrés lors des stages, merci pour ce que vous m'avez appris.

A mes co-internes, merci d'avoir rendu ces stages tout de même bien plus drôles.

A mes amis,

A Julie, Camille et Laure-Anne, vous avez cru en moi depuis le début, merci d'être toujours là.

A Elsa, tu m'encourages à distance depuis des années, merci.

A Clémence, merci pour ces deux superbes années à tes côtés.

Aux chag', Anne-Lise, Lucille, Claire, Céline, Laura, Cécile, Géraldine, Virginie ; merci pour tous ces bons moments passés avec vous, vivement les prochains.

A la team de Brest, Robin, Caro, Elisa, Ophélie, Alice, Agathe, Mathilde, Marion, Hélène, Maud, Vincent, Erwan, Louis, merci pour tous ces moments de rigolade, vous me manquez.

A Mathilde et Mathilde, merci pour tous ces potins passés et à venir.

A Emilie et Mathieu, merci de ne pas être médecins, ça fait du bien.

A ma famille,

A mes parents, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue dans les bons et les mauvais moments. Vous êtes formidables.

A mes mamies, j'espère pouvoir vous rendre fières. Tu vois Mamie P, tu es toujours là.

A Fanny, ma sœur préférée, merci de ton aide précieuse depuis les basophiles. Désormais tu ne pourras plus dire que je suis un « médecin en carton ». Enfin j'espère.

Et enfin à Jb, merci d'être là depuis si longtemps. Tu es ma source de joie au quotidien, j'ai de la chance de t'avoir.

Table des matières

INTRODUCTION	8
MATÉRIEL ET MÉTHODE	9
A. Population.....	9
B. Choix de la méthode.....	9
C. Transcription et codage.....	9
RÉSULTATS	10
A. Population.....	10
B. Résultats.....	10
1. Consultation avec le patient.....	10
2. Interrogatoire et examen clinique.....	12
3. Examens complémentaires.....	13
4. Prévention.....	14
5. Gestion des traitements psychotropes.....	20
6. Suivi psychiatrique.....	22
7. Coordination des soins.....	24
8. Croyances et stigmatisations.....	25
9. Attentes des médecins généralistes interrogés.....	26
DISCUSSION	29
A. Forces et limites de l'étude.....	29
B. Principaux résultats.....	29
1. Suivi global.....	30
2. Les freins à la bonne prise en charge.....	34
C. Pistes d'amélioration.....	37
1. Du côté du médecin traitant.....	37
2. Collaborations, coordination, communication.....	38
3. Nouveaux métiers pour faciliter les prises en charges.....	40
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43
LISTE DES ABRÉVIATIONS	49
ANNEXES	50
Annexe 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.....	50
Annexe 2 : Recommandations de suivi.....	51
Annexe 3 : Le syndrome métabolique, les critères.....	51
Annexe 4 : Risques d'aggravation du syndrome métabolique en fonction des psychotropes.....	52
Annexe 5 : Psychotropes pouvant entraîner une prise de poids.....	52
Annexe 6 : Guide d'entretien.....	53

INTRODUCTION

Les personnes ayant une pathologie psychiatrique sévère (troubles schizophréniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs sévères (1)) présentent une diminution de l'espérance de vie de 15 ans en moyenne par rapport à la population générale (2), et un taux de mortalité plus élevé. La première cause de mortalité prématurée est liée aux cancers (26% des décès), suivie de près par les maladies cardiovasculaires (20% des décès). Contrairement aux idées reçues, le suicide ne représente 4 % des mortalités prématurées (2). Ces constats sont connus depuis de nombreuses années (3–6).

Les pathologies psychiatriques n'entraînent pas de conséquences organiques directement létales ; mais les patients présentent une sur-prévalence des principales maladies chroniques par rapport à la population générale, de nombreux facteurs de risque modifiables, une moindre observance des traitements. De plus, ils sont exposés aux effets secondaires des médicaments psychotropes, et aux effets directs des troubles psychiques, altérant leur capacité à se maintenir en bonne santé. (2,6–9). Les patients atteints de pathologies psychiatriques sévères devraient bénéficier du suivi recommandé pour la population générale : vaccinations (10), dépistage des cancers (11), suivi cardiovasculaire et métabolique (12,13)...

Ces personnes ont des difficultés d'accès à une prise en charge globale et coordonnée dans le système de droit commun, et l'amélioration de l'accès aux soins de ces patients est un enjeu actuel majeur de santé publique (14–18).

Des recommandations, textes et rapports ont été rédigés ces dernières années dans le but d'améliorer le suivi somatique des patients atteints de troubles psychiatriques (14,19–21); et des expérimentations sont en cours pour essayer de pallier à ces dysfonctionnements, tant au niveau régional (CALAS (22,23), Projet Territorial de Santé Mentale d'Ille-et-Vilaine (24)) que national (COPsyCAT (25), TABAPSY (26), CANOPEE (27)).

Les dispositifs déployés depuis la psychiatrie visent à amener ces patients vers un médecin généraliste traitant, qui reste le pilier d'une prise en charge globale et coordonnée dans le droit commun ; mais quelles sont les connaissances et les pratiques de ces médecins sur la prise en charge générale et spécifique de ces patients ?

L'objectif principal de ce travail est d'apprécier le suivi global des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères par le médecin généraliste traitant, ainsi que les freins éventuels à sa bonne réalisation. L'objectif secondaire est de trouver des pistes d'amélioration du suivi de ces patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Population

La population étudiée est constituée de médecins généralistes en Ille-et-Vilaine, travaillant en milieu libéral.

Le recrutement a été réalisé entre juin et novembre 2020. Les adresses mails de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine ont été délivrés par l'Ordre des Médecins ; puis un tirage au sort dans cette liste a permis de sélectionner aléatoirement des médecins à qui proposer de participer à l'étude. Un premier mail leur a été adressé, puis une relance quelques semaines plus tard en cas d'absence de réponse.

Un des critères de sélection était la localisation du cabinet médical. En effet, les points de vue peuvent diverger selon les caractéristiques de la population résidant dans leurs lieux d'exercice, et en fonction de l'accès aux soins. Les critères d'inclusion étaient l'exercice en Ille-et-Vilaine, une activité de médecine générale, et la pratique en libéral. Les critères d'exclusion étaient d'être médecin généraliste spécialisé, et de ne pas travailler en Ille-et-Vilaine.

Le recrutement s'est terminé dès l'obtention de la suffisance des données.

B. Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée lors d'entretiens individuels semi-dirigés (28).

L'approche qualitative a été choisie car elle permet d'étudier les ressentis des personnes interrogées, d'analyser leurs émotions à travers leurs expériences, et ainsi comprendre l'aspect relationnel des soins.

Le guide d'entretien (annexe 6) a été élaboré après analyse de la littérature, et modifié suite à un entretien exploratoire. Le médecin expert interrogé pour l'entretien exploratoire est un médecin généraliste ayant travaillé de nombreuses années dans le service somatique de l'hôpital psychiatrique de Rennes, le Centre Hospitalier Guillaume Rénier (CHGR). Le guide d'entretien a ensuite été modifié tout au long des entretiens, afin d'y ajouter des questions de relance, ou pour insister sur des points importants.

Au début de chaque entretien, un recueil du consentement a été effectué, et l'information concernant l'anonymisation a été délivrée.

C. Transcription et codage

Les données recueillies ont été enregistrées sur deux appareils audios, et anonymisées (lettre M pour médecin, et un numéro suivant l'ordre de passage pour les entretiens : M1 pour le premier entretien, M2 pour le second, etc).

Les verbatims ont ensuite été retranscrits mot à mot sur LibreOffice, incluant les hésitations ainsi que le non-verbal (28).

L'analyse thématique des données du verbatim a eu lieu via un double-codage manuel (29). Le premier codage a été réalisé par l'investigateur de l'étude, et le second par un tiers (médecin extérieur à l'étude), sur l'ensemble des entretiens. La confrontation entre ces deux codages a permis de ne manquer aucune information pertinente (28–30).

RÉSULTATS

A. Population

Cent cinquante-six médecins ont été tirés au sort, 12 médecins ont accepté de participer, 2 médecins ont été exclus (1 médecin exerçant à SOS médecin, 1 médecin nutritionniste), 3 ont refusé de participer, 139 n'ont pas répondu aux mails.

Les entretiens ont été réalisés dans un lieu au choix du médecin interrogé (au cabinet médical ou à leur domicile) ; ou par téléphone ou visioconférence, lorsqu'un rendez-vous physique n'était pas possible.

La population interrogée est composée de 7 hommes et 5 femmes, âgés en moyenne de 44 ans. La moitié exerçant plutôt en secteur rural, l'autre en secteur urbain. Le nombre de consultations moyennes étant de 24 patients par jour. La moitié des médecins a déjà travaillé en psychiatrie lors de stages d'externat ou d'internat, ou lors de gardes (détails en annexe 1).

B. Résultats

1. Consultation avec le patient

1.1. Estimation de la patientèle atteinte de troubles psychiatriques sévères

Il est difficile d'avoir une estimation précise du nombre de patients atteints de pathologies psychiatriques sévères dans la patientèle des médecins interrogés. Deux médecins estiment en avoir environ 5, quatre médecins estiment entre 10 à 30 patients. Trois médecins estiment avoir environ 5 % de patients atteints de pathologies psychiatriques sévères.

1.2. Prise en charge globale

Deux médecins expliquent qu'ils ne font pas la différence entre un patient atteint d'une pathologie psychiatrique sévère et un autre patient, que le rôle du médecin généraliste est une prise en charge globale du patient : « *Je ne différencie pas le somatique du psychisme, moi. C'est-à-dire que pour moi c'est une globalité, un être, un patient.* » (M12) ; « *C'est important de ne pas uniquement travailler sur la tête mais également de travailler sur le corps.* » (M10).

Une des difficultés avec ces patients est la consultation « au coup par coup » : « *Sur l'aspect somatique ce qui est difficile c'est qu'ils viennent pour le renouvellement, ils viennent parce que ça va pas bien au niveau psychiatrique et du coup, ça prend beaucoup de place dans la consultation et ça retarde en fait un éventuel suivi somatique. C'est ça surtout qui est embêtant. Parce que du coup il faut faire l'effort particulier de se dire "bon ben la prochaine fois on bloque une consultation et je vous vois que pour faire l'examen somatique". Puis ils reviennent et il y a un autre problème psychiatrique.. Donc ça c'est difficile, je trouve.* » (M6) ; « *J'ai l'impression malheureusement qu'on les considère un peu comme des patients qui deviendraient symptomatiques. En fait on les gère en fonction des symptômes quoi, au coup par coup. Ils vont bien, tout va bien.* » (M2).

La pathologie psychiatrique prend une place très importante dans la vie de ces patients, et relègue parfois le somatique au second plan : « *Moi j'ai eu plusieurs "gags" entre guillemets pour des patients psychiatriques, qui sont un peu sortis de route, sortis du suivi, et pour lesquels il a fallu rattraper les choses parce qu'ils étaient finalement accaparés par le suivi psychiatrique sans qu'il y ait forcément d'attention portée aux pathologies somatiques qui étaient en cours. Avec du coup des pertes de chance.* » (M7).

1.3. Temps de consultation

Cinq médecins interrogés expliquent qu'ils adaptent dès que possible le temps de consultation avec ces patients, en prévoyant à l'avance une consultation plus longue, entre 30 et 45 minutes : « *Quand je sais qu'ils viennent je vais prévoir une demi-heure.* » (M12). Sinon, ils choisissent des créneaux particuliers pour avoir plus de temps disponible, notamment en fin de matinée ou de journée. Les 15-20 minutes de consultation prévues en général dans les cabinets médicaux ne semblent pas convenir à une consultation avec un patient psychiatrique : « *Je ne sais pas fonctionner au quart d'heure, moi... En un quart d'heure vous établissez la relation, surtout en psychiatrie.* » (M3).

1.4. Modalités d'accès aux rendez-vous médicaux

Les secrétaires sont sensibilisées à la souffrance psychique, et sont donc réactives et flexibles sur les prises de rendez-vous : « *Un petit peu plus de vigilance s'ils appellent pour dire qu'ils ne vont pas bien, ou s'ils se présentent à la secrétaire. En général les secrétaires savent qu'il faut très facilement*

mettre des rendez-vous, mais c'est parce qu'elles sont sensibilisées aussi au mal-être psychique. Sur les motifs de consult' on trie pas quoi, enfin s'ils veulent venir c'est qu'il y a un truc. » (M5).

Une autre difficulté avec ces patients, est la possibilité ou non d'avoir le médecin au téléphone de façon urgente : *« Il y a beaucoup de médecins généralistes maintenant, les maisons médicales, ils ont un secrétariat, ils ont un Doctolib.. le patient psychiatrique, Doctolib ça ne l'intéresse pas. Il veut tout de suite un avis, il a peur, il n'est pas bien.. Et maintenant j'ai l'impression qu'il y a des endroits en médecine générale où on ne peut plus avoir le médecin en direct. 'Fin j'exagère un peu je suis un vieux médecin. Mais j'ai l'impression. Et là on va perdre un peu ces consult'. » (M12).*

1.5. Souplesse dans la prise en charge

Les médecins sont plus ou moins souples avec ces patients sur l'organisation du suivi.

Certains acceptent une part d'incertitude : *« Sur le plan organisationnel je pense qu'il y a une souplesse particulière, parce que c'est des patients qui annulent souvent, qui ne viennent pas... » (M2).*

Cependant, il faut de la part de ces patients une certaine adhérence dans la prise en charge : *« S'ils appellent pour renouveler leur ordonnance et qu'ils ont pas anticipé, j'ai peu de flexibilité donc ils vont tomber soit avec un remplaçant soit.. par contre s'il y a un critère d'urgence je vais m'adapter, mais ça demande quand même de leur part qu'ils aient une certaine adhérence au suivi. » (M9) ; « La façon de s'organiser ça dépend vraiment après de tel ou tel patient mais, finalement une fois qu'on les connaît au bout de quelques consult', moi je leur donne les mêmes règles qu'aux autres et ils les respectent très bien. Je n'ai jamais eu de problème par rapport à ça. » (M5).*

D'autres, de part leur caractère, sont plus rigides, ce qui peut rassurer certains patients, et en éloigner d'autres, comme dans la population générale.

2. Interrogatoire et examen clinique

Une attention particulière est portée au ressenti du patient, la recherche de troubles du sommeil, de perte d'appétit. Il y a également une recherche de plaintes somatiques spontanées : *« Ils ont quand même des douleurs physiques. » (M9).*

Il existe toutefois une grande disparité de prise en charge clinique entre les 12 médecins interrogés.

Certains médecins n'examinent presque jamais leurs patients atteints de pathologies psychiatriques : *« L'examen clinique ? Non. » (M3) ; « À part le poids en somatique.. euh... non. Je leur demande plutôt comment ça va dans leur tête que... » (M8).*

Pourtant, *« je pense que si on creuse ce sont les patients qui sont certainement plus riches en maladies somatiques que les autres. » (M2).*

A l'inverse, un des médecins réalise un examen initial très exhaustif : *« L'examen clinique je regarde.. Alors je palpe la thyroïde, je regarde leur langue, elle peut beaucoup dire sur l'état digestif, et il y a un*

grand lien entre l'équilibre digestif, intestinal, et tout ce qui est dépression, anxiété, et les maladies neurodégénératives... Je regarde leur état de peau, les ongles, donc là pareil il y a souvent des carences qui peuvent jouer un rôle. Les cheveux. Je prends leur tour de taille, plus que le poids. Le poids je le note parce qu'on me le demande pour le ROSP mais... ça m'intéresse un petit peu moins que le tour de taille. Auscultation et tension. » (M10).

De façon générale, les médecins semblent accorder une grande importance au poids et à la tension artérielle : *« Je les pèse toujours, je prends toujours une tension. » (M9).*

Un autre médecin réalise un examen clinique annuel : *« J'essaye de faire comme pour les autres patients, un examen clinique annuel, enfin "complet" entre guillemets c'est-à-dire un peu général : le poids, la taille, le cœur, les ganglions, etc. » (M6).*

La différence entre les symptômes somatiques et psychiatriques est parfois difficile à faire et peut entraîner un retard diagnostique : *« Ça m'est arrivé plusieurs fois, d'avoir des retards diagnostiques sur des pathologies somatiques parce que c'est des patients psychiatriques, donc effectivement il y a des symptômes qui.. on se dit "ben c'est une décompensation psychiatrique", alors qu'en fait il y avait du somatique derrière, donc ça peut être compliqué à gérer. » (M11).*

3. Examens complémentaires

3.1. Bilan biologique

Certains médecins réalisent un bilan étiologique initial, afin de ne pas passer à côté d'une maladie organique sous-jacente, que ce soit un bilan biologique ou une imagerie cérébrale : *« Pour les patients qui débutent une psychose, se demander si c'est pas un problème organique. Donc avec toujours en arrière plan l'idée de faire une imagerie cérébrale par exemple. » (M6).* Une des médecins, formé à la médecine fonctionnelle, se démarque des autres par son bilan initial très complet : *« Ma prise de sang standard, de base c'est : NFS CRP VS, ferritine, iono créat, glycémie à jeun, insulïnémie à jeun, et index HOMA, pour les femmes je vais demander les hormones sexuelles, pour les hommes uniquement la testostérone libre. Le profil de cholestérol, le bilan hépatique. la TSH la T3 la T4 et les anticorps thyroïdiens. S'ils ont des soucis digestifs je vais demander les anticorps anti-glutaminases. Je demande les vitamines B9, B12 et D. Donc ça c'est le bilan de base. Et quand il y a des troubles de l'humeur je vais demander la cortisolémie au réveil, 30 minutes après le réveil. Pour les troubles d'humeur, ce que je vais proposer souvent, de base, je vais doser la vitamine A également, pour l'état inflammatoire. Et ça c'est mon bilan d'entrée. » (M10).*

En revanche, il n'y a pas de bilan biologique standardisé lors du suivi, ni de fréquence précise : *« Je ne fais pas systématiquement de bilan. J'essaye de m'assurer aussi qu'il y a une prise de sang à peu près tous les ans ou tous les deux ans avec la num, la créat, enfin voilà des choses de base. Mais j'ai pas l'impression de faire de bilans plus systématiques que ça, non je crois pas... » (M6) ; « Je pense*

que je leur fais une glycémie plus souvent qu'aux autres. Et comme parfois ils ont un risque cardiovasculaire on fait attention aux paramètres cardiovasculaires. » (M2). Par contre, les médecins insistent sur le dosage régulier de la TSH : « Par exemple un dépressif récurrent il va avoir souvent une bio parce que je vais souvent vérifier la TSH pour m'assurer qu'il n'y ait pas quelque chose.. d'organique. » (M9).

3.2. Difficultés des examens complémentaires en lien avec la pathologie psychiatrique

Un des médecins déclare ne pas savoir quand s'arrêter dans les examens complémentaires, pour des pathologies à la limite entre le psychiatrique et le somatique : « Des douleurs abdo'.. jusqu'où on va, quand on sait clairement qu'il y a un contexte anxieux qui pourrait expliquer les douleurs abdo' ? Je dis des douleurs abdo' mais ça peut être d'autres trucs, je trouve pas ça toujours facile. » (M9)

Pourtant, l'omission d'examens complémentaires peut-être désastreuse : « De mon expérience j'ai vu des occlusions, des choses qui n'étaient pas perçus parce que le patient sous neuroleptiques, sous traitement, n'était pas entendu, ne disait rien, et en fait c'était un problème somatique grave. » (M12).

Du fait de certains symptômes de leur pathologie psychiatrique, quelques patients ne réalisent pas les examens complémentaires recommandés : « Moi j'ai l'exemple d'un patient là, un patient schizophrène, une forme déficitaire, donc vraiment des troubles, difficultés à programmer les choses et tout ça, et qui a fait un mélanome ; et qui est complètement sorti du suivi après le diagnostic. Donc il y avait des examens qui étaient prévus, et c'est complètement passé à l'as. Je l'ai récupéré au bout de quelques mois en voyant des comptes-rendus, enfin pas des comptes-rendus d'ailleurs, des mots de l'hôpital disant que Mr Untel s'est pas présenté à l'examen. » (M7) ; « Parce qu'il y a quand même beaucoup d'angoisses, chez certains patients psychiatriques chroniques. Et en fait cette angoisse elle peut empêcher de faire les examens, c'est ça le problème. » (M12).

Avec ces patients, un médecin programme les examens de façon plus progressive : « Il faut prendre des gants. Moi je sais que la patiente que j'ai actuellement là, qui a 60 et quelques, pour faire le bilan digestif par exemple, je ne l'envoie pas faire une fibro' tout de suite, je l'envoie en consultation d'abord avec le gastro-entérologue, pour qu'elle ait pris contact, pour qu'elle comprenne bien ce qu'on va faire, et après elle va faire sa fibro'. Vous voyez ? On est un peu plus.. on est moins... On va faire les bilans, mais c'est peut-être plus doucement, quoi. » (M12).

4. Prévention

Un médecin souligne que la prévention est compliquée pour toute la population : « Réagir à une maladie c'est une chose, c'est-à-dire qu'on sait qu'on est malade, et on nous demande de l'énergie pour faire des choses mais on a conscience d'être déjà malade. La prévention c'est tout un autre truc, parce que c'est "on va bien, il ne se passe rien, et quelqu'un d'extérieur, le médecin, nous raconte qu'il faudrait faire quelque chose pour continuer à aller bien" ; c'est pas du tout le même cheminement

de pensée, ça demande une énergie beaucoup plus forte. Donc la prévention c'est plus compliqué pour tout le monde. » (M5).

La prévention primaire n'est pas la priorité de certains patients, ni de certains médecins : « *[la prévention primaire] ah euh.. franchement c'est le dernier de mes soucis ! » (M3).*

4.1. Vaccinations

Les médecins s'estiment globalement à jour dans les vaccinations.

La vaccination est réalisée même lorsque la pathologie psychiatrique n'est pas parfaitement équilibrée : « *Les vaccins c'est un petit peu plus facile, même pour ceux qui restent pas très équilibrés et centrés sur le psychiatrique, parce que ça demande pas trop d'investissement pour eux d'aller chercher le vaccin en même temps que leur traitement. » (M11).* Un médecin utilise sa réserve de vaccins pour être certain que la vaccination soit réalisée lors de la consultation, le risque étant que le patient ne reconsulte pas pour ce motif.

4.2. Dépistages

Les médecins les plus rigoureux s'assurent de la réalisation des examens systématiques de dépistage, comme avec les autres patients : « *Si jamais ce sont des gens qui ne veulent pas faire leur dépistage, je propose assez facilement, mais je note leur refus si jamais ils ne sont pas motivés pour le faire ; et je fais une petite piqûre de rappel quand je vois que ça fait longtemps que j'en ai pas reparlé, je vois s'ils ont changé d'avis... » (M1).*

La proposition du dépistage est réalisée en fonction de l'âge, et modulable selon le motif de consultation : « *Les dépistages c'est en fonction des âges, donc quel que soit le motif de consultation de la personne en face de nous, comme on a l'âge sur l'ordinateur, en fait on leur en parle en fonction de l'âge plus. Donc quelqu'un qui n'irait pas bien sur le plan psychique, il vient me voir il va pas bien et en fait on passe 3/4 d'heure à s'occuper de ça, quel que soit la fin de l'histoire, que je le connaisse ou que je ne le connaisse pas, clairement je ne lui parlerai pas de ses dépistages. » (M5),* comme avec n'importe quel patient : « *Mais de la même façon, quelqu'un qui vient me voir avec une énorme plaie ouverte et que je l'envoie aux urgences, je ne lui parlerai pas non plus de ses dépistages, ce n'est pas sur ce motif là, c'est plutôt sur urgent/pas urgent. Par contre sur une consultation chronique, une consultation où on a un peu de temps pour se poser, je pense qu'à peu près tous les med gé ils ont le côté "tiens il a 50, est-ce qu'il a fait son hémoccult ?", "tiens c'est une femme, elle en est où dans ses frottis ?". » (M5).*

La réalisation du frottis cervico-vaginal est plus difficile avec ces patientes : « *Elles ne viennent pas, où elles viennent mais il y a toujours autre chose à faire, 'fin on s'aperçoit finalement que le suivi est pas bien fait, au niveau des frottis. » (M6) ;* certains médecins profitent donc d'une consultation lambda pour réaliser le frottis dès que possible.

Le retard de dépistage est probablement multifactoriel, que ce soit du côté du patient ou du médecin.

Du côté du patient : « *Quand on arrive à les rendre à peu près adhérents à leurs traitements psy, on estime et ils estiment aussi que c'est déjà pas mal, donc c'est vrai qu'il y a des gens avec qui c'est très compliqué, et avec qui on fait même pas.* » (M11).

Du côté du médecin : « *Comme il y a déjà ça [la pathologie psychiatrique] à gérer, la prévention peut aussi passer un peu à l'as.* » (M5). Les médecins peuvent également avoir un frein à proposer les dépistages en fonction du contexte clinique : « *Quand ils sont handicapés sévères plus psychiatriques, les dépistages pff.. Faire la colonoscopie et enlever la tumeur et mettre une chimiothérapie après, on peut se poser la question...* » (M8).

Un médecin interrogé évalue leur « *taux d'acceptation du dépistage en fonction de leurs priorités personnelles* » (M2) : « *Ça n'a pas de sens de faire un test hemocult à quelqu'un qui ne sera pas en capacité d'avaler les litres de pep avant de faire une colo', par exemple ; ou qui n'aura pas le souhait de faire une coloscopie...* » (M2).

Les risques liés à la moins bonne prise en charge des dépistages sont le sous-dépistage des cancers et le retard diagnostique : « *Je pense à une autre à qui je n'ai pas fait de dépistage non plus jusqu'au jour où son aide-soignante a trouvé qu'elle avait une pêche de 5cm dans le sein gauche, et là je me suis dit qu'on avait pas été très forts. Peut-être qu'on aurait pu faire mieux.* » (M2).

4.3. Activité physique

La plupart des médecins donnent un conseil minimal d'activité physique : « *Alors souvent mon conseil se limite déjà à ce qu'ils marchent. Parce que ceux qui ont des pathologies lourdes ils font quand même pas grand-chose.* » (M9) ; « *Je fais des entretiens motivationnels, je prends du temps, parfois une consultation ne sert juste qu'à les encourager à faire du sport.* » (M3).

Deux médecins perçoivent l'activité physique comme un traitement à part entière : « *C'est quelque chose qui est vraiment prouvé comme un traitement aussi efficace que les antidépresseurs.* » (M10) ; et d'autres médecins à l'inverse estiment ne pas la recommander suffisamment.

Certains s'aident de paramédicaux pour favoriser l'activité physique : « *Au niveau activité physique, ça m'arrive très fréquemment de prescrire du kiné, pour qu'ils aient une petite aide, et avec le kiné à ce moment là je vois qu'ils font bien transpirer pendant un quart d'heure 20 minutes deux fois par semaine.* » (M10), « *Je travaille beaucoup avec eux : centre Sportmed. Ils prennent en charge tout ce qui est activité physique et surcharge pondérale.* » (M4).

4.4. Alimentation

Une meilleure alimentation aurait un rôle thérapeutique : « *On sait que la mal-bouffe c'est dépressogène.* » (M5) ; « *Il y a énormément d'études qui montrent un lien entre sensibilité au gluten et dépression ; et qu'en enlevant le gluten chez plus de 75 % des patients il y a une amélioration des symptômes dépressifs.* » (M10).

Pourtant, certains médecins ont des difficultés à aborder l'hygiène alimentaire : « *Au niveau de l'équilibre alimentaire, spontanément je pense que je n'en parle pas beaucoup. Sauf une fois qu'à la bio j'ai quelque chose.* » (M9).

La prise en charge nutritionnelle peut faire appel à de brefs conseils de la part des médecins généralistes : « *Diminuer les sodas ça peut s'entendre, diminuer les fast-food.. 'Fin des messages très simples comme ça, ça peut passer.* » (M5). Mais en l'absence d'équilibre psychique, un changement drastique d'alimentation peut être complexe : « *Quelqu'un qui achète des produits tous faits, en barquette, et qu'il faudrait qu'il passe à acheter des produits séparés et se mette à cuisiner, c'est un monde quoi ; c'est vraiment une étape compliquée.* » (M5).

Deux médecins déclarent avoir recours à d'autres professionnels : « *Quand je vois qu'il y a une surcharge pondérale ou une mauvaise alimentation je les envoie vers une diététicienne.* » (M4) ; « *Je travaille avec des nutritionnistes qui sont assez formées en micro-nutrition et en approche fonctionnelle. Je conseille de manière très insistante de travailler avec des nutritionnistes, car tout seul c'est un peu compliqué.* » (M10).

Plus que des conseils alimentaires, certains patients ont besoin d'une personne pour les aider au quotidien à s'alimenter : « *Ce sont des gens qui ont souvent besoin d'une auxiliaire de vie, tout bêtement : parce que quand vous savez plus si c'est le jour où la nuit, s'il est midi ou s'il est l'heure de faire à manger, ben en fait vous avez une auxiliaire de vie.* » (M2).

4.5. Addictions

Les patients atteints de troubles psychiatriques sévères peuvent avoir tendance à surconsommer des toxiques, notamment lors d'épisodes aigus : « *Moi quand j'ai quelqu'un qui ne va pas bien, bon, peut-être pas à la première consult', mais je les réévalue souvent à 48h ; dans ces deux consult là je leur demande comment ils ont augmenté leur consommation de clopes et d'alcool. Parce qu'en fait la plupart du temps ils me répondent qu'ils ont augmenté, et en fait moi je leur dis "ben oui c'est un anxiolytique, en fait, et c'est normal ; par contre il faut peut-être qu'on remplace par d'autres trucs, pour justement pas que vous vous tapiez en plus derrière les problèmes de l'alcool ou les problèmes de la clope".* » (M5).

La gestion des addictions passe parfois par la gestion de la pathologie sous-jacente : « *En équilibrant leur bien-être physique ils ont moins envie de fumer, ou moins envie de boire. Donc c'est des gens qui disent "oui j'aimerais bien arrêter la cigarette", mais en fait c'est pas uniquement leur plaisir c'est également leur gestion de stress, donc c'est uniquement quand on a géré pas mal d'autres choses qu'en fait ils ont moins envie.* » (M10).

Comme dans la population générale, il y a des patients plus au moins réceptifs au discours sur le sevrage des addictions : « *Ça fait partie quand même des choses qu'on recherche chez ces patients, les addictions au tabac, l'alcool, et les addictions d'ordre général. On en a quand même pas beaucoup avec qui on arrive vraiment à mettre en place un sevrage, mais y'en a qui sont réceptifs en tout cas à l'idée d'y réfléchir. Et puis d'autres effectivement à part leur demander d'une fois sur l'autre s'ils fument toujours autant... ça se résume peu près à ça.* » (M11).

Les médecins peuvent s'aider d'autres professionnels de santé, en adressant les patients vers psychiatres, les infirmières ASALÉE ou le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

- Le tabac

Le tabac est une addiction très fréquente dans la patientèle ayant des troubles psychiatriques sévères : « *C'est des populations qui fument beaucoup, fin vraiment le tabagisme c'est.. c'est du 100 % quasiment, 'fin en tout cas dans ma patientèle.* » (M7). Le tabagisme est donc souvent abordé en consultation.

Cependant, certains médecins ne considèrent pas le tabagisme comme un problème : « *Le tabac on va considérer que c'est un non-problème parce que ça ne les fait pas souffrir.* » (M2).

Les médecins insistent beaucoup moins sur le sevrage tabagique que dans la population générale, car il est considéré comme une habitude permettant de les stabiliser : « *Autant je peux être assez.. je peux harceler les gens, un peu, avec leur tabagisme, parfois... Autant chez les patients psychiatriques vraiment j'ai l'impression que c'est un peu quelque chose qui les "soutient" entre guillemets, je vais être un peu moins insistant là-dessus.* » (M7).

Un des médecins interrogés explique qu'un sevrage tabagique entraînerait la crainte d'une décompensation psychiatrique : « *Dans mon expérience les sevrages tabagiques chez les patients psychiatriques souvent ça se passe mal, souvent c'est.. il peut décompenser.* » (M7).

- L'alcool

L'alcool est très fortement lié aux syndromes dépressifs, et la surconsommation d'alcool lors d'épisodes dépressifs est régulièrement recherchée : « *On sait très bien que l'alcool est anxiolytique sur le coup, et dépressogène sur la fin, et qu'en fait tous les alcooliques sont dépressifs, et que tous les dépressifs peuvent être, avoir tendance à virer vers l'alcool. Des fois on sait même pas c'est quoi*

l'œuf c'est quoi la poule, est-ce que c'est quelqu'un de déprimé qui a commencé à boire ou est-ce que c'est quelqu'un qui buvait trop qui a commencé à être déprimé ? » (M5).

- Le cannabis

Un médecin explique comprendre la recherche d'un apaisement par le THC, et proposer à la place un traitement : *« Moi qu'est-ce que je vais leur donner ? Des anxiolytiques. Bon, bien sûr, on est d'accord, les anxiolytiques ça sera plus calibré, ça permettra un meilleur suivi, à terme l'idée c'est qu'ils s'en sèvent. Il vaut mieux qu'ils soient sur cette prise en charge là. Je leur dis pas "oui consommez des toxiques" bien sûr, mais je comprends pourquoi ils ont été vers ça, parce que je suis moi-même en train de leur proposer un toxique, mais calibré. » (M5).*

Un des médecins prescrit du CBD pour aider au sevrage cannabique : *« Alors je prescris souvent du CBD, pour le traitement symptomatique, donc pour les gens qui fument du cannabis ben ça peut leur faire une belle transition, et du coup c'est assez facile pour eux d'arrêter le THC. » (M10).*

- Les médicaments

Il existe un risque de dépendance à certains médicaments psychotropes, et le sevrage peut être difficile en médecine générale : *« Pour moi la plus grande addiction chez ces patients c'est les médicaments. Ils ont des traitements souvent très lourds, très complexes, et c'est surtout cette addiction là qui est pathologique parfois. Les anxiolytiques c'est une plaie. Ça empêche de sortir, ça empêche de bouger, ça les rend dépendants. » (M12).*

Le bénéfice réel de ces traitements est donc parfois remis en doute : *« Chez les personnes plus âgées, psychiatriques chroniques, c'est souvent du passé les addictions. Ils étaient peut-être accros à l'alcool, accros à d'autres choses, et puis maintenant ils sont accros aux médocs ! Alors qu'est-ce qu'ils y ont gagné ? C'est à se demander. Ils sont sociabilisés, on peut dire, par les médocs. » (M12).*

4.6. Contraception

La contraception féminine semble être un point difficile à aborder avec ces patientes.

En effet, les consultations prennent plus de temps du fait de la maladie chronique associée : *« Il y a les conséquences de la pathologie psychiatrique à ajouter en supplément de la consultation prévention/contraception, mais quelqu'un qui aurait par exemple une sclérose en plaques, ben c'est pareil, y'a ça à ajouter à la consultation contraception. » (M5).*

Il peut aussi exister un problème d'observance chez ces patientes : *« Je pense que prendre la pilule quand des fois on déconnecte, ben en fait c'est pas un vraiment bon mode de contraception... » (M5).*

4.7. Hygiène dentaire

Les problèmes dentaires semblent être plus fréquents dans cette population de patients : *« Je pense que ça joue sur sa nutrition, parce que sa bouche elle est toute inflammée là... Tous les clopeurs ils*

ont plein de gingivites, plein de problèmes dentaires, ceux qui prennent des toxiques c'est ça.. Ceux qui mangent mal aussi. » (M5).

Le suivi n'est pas optimal, et l'adressage chez le dentiste est plus complexe : *« Moi je peux le motiver d'aller chez le dentiste, mais en gros les gens qui ont pas de sous ils finissent tous à l'école dentaire. Alors des fois ça se passe très bien, ils sont très contents ils y retournent avec grand plaisir ; et puis des fois ça se passe pas très bien et du coup ils ont pas vraiment envie d'y aller... » (M5).*

Les possibilités de prise en charge des soins dentaires ne sont pas bien connues : *« Je sais pas comment ils sont pris en charge sur les soins dentaires, 'fin je sais pas à quel point c'est limité. Par exemple quand on est à la CMU ou en ALD, je sais pas en fait qu'est-ce qu'on peut avoir en terme d'implants... Je pense qu'ils peuvent soigner toujours les caries, mais est-ce que quand ils arrachent une dent ils ont possibilité de mettre un truc à la place ? Je ne sais même pas... » (M5).*

5. Gestion des traitements psychotropes

5.1. Prescription, modification et renouvellement des traitements

Les médecins n'ont pas la même pratique concernant la prescription et le renouvellement des traitements psychiatriques.

Certains préfèrent laisser la gestion du traitement au psychiatre référent, notamment lors des cas les plus sévères : *« S'ils ont un suivi psychiatrique j'aime bien qu'en effet je n'ai pas besoin de m'occuper du renouvellement des psychotropes. » (M1).*

Les traitements psychiatriques sont redoutés par quelques médecins, qui ne renouvellent pas tous les traitements ; les antidépresseurs étant par exemple plus acceptés que les neuroleptiques : *« Ceux qui ont des syndromes dépressifs chroniques et qui ont un traitement antidépresseur lambda bien toléré et qui suffit, je vais faire le renouvellement avec les autres thérapeutiques. Tout ce qui est neuroleptiques et tout ça je vais peut-être être méfiante. » (M1).*

Les traitements symptomatiques sont plus facilement modifiés que les traitements de fond : *« Quand ils ont un suivi psychiatrique, notamment en CMP, je ne touche pas aux psychotropes type antipsychotiques ou antidépresseurs ou thymorégulateurs, et je vais gérer les traitements plus sédatifs, anxiolytiques, hypnotiques. » (M7).*

Parfois, les médecins acceptent de renouveler ponctuellement le traitement : *« Des fois il y a des couacs avec des renouvellements qui ne sont pas fait en temps et en heure, avec des psychiatres qui ne sont pas forcément disponibles pour voir le patient... Je fais peut-être un dépannage d'un mois et je dis "vous voyez avec votre psychiatre" et puis après.. je ferai peut-être pas d'autre renouvellement. » (M1).*

S'ils ont un doute, avant de renouveler les traitements, les médecins peuvent vérifier auprès de la pharmacie les propos du patient : « *J'appelle la pharmacie et je vois un petit peu où ils en sont, et s'ils ont vraiment besoin.* » (M1).

Certains médecins s'autorisent à modifier les traitements, sous couvert de l'avis rapide du psychiatre : « *Après ça peut arriver que j'augmente ou je baisse la poso' d'un antidépresseur, mais en général soit je demande l'avis du psychiatre, un avis téléphonique, soit je les oriente vers le psychiatre pour après confirmer.* » (M7).

Au contraire, d'autres médecins n'ont aucun problème avec ces traitements, et acceptent de renouveler voire modifier le traitement, car ce sont des patients chroniques qu'ils connaissent bien : « *On fait assez souvent des changements, qui essaient d'aller toujours vers l'allègement thérapeutique progressif, à chaque fois que c'est possible.* » (M2) ; « *Ce sont des traitements qui sont des traitements symptomatiques en réalité, c'est pas autre chose qu'un traitement de la douleur, fin je veux dire la douleur psychiatrique, quoi.* » (M2).

Pour certains, la prescription par le médecin généraliste est privilégiée, en accord avec le Centre Médico-Psychologique (CMP), pour éviter les interactions médicamenteuses avec les autres traitements : « *J'essaye de faire en sorte que ce soit clair qui prescrit quoi, mais je préfère que ce soit moi, ça permet de gérer avec les autres médicaments éventuellement.* » (M6).

Le manque de connaissances dans le domaine psychiatrique se fait ressentir lors des prescriptions ou renouvellements : « *Moi les traitements psy', pourquoi tel neuroleptique plus qu'un autre... somnifères, je sais adapter, anxiolytiques, je sais switcher, mais ça s'arrête là. A la limite entre plusieurs anti-hypertenseurs, je pense que j'aurai un plus long chemin personnel avant d'appeler le cardio'. Alors que sur les traitements psychiatriques, dès que ça touche les traitements pour la schizophrénie ou une bipolarité je vais très vite appeler le psychiatre.* » (M5) ; « *Des fois ça fait un peu "renouvellement d'ordonnance", des fois ils ont des traitements on comprend même pas trop, 'fin on comprend pas pourquoi ils ont tel ou tel traitement...* » (M9).

5.2. Surveillance des effets indésirables

Les médecins généralistes interrogés sont très attentifs aux effets secondaires des traitements psychiatriques : « *Il y a les effets indésirables des médicaments. Donc ça peut être les problèmes : électrocardiogramme à surveiller, interactions médicamenteuses, prévenir les épisodes de canicule...* » (M6).

La prise de poids due aux traitements est notamment un facteur préoccupant les médecins généralistes : « *Le problème de l'obésité, quand c'est dû au traitement c'est tellement compliqué. Il vaut mieux qu'il y ait un traitement qui les équilibre quitte à ce qu'ils prennent des kilos, des fois tous les neuroleptiques les font grossir donc...* » (M5) ; et le risque cardiovasculaire est mis en lien direct avec les traitements neuroleptiques.

5.3. Suivi biologique et électrocardiographique

Les médecins précisent tous qu'ils surveillent la biologie en fonction des traitements : « *Les patients qui ont un traitement avec du lithium, euh tous les 3 mois je leur fais une lithiémie, avec une clairance et une TSH tous les 6 mois.* » (M2). Mais, souvent, ce sont les psychiatres qui prescrivent les bilans biologiques de suivi.

Les électrocardiogrammes (ECG) ne sont en revanche pas réalisés de façon systématique : « *Electrocardio' j'ai pas de notion qu'il faille en faire, je fais pas, en tout cas.* » (M1) ; « *J'en fais exceptionnellement des électrocardiogrammes, quand ils sont sous neuroleptique de longue date, souvent l'électrocardiogramme a été fait dans le service psychiatrique par exemple, si ça a été introduit en psychiatrie. Et puis finalement le traitement a l'air bien toléré ils sont pas morts donc.. Je considère que c'est fait et je ne refais pas d'électrocardiogramme.* » (M6). Un des médecins déclare réaliser l'ECG lors d'un traitement « *neuroleptique à dose forte* » (M6) ou lors d'un risque d'interaction médicamenteuse. Ils sont quand même régulièrement demandés par les psychiatres : « *On nous demande pas mal de faire des suivis ECG aussi, que ce soit à l'instauration ou au changement de posologie.* » (M11).

6. Suivi psychiatrique

6.1. Suivi au long cours

Le suivi psychiatrique peut être réalisé par le médecin généraliste ou par les secteurs de psychiatrie, mais plusieurs médecins privilégient le suivi par le psychiatre référent.

La recherche d'un bon entourage est plus fréquent dans cette population en prévention d'un risque suicidaire : « *J'essaye de m'assurer quand même qu'il y ait un étayage suffisant autour d'eux, en termes d'entourage familial et amical, d'aide sociale, etc. Je suis un peu plus attentif pour ça, pour la prévention du risque psychiatrique.* » (M6).

Le suivi par les équipes médico-sociales de psychiatrie est considéré comme très important par les médecins, mais l'accès au CMP peut être compliqué : « *Mais il faut admettre que les vacations de consultations psy sont rares en fait, et les délais sont importants, et finalement les patients sont assez peu suivis.* » (M2).

6.2. En situation d'urgence

En situation d'urgence, c'est régulièrement le médecin traitant qui est en première ligne. Même si un médecin estime pouvoir l'adresser au psychiatre référent : « *On arrive généralement quand même à avoir leur psychiatre ou des choses comme ça au téléphone.* » (M11), la plupart n'y parviennent pas en situation d'urgence. Certains adressent au Service Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation

(SPA0) : « *J'ai le réflexe d'appeler le SPA0 et de dire "est-ce que je peux vous envoyer le patient ? Parce que là franchement ça se passe pas bien il y a une menace particulière".* » (M1), ou de demander l'avis d'un psychiatre hospitalier : « *Et le problème c'est que là, à l'heure actuelle, comme on est en manque de tout, ben joindre le spécialiste ça peut être compliqué, quoi. Je me suis déjà retrouvée à appeler le CHGR pour des patients qui étaient suivis en ville parce qu'en fait y'a personne et j'avais besoin d'un avis.* » (M5).

En effet, les situations aiguës peuvent être compliquées à gérer en médecine générale à cause du manque de connaissances théoriques et pratiques de certains médecins généralistes : « *On reste quand même exposés directement au problème et que c'est honnêtement pas notre.. – enfin je parle pour moi en tout cas – pas notre domaine de prédilection la psychiatrie aiguë, donc ça peut être compliqué.* » (M11).

C'est pourquoi un médecin aimerait pouvoir anticiper la prise en charge d'une éventuelle décompensation avec le psychiatre référent : « *C'est dommage que le psychiatre traitant, qu'on ait pas mis en place un truc pour se dire "si ça se passe pas bien on a telle solution" et qu'on en ait parlé en amont de la décompensation quoi ; je trouve que ça c'est pas très clair non plus.* » (M1).

Le risque suicidaire surtout est très présent dans les pensées des médecins généralistes : « *C'est jongler aussi entre les craintes d'une tentative de suicide, par exemple, d'une décompensation brutale.* » (M3). La gestion du risque suicidaire s'apprend avec la pratique : « *Quand on a des patients suicidaires en face de nous, c'est vrai qu'au début ça me hantait complètement de me dire "ah qu'est-ce que j'ai fait, qu'est-ce que j'ai dit, qu'est-ce que j'aurais du faire ?", et puis au fur et à mesure on a un peu plus de bouteille sur ce qui existe pour les aider, où les orienter, qu'est-ce qu'il faut dire ou pas dire, fin voilà, des petites choses.* » (M5). Ce risque suicidaire est plus facilement gérable pour certains, lorsque le médecin peut en discuter avec ses collègues en cabinet de groupe : « *En fait on se précipite sur les collègues pour dire "bon il m'a dit ça, j'ai fait ça, qu'est-ce que t'en penses, t'aurais fait quoi ?", "Je le rappelle ? Je le rappelle pas ? Je le rappelle demain ? Je laisse 24h ?" parce qu'en fait on a peur que ça se passe pas bien, quoi.* » (M5).

De fait, la psychiatrie peut sembler plus difficile que d'autres branches médicales : « *Comme c'est du soin psychiatrique on reste toujours dans un espèce de flou. Quelqu'un qui a une infection bactérienne, à 48h si la fièvre tombe on sait qu'on a choisi le bon antibiotique, quoi. A la limite on a 24-48h à croiser les doigts et à dire "bon ben si ça va pas vous m'appellez, on verra"... Quelqu'un qui est en soins psychiatriques ça peut durer beaucoup plus longtemps que ça, cet espèce de flou où on sait pas si on va dans le bon sens...* » (M5).

7. Coordination des soins

7.1. Communication avec les psychiatres

Certains médecins arrivent à communiquer avec les psychiatres référents : « *Du coup je vais prendre le temps des fois d'appeler le psychiatre pour savoir où il en est dans son suivi, le ressenti, etc.* » (M1) ; notamment pour se mettre d'accord sur les prescriptions.

D'autres n'ont que très peu d'échanges avec les psychiatres référents : « *Sur le plan organisationnel, vis-à-vis du système psychiatrique public, j'avoue que finalement les échanges sont maigres, sont très modestes, on a très peu d'échanges avec nos collègues de spécialité.* » (M2) ; « *Ben c'est la non-communication, en général, avec les psychiatres de ville. Y'a une non-communication !* » (M12).

Quand il y a besoin d'un avis mais que le psychiatre de ville est injoignable, la psychiatrie hospitalière est une option de recours : « *Ça m'arrive quelques fois par an d'appeler au CHGR pour avoir un avis avec le psychiatre de garde, c'est vrai que c'est vraiment pas mal parce que comme les psychiatres de ville ils sont vraiment débordés...* » (M5).

Il y aurait un manque d'implication des médecins généralistes et une décharge vers les psychiatres : « *Je pense que les généralistes se déchargent. Certains généralistes, je crois, ont peur de la maladie psychiatrique – c'est mon point de vue – et se déchargent complètement sur le réseau, sur les trucs. Et peut-être qu'ils baissent les bras très facilement.* » (M12).

Il manque une réflexion d'équipe pour adapter au mieux la prise en charge : « *Une autre difficulté peut être finalement l'absence de co-réflexion d'équipe sur la stratégie thérapeutique globale.* » (M2).

7.2. Manque de comptes-rendus

Le manque de comptes-rendus est pointé comme problématique : « *On aimerait, pour mieux pouvoir gérer, que les comptes-rendus des psychiatres soient beaucoup plus systématiques.* » (M11) ; « *Par exemple déjà quand il y a un traitement d'instauré, d'avoir un courrier du psychiatre, expliquant.. Ben si possible donnant un diagnostic.* » (M9).

Mais ce point est en amélioration depuis quelques années : « *Ça se fait beaucoup plus maintenant, je pense avec les jeunes psychiatres qui arrivent et qui font comme les spécialistes, c'est-à-dire qu'ils nous adressent un courrier, parce que ça reste quand même une spécialité à part entière.* » (M11).

7.3. Sollicitation des structures de secteur

L'accès au CMP est décrit comme difficile : « *Les patients qui sont suivis régulièrement parce qu'ils sortent de l'hôpital psy ils peuvent avoir un suivi qui peut être correct, mais il est absolument*

impossible de faire rentrer quelqu'un au CMP si ce n'est pas quelqu'un qui a une maladie psychotique hospitalisable. Donc finalement la psychiatrie publique ne s'occupe que des psychoses, à peu près hein. Donc quand vous avez une psychose vous êtes à peu près suivi, si vous avez autre chose vous êtes à peu près perdus. » (M2).

Le manque de moyens humains au CMP pour l'accompagnement des patients est notamment mis en cause : *« On a beaucoup d'argent pour tout ce qui est médico-médical, tout ce qui est médicamenteux, c'est à dire on ne compte pas les dépenses médicamenteuses ni les dépenses biomédicales, alors que finalement on en a beaucoup moins pour l'accompagnement humain. » (M2) ; « Je sais qu'au CMP ils essayent de mettre des choses en place, mais parfois c'est un peu lent, il n'y a pas toujours une réactivité qu'on aurait peut-être nous, mais je sais que les places sont chères et que c'est pas simple de proposer des choses gratuitement. » (M1).*

Un médecin généraliste tente de pallier au renoncement aux soins avec l'appui du CMP : *« Moi j'ai relancé la machine, j'ai contacté le CMP, parce que le patient avait des bouffées anxieuses quand il se présentait 'fin quand il allait faire ses examens, donc il renonçait à faire ses examens à cause de ça. Donc j'ai essayé de voir avec le CMP pour qu'il ait une prémédication, pour qu'il soit accompagné par le personnel du CMP. Alors il y avait beaucoup de complications, et finalement ça s'est fait et le patient a repris un suivi correct. » (M7).*

8. Croyances et stigmatisations

8.1. Appréhension de troubles du comportement

Deux médecins femmes, ne sont pas à l'aise avec certains patients car elles craignent un passage à l'acte hétéro-agressif : *« La première consult', ceux qui ont le regard un peu fixe, les petites choses qui instinctivement nous mettent mal à l'aise.. Je sais que je serai pas totalement dans ma consult', "qu'est-ce que je fais si.. ?"... C'est débile, parce qu'il ne s'est jamais rien passé. » (M5).*

Elles sont donc rassurées de travailler en cabinet de groupe : *« J'apprécie aussi d'être dans un cabinet de groupe, parce que si franchement je me sentais en difficulté ou menacée, j'ai toujours la possibilité d'aller voir mon collègue et d'essayer de trouver une solution ; et je ne me serais jamais installée toute seule non plus, aussi pour faire face à ce genre de problématiques. » (M1).*

8.2. Pertes de chance

Des examens complémentaires ne sont pas réalisés pour certains patients : *« Je pense à cette patiente... je la connais depuis 3 mois même pas, et je me rends compte qu'elle a une dysphagie catastrophique. Mais alors je me dis "comment se fait-il que personne n'ait fait un bilan digestif ?" »*

Parce qu'on pense souvent que l'anxiété empêche d'avaler mais.. il y a autre chose chez cette femme là. J'ai peur malheureusement qu'on trouve quelque chose. » (M12)

Les médecins déclarent également moins d'interventions brèves concernant le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique.. : « *Quelqu'un qui ne va pas bien dans sa tête, si vous dites "faut pas fumer, faut pas bouffer, faut pas boire, faut pas" ... » (M8).*

8.3. Projections

Certains médecins anticipent les réactions des patients : « *On se projette dans l'esprit du patient on se dit « ben non ça l'intéressera pas » alors qu'en fait ça l'intéresse. » (M2) ; « [la colonoscopie] il est pas question qu'on fasse ça, parce qu'elle est déjà en train de gérer ses angoisses toute la journée alors si en plus je lui demande de gérer un dépistage ça va être encore pire ! » (M2).*

Les préjugés limitent certaines prises en charge, notamment concernant l'hygiène de vie : « *Je pense que j'en parle plus facilement avec des patients qui ont des pathologies psychiatriques pas lourdes. Par exemple un syndrome anxieux je vais beaucoup plus facilement lui proposer des trucs.. de jouer sur son hygiène de vie pour gérer l'anxiété. Alors qu'une dépressive vraiment lourde et tout, je pense que je le fais moins. Parce qu'en fait je pense que je me dis que ça marchera pas ou que ça suffira pas. » (M9) ; « On se dit que peut être des fois il vaut mieux qu'ils fument, euh entre guillemets hein, parce que c'est vrai que souvent c'est un petit peu quelque chose qui les... comment dire.. pas qui les stabilise mais qui leur donne une espèce de rythme. » (M7).*

9. Attentes des médecins généralistes interrogés

Les médecins généralistes interrogés ont soulevé des points problématiques dans la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères, mais également des idées d'amélioration.

9.1. Formation médicale

L'amélioration de la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères devrait passer par une intégration, dans la formation initiale et continue des médecins généralistes et des psychiatres, des spécificités de ces patients et de leur suivi : « *En tant que médecin fonctionnel, mes besoins seraient que ça soit un petit peu plus répandu en France, que cette approche globale soit un petit peu plus présente dans les facs, qu'on commence à éduquer nos étudiants au fait que le problème de coeur ne vient pas toujours du coeur, le problème du foie ne vient pas que du foie, et le problème du cerveau ne vient pas que du cerveau... » (M10).*

9.2. Suivi des traitements

Pour améliorer le suivi des traitements psychiatriques, il pourrait s'agir, à la fin des courriers des psychiatres, d'un rappel des points clinico-biologiques à surveiller : « *Nous redire aussi les points clés à suivre chez ces patients, s'il y a eu une thérapeutique qui nécessite un suivi particulier, de nous remémorer un petit peu les différents points clés nécessaires au suivi du patient sur le plan somatique, notamment.* » (M1) ; « *Ou comme les protocoles de chimio', pour les médicaments psychiatriques qui ont des suivis un peu particuliers. Par exemple pour les protocoles de chimio', des fois maintenant ils nous mettent dans les courriers des fiches résumées avec les effets indésirables, ça permet d'avoir une petite référence. Sous l'ordonnance de sortie, il faudrait que ce soit automatique en fait, pour pas qu'ils aient à faire du boulot supplémentaire, mais s'ils ont coché Léponex en traitement ben qu'il y ait "Leponex : NFS..."* » (M5).

Un médecin soulève l'idée d'un site où la recherche d'information sur les traitements serait simplifiée : « *Ou un site, un espèce d'Antibiocliv mais "Psychocliv", avec toutes les surveillances des traitements. Ouais je pense que ça ça pourrait être énorme. Je suis sûre que j'irais cliquer dessus, parce que ça me prendrait 3 clics pendant la consult'.* » (M5).

9.3. Dossier spécifique

Il pourrait également s'agir d'un dossier spécifique, où tous les spécialistes placeraient les informations importantes : « *Peut-être qu'en fait ces patients là auraient besoin qu'on crée comme un espèce de dossier particulier. Un peu comme les patients qui sont suivis en onco' par exemple, ils se trouvent souvent avec un petit dossier de l'hôpital en papier brillant un peu tape à l'œil, mais où en fait on se sent un peu obligé de mettre son nom ; un peu comme un dossier HAD finalement, où on se dit ben tiens dans l'équipe y'a telle, telle, telle personne. Et finalement peut-être que les patients qui souffrent de maladies psychiatriques mériteraient d'avoir un truc comme ça.* » (M2).

Ou alors d'une utilisation plus optimale du Dossier Médical Partagé (DMP) : « *Ce serait que sur le DMP il y ait une fiche résumée à un moment et qu'on écrive les électros, ou les changements de traitement, fin voilà un résumé, quelle est la raison du changement de traitement...* » (M5).

9.4. Rôle de l'Assurance Maladie

Il pourrait s'agir de rappels de l'Assurance Maladie concernant les pathologies psychiatriques : « *Une fois tous les 3 ans, un espèce de rappel de la sécu' sur "rappelez vous que vos populations psychiatriques sont plus à risque d'addictions", ou de choses comme ça. Ou quand on déclare un nouveau patient qui a une pathologie psychiatrique lourde.. Ou que ce soit dans son DMP ou dans son espace Ameli...* » (M5).

9.5. Revalorisation de la consultation médicale

La revalorisation de la consultation du médecin généraliste lors d'un rendez-vous avec un patient atteint d'une pathologie psychiatrique est une idée soulevée à deux reprises : « *Si on voulait que ça soit bien géré parmi nous, il faudrait vraiment qu'il y ait une consultation spécifique, qui soit dans la nomenclature. Alors elle existe peut-être hein, mais je ne crois pas. Qu'il y ait vraiment une consultation spécifique où on pourrait dire "ben j'ai deux consult' en une" donc... Parce que vous voyez quand vous avez une psychiatrique qui vient... si on s'occupe d'un bilan sanguin, si on s'occupe comme vous disiez de nutrition.. c'est quand même une consultation complexe. Donc il faudrait qu'on fasse à chaque fois une consultation complexe, presque...* » (M12).

Le mode de rémunération des actes pourrait également être revu : « *On est payé à la tâche médicamenteuse, on est pas vraiment payé à la qualité de ce que l'on fait.* » (M2).

Il faudrait améliorer les liens avec les infirmiers libéraux ou autres paramédicaux, via un temps de concertation qui serait rémunéré : « *Ça serait pas mal qu'on ait des temps de concertation avec les infirmiers libéraux qui seraient plus fréquents, et plus formels. Mais dans ce cas là je pense qu'il faudrait quand même les intégrer dans un mode de rémunération, où notre temps de travail serait reconnu, parce que c'est important. Avec les groupes qualité ça marche parce qu'on est indemnisé pour ça, et il y a 95 % de participation toute l'année quoi, aussi parce que c'est symboliquement reconnu comme tel.* » (M2).

9.6. Amélioration des liens avec les CMP

Il faudrait essayer d'améliorer le lien avec les CMP : « *Peut être qu'il faudrait qu'on consacre un peu de temps à l'équipe des CMP, pour leur dire simplement "bonjour on est là, est-ce que vous voulez qu'on discute de quelque chose ?".* » (M2) ; avec des temps de concertation obligatoires.

Il y a une volonté des médecins de mieux connaître les activités proposées aux patients : « *Nous redire s'il y a des ateliers en parallèle de mis en place. C'est pas la même chose entre quelqu'un qui a continué son activité professionnelle et quelqu'un qui ne travaille plus. Parce que dans cette population là il y a quand même pas mal de gens qui sont en incapacité. Donc à quoi ils arrivent à occuper leur journée, savoir s'il y a des ateliers de proposés en parallèle, des choses que nous on connaît pas.* » (M1).

9.6. Problématique financière

Un autre frein à la bonne prise en charge somatique de ces patients est le problème financier ; pour mieux s'alimenter ou avoir des soins dentaires, il faut certains moyens, que tous les patients n'ont pas : « *Quand on a des gros problèmes psychiatriques on est pas forcément dans la population la plus aisée, souvent il y a des conséquences sociales quand même au niveau du boulot.* » (M5). Il faudrait pouvoir proposer aux patients les adresses adaptées : « *Des rappels de qu'est-ce qui est*

gratuit pour les soins dentaires, où consulter quand on a des soucis d'argent.. les adresses où les soins sont gratuits. » (M5).

9.7. Perdus de vue

Comment réintégrer au système de santé les patients en rupture de suivi médical ? « Je ne sais pas comment on pourrait faire, mais je n'ai pas la réponse, sur des patients qui sont en rupture ; parce qu'en fait je les ai vu quand j'étais en stage au CHGR, du fait de leur pathologie psychiatrique ils étaient en dehors du système de soin, ils arrivaient à l'hôpital, ils étaient pris en charge par le médecin somatique de l'hôpital conjointement avec l'équipe... Gros dossiers y'avait des hernies, des machins qui traînaient depuis très longtemps. Du coup je ne sais pas ce qui est mis en place pour eux, essayer de les re-faire avoir un médecin traitant, les remettre dans le système tout ça tout ça. Parce que eux du coup ce ne sont pas mes patients, ce sont des gens qu'on ne voit pas, qu'on ne sait pas qu'ils existent. Les invisibles. » (M5).

DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

Un des avantages de notre étude est qu'elle illustre le point de vue de médecins généralistes sur la prise en charge globale des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères.

L'échantillon de médecins interrogés est varié : des hommes et femmes d'âges différents, exerçant en milieu rural et urbain.

Pour limiter le biais d'interprétation, un double codage a été effectué sur l'ensemble des entretiens.

Il existe toutefois un biais de sélection des médecins interrogés, qui ont été recrutés sur la base du volontariat, avec donc une possible appétence pour le sujet.

Il y a également eu un biais d'investigation : certaines questions ont pu être mal formulées par l'investigateur, limitant la compréhension des participants, avec une nécessité de reformuler les questionnements ; certains termes ont également pu entraîner une influence sur le discours du participant.

B. Principaux résultats

Nos résultats concordent avec les études internationales de 2011 de Wahlbeck (5) et Thornicroft (6) : la prise en charge somatique pour les patients atteints de pathologies psychiatriques sévères est sous-optimale, notamment en ce qui concerne le dépistage et la prévention.

1. Suivi global

1.1. Patientèle atteinte de troubles psychiatriques sévères

Il est difficile d'avoir une estimation précise du nombre de patients atteints de pathologies psychiatriques sévères dans la patientèle des médecins interrogés (1). La formulation de la question ne permettait pas forcément aux médecins de répondre avec précision, mais ce point est intéressant bien qu'incomplet.

La patientèle moyenne d'un médecin généraliste libéral en France en 2017 était de 1900 patients (31).

La prévalence des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères estimée par l'Assurance Maladie est celle des patients « traités », c'est-à-dire ayant été hospitalisés ou étant en Affection Longue Durée (ALD) « affections psychiatriques de longue durée », et ayant eu au moins 3 délivrances de psychotropes dans l'année (1). Les données les plus récentes retrouvent, en 2018, pour 58 millions de bénéficiaires du régime général (pour presque 67 millions d'habitants (32)), 437 000 personnes suivies pour des troubles psychotiques (soit une prévalence de 0,77 %), et 1 226 400 personnes prises en charge pour troubles "névrotiques" et de l'humeur (soit une prévalence de 2,1 %) (33,34). Ces données ont été sélectionnés pour notre étude car elles semblent prendre en compte les patients les plus sévères. Il existe également des indicateurs de l'Assurance Maladie concernant les patients traités par antidépresseurs, thymorégulateurs ou neuroleptiques, mais sans diagnostic associé, que nous n'avons pas ajouté à nos données. Ces résultats (environ 3 % de la population générale) sont donc probablement sous-estimés (patients ne relevant pas du régime général, et patients sous-diagnostiqués).

Avec ces chiffres, on pourrait donc s'attendre à ce qu'un médecin généraliste ait dans sa patientèle au moins 55 patients atteints de pathologies psychiatriques sévères. Or, dans notre étude, 2 médecins déclarent avoir environ 5 patients atteints de pathologies psychiatriques sévères soit une prévalence estimée à 0,26% (dans l'hypothèse d'une patientèle de 1900 patients). 4 médecins estiment entre 10 et 30 patients soit entre 0,5% et 1,5%. 3 médecins estiment eux avoir environ 5 % de patients atteints de pathologies psychiatriques sévères.

La prévalence en population générale ne semble donc pas atteinte avec les médecins interrogés (seulement 3 médecins sur 12 ont une prévalence « suffisante »). Où sont les autres patients atteints de pathologies psychiatriques sévères ? Les hypothèses sont multiples : soit les médecins omettent certains patients stables sur le plan de leur symptomatologie, soit leur patientèle ne reflète pas la population générale, soit de nombreux patients n'ont pas de médecin traitant.

1.2. Prise en charge somatique

- Prévention, dépistage

La vaccination ne semble pas être un problème dans cette population, ces résultats concordent avec la dernière étude sur le sujet, qui met en évidence une vaccination DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) à jour (7).

Il existe par contre une moins bonne prise en charge des dépistages recommandés. Ceci peut découler, du côté des médecins, d'après notre étude, d'un manque de temps de la part des généralistes, qui sont accaparés par la prise en charge psychiatrique ; mais également de certaines projections dans lesquelles le médecin imagine qu'une proposition de dépistage va pouvoir majorer des angoisses, ou ne pas intéresser le patient. Le moindre recours aux soins de prévention entraîne une perte de chance, c'est donc un facteur supplémentaire expliquant la surmortalité par cancer dans cette population (7,35,36).

Il y a également moins de discussion spontanée à propos de l'hygiène alimentaire, sportive, des addictions... Le rôle du médecin généraliste est pourtant d'intervenir sur les facteurs de risque modifiables (obésité, tabagisme, diabète, hypertension artérielle, anomalies lipidiques, mauvaise hygiène alimentaire, défaut d'exercice physique, sédentarité (37)) qui majorent le risque cardiovasculaire (19,20). En pratique, d'après notre étude, sont dépistées de façon quasi-systématique l'obésité, l'hypertension et la dyslipidémie. Les comportements de santé à risque de ces patients, connus depuis de nombreuses années (35), sont recherchés mais sans chercher à les modifier.

Le tabagisme est notamment une comorbidité majeure, mais les médecins interrogés pour notre étude sont très peu nombreux à tenter un sevrage chez ces patients. Plusieurs études ont montré que les patients atteints de schizophrénie ont un plus fort taux de tabagisme, plus de dépendance à la nicotine, et ont des facteurs de risque de vulnérabilité à débiter le tabagisme (38). Les études retrouvent également que les patients atteints de troubles psychiatriques sévères ont autant de capacités à arrêter de fumer que la population générale, et que l'arrêt ne majore pas le risque de décompensation psychiatrique. Il peut en revanche majorer une prise de poids, qu'il est important de prévenir (38). Cependant, la réduction et l'arrêt du tabac doivent être particulièrement encadrés pour les patients traités par Olanzapine et Clozapine. En effet, les taux intraveineux des médicaments sont très augmentés dans les 6 mois suivant l'arrêt du tabac, c'est pourquoi le traitement doit être surveillé étroitement, et modifié si besoin (38,39). Les médecins préfèrent parfois relayer le suivi addictologique à des spécialistes (en CSAPA, ou en hospitalisation dans les services d'addictologie), ce qui peut être compréhensible car les études retrouvent que l'association d'une comorbidité addictive et d'un trouble psychiatrique est un facteur de gravité et de maintien dans le temps des troubles (19). De plus, les motivations aux changements sont plus faibles dans cette population, les progrès sont plus lents, et certains antipsychotiques classiques aggravent les conduites addictives (19).

L'activité physique est un des points à proposer aux patients atteints de troubles psychiatriques sévères, car ayant de nombreux avantages. Le guide de promotion de l'activité physique de la Haute Autorité de Santé de 2019 rappelle les bénéfices de l'activité physique sur la santé (40). L'activité physique permet de ne pas prendre de poids, voire même d'en perdre (38). Pour les personnes atteintes de dépression ou de troubles anxieux, l'activité physique permet une réduction des symptômes avec une relation dose-réponse, et l'amélioration des symptômes dépressifs est notamment possible par l'activité physique type HIIT (High Intensity Interval Training) (41). Pour les patients atteints de schizophrénie, qui sont plus sédentaires que la moyenne (38), l'activité physique améliore les fonctions cognitives et la qualité de vie (42). Concernant les comorbidités les plus connues dans ces populations, l'activité physique a un rôle non négligeable dans la réduction de la mortalité et des récives de cancers, réduction des risques de progression des maladies cardiovasculaires, réduction de la pression artérielle, etc. (40).

Il est également démontré que les patients atteints notamment de schizophrénie ont une alimentation plus riche en graisses, sucres raffinés, et plus faible en fibres, fruits et légumes (38). L'amélioration de l'hygiène alimentaire devrait donc être mise en avant par les médecins dès que possible (38) ; que ce soit pour la réduction des troubles lipidiques et glucidiques, la perte de poids, ou tout simplement pour promouvoir une alimentation plus saine. Pourtant, notre étude relève qu'il s'agit d'un point rarement soulevé par les médecins généralistes interrogés.

Les médecins les moins à l'aise avec la discussion concernant l'activité physique ou l'hygiène alimentaire pourraient se contenter de messages simples, en rappelant les bénéfices d'une bonne alimentation et de la pratique d'une activité physique régulière. Ils peuvent s'aider de sites internet tels que Manger Bouger, un site à destination du grand public (43).

- Suivi au long cours

Le suivi global d'un patient atteint d'une pathologie psychiatrique sévère est différent du suivi d'un patient sans comorbidité psychiatrique.

Dans notre étude, on constate que certains médecins ne réalisent jamais d'examens cliniques chez ces patients, on en déduit de ce fait que certains points d'appels somatiques peuvent donc être négligés (35). Quand l'examen clinique est fait, une attention particulière est portée au poids et à la tension artérielle.

Les médecins sont au courant du risque majoré de comorbidités cardiovasculaires, et tous sont très vigilants au risque d'effets indésirables induits par les traitements psychiatriques : prise de poids, troubles métaboliques, risques électrocardiographiques. Mais les examens complémentaires ne sont pas standardisés : biologie de temps en temps, ECG peu réalisé en pratique... Pourtant, les recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie de 2015 décrivent la prise en charge somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères (troubles bipolaires et schizophréniques), avec notamment un tableau de suivi qui résume la surveillance clinique, biologique et électrocardiographique d'un patient (annexe 2) (19). Il faut dépister les anomalies lipidiques et

glucidiques de façon rapprochée après un changement de traitement, puis annuellement. Un ECG doit être réalisé en cas de facteurs de risque cardiovasculaire, et lors d'une prescription, d'un changement de traitement ou du suivi de certains médicaments psychotropes, car plusieurs antipsychotiques sont à risque d'un allongement de l'intervalle QT, prédisposant à une arythmie (44).

De plus, les syndromes dépressifs prédisposent au diabète et à l'infarctus du myocarde, et à l'inverse, ces pathologies augmentent le risque de dépression (45,46). Le score de facteurs de risque cardiovasculaire le plus connu et utilisé en Europe est le SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation) (40,47,48). Il prend en compte le sexe, l'âge, le tabagisme, le taux de cholestérol et la tension artérielle. Contrairement à celui-ci, le score INTERHEART (49,50) est intéressant pour ces patients car il inclut les facteurs de risque psychosociaux tels que le stress ou la dépression.

Les médecins de notre étude ne semblent pas connaître les facteurs de risque primaires de ces patients, décrits dans plusieurs études : la surcharge pondérale, l'insulinorésistance et le diabète de type 2 (37,51,52). En effet, dès que le surpoids ou l'hyperglycémie sont abordés, les médecins les relient immédiatement aux effets secondaires des traitements neuroleptiques. Hors, ces facteurs de risque sont plus élevés chez les patients atteints de schizophrénie naïfs de tout traitement (15). Tout comme le syndrome métabolique (annexe 3) (53), qui a une prévalence très élevée dans cette population. Sa détection doit se faire le plus précocement possible, car une étude a noté l'aggravation du profil métabolique lors des deux années qui suivent un premier épisode psychotique, avant même que le traitement antipsychotique n'ait été introduit (20,54).

La prise de poids avec les traitements est toutefois bien connue par les médecins généralistes. D'après les recommandations de Saravane de 2009, un changement de thérapeutique doit être envisagé si la prise de poids est de plus de 7 % du poids du corps ; tout en gardant à l'esprit le rapport bénéfice/risque de chaque molécule envisagée (44).

Les psychotropes agissent tous, à des degrés divers, sur le syndrome métabolique (annexe 4) (19), sur la prise de poids (en notant que l'association d'un thymorégulateur à un antipsychotique de seconde génération est d'autant plus à risque de prise de poids) (annexe 5) (19), et sur le risque de diabète (55).

- Pathologies aiguës

La prise en charge des pathologies somatiques aiguës n'est pas du tout ressortie des entretiens avec les médecins de notre étude. Le médecin traitant ne semble pas être identifié par ces patients comme contact privilégié lors de décompensations somatiques aiguës. Ces résultats concordent avec la dernière étude de l'IRDES : ces patients ont des admissions plus fréquentes en milieu hospitalier non psychiatrique, pour des pathologies évitables (asthme, insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive, déshydratation, complications du diabète, angine de poitrine sans infarctus du myocarde, problèmes dentaires, déficience nutritionnelle, ou suite à une vaccination) (7).

1.3. Prise en charge psychiatrique

Le cloisonnement ancien entre les soins somatiques et psychiatriques (15,35) persiste toujours aujourd'hui, mais diffère selon les médecins : certains prenant en charge la globalité du patient, d'autres se contentant de la prise en charge psychiatrique la plus faible possible.

- Suivi au long cours

Les traitements psychotropes sont prescrits et renouvelés de façon très aléatoire par les médecins : certains sont très à l'aise et les manient volontiers, d'autres sont au contraire très frileux et préfèrent laisser la gestion au psychiatre référent.

Les rôles ne sont pas toujours bien définis entre les médecins généralistes et les psychiatres.

- Gestion de l'urgence

Lors des épisodes urgents, les médecins généralistes, en première ligne, ont du mal à avoir accès à un psychiatre référent, et adressent facilement leur patient au SPAO.

2. Les freins à la bonne prise en charge

2.1. Collaboration entre médecins généralistes libéraux et psychiatres : qui fait quoi ?

On note un manque de communication entre la psychiatrie et la médecine générale, soulevé à de nombreuses reprises par les médecins interrogés. Pourtant, une « charte de partenariat » a été rédigée en 2014 pour essayer de pallier à cette problématique (18) ; on constate que celle-ci n'est pas mise en application en pratique. De nombreuses études ont été réalisées suite à la mise en place de cette charte (56–58), et les constats d'aujourd'hui sont les mêmes qu'à l'époque : la collaboration est jugée comme indispensable mais est très limitée et insatisfaisante.

Les médecins généralistes déclarent notamment avoir des difficultés à joindre le CMP ou le psychiatre référent, notamment lors des décompensations aiguës, et déplorent un manque d'informations sur la pathologie.

Concernant le manque de courriers déploré par les médecins généralistes interrogés, des recommandations ont été rédigées en 2010 pour l'amélioration des courriers lors d'une première demande d'avis psychiatrique auprès d'un spécialiste par le médecin généraliste (59). Celles-ci stipulent que les courriers doivent être réalisés avec l'accord du patient. Le médecin généraliste doit formuler une question au psychiatre afin d'ouvrir un échange ; décrire les éléments cliniques retrouvés, indiquer les antécédents médicaux et l'histoire psychiatrique du patient, les traitements en cours et ceux déjà testés avec leur efficacité... Le médecin généraliste doit, dans ce courrier, préciser la place qu'il souhaite prendre dans le suivi du patient. En retour, le psychiatre apporte une réponse aux questionnements du médecin généraliste, précise le diagnostic ou les hypothèses diagnostiques, les risques évolutifs et la surveillance nécessaire ; il renseigne le projet de soins du patient, propose

une organisation de la prise en charge en intégrant la place du médecin généraliste ; décrit les recours possibles en cas de difficultés ou de situation d'urgence, les modalités de contact ; détaille les prescriptions médicamenteuses réalisées et précise la surveillance du traitement et de l'état clinique du patient ; et informe d'un éventuel suivi psychothérapeutique (59). Ces recommandations semblent en effet idéales, mais sont peu réalisées en pratique.

2.2. Formation des médecins généralistes

La moitié des médecins interrogés dans notre étude ont déjà travaillé en service de psychiatrie. Pourtant, on relève un manque de connaissances psychiatriques, qui est parfois très limitant pour les médecins généralistes, qui peuvent se décharger sur les psychiatres, concernant les traitements ou la gestion des situations d'urgence.

On constate que les médecins ont encore énormément de préjugés vis-à-vis de ces patients, ce qui entraîne une certaine discrimination dans les prises en charge et une perte de chance somatique (moins de recours aux soins de prévention par exemple).

Les préjugés concernent notamment la crainte d'un risque hétéro-agressif. Bien que connus, les comportements violents chez les personnes souffrant de troubles mentaux sont surestimés, et souvent en lien avec une consommation excessive de substances (60).

Une étude de 2018 réalisée auprès d'externes en 4^{ème} année de médecine retrouve une diminution des attitudes stigmatisantes après l'enseignement théorique de psychiatrie, encore plus après un stage en psychiatrie, mais que cet effet bénéfique ne se maintient pas dans le temps (61).

2.3. Modalités de recours au médecin généraliste par le patient psychotique

La pathologie psychiatrique prend une place très importante dans la vie des patients, reléguant souvent, pour les patients et les médecins, le somatique au second plan. Le médecin traitant est identifié comme à l'écoute et acteur privilégié dans le parcours de soin du patient (62).

Du fait de certains symptômes psychiatriques (manifestations délirantes, apragmatisme, hypoalgésie.. (20,36)) les patients peuvent négliger des symptômes physiques, et ont des difficultés à programmer et à se rendre aux rendez-vous ; ce qui peut retarder une prise en charge somatique.

Pourtant, l'étude récente de Gandré et Coldefy retrouve un nombre de contacts plus élevé avec un médecin généraliste pour les patients atteints de pathologies psychiatriques sévères, en comparaison à des patients indemnes de ces pathologies (7). On pourrait donc en déduire qu'ils sont mieux pris en charge. Mais, d'après les médecins interrogés pour notre étude, les patients semblent surtout consulter lors de problèmes psychiatriques aigus, ou dans des circonstances ne permettant pas d'aborder la prévention ou le dépistage. Les patients consultent-ils leur médecin traitant uniquement lorsqu'ils ne se sentent pas bien sur le plan psychique ? Il a été constaté lors d'une thèse questionnant les patients, que ceux-ci n'ont pas une bonne perception de leur état de santé, c'est

pourquoi certains consultent rarement en médecine générale. Toutefois, ils déclarent consulter autant pour des problématiques somatiques que psychiatriques (62). Alors, est-ce que le médecin traitant imagine que leur motif de consultation est probablement en lien avec leur pathologie psychiatrique ?

Le médecin traitant est-il considéré comme un substitut du psychiatre étant donné les longs délais de prise en charge au CMP ? Une étude de l'ARS Rhône-Alpes de 2015 retrouvait des délais moyens de première prise en charge au CMP d'environ 21 jours pour les adultes. Le délai moyen pour un premier rendez-vous avec un médecin était de 82 jours, pouvant aller jusqu'à plus de 6 mois dans certains CMP (63).

2.4. Difficultés d'observance

Les patients atteints de pathologies psychiatriques sévères réalisent moins d'actes de prévention, se saisissent moins rapidement des conseils hygiéno-diététiques. On constate une lassitude de certains médecins généralistes, qui, involontairement, négligent ces sujets lors des consultations.

L'observance de ces patients est mise en doute par certains médecins de notre étude. Plusieurs études retrouvent qu'il existe de nombreux facteurs qui influencent l'adhésion du patient : l'acceptation de la maladie psychiatrique, ses symptômes, les événements de vie et l'environnement psycho-social, les effets secondaires du traitement, la relation avec le médecin prescripteur... et que des améliorations sont possibles (64–67).

2.5. Organisation du système de soin

- Consultations chez le médecin généraliste

Notre étude relève le manque de temps des médecins généralistes. Les créneaux habituels de consultations des médecins interrogés sont de l'ordre de 15-20 minutes ; ce qui correspond aux résultats de l'étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) de 2019 retrouvant un temps moyen de consultation de 18 minutes (68). Or, ces prises en charge peuvent être chronophages (15). C'est pourquoi certains médecins sont obligés d'anticiper en prévoyant des créneaux plus longs, ou de prolonger la consultation lorsque cela est nécessaire. La rémunération à l'acte semble également être une problématique (consultations longues et complexes non majorées), qui a déjà été soulevée par l'EHESP en 2019 (15).

Pourtant, une thèse récente note que la qualité des soins ne découle pas d'un temps de consultation plus long, mais de la relation entre le médecin et son patient, via l'écoute et la disponibilité du médecin (69).

- Difficultés d'accès à certaines spécialités

Notre étude retrouve, comme certaines autres études récentes, que les consultations dentaires (7,70) et consultations d'autres spécialistes (7) sont moindres qu'en population générale. Les patients atteints de schizophrénie ont un moins bon recours aux soins dentaires, ils ont pourtant régulièrement une alimentation plus riche en sucres et un plus fort taux de tabagisme. Ils bénéficient de moins de détartrages et de plus d'extractions dentaires que la population générale, ayant un effet sur leur qualité de vie (70).

Bien que l'accès aux spécialistes soit difficile pour l'ensemble de la population, du fait de la démographie médicale ; il semble d'autant plus compliqué pour les patients atteints de pathologies psychiatriques sévères. On peut imaginer que cela a un lien avec leurs symptômes psychotiques notamment (apragmatisme, avolition, manifestations délirantes...), ou des problèmes financiers.

- Manque de moyens financiers

Certains médecins de notre étude ont en effet relevé le fait que les troubles mentaux peuvent entraîner les individus et leurs familles dans une situation de précarité. Les problématiques financières peuvent être dues à une difficulté de maintien d'un emploi, en lien avec les symptômes négatifs d'une pathologie psychiatrique (perte de plaisir, ralentissement psychomoteur, difficultés de concentration..) (15,45). Ce manque de revenus peut être limitant pour les prises en charges : nutrition, psychothérapies, consultations de certains spécialistes...

De plus, l'accès à certaines prises en charge est entravé par le taux de remboursement de la Sécurité Sociale des soins et appareillages (ophtalmologiques, achat de lunettes, soins et prothèses dentaires...).

Il faut savoir que grâce à l'ALD « affections psychiatriques de longue durée », les patients pourraient bénéficier d'une prise en charge des soins cardiologiques, du syndrome métabolique ou de l'obésité morbide, des soins bucco-dentaires, des prises en charges kinésithérapiques, orthophoniques, d'activité physique adaptée... sur demande du médecin traitant dans leur protocole de soins (19,71). Grâce à l'ALD, ils peuvent également bénéficier d'un VSL (véhicule sanitaire léger) pris en charge à 100 % pour se rendre aux rendez-vous médicaux ou paramédicaux (72).

C. Pistes d'amélioration

1. Du côté du médecin traitant

Les modifications de comportement des médecins généralistes (préjugés, stigmatisations, discrimination) devraient passer par une modification de la formation initiale et continue. L'appareil psychique doit être considéré comme « un organe comme un autre » (73,74). Il pourrait s'agir de stages obligatoires lors de l'internat, et de formations continues axées sur la psychiatrie.

La révision de la tarification d'une consultation d'un patient atteint d'une pathologie psychiatrique pourrait peut-être améliorer la prise en charge de certains généralistes, comme soulevé par l'EHESP en 2019 (15).

2. Collaborations, coordination, communication

1.1. Collaboration avec les équipes de psychiatrie

Chaque situation clinique est différente et la généralisation est compliquée. C'est pourquoi il faudrait définir de façon conjointe entre le psychiatre et le médecin généraliste le rôle de chacun, et l'explicitier au patient.

Les équipes de psychiatrie pourraient superviser certains actes, la prise des traitements et l'accompagnement aux examens complémentaires, par exemple, permettant ainsi de limiter le renoncement aux soins.

Il faudrait peut-être également s'aider des médecins « somaticiens » qui exercent en hôpital psychiatrique. Ce sont souvent des médecins généralistes, mais ils peuvent être gériatres, internistes.. Ces médecins pourraient faire le lien entre les médecins traitants et les psychiatres.

Concernant l'accompagnement vers une prise en charge globale, la CALAS (Consultation d'Accompagnement à la Santé) (22,23), mise en place au CHGR à Rennes depuis 2017, va peut-être permettre d'améliorer la prise en charge globale de certains patients. C'est une consultation infirmière permettant aux patients hospitalisés au CHGR, sur prescription médicale, de mettre à jour, s'ils le souhaitent, le suivi recommandé en terme de dépistage, de prévention et de tolérance des traitements psychotropes, en lien avec le médecin traitant. A l'issue de cette primo-consultation, le patient choisit un ou plusieurs « objectifs de suivi ». Des comptes-rendus sont adressés à l'initiation du suivi, à 3 mois et à 6 mois au psychiatre, au médecin généraliste référent du CHGR, et au médecin traitant. L'ARS Bretagne subventionne via le PTSM 35 (24) le déploiement de la CALAS dans les Centres Thérapeutiques de Jour, afin d'améliorer le dépistage, la prévention, ainsi qu'un accompagnement vers un médecin traitant dans de bonnes conditions.

2.2. Communication

Il faut trouver une solution, en collaboration avec les psychiatres, pour faciliter les comptes-rendus médicaux ; que ce soit du psychiatre vers le médecin généraliste (avec des informations concernant le suivi du traitement en cours), et du médecin généraliste vers le psychiatre (pour indiquer les problèmes somatiques intercurrents).

Pour faciliter l'accès aux équipes de psychiatrie, on pourrait imaginer une ligne téléphonique directe pour les médecins généralistes et professionnels de santé, la réservation de plages horaires pour les soins non programmés en CMP, ou encore les prises de rendez-vous par internet (74).

L'idée d'un dossier spécifique de liaison a été soulevée par les médecins de notre étude, cette idée est actuellement testée en région Centre (15).

3.3. Lisibilité de l'offre de soin

Pour que les médecins généralistes s'y retrouvent mieux dans la sectorisation de la psychiatrie, il pourrait s'agir de créer un annuaire et une cartographie des secteurs, avec les coordonnées des structures à contacter en cas de besoin.

On pourrait également imaginer un annuaire de « collaborateurs libéraux privilégiés » par secteur : médecins généralistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers diplômés d'état, aides à domicile...

3.4. Réunions pluriprofessionnelles

Pour l'amélioration de la communication entre les médecins généralistes et les psychiatres, plusieurs solutions existent déjà. Il y a des exemples concrets réalisés en France : réunions pluridisciplinaires entre médecins généralistes et psychiatres ; groupes qualité avec une thématique de psychiatrie ; staffs de santé mentale ; équipes mobiles de psychiatrie rattachée à un CMP se déplaçant notamment à la demande du médecin généraliste (74).

Il pourrait également s'agir de regrouper les professionnels des différents secteurs grâce à des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) ; de proposer des consultations spécialisées en psychiatrie en cabinet de médecine générale ; ou des consultations de médecine générale au CMP (74). Il existe quelques Dispositifs de Soins Partagés (DSP) qui permettent de recevoir rapidement un patient pour une consultation de psychiatrie, pour permettre un meilleur suivi par le médecin généraliste (74).

3.5. Coordination sur le territoire

Pour améliorer la coordination des soins, il faut en connaître les acteurs.

Les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) sont une des mesures du plan « Ma santé 2022 » (16). Une CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de la santé (médecins généralistes, spécialistes, paramédicaux, établissements de santé, établissements médico-sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, favorisant alors communication entre les différents professionnels. Ce système va permettre de décloisonner le système de soins à l'aide d'un travail d'équipe (75). Les CPT (Communautés Psychiatriques de Territoires) devraient également fluidifier le

parcours du patient (à Rennes, la CPT est constituée du CHGR, du Centre Hospitalier de Saint Malo et du Centre Hospitalier de Redon).

Les professionnels de santé peuvent également s'aider des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), pour coordonner les prises en charges complexes. Ces structures, qui devraient prendre effet partout en France d'ici juillet 2022, permettent d'avoir un interlocuteur unique. Ils rassemblent plusieurs dispositifs déjà existants : PTA (Plateformes Territoriales d'Appui), MAIA (Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie), CTA (Coordination Territoriale d'Appui), réseaux de santé, avec plus ou moins des CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination). Les DAC peuvent être sollicités par les professionnels de santé, médico-sociaux, et par les usagers et leurs aidants (76).

Les SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) sont des structures proposant des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services de soins médicaux, aux personnes adultes handicapées, pour la réalisation d'un projet de vie adapté (77).

Plus spécifiquement, le SAMSAH PREPSY (78), à Paris, permet aux jeunes de 18 à 25 ans présentant des troubles psychiques débutants de bénéficier d'un accompagnement médico-social stable (avec une équipe composée de psychiatre, médecin généraliste, IDE...).

Les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), comme à Rennes au CHGR, ou plus spécifiquement les PASS-PSY (Permanence d'Accès aux Soins de Santé en milieu Psychiatrique) permettent aux patients en situation de précarité un accès facilité au système de soins, et une aide à la reconnaissance de leurs droits. Ces structures sont constituées de nombreux professionnels médicaux, paramédicaux, chirurgiens dentistes et assistants sociaux, et sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'orientation et d'accompagnement médico-psycho-social, où les soins sont gratuits (15,79).

3. Nouveaux métiers pour faciliter les prises en charges

Le déploiement d'assistants médicaux peut dégager du temps aux médecins généralistes. Le médecin choisit les missions qu'il veut confier à l'assistant médical : préparation et aide à la consultation, aide à la coordination des soins, missions médico-administratives, appui technique et logistique (80).

Les nouvelles spécialités des infirmier(e)s sont nombreuses et aidantes pour les médecins généralistes et les psychiatres. Les IPA (Infirmier(e)s en Pratique Avancée) peuvent avoir une spécialité « pathologies chroniques stabilisées, prévention et poly-pathologies courantes en soins primaires », leurs champs d'action sont vastes et prennent notamment en compte le dépistage et la prévention des facteurs de risque cardiovasculaire. La prise en charge par les IPA mention psychiatrie et santé mentale est indiquée par un médecin psychiatre, avec l'accord du patient. Ces IPA ont des missions psychothérapeutiques, peuvent prescrire des examens complémentaires et renouveler des médicaments psychotropes, et ont également les compétences pour promouvoir la santé mentale sur

leur territoire. Les IPA en santé mentale font partie d'une équipe de secteur afin de coordonner les prises en charge (81–83), et seront certainement des acteurs majeurs de cet enjeu dans les années à venir, en collaboration avec le médecin traitant et les équipes psychiatriques de secteur.

Les médiateurs en santé, ont des missions nombreuses. Ils s'occupent des populations vulnérables, afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Ils favorisent leur retour vers le droit commun, facilitent la coordination du parcours de santé, favorisent les actions de promotion de la santé... (84).

L'Assurance Maladie propose également un « accompagnement santé » pour aider les personnes dans leurs démarches administratives ou médicales, pour lutter contre le renoncement à l'accès aux soins (85).

CONCLUSION

L'étude a permis de confirmer que la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères par les médecins généralistes n'est pas optimale, tant sur le plan somatique que psychiatrique.

De nombreux facteurs sont en cause, du côté du patient, des médecins, et du système de santé.

Il existe une perte de chance, traduite par la mortalité prématurée de cette population, qui découle d'un moindre recours aux dépistages recommandés, d'un manque d'actions de prévention primaire et secondaire, ainsi que d'un moindre recours aux examens complémentaires et aux spécialistes. Le patient atteint d'une pathologie psychiatrique sévère semble consulter son médecin généraliste surtout pour des problèmes psychiatriques aigus, auquel ce dernier est moins bien formé.

Les médecins généralistes et les psychiatres se sentent investis de la même mission : que le patient se sente bien sur le plan psychiatrique. Mais les rôles ne sont pas clairs : Qui prescrit le traitement de fond ? Qui s'occupe de la prévention et du dépistage ? La collaboration entre la médecine générale et la psychiatrie doit être au coeur de la pratique afin de mieux prendre en charge cette population à risque.

Pour aller vers une meilleure prise en charge globale, l'idée serait de travailler avec le secteur de psychiatrie autour de chaque patient, afin de veiller à la clarification des rôles de chacun.

Il faut également travailler sur les représentations qu'ont les médecins généralistes de ces patients. Des travaux complémentaires pourraient être réalisés auprès des patients afin d'évaluer leurs attentes en terme de coordination des soins entre les médecins généralistes et les psychiatres.

BIBLIOGRAPHIE

1. Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France [Internet]. IRDES; 2020 [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>
2. Coldefy M, Gandré C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. 2018 [cité 22 janv 2021];(237). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-espérance-de-vie-fortement-reduite.pdf>
3. Newman SC, Bland RC. Mortality in a Cohort of Patients with Schizophrenia: A Record Linkage Study. *1991;36(4):239-45.*
4. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(4):334-41.
5. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Munk Laursen T. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry.* 2011;6(199):453-8.
6. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry.* 2011;199(6):441-2.
7. Gandré C, Coldefy M. Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. 2020 [cité 8 avr 2021];(250). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/250-moins-de-soins-de-prevention-plus-d-hospitalisations-evitables-chez-personnes-suivies-pour-trouble-psychique-severe.pdf>
8. Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K, van Winkel R, Yu W, De Hert M. Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities in Schizophrenia and Related Disorders—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull.* 2013;39(2):308-18.
9. Gandré C, Coldefy M. Disparities in the Use of General Somatic Care among Individuals Treated for Severe Mental Disorders and the General Population in France. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(10):3367.
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019. 2019.
11. Institut National du Cancer. Dépistage des cancers: recommandations et conduites à tenir. *Les Cancers en France – INCa Édition 2017* [Internet]. 2018 [cité 8 mars 2020]; Disponible sur: [Depistage_des_cancers_recommandations_et_conduites_a_tenir_mel_20181114.pdf](#)
12. Collège National des Enseignants de. Dyslipidémies. In: *Médecine cardiovasculaire. 3ème.* Elsevier Masson; 2019. p. 27-36. (Référentiel des Collèges).
13. Collège National des Enseignants de Cardiologie. Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention. In: *Médecine cardiovasculaire. 3ème.* Elsevier Masson; 2019. p. 13-26. (Référentiel des Collèges).
14. Dru A, Gautier A. Améliorer le parcours de soins en psychiatrie. *Journal Officiel de la République Française.* 2021.
15. Bagnard T. La santé somatique des personnes vivant avec un trouble psychique. *EHESP;* 2019.

16. Ministère des solidarités et de la santé. Ma Santé 2022, un engagement collectif. 2018.
17. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. 2018.
18. Müller C, Druais PL. Charte de partenariat Médecine générale et psychiatrie de secteur. 2014.
19. Fédération Française de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. 2015.
20. Saravane D. Comment améliorer les soins somatiques ? In: Troubles psychotiques : protocoles d'intervention précoce. Elsevier Masson; 2019.
21. Olié J-P. Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale. Académie nationale de médecine; 2019.
22. Carre T. La CALAS (Consultation d'Accompagnement à LA Santé) répond-elle aux attentes du suivi somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère ? Analyse qualitative auprès des patients et des médecins traitants. Partie I (les patients). Rennes; 2020.
23. Vignon F. La CALAS (Consultation d'Accompagnement à LA Santé) répond-elle aux attentes du suivi somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère ? Analyse qualitative auprès des patients et des médecins traitants. Partie II (les médecins). Rennes; 2020.
24. PTSM 35. Projet Territorial de Santé Mentale d'Ille-et-Vilaine. 2019.
25. CCOMS Centre Collaborateur, de l'Organisation Mondiale de la Santé, pour la recherche et la formation en santé mentale. COPsyCAT : Une COllaboration Patient-soignant pour une meilleure prise en charge des troubles CARdiovasculaires des patients souffrants de Troubles psychiques au long cours : études qualitative multicentrique et de faisabilité [Internet]. en cours [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.recherche-sante-mentale.fr/recherches/copsycat.html>
26. CCOMS Centre Collaborateur. TABAPSY : réduction du tabagisme en psychiatrie, co-construction et évaluation d'une intervention [Internet]. en cours [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.recherche-sante-mentale.fr/recherches/tabacpsy.html>
27. IRDES, Gandré C, Coldefy M, Regaert C. CANOPEE: Cancer chez les personnes suivies pour les troubles psychiques sévères: quelles difficultés dans les parcours de soins ? [Internet]. 2019-2022 [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/projets/canopee-cancers-chez-les-personnes-suivies-pour-troubles-psychiques-severes/actualites.html>
28. Frappé P. Initiation à la recherche. Global Média Santé, CNGE production. 2018.
29. Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19(84):142-5.
30. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. 2013 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
31. Assurance Maladie. Données statistiques sur la patientèle des professionnels de santé libéraux [Internet]. 2019 [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-des-medecins.php>
32. Institut National De la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique 2020. Figure 1 - Évolution générale de la situation démographique [Internet]. 2021 [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724>

33. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Personnes prises en charge pour troubles psychotiques en 2018. 2020.
34. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Personnes prises en charge pour troubles névrotiques et de l'humeur en 2018. 2020.
35. Lemogne C. Troubles mentaux et perte de chances en soins somatiques. *Eur Psychiatry*. 2014;29(S3):572-3.
36. Bernard M. Schizophrenie et perte de chance somatique. Paris Descartes; 2010.
37. Saravane D. Observance et prise en charge somatique des patients en santé mentale. *L'Encéphale*. 2007;33:63-6.
38. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138-51.
39. Cormac I, Brown A, Creasey S, Ferriter M, Huckstep B. A retrospective evaluation of the impact of total smoking cessation on psychiatric inpatients taking clozapine. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;121:393-7.
40. Haute Autorité de Santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. 2019.
41. Korman N, Armour M, Chapman J, Rosenbaum S, Kisely S, Suetani S, et al. A systematic review & meta-analysis of intervention studies— considering diverse approaches for mental and physical recovery. *Psychiatry Res*. 2020;284(112601).
42. Perez-Cruzado D, Cuesta-Vargas AI, Vera-Garcia E, Mayoral-Cleries F. The relationship between quality of life and physical fitness in people with severe mental illness. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):82.
43. Santé Publique France, Ministère des solidarités et de la santé. Manger Bouger [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr>
44. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *L'Encéphale*. 2009;35:330-9.
45. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. 2013.
46. Haute Autorité de Santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. 2014 [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/referenciel_pratiques_diabete.pdf
47. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020;41(1):111-88.
48. European Society of Cardiology (ESC). Heart Score [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.heartscore.org>
49. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. 2004;364:937-52.

50. InterHeart Risk Score [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://rome.phri.ca/interheartriskscore>
51. Tomasik J, Lago SG, Vázquez-Bourgon J, Papiol S, Suárez-Pinilla P, Crespo-Facorro B, et al. Association of Insulin Resistance With Schizophrenia Polygenic Risk Score and Response to Antipsychotic Treatment. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(8):864-7.
52. Jackson CA, Fleetwood K, Kerssens J, Smith DJ, Mercer S, Wild SH. Incidence of Type 2 Diabetes in People With a History of Hospitalization for Major Mental Illness in Scotland, 2001–2015: A Retrospective Cohort Study. *Diabetes Care*. 2019;42:1879-85.
53. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the METABOLIC SYNDROME. 2006.
54. Bioque M, García-Portilla M a P, García-Rizo C, Cabrera B, Lobo A, González-Pinto A, et al. Evolution of metabolic risk factors over a two-year period in a cohort of first episodes of psychosis. *Schizophr Res*. 2018;193:188-96.
55. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. *Diabetes Care*. 2004;27(2):596-601.
56. Tordjman L. Expérimentation de la Charte de partenariat entre médecins généralistes et psychiatres de secteur: Etude descriptive de la coopération médicale entre médecins généralistes et psychiatres de secteur sur le site de Pantin/Bobigny (93). 2016.
57. Chabannes R. Expérimentation de la charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur : étude pilote de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres sur le secteur Civray - Gençay. 2017.
58. Dickele Post CV. Analyse de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres de secteur. Deux ans de recherche-action avec la charte de partenariat médecine générale/psychiatrie publique sur le secteur de Strasbourg-Eurométropole Sud. Strasbourg; 2018.
59. Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP). Recommandations de bonne pratique. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. 2010.
60. Haute Autorité de Santé. Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur [Internet]. 2011 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf
61. Simon N, Verdoux H. Impact de la formation théorique et clinique sur les attitudes de stigmatisation des étudiants en médecine envers la psychiatrie et la pathologie psychiatrique. *L'Encéphale*. 2018;44(4):329-36.
62. Fablet A. Regards de patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères sur la place du médecin généraliste dans leur prise en charge somatique. Rennes; 2016.
63. Ynesta S, Danguin A-S. Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes. ARS Rhône-Alpes; 2015.

64. Charpentier A, Goudemand M, Thomas P. L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*. 2009;35(1):80-9.
65. Consoloni J-L, M'Bailara K, Perchec C, Aouizerate B, Aubin V, Azorin J-M, et al. Trajectories of medication adherence in patients with Bipolar Disorder along 2 years-follow-up. *J Affect Disord*. 2021;282:812-9.
66. Buchman-Wildbaum T, Váradi E, Schmelowszky Á, Griffiths MarkD, Demetrovics Z, Urbán R. Targeting the problem of treatment non-adherence among mentally ill patients: The impact of loss, grief and stigma. *Psychiatry Res*. 2020;290:113140.
67. Stentzel U, van den Berg N, Schulze LN, Schwaneberg T, Radicke F, Langosch JM, et al. Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: findings from the baseline assessment of a randomized controlled trial (Tecla). *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):155.
68. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaysteva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Etudes Résultats*. 2019;(1113).
69. Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale: point de vue du médecin et du patient. *Sci Vivant Q-Bio*. 2020.
70. Denis F, Goueslard K, Siu-Paredes F, Amador G, Rusch E, Bertaud V, et al. Oral health treatment habits of people with schizophrenia in France: A retrospective cohort study. Bourgeois D, éditeur. *PLOS ONE*. 2020;15(3):e0229946.
71. L'Assurance Maladie. Les affections de longue durée (ALD) [Internet]. 2021 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/Ille-et-vilaine/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-ald>
72. Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale [Internet]. 2006 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5041/document/referentiel-prescription-transports_journal-officiel.pdf
73. Bougerol C. Prise en charge ambulatoire des soins somatiques chez les patients psychotiques: point de vue de médecins généralistes. *Anp3sm*; 2019.
74. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. État des lieux, repères et outils pour une amélioration. 2018.
75. Agence Régionale de Santé Bretagne. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2021 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
76. Ministère des solidarités et de la santé. Les dispositifs d'appui à la coordination - DAC [Internet]. 2021 [cité 3 mai 2121]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>
77. SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés [Internet]. [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/samsah>
78. Prépsy SAMSAH [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.prepsy.fr>

79. Agence Régionale de Santé Bretagne. 17 permanences d'accès aux soins de santé en Bretagne [Internet]. 2017 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.bretagne.ars.sante.fr/17-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-en-bretagne>
80. Assurance Maladie. Aide à l'embauche d'un assistant médical : satisfaction au rendez-vous pour les médecins adhérents [Internet]. 2021 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/Ille-et-vilaine/medecin/actualites/aide-lembauche-dun-assistant-medical-satisfaction-au-rendez-vous-pour-les-medecins-adherents>
81. Perrin-Niquet A. De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2020;96:511-7.
82. Calvez C. Infirmier(ière) en pratique avancée (IPA). Dossier documentaire. EHESP. 2021.
83. Ministère des solidarités et de la santé. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. 2021 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
84. Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. 2017.
85. Assurance Maladie. Bénéficiaire d'un accompagnement personnalisé en cas de difficulté pour se soigner [Internet]. 2021 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/Ille-et-vilaine/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/renoncement-soins/accompagnement-sante>

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASALÉE	Action de SANTé Libérale En Equipe
ALD	Affection Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CBD	CannaBiDiol
CALAS	Consultation d'Accompagnement à LA Santé
CHGR	Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
COVID	COronaVirus Disease = maladie à coronavirus, infection par le SARS-CoV2
CPT	Communautés Psychiatriques de Territoires
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CSAPA	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTA	Coordination Territoriale d'Appui
DMP	Dossier Médical Partagé
DAC	Dispositifs d'Appui à la Coordination
DSP	Dossier de Soins Partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECG	Electrocardiogramme
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
HAD	Hospitalisation À Domicile
IPA	Infirmier(e) en Pratique Avancée
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MAIA	Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
PASS	Permanence d'Accès Aux Soins de Santé
PASS-PSY	Permanence d'Accès Aux Soins de Santé en milieu PSYchiatrique
PTA	Plateforme Territorial d'Appui
PTSM 35	Projet Territorial de Santé Mentale d'Ille-et-Vilaine
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SARS-CoV2	Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2
SPAO	Service Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation
THC	TétraHydroCannabinol

ANNEXES

Annexe 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

	Sexe	Age	Médecine	Cabinet	Actes par jour	Formations et activités complémentaires	Implications en formation médicale	Travail en psychiatrie
M1	F	39	R/U	De groupe	20	Non	MSU	Non
M2	H	43	R/U	De groupe	18	Membre du réseau alcool Rédacteur Prescrire	MSU Organise FMC	Non
M3	H	62	Rurale	Seul	15-18	Naturopathie Phytothérapie Micronutrition Ethnomédecine Professeur de sophrologie	Non	Non
M4	H	52	R/U	De groupe	30	Médecin urgentiste Mésothérapie Laseriste	Oui	Gardes de sénior
M5	F	33	R/U	MSP	25	Médecine tropicale et humanitaire	Non	Externe
M6	H	44	Urbaine	MSP	20	Non	MSU Organise FMC	Non
M7	H	40	Rurale	MSP	25-30	DU échographie	MSU	Interne
M8	H	58	R/U	MSP	30	DU médecine du sport DU soins palliatifs Médecin coordonateur	MSU Formateur IPA Formateur soins palliatifs	Non
M9	H	35	Rurale	De groupe	30	DU pédiatrie Hypnose Travaille en PMI	MSU	Externe Interne
M10	F	35	Urbaine	Seul	20	IFM médecine fonctionnelle Hypnose et santé formation Professeure de méditation	Non	Externe
M11	F	33	Urbaine	De groupe	25	DU gynécologie	MSU	Externe
M12	F	62	R/U	Seule 50 %	20	DIU psychothérapie Régulation au SAMU	MSU	Non

R/U = semi rurale/urbaine / MSP = Maison de Santé Pluriprofessionnelle / MSU = Maître de Stage des Universités / FMC = Formation Médicale Continue / IPA = Infirmière en Pratique Avancée / DU = Diplôme Universitaire / DIU = Diplôme Inter Universitaire

Annexe 2 : Recommandations de suivi

(a)	T0	Semaine 4	Semaine 8	Semaine 12	Trimestrielle	Annuelle
Histoire personnelle / familiale	x					x
Poids et IMC	x	x	x	x	x	
Périmètre abdominal	x	x				x
Glycémie à jeun	x			x		x
Evaluation d'une anomalie lipidique	x			x		x
ECG (b)	x	x				x
Pression artérielle	x			x		x

a- La fréquence des intervalles peut-être plus rapprochée en fonction des données cliniques

b- Un ECG initial de base est recommandé et le contrôle dépend des facteurs primaires de risque cardiovasculaire

Annexe 3 : Le syndrome métabolique, les critères

1. Obésité abdominale
 - tour de taille \geq 94 cm chez l'homme
 - critère obligatoire**
 - tour de taille \geq 80 cm chez la femme

2. Au moins **2 critères parmi** :
 - hypertriglycémie \geq 1,50 g/L (1,7 mmol/L)
 - HDL cholestérol $<$ 0,40 g/L (1,03 mmol/L) chez l'homme
 - HDL cholestérol $<$ 0,50 g/L (1,29 mmol/L) chez la femme
 - hypertension artérielle :
 - pression artérielle systolique \geq 130 mmHg
 - ou pression artérielle diastolique \geq 85 mmHg
 - glycémie veineuse à jeun \geq 1 g/L (5,6 mmol/L)

Annexe 4 : Risques d'aggravation du syndrome métabolique en fonction des psychotropes

Haut risque	Clozapine Olanzapine
Risque moyen	Risperidone Quétiapine Amisulpride
Faible risque	Aripiprazole

Annexe 5 : Psychotropes pouvant entraîner une prise de poids

Neuroleptiques	Clozapine Olanzapine
Thymorégulateurs	Lithium Valproate
Antidépresseurs	Antidépresseurs tricycliques Mirtazapine Paroxétine

Annexe 6 : Guide d'entretien

Présentation : Je suis Maëva EDERN, interne en médecine générale et je réalise ma thèse sur le suivi somatique des patients atteints de troubles psychiatriques.

Les informations que vous me donnerez ici seront anonymisées.

Pour l'analyse à postériori de notre entretien, un enregistrement audio est nécessaire.

> Signature du formulaire de consentement

1. Tout d'abord, dans votre patientèle en tant que médecin traitant, avez-vous des patients atteints de troubles psychiatriques sévères (schizophrénie, bipolarité, épisode dépressif récurrent), et si oui en quelles proportions ?

2. Comment cela se passe en pratique pour le suivi d'un patient atteint de pathologie psychiatrique :

- sur le plan relationnel
- sur le plan organisationnel ?

3. Quels sont les paramètres auxquels vous êtes plus attentifs chez ses patients ?

4. A quelle fréquence surveillez-vous ces paramètres ?

5. Réalisez-vous des examens complémentaires ?

6. D'un point de vue général, quelle est votre expérience personnelle concernant la prévention primaire chez ces patients ?

- vaccination
- dépistages individuels (hémocult, mammographie, frottis cervico-vaginal)
- addictions
- activité physique, alimentation

7. Comment gérez-vous le suivi des traitements psychotropes ?

8. Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontré personnellement pour le suivi somatique de ces patients ?

9. Quels seraient vos besoins, en tant que médecin généraliste traitant, pour pouvoir suivre au mieux sur le plan somatique les patients atteints de troubles psychiatriques ?

EDERN, Maëva.- Prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères : étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine.

54 feuilles, 1 tableau. 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2021 ; N°

Résumé

Introduction : Les patients atteints de pathologies psychiatriques sévères (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble dépressif sévère) ont une espérance de vie diminuée de 15 ans par rapport à la population générale. La première cause de cette surmortalité sont les cancers, suivie par les pathologies cardio-vasculaires. Ces patients ont des difficultés d'accès à une prise en charge globale et coordonnée dans le système de droit commun.

Objectifs : Apprécier le suivi global des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères par le médecin généraliste traitant, et les freins éventuels à sa bonne réalisation.

Méthode : Etude qualitative, réalisée lors d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine.

Résultats : La prise en charge globale des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères est sous-optimale, au niveau du dépistage, de l'accès et de la qualité des soins : manque d'examen clinique et examens complémentaires, moindre recours aux dépistages recommandés, moins de prévention, communication difficile avec les spécialistes.

Conclusion : Les patients atteints de troubles psychiatriques sévères sont une population à risque, et leur prise en charge globale doit être améliorée. Une meilleure communication avec les secteurs de psychiatrie permettrait de pallier à certains dysfonctionnements, afin de préciser le rôle de chaque intervenant.

Abstract

Background : Patients with severe mental illnesses (schizophrenia, bipolar disorder, major depressive disorder) have a life expectancy reduced by 15 years compared to the general population. The first cause of this excess mortality are cancers, followed by cardiovascular diseases. These patients have difficulties in accessing comprehensive and coordinated care in the common rights system.

Aims : To assess the global follow-up of patients with severe mental illnesses by the general practitioner, and possible obstacles to its proper implementation.

Method : Qualitative study, carried out during individual semi-directed interviews with 12 general practitioners in Ille-et-Vilaine.

Results : The overall management of patients with severe psychiatric pathologies is suboptimal, in terms of screening, access to and quality of care: lack of clinical examination and complementary tests, less use of recommended screening, lower prevention, difficult communication with specialists.

Conclusion : Patients with severe mental illnesses are an at-risk population, and their overall care must be improved. Optimised communication with the psychiatric sectors would make it possible to remedy some dysfunctions, in order to clarify the role of each actor.

Rubrique de classement :	MÉDECINE
Mots-clés :	Troubles psychiques sévères ; soins somatiques ; médecine générale ; facteurs de risque ; médecine préventive ; disparités d'accès aux soins ; planification en santé
Mots-clés anglais MeSH :	Severe mental illnesses ; somatic care ; general practice ; risk factors ; preventive medicine ; healthcare disparities ; health planning

Président : Monsieur DRAPIER Dominique

JURY :
 Assesseurs : Madame LEVRAT Marie [directrice de thèse]
 Monsieur NAUDET Florian
 Madame CHHOR Sidonie