

# PLAN

INTRODUCTION	2
MATERIELS ET METHODE	4
1. Type d'étude	4
2. Population et échantillonnage	4
3. Recueil des données	4
4. Analyse des entretiens	6
5. Ethique	6
RÉSULTATS	7
1. Description de la population et des entretiens	7
2. Résultats généraux	9
3. Une absence de médecin référent et un suivi sporadique	10
4. Des circonstances de soins non optimales	15
5. Une prise en charge somatique ébranlée par les aléas de la pathologie psychiatrique	19
6. Les solutions pratiques mises en place par les MG et les solutions souhaitées pour le futur	27
DISCUSSION	29
1. Forces et faiblesses de l'étude	29
2. Que dire de l'existence du médecin traitant?	30
3. Que dire du parcours de soins en santé somatique des patients atteints de PPS?	31
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXES	42
ABRÉVIATIONS	44

# INTRODUCTION

Les patients atteints de pathologies mentales sévères telles que la schizophrénie, les troubles dépressifs majeurs ou les troubles bipolaires, ont un risque accru de morbidité. Les chiffres de la surmortalité chez ces patients peuvent être jusqu'à trois fois supérieurs aux chiffres retrouvés dans la population générale. En conséquence, ils présentent une diminution de leur espérance de vie de 13 à 30 ans par rapport à la population générale (3,23). Cette réduction de l'espérance de vie apparaît pour 60% des situations, attribuable aux troubles de la santé somatique (5, 13, 26).

Des pathologies comme le diabète, l'obésité, la BPCO, l'ostéoporose, les infections virales (HIV, HBV, HCV), les maladies cardiovasculaires et les cancers, sont non seulement plus prévalentes chez ces patients, mais leur impact est significativement plus important (1, 4, 20, 21, 26, 27).

Plusieurs facteurs de risque expliquent la prévalence élevée de ces troubles somatiques, parmi ces facteurs on retrouve principalement : la sédentarité, le tabagisme, l'alcoolisme, la mauvaise hygiène alimentaire, les pratiques sexuelles à risque et les effets indésirables des psychotropes (5, 7, 26, 34).

Un autre élément majeur influençant la santé somatique de cette population est la moins bonne prise en charge somatique par rapport à la population générale, notamment en termes d'accès aux soins, de dépistage ou de qualité des soins délivrés (3, 5, 8).

C'est dans ce contexte que sont apparues de nombreuses recommandations de bonne pratique pour améliorer la prise en charge de la pathologie somatique des patients avec PPS (7, 10, 13, 29, 30).

À titre d'exemple, la recherche du syndrome métabolique et la surveillance des anomalies biologiques dues aux psychotropes sont devenues des pratiques ancrées lors de la prise en charge des patients porteurs de PPS en psychiatrie. Un autre point d'amélioration est l'intégration d'un médecin généraliste référent au sein des services de psychiatrie pour veiller à la prise en charge somatique (7, 10, 29).

Malgré cela, les indicateurs de santé de ces patients semblent s'aggraver. En effet, si les prises en charge hospitalières sont de plus en plus complètes et multidisciplinaires, la qualité des soins prodigués en ville ne s'est pas améliorée et le rapport de ses patients avec leur médecins traitants reste défectueux (2, 9, 23, 26).

Ce travail cherchait à recueillir le point de vue des médecins généralistes sur la question du soin somatique des patients souffrant de PPS. L'objectif était de cerner les difficultés ressenties par les médecins généralistes et identifier d'éventuels obstacles à l'amélioration de la prise en charge de la pathologie somatique de ces patients.

# MATERIELS ET METHODE

## 1. Type d'étude

Une étude qualitative a été menée auprès de médecins généralistes volontaires. Ce type d'étude a été retenu car il a été jugé plus adapté pour explorer les difficultés perçues et les besoins ressentis par les médecins, surtout dans le contexte subjectif et complexe de la prise en charge en psychiatrie (15).

## 2. Population et échantillonnage

- Critères d'inclusion et non inclusion :

Les médecins participants à cette étude étaient tous médecins généralistes des Bouches-du-Rhône exerçant leurs activités en cabinet libéral. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

- Modalité de recrutement :

Un premier contact téléphonique a été établi, au cours duquel il n'a été dévoilé à l'interlocuteur que le thème de l'étude. Une période de disponibilité a été par la suite prévue, d'un commun accord, pour la réalisation de l'entretien.

## 3. Recueil des données

- Type d'entretien :

Des entretiens individuels semi-directifs ont été organisés autour de quatre grandes thématiques, un guide d'entretien (Annexe 1) a été élaboré pour référencer les quatre thématiques abordées :

- La vision d'ensemble que les MG avaient de la santé mentale et somatique de leurs patients avec PPS.
- La coordination du soin des patients PPS avec les spécialistes.

- Les difficultés de la prise en charge somatique des patients avec PPS.
- L'impact de la pathologie psychiatrique sur la prise en charge globale des patients PPS.

- Modalités de l'entretien :

Les entretiens ont été réalisés par le même interviewer, le doctorant. Les entretiens se sont déroulés entre février 2021 et avril 2021, soit au cabinet du médecin, soit à leur domicile, soit par Visio conférence.

Les entretiens ont été réalisés lors d'une session unique pour chaque médecin. Ils ont permis d'obtenir suffisamment de données exploitables, tout en restant compatibles avec le planning du médecin interviewé.

Le recours à un enregistreur a été nécessaire pour enregistrer les discussions. Les conduites non verbales étaient notées manuellement.

Les trois premiers entretiens réalisés ont servi à installer le guide d'entretien et améliorer la technique de l'interviewer et ne seront donc pas inclus dans l'élaboration de la grille de résultats.

- Retranscription :

Les entretiens ont été retranscrits de façon manuelle sans logiciel de reconnaissance vocale, dans un délai de 48h à 72h après la réalisation de l'interview.

Les hésitations et les temps de silence des médecins interviewés ont été retranscrits sous forme de points de suspension. Les comportements non verbaux éventuels y ont été ajoutés conjointement.

#### **4. Analyse des entretiens**

Une analyse thématique a été effectuée de façon manuelle. Après un premier découpage des verbatims en unités de sens, les unités de sens étaient regroupées en sous thème puis en thème à l'aide d'une grille d'analyse transversale (Annexe 2). Il est arrivé qu'une réponse fasse référence à deux unités de sens. Dans ce cas, le choix a été de placer le verbatim dans les deux thèmes.

#### **5. Ethique**

Les médecins ont été informés que les entretiens étaient enregistrés et que les données étaient recueillies et utilisées de manière anonyme. Leur accord a été obtenu de façon orale et écrite.

Pour assurer l'anonymat des interviewés, ils ont été listés sous une numérotation allant de M1 à M11. Les données directement ou indirectement identifiantes ont été retirées lors de la transcription des verbatims.

# Résultats

## 1. Description de la population et des entretiens

Vingt-trois médecins ont été contactés, neuf ont décliné : quatre par manque de temps et cinq par manque d'intérêt pour l'étude.

Onze entretiens ont été nécessaires à l'élaboration de l'étude. La saturation des données a été obtenue au huitième entretien, trois autres entretiens ont été par la suite réalisés pour s'assurer de l'exhaustivité des informations recueillies. Les entretiens ont duré entre 21 et 51 minutes avec une moyenne à 36 minutes.

Le tableau 1 résume les caractéristiques de la population étudiée. L'échantillon était composé de onze médecins généralistes dont sept femmes et quatre hommes. Leur âge variait de 29 ans à 65 ans, avec une moyenne à 44 ans.

Les médecins participants exerçaient tous en groupe, dix en milieu urbain et un en milieu rural. Leurs durées d'exercice variaient de 2 ans à 37 ans. Un seul d'entre eux était non thésé. Un des médecins était collaborateur et trois d'entre eux exerçaient une activité de permanence de soins.

Les généralistes participants exprimaient, pour la plupart, un intérêt important pour l'amélioration de la prise en charge de la pathologie somatique des patients porteurs de PPS (7 médecins sur 11 étaient totalement ou modérément intéressés).

Tableau 1 : Caractéristique de la population étudiée.

Médecin	tranche d'âge en années	sexe	type d'exercice	durée d'exercice en années	lieu de l'entretien	durée de l'entretien en minutes	intérêt pour l'étude	langage	éléments non verbaux et ressenti lors de l'entretien
M1	55 - 60	F	Libéral, installé	32	cabinet	47	exprimé	Tu, instauré par le médecin spontanément	lassitude, sentiment d'impuissance, de ne pas être d'une grande utilité. exprime clairement avoir peur des patients PPS.
M2	55 - 60	F	Libéral, installé, permanence	31	domicile	51	exprimé, important	Tu, déjà croisé	méfiante envers les patients. préfère déléguer au psychiatre la PEC globale.
M3	30 - 35	F	Libéral, installé	5	virtuel	36	exprimé, important	Tu, déjà croisé	optimiste, cherche des solutions pour aider au mieux les patients.
M4	25 - 30	F	Libéral, remplaçant, non thésé	2	domicile	35	peu exprimé	Tu, déjà croisé	confuse au début, porte un regard critique sur sa pratique. Admet être en difficulté personnelle avec les patients PPS.
M5	40 - 45	F	Libéral, installé	19	cabinet	41	exprimé, important	Tu, instauré par le médecin spontanément	en colère, ne trouve pas de solution, se sent étouffée par les charges administratives.
M6	35 - 40	F	Libéral, installé, rural	7	cabinet	29	exprimé	Tu, instauré par le médecin spontanément	avis neutre sur patients PPS. ne pense pas que les choses sont améliorables
M7	60 - 65	M	Libéral, installé	37	cabinet	44	exprimé	Tu, déjà croisé	part à la retraite bientôt, astucieux avec les patients.
M8	35 - 40	F	Libéral, collaboration	6	virtuel	23	non intéressé	Tu, instauré par le médecin spontanément	semble gênée, préfère ne pas voir les patients avec PPS, peu d'intérêt pour la psychiatrie. A peur des patients agressifs.
M9	35 - 40	M	Libéral, installé, permanence	8	cabinet	38	peu exprimé	Tu, instauré par le médecin spontanément	voit beaucoup de patients avec des addictions. a quelques préjugés sur les patients PPS.
M10	45 - 50	M	Libéral, installé	21	cabinet	21	non intéressé	Tu, instauré par le médecin spontanément	semble pressé, ne voit pas l'intérêt de l'étude.
M11	50 - 55	M	Libéral, installé, permanence	25	cabinet	33	exprimé, important	Tu, instauré par le médecin spontanément	en colère, connaît bien les réseaux psy, a peur des conséquences futures sur la pratique des MG et la santé des patients.



## **2. Résultats généraux**

Les médecins de l'étude se heurtaient à de nombreuses difficultés pour prendre en charge la pathologie somatique des patients porteurs de maladies mentales sévères. Ils décrivaient des obstacles inhérents aux patients et à leurs pathologies particulières mais aussi des barrières dues à une offre de soins et un réseau de soins inadaptés dans le contexte des patients psychiatriques. Le manque d'intérêt des patients psychiatriques pour leur santé somatique et la coordination de soins médiocre entre les psychiatres et les généralistes faisaient que les médecins généralistes ne se sentaient pas inclus dans la prise en charge de ces patients. Ils renonçaient parfois volontairement à leur rôle de médecin traitant.

Pour les médecins de l'étude, tous ces obstacles étaient responsables du parcours de soin désorganisé et de l'absence de médecin référent des patients atteints de PPS. Par conséquent, la prise en charge de ces patients s'en trouvait fortement impactée et conduisait à une dégradation de la qualité des soins que proposaient les médecins généralistes aux patients atteints de PPS.

### 3. Une absence de médecin référent et un suivi sporadique :

- Des consultations occasionnelles :

Les MG de l'étude, exprimaient soit avoir peu de patients avec PPS dans leur patientèle, soit ne les voir que rarement :

*“J’ai beaucoup de dépressifs que je prends en charge moi-même, des psychiatriques sévères non” M3*

*“Maintenant que j’y pense j’ai quelques patients dépressifs, mais les psy lourds, je n’en ai pas beaucoup.” M9*

*“J’en ai... je ne les vois pas beaucoup.” M7*

*“J’ai... je crois un patient dont je suis le médecin traitant. Et encore, je l’ai vu 2, 3 fois pour des dépannages d’ordonnances. C’est surtout ses parents que je suis.” M8*

Ainsi les médecins évoquaient le plus souvent voir les patients porteurs de PPS dans des consultations perçues comme “de dépannage”, en attendant que les patients consultent leur psychiatre.

Cette notion de consultation dite de “dépannage”, a été retrouvée régulièrement lors des entretiens, surtout pour des patients qui consultaient occasionnellement ou dont les proches étaient suivis au cabinet :

*“Je fais de la permanence donc « du débrouillage », en attendant qu’ils voient leur psy.” M2*

*“...il est chargé en neuroleptiques, je lui renouvelle de temps en temps pour dépanner.” M6*

Le médecin M1 a déclaré au sujet de la dernière fois qu’il a vu un patient avec PPS  
*“Ce matin même, c’était pour un arrêt de travail pour Pôle emploi. c’est mon associé qui le suit normalement mais il n’avait plus de créneau pour ce matin du coup je l’ai pris entre deux patients. Je l’avais déjà vu une fois.”*

- Qui est le médecin référent?

En évoquant de cette notion de consultation occasionnelle, les MG interviewés ne se considéraient pas comme les médecins traitants de ces patients :

*“Ça sert à rien de se coller l'étiquette médecin traitant d'un patient alors que tu ne vas jamais le voir, tu ne lui seras d'aucune utilité, parce que tu as beau lui prescrire bilan, avis spécialisé, arrêt du tabac... ça n'ira nulle part. je pense que le psychiatre pourrait à la limite obtenir plus de résultats que le médecin généraliste.” M1*

*“C'est pas comme avec les autres patients... En fait, je sers de roue de secours, quelque part, mais de première roue de secours” M7*

Les médecins de l'étude qui travaillaient dans le cadre de la permanence de soins, exprimaient ne pas se sentir responsables du suivi de ces patients :

*“Je les vois souvent dans ma pratique de permanence, je vois souvent des patients psy lourds qui reviennent juste pour le renouvellement de leurs traitements ou une prolongation de leur arrêt de travail.”... “Si tu veux, dans ma pratique, je n'ai pas une organisation particulière, parce que je fais de la permanence donc « du débrouillage», en attendant qu'ils voient leur psy, donc je ne prends pas en charge du suivi.” M2*

*“On intervient de façon ponctuelle, ce n'est pas un suivi qui est optimal et qu'il faut qu'il soit suivi par son médecin traitant. Malheureusement, ce sont des patients comme ça qui veulent la facilité aussi. Parfois, c'est un coup de fil et on a un médecin qui va être prescripteur et c'est ça le problème, c'est ce que j'explique au patient, on n'est pas des distributeurs d'ordonnances.” M10*

*“On les voit souvent, mais ils ne sont pas suivis chez nous. Il y en a qui sont venus trois, quatre fois, mais vu qu'on tourne dans la permanence c'est jamais les mêmes médecins qui voient les mêmes patients.” M11*

Quelques-uns expliquaient cette absence de médecin référent par le fait que les patients étaient surtout suivis par leur psychiatre. Le psychiatre était perçu par les MG comme le soignant principal des patients avec PPS :

*“J’ai vraiment cette intuition que les patients voient plus le psychiatre, parce qu’il y a aussi un lien de confiance, par rapport à leur pathologie psychiatrique aussi. Ils ont un lien particulier.” M3*

*“Ils ont une meilleure relation avec le psychiatre, techniquement c’est le psychiatre leur médecin traitant.” M5*

*“Après pour le suivi, il est suivi par son psychiatre... moi je le vois rarement” ...“Ce sont eux qui les voient. Parfois, ils sont au courant de pathologies somatiques mais ne font pas le relai croyant probablement qu’on est au courant nous aussi. Mais souvent on voit moins les patients, ils sont plus suivis par les psychiatres.” M6*

Au fil des entretiens, il s’avérait que les rôles que devaient jouer les psychiatres et MG pour les patients avec PPS étaient encore à définir, ce qui était une source de confusion pour les MG interviewés :

*“Après c’est des patients qui n’ont pas un parcours de soin qui est très clair. Tu ne sais pas qui surveille les effets indésirables des psychotropes, tu ne sais pas s’ils font de la thérapie ou pas, s’ils ont un psychologue ou pas... ça n’aide pas, surtout quand le patient n’a pas les idées claires.” M2*

*“C’est le psy qui le suit et à chaque fois qu’il y a une embrouille sociale, c’est toi qu’on appelle parce que tu es passe-partout, alors que toi tu n’es informé de rien du tout. Tu ne sais pas qui fait quoi.” M6*

*“C’est pour ça que c’est très compliqué de pouvoir gérer des patients comme ça, parce que déjà, tu n’interviens que de façon ponctuelle. Tu n’es pas son médecin traitant donc tu ne connais pas toute l’histoire.” M10*

- Des patients mal suivis

Les MG exprimaient aussi que les dossiers des patients étaient incomplets, avec peu de comptes rendus ou de correspondances avec les spécialistes :

*“Il n’y a aucun compte rendu... tu ne connais pas le patient.” M2*

*“Regarde juste la patiente dont je t’ai parlé, son dossier était archi vide, la dame avait dans les 50 ans, étiquetée psy depuis des années, ALD et tout... Ce n’est pas normal que le dossier soit vide. Après, je comprends que les patients qui ont des pathologies assez spécifiques se fassent suivre surtout par leurs spécialistes. Mais il faut quand même garder un minimum de contact avec son médecin traitant.” M4*

*“... Tu es son médecin traitant, tu n’as aucune trace écrite de sa pathologie, tu ne sais pas ce qu’il prend comme médicament tu ne sais pas les dosages...” M5*

*“...Si tu voyais le dossier! rien dedans, que des scans de vieilles ordonnances...” M11*

La conséquence de ce manque de correspondance avec les psychiatres était que peu de médecins interviewés déclaraient connaître le diagnostic précis de la PPS des patients :

*“Une psychose, en tout cas, il est sous deux neuroleptiques, il a du Zyprexa aussi. Je n’en sais pas plus.” M1*

*“Il y en a quelques-uns, ce sont des pathologies plus complexes...où le traitement est plutôt avec des neuroleptiques, donc je pense plutôt à une psychose, une schizophrénie, mais sans le mot dit, même par les patients, quand je leur demande : quelle est votre pathologie ? Je n’en ai pas un seul qui me dit : j’ai une psychose, ou j’ai une schizophrénie.” M2*

*“Je le suis depuis une dizaine d’années, une psychose sérieuse, d’ailleurs ni moi ni lui ne savons ce que c’est” M5*

En résumé, les MG interviewés ne se considéraient pas comme les médecins traitants des patients atteints de PPS. Ils considéraient plutôt ces patients comme des patients occasionnels dont ils ne maîtrisaient pas la pathologie principale. Ils léguaient ainsi volontiers la responsabilité du suivi au psychiatre et se retrouvaient cantonnés à un rôle de suppléant, loin du rôle central qu’ils jouaient pour le reste de leurs patients.

#### 4. Des circonstances de soins non optimales

Un autre élément majeur mis en lumière lors des entretiens, était la notion que les consultations des patients avec PPS ne se déroulaient pas dans des circonstances adaptées, soit par leur motif, soit par leur organisation ou même leur durée.

- Organisation des consultations

En premier lieu, les MG interviewés percevaient chez les patients avec PPS plus de difficultés pour prévoir et honorer leur rendez-vous médicaux :

*“Sûrement parce qu’ils ont du mal à s’organiser, pour prendre les rendez-vous, pour anticiper la fin des ordonnances ce genre de chose.” M2*

*“...C’était compliqué à gérer pour lui (un patient avec PPS) un rendez-vous à 3 mois, une salle d’attente qu’il ne connaît pas.” M5*

*“...C’est compliqué d’essayer de faire revenir ces patients.”... “ C’est les champions du rendez-vous raté.” M7*

Les médecins décrivaient des consultations tardives ou hâtives qui réduisaient considérablement le temps alloué à ces patients :

*“...Souvent des consultations tard le soir, ou des consultations que t’envoie la pharmacie entre deux parce qu’il y a un souci avec l’ordonnance.” M11*

- Motif des consultations

Les médecins rapportaient des motifs de consultation dominés par la composante psychiatrique, notamment médicamenteuse et la composante administrative :

*“Ce sont des gens un peu plus en détresse que je vois, plus l’ordonnance, l’arrêt de travail qui finit et ils n’ont pas pu avoir leur psychiatre.”M2*

*“Je ne me souviens pas avoir déjà vu un patient psy sérieux pour autre chose que les médicaments.” M4*

*“Je pense que ça n'aide pas aussi qu'on voit pas souvent les patients...tu peux pas faire grand-chose en 10 minutes par an, surtout si tu dois faire trois duplicatas d'arrêt maladie parce que les dates ne correspondent pas (rire) ” M7*

*“Ceux que j'ai vu, ils étaient dans des états quand même ... Je n'étais pas leur médecin traitant, mais ils venaient pour un renouvellement, leur but était d'avoir les médicaments, un point c'est tout ... et de repartir vite...” M8*

Le temps médical attribué à la prise en charge de la pathologie somatique s'en trouvait encore plus réduit, selon les MG interviewés. Ils s'accordaient sur le fait que ces consultations étaient complexes et chronophages :

*"Ça s'éternise sinon ce genre de consultation. Ça part dans tous les sens... et mon psychiatre me donne ce médicament, et moi je veux un autre, et je prends 3 au lieu de 1... Est-ce qu'on peut pas me rajouter ça à la place. Ils font leur cuisine parfois. C'est vrai que en motif de consultation ça vole pas très haut” M4*

*“C'est humainement impossible d'organiser une consultation approfondie, en 15 minutes, entre deux consultations. En sachant que le patient vient te voir “j'ai plus de Noctamide j'en ai besoin pour dormir” la plupart du temps il arrive sans ordonnance... tu es son médecin traitant, tu n'as aucune trace écrite de sa pathologie, tu ne sais pas ce qu'il prend comme médicament, tu ne sais pas les dosages. Tu passes déjà 10 minutes avec la pharmacie juste pour savoir c'est quoi les médicaments qu'il prend.” M5*

*"Ça prend un temps fou, c'est pas possible de gérer psy et somatique. Trois à quatre motifs par consultation. Ils ne savent même pas ce qu'ils ont la plupart du temps. Ils te ramènent l'ordonnance du psy de 2016 et te disent j'ai besoin de-ci, de ça.” M8*

- Déroulement des consultations

Les MG interviewés semblaient être conscients du manque à gagner et portaient eux même un regard critique sur leur pratique, souvent lors de consultation basée sur la réponse à la demande des patients, les réflexes de prévention et de prise en charge du patient dans sa globalité, étaient soit oubliés soit reportés :

*“Face à un patient psy, j’avoue que non, je n’y (PEC du patient dans sa globalité) pense pas forcément, mais par exemple, la patiente en question...je pense que j’étais un peu déstabilisée parce que c’était une patiente psy qui partait un peu dans tous les sens, j’avais un peu du mal à cadrer la consultation, et je pense que ... je me suis un peu perdue, je n’y ai pas pensé en fait. Le temps de la recadrer, de quand même l’examiner, de faire les ordonnances, j’ai zappé le reste.” M4*

*“Je pense que parfois on oublie, tu sais c’est comme dans toutes les consultations compliquées, y a tellement de choses à faire sur le plan psychologique, sur le plan social, que on oublie les choses évidentes comme l’arrêt du tabac, la perte de poids” M7*

*“Ils ne demandent que le soin psychiatrique et nous, on leur offre que le soin psychiatrique... c’est une double peine.” M9*

Le Médecin M11 récapitulait parfaitement la complexité de la consultation dans ces circonstances :

*“Ce genre de patients, il faut des heures parfois pour déchiffrer leur antécédents, leurs médicaments, leurs plaintes... c’est irréalisable en consultation normale, ça prend trop de temps et si tu leur dis de revenir, ils ne reviennent pas...”*

*“...Moi je n’y arrive pas pour des patients comme ça que tu vois rarement, que tu ne connais pas comme il faut et qui sont surtout demandeurs d’autres choses...Et très souvent, ils ne sont pas en demande de conseils somatiques, ils sont plus focalisés sur leur mal-être ou pire les papiers...”*



*“Je fais de la prévention, mais c’est vrai que tout ça, je le propose pratiquement, plus systématiquement à des gens « qui vont bien psychologiquement » et avec qui on a une discussion fluide sur la vie de tous les jours. Avec des malades psychiatriques, et ceux que je vois sont tellement souvent au stade ... ils ne sont pas équilibrés, que ce sont des détails qui, personnellement même moi, ne me viennent pas automatiquement de leur proposer.” M11*

## 5. une prise en charge somatique ébranlée par les aléas de la pathologie psychiatrique

### Du côté des patients :

Selon les MG de l'étude, la pathologie psychiatrique des patients avec PPS, de par son caractère envahissant, avait de nombreuses répercussions sur leur santé globale. Les plus décriés étaient le manque de considération des patients à PPS pour leur santé physique, leurs difficultés à exprimer leurs maux et leur faible compliance aux soins.

- Des patients peu attentifs à leur santé physique

Les MG interviewés décrivaient unanimement des patients peu attentifs à leur santé physique et rarement demandeur de soins somatiques :

*“...Je pense que comme ils vont tellement mal, ils n'ont pas l'écoute pour s'occuper de leur corps.” M2*

*“Ce sont des gens qui ont une plainte somatique qui sera très tardive” M3*

*“Je ne sais pas s'il y en a toujours qui sont conscients ... qu'il se passe quelque chose qui nécessiterait un examen clinique, ou de voir un médecin.” M4*

*“C'est une patientèle qui s'ignore. Certes une population à risque mais qui n'est pas demandeuse de soins” M5*

*“...Ils font moins attention. Enfin, quand ils ne vont pas bien, ils ne font pas gaffe. Ils peuvent avoir des conduites addictives, soit alcool éventuellement, alimentaire aussi, des conduites à risques aussi sur le plan de la sexualité notamment, et pas que ça, ils peuvent avoir des problèmes, des douleurs mais ils ne t'en parlent pas pour autant” M7*

- Des plaintes mal exprimées

Selon les MG, les patients avaient du mal à exprimer clairement leurs éventuels maux et eux en retour avaient du mal à les interpréter :

*“J’ai l’impression que pour ces patients tout relève de la psychiatrie, ils ont mal à la tête ou au bras il pense que c’est dans leur tête.” M5*

*“Il y a aussi les autres qui ne consultent jamais, qui ne s’écoutent pas, qui n’arrivent pas à expliquer, tu les vois souvent quand c’est trop tard.” M6*

*“...Il y a une interprétation des signes d’appel qui sera peut-être différente que quelqu’un qui a une humeur régulière ou normale.” M7*

*“Le peu de patients que je vois, leur santé physique, ils n’en parlent pratiquement pas, ou alors ce sont des plaintes vagues, dont tu ne sais pas quoi faire.” M11*

- Une compliance médiocre

Pour finir la répercussion la plus décriée était la faible adhésion aux soins et l’observance médiocre :

*“... J’en avais un que j’ai traité pendant six semaines pour une prostatite, moi je pensais à un échec de l’antibiothérapie, mais au fait lui il prenait rien car il voulait pas “gêner” son traitement psy.” M1*

*“Après les autres difficultés, l’observance... des traitements, parce qu’il y en a beaucoup souvent, qui sont en rupture de traitement ou à l’inverse, qui surconsomment les médicaments.” M4*

*“La difficulté avec les patients psychiatriques, c’est... qu’ils acceptent d’aller voir les spécialistes, qu’ils acceptent aussi de faire les bilans... Je trouve que le plus dur chez ces patients, c’est de leur faire accepter un suivi pour des maladies chroniques, hors psychiatrie.” M6*

*“J’ai la patiente, elle refuse de faire un examen gynéco à chaque fois, elle va pas chez le gynéco... à un certain moment tu fais comment toi? c’est compliqué quand tu peux même pas examiner les gens” M10*

### Du côté des médecins :

En analysant les différents entretiens, il apparaissait que la prise en charge de la pathologie somatique chez les patients PPS, était impactée aussi par les mêmes obstacles que le soin psychiatrique.

- Les symptômes réels

Beaucoup de médecins interviewés rapportaient la difficulté de faire la part des choses entre les plaintes psychosomatiques, les motifs frauduleux et les symptômes somatiques avérés mais mal exprimés :

*“Tu en as qui arrivent “ j'ai mal au dos, j'ai mal à la tête, j'ai mal au ventre, j'ai des fourmis aux doigts, j'ai un voile devant les yeux”. Ils te noient dans les symptômes. C'est difficile de faire la part des choses entre le psychosomatique et les vrais symptômes.” M4*

*“Le plus compliqué, c'est de savoir si cette personne a vraiment mal ou s'il cherche à se shooter à la morphine.” M6*

*“La plupart du temps quand il y a une plainte somatique, c'est psychiatrique. Tu sais, les plaintes algiques diffuses... les insomnies... et à chaque fois tu les examines, tu ne trouves rien.” M8*

*“Parfois tu peux en venir à oublier le côté somatique ou alors te dire : ce patient-là, est-ce qu'il ne somatise pas, est-ce que ... il n'est pas aussi dans une stratégie... j'ai mal au ventre, j'ai mal au dos, parce que derrière je veux demander le renouvellement pour mes psychotropes.” M10*

- Le manque de coordination et de communication entre les différents acteurs de soins.

Les MG rapportaient ne pas être satisfait de leur collaboration avec le réseau de soins psychiatriques. Le manque de communication avec les psychiatres était pour eux un obstacle à une prise en charge adaptée des patients avec PPS :

*“Le problème, c’est le rapport avec le psy, qu’on n’a pas, parce que la plupart des psys, aucun courrier, on ne sait pas, donc c’est en interrogeant le patient que tu découvres et encore, pas toujours, mais c’est vrai que le retour des psys, c’est exceptionnel, même quand ils sont hospitalisés.” M1*

*“Surtout j’ai l’impression qu’il n’y a pas assez de communication avec le médecin traitant. J’ai rarement vu des comptes rendus entre médecins traitants et psychiatres.” M2*

*“Je ne sais même pas comment s’appelle son psychiatre, je n’ai jamais reçu aucun courrier.” M5*

*“Ce n’est pas de bons correspondants, je n’ai pas les courriers, je n’ai rien du tout la plupart du temps. ça pose un gros problème de gestion de ces malades.” M6*

*“Ce qui est regrettable, c’est que souvent, je n’ai pas de retour. Je ne reçois aucun compte rendu. Ça, en psychiatrie, j’ai l’impression qu’ils ont perdu le stylo. C’est un truc qui me dépasse. Les patients viennent te voir et te demandent des dossiers MDPH, des certificats... moi je leur dis : « je suis désolé, ce n’est pas moi qui vous suis, je ne peux pas le remplir, je n’ai aucun document qui stipule exactement la pathologie ».” M10*

À cette mauvaise communication, il s’ajoutait la difficulté de joindre ou d’obtenir des consultations avec les psychiatres :

*“Les psychiatres, ici, il y en a très peu, ils ont très peu de temps” M3*

*“Dans le coin, il faut 3 à 4 mois pour un rendez-vous chez le psychiatre.” M8*

*“Le CMP est injoignable ou difficilement joignable. Et même eux, que ce soit somatique ou psychiatrique, des fois, ils ne sont pas présents, entretien avec l’infirmière dans 2 mois... Pour voir le psy, il faut 6 mois ou plus.” M9*

*“...Si tu ne comprends pas ce que le patient te raconte ou si tu veux vérifier une posologie, un truc, le CMP, ils sont injoignables... personne ne répond.” M11*

Le manque de communication et coordination entre psychiatres et MG avait pour ses derniers, des conséquences majeurs quand il s'agissait de la prise en charge somatique. Non seulement, les MG avaient moins de visibilité sur des patients qui ne venaient pas les voir, mais ils avaient aussi moins de contact avec les médecins spécialistes qui les suivaient le plus fréquemment.

*“Le psychiatre prend en charge purement la pathologie psychiatrique. Je ne pense pas qu'ils posent la question : est-ce que vous avez vu votre médecin traitant? Ne serait-ce que la question, sans même écrire de courrier et dire si ce n'est pas le cas, ce serait bien de le faire, "dirigez-vous vers votre médecin traitant". Je trouve que même dans le discours, ils ne s'en occupent pas.” M3*

*“Ce sont eux qui les voient. Parfois, ils sont au courant de pathologies somatiques mais qui ne font pas le relai croyant probablement qu'on est au courant nous aussi. Mais souvent on voit moins souvent les patients.” M6*

*“Si jamais le patient se plaint de quelque chose, c'est leur rôle (les psychiatres) de nous les renvoyer car si les patients ne vont pas régulièrement voir leur médecin traitant, il y a des chances qu'on passe à côté de pathologies” M8*

Les MG soulignaient aussi que la situation était encore plus complexe pour obtenir des avis spécialisés autre que psychiatriques :

*“... Il faut le trouver le cardio, le gastro qui a le temps, la patience de voir ce genre de patients et d'organiser un suivi coordonné. Rien que si le spécialiste ne pense pas à envoyer le courrier lui-même, le patient ne te ramènera jamais rien...tu sauras jamais ce qui s'est passé...” M1*

*“Ce souci, je pense, il sera partout, pas que chez le généraliste. Tu peux pas envoyer un patient psy mal équilibré chez le cardio de ville et espérer une prise en charge... Déjà est ce qu'il va y aller?” M2*

*“J’ai un patient... schizophrène. je lui ai fait faire un bilan et je tombe sur une fonction rénale à 40 je crois... Je me débrouille pour lui trouver un rendez-vous chez le néphrologue... en début de semaine la secrétaire m’appelle pour me dire qu’il ne s’est pas présenté. Je rappelle le patient en catastrophe... non seulement, il a oublié mais il n’a même pas fait les bilans que je lui ai prescrit” M5*

- Le manque de formation pour la prise en charge psychiatrique

L’autre difficulté rapportée par les médecins interviewés était qu’ils ne maîtrisaient pas suffisamment les spécificités de la pathologie psychiatrique sévère :

*“La psychiatrie, dans le domaine des schizophrènes et bipolaires, je ne me sens pas du tout à l’aise.” M3*

*“Je n’ai pas une formation... adaptée pour suivre ce genre de patient”...“En plus, moi les neuroleptiques, tout ça je ne maîtrise pas parfaitement.” M8*

*“La psychiatrie, ce n’est pas mon domaine de prédilection. Donc, au niveau des médicaments, je n’aime pas trop les psychotropes, ce n’est pas trop ma tasse de thé. J’évite.” M10*

- La préoccupation pour la sécurité

Beaucoup de médecins interviewés déclaraient limiter le nombre de nouveaux patients porteurs d’une PPS :

*“Je refuse ce genre de patients, les renouvellements et dépannage d’ordonnances psy, moi je fais pas ça” M1*

*“Il (un patient avec PPS) était à mon associé avant qu’il parte à la retraite... Je savais qu’il allait me causer que des ennuis mais après j’avais pas le choix... Je l’aurais pas pris sinon.” M6*

*“Je ne sais pas honnêtement si je l’aurai pris en médecin traitant, ils créent trop de problèmes, ce genre de patients. Ils perdent tout le temps leurs ordonnances, ils veulent tout le temps des arrêts maladie.” M8*

Cette méfiance envers les patients avec PPS trouvait son explication pour les MG, dans de nombreuses craintes. Le trafic d'ordonnance et les abus de médicaments étaient cités en premier :

*“Notre seul bémol à la permanence c’est la sécurité de la prescription, les ordonnances volées... les toxicos...” M2*

*“Il ira voir tous les médecins du coin pour avoir ses médicaments... on va le retrouver en overdose chez lui.” M6*

*“Ce patient-là, il est en rupture de soin, il ne voit plus son médecin traitant et il contacte à chaque fois SOS Médecins pour le renouvellement de son ordonnance. Et il en profite aussi pour demander du rab sur du RIVOTRIL, du LYRICA pour faire son trafic et revendre un petit peu.” M10*

*“Quand ils vont appeler...ils vont appeler pour une consultation, douleur de dos, douleur abdominale, quelque chose de classique et ils en profitent derrière pour demander le renouvellement de psychotropes, ce qui est encore plus compliqué parce qu’on ne sait jamais si la cause initiale est véridique ou pas.” M10*

La peur des comportements agressifs était aussi présente dans le raisonnement des MG :

*“Il y a quelques années... je me suis fait prendre en otage au domicile par un patient qui présentait une bouffée délirante, ces patients, depuis, ça m’inquiète un peu, heureusement, j’en n’ai pas trop.” M1*

*“L’inquiétude ne vient pas que des abus de médicaments, on n’est pas à l’abri d’un patient agressif” ... “on travaille tard le soir, on est seul, on est plus sujet à ce genre de risques. Après on ne refuse personne mais il faut quand même faire attention.” M2*

*“Personnellement je pense aussi que ces patients me perturbent, j’ai du mal à faire mon travail correctement. La plupart du temps je veux juste en finir.” M4*

*“Ils peuvent être agressifs, menaçants... ce qui fait que je ne suis pas très confortable quand je les vois.” M8*



À travers ces témoignages, on se rendait compte que les inquiétudes des MG étaient réelles et basées sur leurs expériences personnelles. Ainsi, la préoccupation pour la sécurité, toujours omniprésente lors des consultations avec ces patients, était l'un des facteurs qui influençaient l'offre de soins proposée :

- Les médecins réduisaient consciemment ou inconsciemment le temps dédié à ces patients par inquiétude pour leur sécurité.
- Les plaintes somatiques faisaient souvent craindre un motif malhonnête ultérieur.

## 6. Les solutions pratiques mises en place par les MG et les solutions souhaitées pour le futur :

Les MG faisaient état d'une prise en charge catégorisée selon le niveau d'équilibre de la pathologie psychiatrique. Pour eux la prise en charge des patients équilibrés et hors phase de rupture de soins, rejoignait la prise en charge de la population générale :

*“Des schizophrènes équilibrés, qui ont un traitement bien cadré, qui vont bien, ils deviennent des patients normaux avec une pathologie psychiatrique.” M1*

*“Si le patient est équilibré sur le plan psy, ça va, ils sont assez compliants.” M3*

*“Quand on les connaît bien et qu'on arrive à établir un lien de confiance et qu'ils ne sont pas en période compliquée, ça se fait.” M7*

Certains médecins trouvaient des astuces pour pallier au manque d'observance des patients dont la situation psychiatrique était intermédiaire :

*“Tu peux un peu modifier les prises en charge et jongler sur ce que tu peux donner ou ne pas donner.”... “Il m'est arrivé de changer le traitement antidiabétique d'un patient psy, enlever les comprimés et mettre plutôt de l'insuline comme ça c'est plus gérable avec l'infirmière.” M7*

*“Au bout de la quatrième IVG, on a mis un implant, ça n'a pas aidé son souci de poids mais tu triches un peu pour améliorer l'observance.” M9*

Par contre, les MG exprimaient unanimement que la prise en charge de la pathologie somatique, surtout chronique, est quasi impossible, quand les patients étaient déséquilibrés :

*“Les non équilibrés et ceux chez qui on arrivera jamais à équilibrer la pathologie psy, c'est infaisable à mon avis... Pour une entorse ou une bronchite, on peut se débrouiller. Mais pour la prise en charge du syndrome métabolique ou quelque chose d'abstrait comme ça... (silence).” M5*

*“Mais quand ils sont dans le trou, quand ils sont vraiment”... “Là honnêtement c'est très compliqué, quand ils sont en pleine décompensation, c'est impossible à mon avis parce qu'ils partent dans tous les sens.” M7*

C'est devant ce constat que beaucoup de médecins interviewés ne trouvaient pas d'alternative à adresser les patients aux urgences, en espérant une hospitalisation.

L'hospitalisation, en effet, était la solution la plus plébiscitée par les médecins interviewés pour une prise en charge complète et multidisciplinaire, en cas de pathologie somatique complexe ou décompensée :

*“Le plus simple c'est de faire tout quand ils sont hospitalisés” M5*

*“Dans les services de psychiatrie, ils ont une approche un peu plus complète, avec des bilans, des avis spécialisés ponctuels.” M7*

*“Quand ça devient trop compliqué, moi je les fais hospitaliser, en accord avec leur psychiatre ou pas.” M9*

Enfin, concernant les solutions envisageables dans le futur, les médecins interviewés souhaitaient la mise en place de consultations systématiques, dédiées aux problématiques somatiques, en collaboration avec le psychiatre et idéalement valorisées vu leur complexité :

*“Il faudrait des consultations valorisées à mon avis, peut-être une consultation annuelle, à visée somatique, avec les patients psys sévères qu'on pourrait aussi coter. Cela permettrait de faire le point sur la prévention habituelle, le bilan cardiovasculaire, la gynéco de routine, le côté social...” M2*

*“Il faut s'organiser pour que ces patients voient leur médecin traitant au moins une fois par an pour un bilan systématique de leurs facteurs de risque... après le challenge serait qu'ils aient tous un médecin traitant, ce qui n'est pas gagné pour cette population.” M3*

*“L'idée serait de faire des visites systématiques, là on contrôlerait plus le motif de la consultation et on pourrait faire ce qu'on est censé faire.” M7*

*“Il faudrait peut-être consacrer 45 minutes à la consultation, ce qu'on ne peut pas faire aujourd'hui. Donc, ce que je t'expliquais tout à l'heure, ce sont des patients qui doivent être vus très régulièrement, avec des consultations dédiées que pour le côté psychiatrique et des consultations dédiées que pour le côté somatique.” M10*

# Discussion

## Forces et faiblesses de l'étude

Ce travail explorait une facette particulière de la prise en charge des patients porteurs de PPS : le point de vue des généralistes sur le soin somatique de ces patients, les difficultés qu'ils percevaient et les contraintes qu'ils souhaiteraient voir levées, pour améliorer la prise en charge de ces patients.

Le choix de faire une étude qualitative a permis d'explorer plus exhaustivement les ressentis et les difficultés. Cela a permis aussi d'aborder des notions difficilement quantifiables comme les peurs et les préjugés.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, l'analyse qui en résultait, a été exhaustive. Les créneaux d'entretiens préétablis ont permis d'allouer le temps nécessaire et de réaliser les entretiens dans de bonnes conditions. Les médecins de l'étude ont adopté spontanément le tutoiement et ne semblaient pas gênés par l'utilisation de l'enregistreur. Un éventuel biais de désirabilité social est à écarter.

Le manque d'expérience de l'interviewer a rendu nécessaire la pratique de trois entretiens test non inclus dans l'étude, afin de définir les thèmes du guide d'entretien et de cerner son déroulement type.

Le recours à un guide d'entretien a servi à enrichir les échanges. Le fait qu'il était semi dirigé a limité les interactions avec l'investigateur et a donc préservé la spontanéité, ce qui a limité un éventuel biais d'investigation.

Les inclusions ont été réalisées sur la base du volontariat. Un biais de sélection est à craindre face à la possibilité que les médecins inclus étaient plus intéressés par la psychiatrie que leurs confrères qui avaient décliné de participer. L'inclusion d'un panel assez varié de médecins généralistes avait pour but de limiter ce biais.

Enfin, l'analyse a été effectuée par un seul chercheur, le doctorant. Ceci a pu limiter la richesse des thèmes retrouvés, et augmenter le risque d'influencer l'analyse par les *a priori* du doctorant. Cette absence de triangulation des données a été modérée en tenant un carnet de bord rigoureux et en se référant aux éléments recueillis dans la littérature.

### **Que dire de l'existence du médecin traitant ?**

Les médecins de cette étude ne se considéraient pas comme les médecins référents des patients porteurs de PPS. Ils se positionnaient plutôt en tant que médecins d'appoint et s'identifiaient peu comme les médecins traitants de ces patients.

Dans la littérature, on retrouve une perspective similaire du côté des patients: 35 % des patients souffrant de PPS déclarent ne pas avoir de médecin traitant. En comparaison, ce chiffre s'établit à 6% dans la population générale (28, 32).

Cette proportion de patients sans médecin traitant augmente à 65% quand on définit le médecin traitant comme le médecin somaticien ayant rencontré le patient plus d'une fois et au moins une fois dans la dernière année (16, 19, 32).

Bohn décrit même que pour les patients de son étude, le nom du médecin traitant n'était précisé que dans un dossier CMP sur quatre (32).

Montariol souligne aussi que, contrairement à la population générale, l'existence d'une pathologie chronique chez ces patients ne préjuge en rien de l'existence ou pas d'un médecin traitant qui suit les patients (16).

Tous ces éléments reflétaient le discours des médecins interviewés qui disaient rarement consulter ces patients et ne se considéraient plus comme leur médecin traitant.

À juste titre, les médecins généralistes ne pouvaient donc pas influencer sur la santé somatique de patients auxquels ils n'avaient pas accès. Ils ne pouvaient pas non plus jouer un rôle dans un parcours de soin dont ils étaient exclus.

Comme solution potentielle à cette situation, l'option souhaitée par les MG était une consultation systématique, dédiée aux problématiques somatiques et valorisée au vu de sa complexité.

Kendrick décrivait des initiatives avec un principe similaire, qui avaient pour but de motiver les acteurs de soins primaires à améliorer leur prise en charge des patients atteints de PPS. La mise en place de ces initiatives a facilité la reprise de contact avec les patients et a permis d'adresser non seulement le soin somatique mais aussi l'angle social et la coordination avec les psychiatres (36).

### **Que dire du parcours de soins en santé somatique des patients atteints de PPS?**

#### Du côté des patients :

Les médecins interviewés décrivaient que les patients n'étaient pas demandeurs de soins somatiques. Peut-on considérer cela comme un symptôme de leur pathologie psychiatrique?

L'apathie dans les symptômes négatifs des psychoses ou dans les tableaux dépressifs sévères, peut expliquer la faible motivation de ces patients, à s'occuper de leur santé physique (34).

Pourtant, Buhagiar décrit que le manque de sensibilisation et la faible priorité donnée à leur santé somatique sont les deux facteurs majoritairement impliqués loin devant le manque de motivation (25).

Dans ce contexte, il serait légitime de se questionner : la sensibilisation de ces patients aux risques qu'ils encourent peut-elle être une première étape pour améliorer la prise en charge de leur santé somatique (8, 14, 24, 25) ?

À titre d'exemple, Romain et Bernard rapportent que sur 1610 visites réalisées en psychiatrie, les conseils liés au changement de comportement sur le tabac, la nutrition et l'activité physique n'ont été délivrés que dans respectivement 12 %, 6 % et 4 % des visites (8).

Pourtant Buhagiar conclut dans son étude comparative avec des patients non atteint de PPS, que les patients atteints de PPS sont plus susceptibles de modifier les comportements délétères à leur santé quand ils y sont encouragés par leurs soignants (25).

Pour remédier à ce manque de sensibilisation, une solution potentielle serait d'inclure les patients et éventuellement leurs proches dans des programmes de préventions primaires et secondaires. Ils pourraient y bénéficier d'une éducation thérapeutique et d'une sensibilisation en adéquation avec leurs capacités cognitives (24, 25).

#### Au sujet de la coordination des soins avec les psychiatres :

Les médecins de l'étude avançaient que le psychiatre se substituait au médecin généraliste pour la prise en charge des patients souffrant de PPS.

Il existe en effet un type de suivi dit communautaire dans lequel le psychiatre ou une équipe pluridisciplinaire sont identifiés comme le médecin de premier contact pour les patients porteurs de PPS. Ce modèle est adopté par un grand nombre de psychiatres libéraux et de CMP. Plusieurs études fustigent ce type de suivi, car non seulement c'est un frein au développement de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres, il participe aussi à la désolidarisation du lien entre ces patients et le médecin généraliste (2, 9, 10).

La difficulté d'accès à une consultation en psychiatrie est un autre obstacle significatif à la bonne coordination des soins. Selon l'atlas de la santé mentale en France, en 2017, il y avait 15 307 psychiatres sur le territoire français, dont 780 inscrits à l'Ordre des médecins en tant que pédopsychiatres (38). L'accès à une consultation libérale de psychiatrie ou en CMP demande un délai d'attente conséquent. L'attente moyenne est de trois mois entre la prise de contact et le premier rendez-vous avec un psychiatre de CMP adulte, le délai peut dépasser un an en pédopsychiatrie, avec des chiffres similaires en libéral (2, 6, 29, 38).

Dans ces circonstances, il convient de s'entendre sur l'intervention somatique en psychiatrie et ses limites : le psychiatre peut difficilement se substituer au médecin généraliste et être le médecin de premier recours de ses patients quelle que soit la sévérité de leur pathologie psychiatrique. Et ceci pour deux raisons principales : premièrement pour des questions de disponibilité et deuxièmement pour des questions de compétence. Le médecin généraliste reste l'acteur de soin susceptible de garantir des soins rapides et polyvalents pour l'ensemble de la population, les patients psychiatrique inclus (2, 32).

Pourtant, les médecins généralistes occupent une place peu visible dans les rapports consacrés à l'organisation du système de prévention et de soin somatique des patients psychiatriques, si ce n'est des recommandations d'améliorer la communication et la coordination avec le réseau de psychiatrie et veiller à ce que chaque patient porteurs de PPS ait un médecin traitant déclaré (10, 29). Les médecins de notre étude souhaitaient des solutions plus concrètes comme la mise en place d'une consultation annuelle systématique avec adressage par le psychiatre référent pour pallier la perte de vue des patients et les réintégrer dans le parcours de soin multidisciplinaire et concerté.

#### Du côté des médecins généralistes :

Sur le fond, les médecins interviewés ont rapporté les mêmes difficultés pour la prise en charge somatique que celles décrites dans la littérature dans le cadre de leur pratique en santé mentale : le manque de temps, le manque de formation et le manque d'avis spécialisés (19, 28, 29, 30, 31).

Pourtant la prise en charge somatique était tout d'abord remarquable par son absence dans le discours spontané des médecins interviewés. En séparant artificiellement santé physique et santé mentale, les médecins cantonnaient involontairement les patients à leur pathologie psychiatrique. Ce "cloisonnement" empêchait la prise en compte globale de la santé des patients, au propre aveu des médecins participants.



Kendrick décrit dans son travail comment l'introduction lors de consultation avec le généraliste d'une "check-list" a permis de structurer les consultations et d'éviter l'envahissement par les problématiques psychiatriques et, ou l'oubli du contexte somatique (36). L'élaboration de ce genre de procédure pourrait être une piste pour lever ce cantonnement entre psychiatrique et somatique, et ainsi prendre en charge la santé des patients souffrant de PPS dans sa globalité.

Un autre point à discuter serait l'éventuelle stigmatisation dont seraient victimes les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères. Les stéréotypes auxquels semblaient adhérer les médecins portaient principalement sur la crainte des violences et la prise en charge des patients.

Concernant la crainte des violences, la violence verbale et physique est effectivement largement rapportée dans la littérature, dans le contexte des soins psychiatriques. Nous ne retrouvons pas d'étude, précisant les caractéristiques des patients responsables d'incident violent envers les médecins généralistes ou une qui soit comparative entre population porteuse et non porteuse de PPS. La crainte de ce sur-risque chez ces patients peut elle-même être fondée sur des préjugés (39, 40).

Pour pallier ce surrisque de violence, qu'il soit avéré ou pas, les MG se voient proposer des référentiels peu opérationnels en pratique qui ne les aident pas à répondre à leurs inquiétudes et à prendre en charge ce genre de situation (9, 40).

Le repérage de situations potentiellement violentes et la gestion des personnes en colère, lésées ou malades psychiatriques est une tâche complexe. La prévention de ce genre de situation exige l'acquisition de compétences relationnelles et l'amélioration de la communication verbale et non verbale avec les patients. Une solution potentielle serait donc des formations adaptées à la pratique des généralistes et qui les aideraient à acquérir ces compétences (39,40)

L'autre stigmatisation retrouvée dans les résultats, concerne l'attitude des MG par rapport au soin des patients souffrants de PPS. Sous prétexte que "le patient ne fera rien", on ne lui propose pas systématiquement des soins, on ne l'éduque pas. Cette approche paternaliste contribue au manque de responsabilisation des patients et aggrave le manque de sensibilisation des patients comme expliqué plus haut (18, 25, 33).

À cela il faut ajouter les faibles attentes des MG, qui parfois se contentaient du minimum pour ces patients : “s’il arrive à prendre ses médicaments c’est déjà ça”, contrairement à la population générale par exemple, pour qui les objectifs de santé doivent toujours être optimaux (33).

La stigmatisation, dans ce cas, est que les MG ont des objectifs de santé réduits pour ces patients, par rapport à la population générale. Le soin de la pathologie somatique de ces patients est desservi par ce raisonnement et se retrouve ainsi encore plus relégué à un plan secondaire (11, 18, 22, 33, 35).

La “déstigmatisation” de ces patients implique qu’ils soient soignés de la même façon que la population générale et que les soignants aient pour eux les mêmes prises en charge que celles envisagées chez la population générale. Ces objectifs peuvent être atteints en sensibilisant les médecins à la façon dont ils abordent et perçoivent les patients à PPS (33, 36).

Un dernier constat à discuter est le recours des MG à l’hospitalisation via les urgences pour la prise en charge de pathologies somatiques complexes ou décompensées.

Ces hospitalisations permettent certes d’adresser les problématiques de façon complète et multidisciplinaire mais elles accélèrent la perte d’autonomie des patients et la perte de vue du médecin traitant (32, 37). Elles sont aussi impliquées dans l’embolie du système et la pénurie des lits d’hospitalisations en psychiatrie.

Ces hospitalisations non programmées sont en grande partie la conséquence de l’absence de solutions alternatives de prise en charge pour les MG. La faiblesse de la prévention, la médiocre coordination, l’impossibilité de recourir aux structures sectorisées ou aux autres structures médico-sociales sont les causes principales de cette absence d’alternative. Le nombre d’hospitalisation pourrait être réduit par un meilleur travail en amont en ambulatoire et le recours à d’éventuels hôpitaux de jour (2, 13, 33, 38).

## Conclusion

L'objectif de cette étude qualitative était d'étudier à travers des entretiens semi-dirigés, auprès des médecins généralistes leurs ressentis et difficultés face à la prise en charge de la pathologie somatique de leurs patients affectés de pathologie psychiatrique sévère.

Les médecins généralistes rapportaient qu'ils avaient moins de visibilité sur ces patients, à tel point qu'ils ne se considéraient pas comme leurs médecins traitants. Ils voyaient ces patients épisodiquement et léguaient ainsi volontiers la responsabilité du suivi au psychiatre.

Les difficultés décrites par les médecins interviewés étaient nombreuses. Les circonstances de soins étaient pour eux inadaptées et la prise en charge des soins somatiques s'en trouvait ébranlée. Les médecins décrivaient des patients peu attentifs à leur santé physique et incapables d'exprimer leurs éventuels maux. Le manque de coordination et de communication avec le réseau de soins psychiatriques, le manque de formation en santé mentale et la méfiance innée envers ces patients, étaient les autres entraves rapportées par les médecins de l'étude.

Pour pallier ces difficultés, les médecins suggéraient la mise en place de consultations systématiques, dédiées aux problématiques somatiques, en collaboration avec le psychiatre et idéalement valorisées vu leurs complexités.

Cette étude soulève ainsi quelques interrogations : Comment organiser la valorisation de la prise en charge des patients psychiatriques en médecine générale? Comment améliorer la coordination entre les généralistes et les psychiatres? Quel est le ressenti des psychiatres face à leur place et leur rôle dans la prise en charge de la pathologie somatique des patients atteints de maladie mentale sévère?

# Bibliographie

1. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry*. 1 sept 2009;24(6):412-424.
2. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'information psychiatrique*. 12 juin 2014;Volume 90(5):359-371.
3. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*. févr 2017;16(1):30-40.
4. Mangurian C, Newcomer JW, Modlin C, Schillinger D. Diabetes and Cardiovascular Care Among People with Severe Mental Illness: A Literature Review. *J Gen Intern Med*. sept 2016;31(9):1083-1091.
5. Cohen A, Ashworth M, Askey A, Ismail K. Diabetes outcomes in people with severe mental illness. *Br J Gen Pract*. avr 2018;68(669):166-177.
6. Younès N, Hardy-Bayle M, Falissard B, Kovess V, Chaillet M, Gasquet I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health*. 7 oct 2005;5(1):104.
7. 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*. 1 sept 2009;35(4):330-339.
8. Romain A-J, Bernard P. Élargir les soins somatiques en psychiatrie à la prévention. *L'Encéphale*. 1 mai 2017;43(3):298-309.

9. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. L'Encéphale. 1 juin 2010;36:D73□82.
10. Fédération Française de Psychiatrie - Conseil National Professionnels de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique Recommandations Juin 2015 [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_coordination\\_mg\\_psy.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf)
11. Simon N, Verdoux H. Impact of education program and clinical posting in psychiatry on medical students' stigmatizing attitudes towards psychiatry and psychiatric disorders. Encephale. sept 2018;44(4):329□36.
12. van Hasselt FM, Oud MJ, Loonen AJ. Improvement of care for the physical health of patients with severe mental illness: a qualitative study assessing the view of patients and families. BMC Health Services Research. 21 oct 2013; 13(1):426.
13. Shefer G, Cross S, Howard LM, Murray J, Thornicroft G, Henderson C. Improving the diagnosis of physical illness in patients with mental illness who present in Emergency Departments: Consensus study. Journal of Psychosomatic Research. 1 avr 2015;78(4):346□51.
14. Danel T, Deconstanza P, Deprince J, Elouahi F, Ethuin C, Haddouche A, et al. La santé physique des personnes souffrant de schizophrénie : implication du dispositif de soins psychiatriques. L'information psychiatrique. 2011;Volume 87(3):215□22.
15. Magali Ayache, Hervé Dumez. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ?. Le Libellio d'AEGIS, Libellio d'AEGIS, 2011, 7 (2 - Été), pp.33-46. fhal-00657490

16. Montariol P, Guillard M, Bollengier O, Escaffre-Groussard N, Hallouche N, Petitdemange M, et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? L'information psychiatrique. 2006;Volume 82(10):793-800.
17. Bensa Q, Auxéméry Y. Les soins somatiques en psychiatrie : étude descriptive d'un bilan biologique systématique et implication en termes de prise en charge globale. L'Encéphale. 1 mai 2017;43(3):205-11.
18. Gaebel W, Zäske H, Cleveland H-R, Zielasek J, Stuart H, Arboleda-Florez J, et al. Measuring the stigma of psychiatry and psychiatrists: development of a questionnaire. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. nov 2011;261 Suppl 2:S119-123.
19. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):323-9.
20. Lambert TJR, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. Medical Journal of Australia. 2003;178(S9):S67-70.
21. John W. Newcomer. Metabolic Syndrome and Mental Illness. Vol. 13, No. 7 The American Journal of Managed Care 2007;13(7):8.
22. Ordan R, Shor R, Liebergall-Wischnitzer M, Noble L, Noble A. Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. Journal of Clinical Nursing. 2018;27(7-8):1543-51.
23. Coldefy M. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Questions d'économie de la santé n°237 - sept 2018 :8.
24. Happell B, Wilson K, Platania-Phung C, Stanton R. Physical health and mental illness: listening to the voice of carers. Journal of Mental Health. 4 mars 2017;26(2):127-33.
25. Buhagiar K, Parsonage L, Osborn DP. Physical health behaviours and health locus of control in people with schizophrenia-spectrum disorder and bipolar disorder: a cross-sectional comparative study with people with non-psychotic mental illness. BMC Psychiatry. 24 juin 2011;11(1):104.

26. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. févr 2011;10(1):52-77.
27. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 1 juin 2011;10(2):138-51.
28. Gallais J-L, Alby M-L. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *EMC - Psychiatrie*. janv 2004;1(1):1-6.
29. 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 – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. Saint-Denis La Plaine: HAS [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/rapport\\_coordination\\_mg\\_psy.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/rapport_coordination_mg_psy.pdf)
30. Samalin L, Abbar M, Courtet P, Guillaume S, Lancrenon S, Llorca P-M. Recommandations Formalisées d'Experts de l'AFPNB: prescription des neuroleptiques et antipsychotiques d'action prolongée. *L'Encéphale*. déc 2013;39:189-203.
31. Dubois-Fabing D, Pichon P, Arnevielhé A, Sussillon M-P, Caron B, Saillard F, et al. Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble. *Sante Publique*. 2011;Vol. 23(HS):97-111.
32. Bohn I, Denis U, Guegan Patients psychiatriques ambulatoires Quelle coordination des soins? *Rev Prat Med Gen* 2007;21:511-4.
33. Murney MA, Sapag JC, Bobbili SJ, Khenti A. Stigma and discrimination related to mental health and substance use issues in primary health care in Toronto, Canada : A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* [Internet]. Déc 2020 [cité 13 janv 2021] ; 15 (1). Disponible sur : [http:// search.ebscohost.com/login .aspx?direct=true&db=psych&AN=2020-23767-001&lang=fr&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2020-23767-001&lang=fr&site=ehost-live)

34. Scott D, Happell B. The High Prevalence of Poor Physical Health and Unhealthy Lifestyle Behaviours in Individuals with Severe Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing*. 19 août 2011;32(9):589-97.
35. Çelik Ince S, Partlak Günüşen N, Serçe Ö. The opinions of Turkish mental health nurses on physical health care for individuals with mental illness: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. mai 2018;25(4):245-57.
36. Kendrick T. The role of the general practitioner in severe mental illness. *Psychiatry*. 1 août 2007;6(8):343-6.
37. Ward MC, Druss BG. Treatment Considerations in Severe Mental Illness: Caring for the Whole Patient. *JAMA Psychiatry*. 1 juill 2019;76(7):759-60.
38. Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France. Paris: IRDES; 2020. (Série atlas - IRDES).
39. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 1 déc 2019;76(12):927-37.
40. Magin P, Adams J, Joy E, Ireland M, Heaney S, Darab S. Violence in general practice: perceptions of cause and implications for safety. *Can Fam Physician*. sept 2008;54(9):1278-84.



# Annexes

## Annexe 1 : Guide d'entretien

1. Racontez- moi la dernière fois que vous avez pris en charge un patient avec des pathologies psychiatriques sévères (type SKZ, PMD...)? Vous êtes le médecin traitant de ces patients?
2. Comment vous organisez-vous pour suivre ce genre de patients? Pourquoi?
3. Quelles sont les particularités de la prise en charge somatique sur laquelle vous insistez?
4. Que pensez-vous du rôle des psychiatres dans la prise en charge globale de ces patients?
5. Quelles sont les difficultés que vous percevez pour suivre ce genre de patient? et sur le plan somatique?
6. Pour vous, quel est l'impact de la pathologie psychiatrique sévère sur la santé de ces patients?
7. Pour finir des questions d'ordre statistiques : Âge, sexe, type d'exercice, lieu d'exercice, durée d'exercice.

## Annexe 2 : Grille d'analyse

Thème	Sous-thème	Unité de sens
L'absence de médecin référent	Consultations occasionnelles	Patients PPS peu vus
		Consultation de dépannage
		Rares consultations
	Qui est le médecin traitant?	Le psychiatre est-il le médecin traitant?
		Interventions ponctuelles
		Responsabilité du suivi
	Des patients mal suivis	Peu de correspondance avec le psychiatre
		Pathologie principale non connue
		Histoire médicale imprécise
Les circonstances de soins inadaptés	Organisations des consultations	difficultés de prise de rendez vous
		Temps médical insuffisant
	Motifs de consultation	Priorité à la psychiatrie
		Consultation complexe
La PEC somatique oubliée	Du côté des patients	Des patients peu attentifs à leur corps
		Des maux mal exprimé
		Faible compliance aux soins
	Du côté des médecins	Difficulté d'interprétation
		Manque de coordination
		Manque de formation
		Préoccupation pour la sécurité
Des solutions	Actuellement	PEC catégorisée
		PEC modifiée
		Hospitalisation
	Pour le futur	Consultation systématique valorisée
		Améliorer la formation
		Améliorer le parcours de soins

## **Abréviations**

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CMP : Centre médico-psychologique

IVG : Interruption volontaire de grossesse

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

HBV : Hépatite virale B

HCV : Hépatite virale C

MG : Médecin généraliste

PEC : Prise en charge

PPS : Pathologie psychiatrique sévère

Psy : Psychiatre

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.



## Résumé

**Introduction** : L'espérance de vie réduite des patients avec pathologie mentale sévère est liée à une plus grande prévalence de comorbidités somatiques.

**Objectif** : Explorer les ressentis et difficultés des médecins généralistes face à la prise en charge de la pathologie somatique de patients atteints de maladie mentale sévère.

**Méthode** : Etude qualitative à l'aide de 11 entretiens semi-directifs menés auprès de médecins généralistes.

**Résultats** : Les médecins généralistes se sentaient exclus du parcours de soins des patients porteurs de pathologie psychiatriques sévères, leurs principales difficultés étaient l'accès limité à ces patients, leur faible compliance aux soins somatiques et la mauvaise coordination avec leurs psychiatres.

**Conclusion** : Inclure les généralistes dans le parcours de soins des patients psychiatriques sévères, valoriser leur intervention et la rendre systématique pourrait permettre d'améliorer la prise en charge de la pathologie somatique chez les patients porteurs de maladie psychiatrique sévère.

**Mots-clés** : Médecine générale, maladie mentale sévère, recherche qualitative.

## Abstract

**Introduction** : The reduced lifespan in patients with severe mental illness is linked to the high prevalence of somatic comorbidities.

**Objective** : Exploring general practitioner's sense and their perceived difficulties in caring for somatic illness in patients with severe mental illness.

**Method** : Qualitative research including semi-structured interviews conducted with 11 general practitioners.

**Results** : General practitioners felt excluded from the treatment course of patients with severe mental illness, their main difficulties were limited access to these patients, their poor compliance with somatic care and poor coordination with their psychiatrists.

**Conclusion** : Including general practitioners in the treatment course of patients with severe psychiatric disease, enhancing their intervention and making it systematic could improve the management of somatic pathology within patients suffering from severe mental illness.

**Keywords** : General medicine, severe mental illness, qualitative research.