

UNIVERSITE PARIS 7- DENIS DIDEROT

FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT

ANNEE : 2008

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT DE MEDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

BOHN Irène

Née le 10 avril 1979 à Maisons Laffitte

Présentée et soutenue publiquement le....

**PSYSOM : Evaluation de la communication
entre psychiatres et médecins traitants**

Président : Pr Michel Lejoyeux

Directeur : Dr Jean-Pierre Aubert

DES de médecine générale

RESUME

Objectifs : déterminer le pourcentage de patients suivis en Centre médico-psychologique, qui ont un médecin traitant, et apprécier la collaboration entre le psychiatre et le médecin traitant.

Patients : tout les patients consentants un psychiatre d'un Centre médico-psychologique consultant sur une durée d'un mois.

Méthode :

1. Interrogatoire du patient par un psychiatre selon un questionnaire prédéterminé, recherchant l'existence d'un médecin en charge des soins somatiques, des données démographiques, psychiatriques et sociales.

2. contact téléphonique avec le médecin somaticien désigné, évaluant l'existence de pathologie somatique, sa connaissance de la pathologie psychiatrique du patient et de son traitement, sa place dans la prescription de psychotropes.

Un médecin est considéré comme traitant quand il a connaissance du nom du patient, et qu'il l'a vu plus d'une fois au cours de l'année écoulée

3. recherche dans les dossiers du centre médico-psychologique de l'identification du médecin traitant et de la mention des éventuelles pathologies somatiques du patient.

Résultats : des 143 patients interrogés, 33% ont un médecin somaticien pouvant être considéré comme traitant et dont le nom est mentionné dans le dossier psychiatrique pour 27% des patients 28% des patients interrogés ont au moins une pathologie somatique chronique méconnue des psychiatres dans 61% des cas. La pathologie psychiatrique est méconnue des médecins traitants dans 56% des cas. Les médecins traitants prescrivent, des psychotropes à 35 % des patients considérés.

Conclusion : le manque bilatéral de communication entre psychiatres et médecins traitants est préoccupant pour la santé de cette population dont le recours aux soins somatiques est limité.

MOTS CLES : MEDECINE GENERALE . SOINS PRIMAIRES. SANTE MENTALE. PSYCHIATRIE. SCHIZOPHRENIE. COLLABORATION. COORDINATION DES SOINS

REMERCIEMENTS

Je remercie le professeur Lejoyeux qui a accepté de présider cette thèse. Vous avez marqué les principales étapes de mes études. En PCEM1, votre cours sur la communication a apporté optimisme et humanisme à un enseignement plutôt austère et initié une réflexion sur la relation médecin-malade. Lors de mon stage d'externe à Louis Mourrier vous m'avez fait découvrir avec passion l'univers de la psychiatrie et ses nombreuses interactions avec la médecine générale. Enfin, lors de mon internat vous m'avez permis de réaliser un stage dans votre service et de développer ce projet de consultation de médecine générale qui me tenait à cœur tout en me laissant la liberté de réaliser cette étude.

Aux membres du jury qui ont donné de leur temps précieux pour juger cette thèse

A Jean Pierre Aubert pour tes conseils avisés qui m'ont guidée dans ce travail, pour avoir suscité chez de nombreux étudiants un intérêt pour la recherche en soins primaires, pour tes cours qui nous permettent de découvrir la richesse de notre discipline et surtout pour m'avoir poussée dans des projets passionnants que je n'aurons pas osé sans toi.

A Michèle Guegan qui m'a accueillie au sein de son équipe. Votre patience, votre sens du travail en équipe, votre approche calme, empathique et parfois ferme de la relation médecin-patient ainsi que nos échanges m'ont beaucoup apporté pour ma formation. La confiance que vous m'avez accordée dans la prise en charge des patients et dans ce projet d'étude m'a été précieuse. Enfin je vous remercie vivement de votre collaboration dans la réalisation de cette étude qui n'aurait pas pu voir le jour sans vous.

Au docteur Archambault pour son pragmatisme, son dynamisme et surtout pour tout ce qu'il m'a appris sur la psychiatrie et les psychothérapies.

A tout les psychiatres du CMP pour m'avoir suivi dans ce projet et de m'avoir accordé de votre temps et de votre énergie.

Aux secrétaires du CMP pour leur aide matérielle dans la réalisation de l'étude

A toute l'équipe du CMP (infirmières, assistance sociale, psychologues) pour le travail extraordinaire que vous faites pour les patients et pour nos conversations (parfois animées ...) qui m'ont beaucoup appris sur la coordination des soins et la prise en charge pluri-disciplaine.

Au Professeur Michel Nougairede dont la rigueur teintée d'humour et la passion de son métier m'a fait découvrir au cours des séminaires de seconde cycle la richesse de notre spécialité. Votre implication pédagogique m'a permis de bénéficier d'un enseignement de qualité, très interactif et « moderne » et je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordé à plusieurs reprises.

A toute l'équipe du DMG de Paris 7 : Isabelle Aubin et sa bonne humeur, Dominique Huas et sa rigueur intellectuelle qui nous permet de voir plus loin, Pierre Rabany et son réconfort, Pascale Santana et sa capacité de travail, Philippe Zerr pour l'organisation de la journée de médecine générale, etc...

A Guillaume pour avoir partagé ces longues études et nos délires....

A Isabelle pour ta constante amitié

A Estelle, Nico, Fred, et toute la bande

A François pour ton soutien et ton amour

A ma sœur Catherine pour sa douceur et ses talents pédagogiques

Et bien évidemment à mes parents pour m'avoir soutenue et supportée depuis le début et m'avoir donnée le sens du travail et de l'empathie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
PRESENTATION DU SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS.....	10
1°) le système de soin en santé mentale	10
2°) les soins somatiques	12
ETUDE DE LA LITTERATURE	13
1°) prévalence élevée des pathologies psychiatriques	13
2°) une morbi-mortalité préoccupante	14
a) une surmortalité importante.....	14
b) les atteintes organiques sont fréquentes et variées	15
3°) comment expliquer une telle vulnérabilité somatique ?	16
a) des facteurs de risques fréquents	16
b) la iatrogénie	17
c) un accès aux soins limité	17
d) une prise en charge somatique difficile	17
4°) que sait on de la coordination des soins psychiatriques et somatiques ?	18
OBJECTIFS	20
1°) conventions de langage	20
2°) objectifs	21
METHODOLOGIE	22
1°) Elaborer un questionnaire	22
2°) Interroger les patients	23
3°) Contacter les médecins somaticiens	24
4°) Identifier le médecin traitant et les problèmes somatiques dans les dossiers du CMP.....	24

5°) Evaluer la perception de l'étude par les praticiens	25
RESULTATS	26
1°) Nombre de patients inclus	26
2°) caractéristiques sociales de la population étudiée	26
3°) caractéristiques psychiatriques	27
4°) addictions	30
5°) prise en charge somatique	31
6°) identification des médecins traitants	32
7°) identification des médecins traitants dans les dossiers du CMP	33
8°) nature des problèmes somatiques pris en charge par les médecins traitants ..	34
9°) Déclaration de problèmes somatiques par les patients et cohérence avec les données des médecins traitants	37
10°) Identification des problèmes somatiques dans les dossiers psychiatriques ...	40
11°) Identification des problèmes somatiques dans les dossiers psychiatriques ...	40
12°) Prescription de psychotropes par les médecins traitants	42
13°) Interactions médicamenteuses	42
14°) Contre indications	44
15°) Perception de l'étude par les praticiens	44
DISCUSSION	46
1°) Qualité du recueil de données.	46
2°) Prévalence des troubles psychiatriques	46
3°) Analyse des données sociales	47
4°) Analyses des données concernant les addictions	48
5°) Le médecin somaticien, le médecin traitant	49

6°) Les morbidités somatiques	50
7°) fiabilité des déclarations des patients	51
8°) La coordination des soins	53
9°) La perception de l'enquête par les médecins	54
10°) Limites de l'étude.....	55
11°) Perspectives d'avenir	56
CONCLUSION	61
ANNEXES	63
BIBLIOGRAPHIE	72

INTRODUCTION

La prise en charge des malades mentaux est complexe et doit être multidisciplinaire. En effet, les données de la littérature ont démontré depuis plusieurs dizaines d'années une surmorbidity somatique [33] et une surmortalité préoccupante [7]

Mais l'accès au soin est souvent limité [8] et difficile pour des raisons sociales et psychiques.

Les autorités sanitaires françaises recommandent une prise en charge multidisciplinaire des malades mentaux et une collaboration entre les médecins traitants et les équipes de soins psychiatriques [23]

Or la collaboration entre psychiatres et somaticiens n'a pour l'instant fait l'objet que de rares travaux en France [48 ; 50] et c'est un domaine qui reste largement à explorer.

Nous nous proposons d'étudier l'accès au soin somatique des patients psychiatriques suivi en ambulatoire en mesurant le taux de patient ayant un médecin traitant. Dans un second temps nous tenterons d'évaluer le degré de communication entre psychiatre et médecin traitant en évaluant les connaissances des pathologies psychiatriques du patient par le médecin traitant et la connaissance des pathologies somatiques par les psychiatres.

Si un manque de collaboration était démontré nous chercherons à analyser si ce défaut de communication peut être préjudiciable pour le patient par exemple dans le cadre des interactions médicamenteuses.

Enfin, nous proposerons des dispositifs qui pourraient permettre d'améliorer cette collaboration.

Cependant avant d'étudier la collaboration entre psychiatre et médecin traitant il nous paraît important de comprendre la compartimentation du système de soins français et de réaliser un état des lieux sommaire des données de la littérature concernant la prise en charge somatique des malades mentaux.

PRESENTATION DU SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS

1°) Le système de soins en santé mentale

L'organisation de l'offre de soins publique de santé mentale est basée depuis les années 60 sur la sectorisation. La circulaire du 15 Mars 1960 est la concrétisation d'une politique d'ouverture de l'asile, formulée dès la Libération. Elle pose le principe de donner aux malades mentaux la possibilité de vivre dans la communauté et, pour cela, elle favorise la résolution de leurs difficultés médico-sociales. La circulaire de Mars 1960 institue un découpage du territoire en secteurs, avec la mise en place, dans chacun d'eux, d'une équipe médicale et paramédicale intervenant auprès des malades à tous les stades de la maladie. L'hospitalisation en milieu spécialisé psychiatrique n'est alors plus qu'une étape dans le traitement de la maladie mentale.

Ainsi il existe des structures avec hébergement (centres d'hospitalisation à temps complet, centres de crise, appartements thérapeutiques ...) et des structures sans hébergement (hôpitaux de jour, hospitalisation à domicile, ateliers thérapeutique, centre médico-psychologique)

Le système de soins en milieu ambulatoire est majoritairement représenté par les Centres Médico-Psychologique (CMP) où les soins sont gratuits et ouverts à tous les adultes du secteur défini par leur lieu de résidence. A noter que l'ouverture des droits à la Sécurité Sociale n'est pas un préalable à la gratuité de la prise en charge par le secteur psychiatrique. En 1997, 94% des patients pris en charge par le secteurs de psychiatrie générale bénéficiaient d'un suivi en CMP [15].

Les CMP sont le pivot du dispositif sectoriel, y sont assurées des consultations, des visites à domicile. Une mission de prévention est assignée aux CMP.

La sectorisation a beaucoup contribué au développement du travail en réseau et du travail social au cours des dernières années. Ainsi on peut mesurer un « effet protecteur » de la sectorisation pour les patients schizophrènes. Après deux ans de suivi, 96% des personnes ont un logement stable, et 98% ont leurs droits ouverts à la Sécurité sociale [15].

La Haute Autorité de Santé rappelle que la sectorisation a pour but de favoriser la prise en charge ambulatoire des patients et le travail en réseau avec les différents acteurs médico-sociaux. Elle doit faciliter la continuité et la cohérence des soins psychiatriques et somatiques [23].

Les patients peuvent aussi accéder, en dehors du CMP, aux soins de médecins libéraux, généralistes, ou spécialistes (notamment psychiatres). En France l'accès aux médecins spécialistes était libre jusqu'en 2005. Depuis lors, un dispositif d'incitation financière prévu par la loi du 14 août 2004 relative à l'assurance maladie, favorise la consultation préalable d'un médecin généraliste pour les sujets de plus de 26 ans et doit permettre de contribuer à une meilleure coordination des soins.

2°) Les soins somatiques

Sur le versant somatique, l'essentiel des soins primaires est assuré par les médecins généralistes, professionnels libéraux qui peuvent être consultés en accès direct. En 2004, on comptait 54 300 médecins généralistes libéraux [6]. L'accès à tous les médecins généralistes était libre jusqu'en 2005. Depuis cette date, les patients doivent choisir un médecin traitant (le plus souvent un généraliste) et le déclarer à la Sécurité Sociale. L'immense majorité des généralistes libéraux (87%) appliquent en France des tarifs d'honoraires fixes [6] déterminés par une convention entre les syndicats professionnels et les organismes de Sécurité Sociale, et les patients sont remboursés à hauteur de 75% au moins de ces honoraires (mais souvent en fait à 100%, notamment s'ils disposent d'une mutuelle complémentaire, ou si la faiblesse de leurs revenus leur donne droit à un des deux systèmes d'accès gratuit aux soins, la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale d'Etat).

ETUDE DE LA LITTERATURE

L'étude de la littérature nous apprend que la prise en charge des patients psychiatriques est un double problème de santé publique en raison d'une prévalence élevée de ces pathologies et de comorbidités somatiques importantes.

1) prévalence élevée des pathologies psychiatriques.

Les maladies psychiatriques, dont la prévalence est élevée, se caractérisent par leur caractère majoritairement chronique.

La prévalence de la schizophrénie est estimée en France, en population générale, à 1% ce qui représente environ 40 000 personnes [22].

Des études plus anciennes estimaient la prévalence dans une fourchette de 0,06 à 0,9% [37]. Cette importante variabilité des résultats variant de 2 à 5 en moyenne a été soulignée par Goldner qui a publié une revue de la littérature de 1980 à 2000 [18].

Les données d'incidence sont de l'ordre de 10/100 000 par an [20], en cohérence avec les chiffres de l'ordre de 16/100 000 rapportés dans les pays développés [45].

La dépression est sans aucun doute la pathologie psychiatrique la plus fréquente. Sa prévalence varie selon les études de 5 à 15% [24].

Lors de l'enquête menée par l'INPES, 7,8 % des Français interrogés auraient souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois [27].

Une étude britannique a montré une prévalence du syndrome dépressif majeur comprise entre 2 et 4 % dans la population générale, entre 5 et 10 % pour les patients suivis en soins primaires et entre 10 et 14% chez les patients hospitalisés [30].

Parmi les troubles de l'humeur, retenons le cas particulier de la maladie bipolaire dont la prévalence est d'environ 1% [3 ;31].

Enfin, les troubles anxieux sont probablement les troubles psychiatriques les plus fréquents même si leur prise en charge n'est pas toujours assurée par le système de soins psychiatriques. Ainsi la prévalence des phobies est de 13,6 à 16%, celle des troubles paniques de 1,2 à 3,5% et celle des troubles anxieux généralisés de 1,9 à 6,6% [49].

2) une morbi-mortalité somatique préoccupante

La vulnérabilité à certaines pathologies somatiques des populations porteuses d'affections psychiatriques chroniques est connue.

a). Une surmortalité importante

De nombreuses études françaises et internationales confirment une surmortalité élevée [5 ; 7] et précoce chez les malades mentaux [21]

Une étude multicentrique de l'INSERM portant sur un suivi de cohorte de huit ans concernant 3470 patients schizophrènes révèle un taux de mortalité multiplié par 4 par rapport à la population générale [10].

Ces données sont plus préoccupantes que celles de nos voisins d'Europe du Nord. Ainsi une étude similaire finlandaise a montré un taux de mortalité multiplié par 3.3 chez les hommes et 2.3 chez les femmes [29].

Même si le suicide reste la première cause de mortalité, il ne permet pas d'expliquer à lui seul cette surmortalité, qui s'avère liée également aux pathologies cardiovasculaires et infectieuses [17].

Plus récemment une étude finlandaise a montré que les 4 premières causes somatiques de décès chez les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie sont les pathologies cardiovasculaires, digestives, néoplasiques et respiratoires [42].

b) Les atteintes morbides organiques sont fréquentes et variées.

On estime que 50% des malades mentaux souffrent d'une comorbidité somatique [19]. Par exemple, une étude prospective portant sur 529 patients de la file active du système de santé mentale de Californie montre que 47% des patients examinés présentent une pathologie physique [33].

Ces comorbidités sont responsables chez les patients psychotiques d'un nombre plus élevé d'hospitalisations pour des motifs somatiques que pour la population générale [13].

Les schizophrènes souffrent plus que la population générale de pathologies respiratoires (risque relatif =3,2 par rapport à la population générale), de maladies infectieuses (RR 3,4), de

maladies cardio-vasculaires (RR= 2,3) et de diabète (RR=1,5 à 2,7 selon les études) [11 ; 26 ; 43].

De même, le risque de survenue d'un infarctus du myocarde est 4 à 5 fois supérieur pour un patient souffrant d'un syndrome dépressif sévère que pour un patient non dépressif [28] et 17 à 27% des patients porteurs d'une cardiopathie ischémique présentent un syndrome dépressif majeur [44].

3°) Comment expliquer une telle vulnérabilité somatique ?

a) des facteurs de risques fréquents.

Cette population présente de nombreuses conduites à risques telles que l'alcoolisme, les toxicomanies et le tabagisme [11]

b) la iatrogénie

De nombreux facteurs iatrogènes sont en causes.

La prise de poids est significative pour les patients traités neuroleptiques [12] et plus discutée pour les antidépresseurs (en particulier les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou IRS) [28].

Le risque accru de diabète et de dyslipidémie associé aux neuroleptiques (notamment les neuroleptiques atypiques tels que la clozapine ou l'olanzapine) est connu [11].

Enfin il existe un réel risque d'interactions médicamenteuses (notamment pour les neuroleptiques et de dépendance induite par certains traitements psychotropes (benzodiazepines par exemple) [16].

c) un accès aux soins limité

Pour cette population, le recours aux soins non psychiatriques est faible. Ceux-ci sont souvent perçus - par les patients eux-mêmes mais également par leur entourage - comme secondaires par rapport au trouble de santé mentale et aux autres soucis de la vie quotidienne [8].

Il est important de souligner que ces patients ne sont pas pris en charge par les psychiatres pour leurs problèmes somatiques. Ainsi une étude britannique montre que seul un tiers des psychiatres réalisent un examen clinique de leurs patients, et un peu moins d'un tiers déclarent ne pas se sentir compétents à faire un examen clinique même succinct [47].

Parallèlement peu de généralistes britanniques acceptent d'être le médecin référent de ces patients [32].

d) une prise en charge somatique difficile

D'une part les consultations sont plus longues, plus fréquentes et plus complexes [14; 51].

D'autre part le contact et l'interrogatoire sont plus difficiles avec les patients psychotiques [40].

Ces données peuvent en partie expliquer les difficultés diagnostiques que peuvent rencontrer les médecins face à ces patients [19].

Koranyi E.K a effectué en 1979 une étude sur 2090 patients d'une clinique psychiatrique pour évaluer les pathologies somatiques mal ou non diagnostiquées. 43% des patients présentaient une pathologie physique. Les psychiatres échouaient dans 48% des cas à faire le diagnostic, tandis que les somaticiens étaient 32% dans ce cas [34].

Enfin il est intéressant de noter que la survenue de pathologies somatiques contribue à aggraver les désordres psychiatriques [33 ; 35]

L'ensemble de ces données montre la nécessité d'une étroite collaboration entre psychiatres et somaticiens autour de ces populations fragiles.

4°) Que sait-on de la coordination des soins psychiatriques et somatiques ?

Très peu de travaux sont disponibles sur la qualité de cette collaboration et de la communication entre psychiatres et médecins généralistes.

Nous avons réalisé le 2 juillet 2007 une recherche bibliographique via le moteur de recherche pubmed des articles antérieurs à cette date.

- les mots clés « primary care » and « psychiatrist » and « communication » rapportent 13 références
- « general practice » and « psychiatrist » and « communication » en rapportent trois
- « Primary care » and « mental illness » and « communication » en rapportent 17

- « general “ and “mental illness”and “communication” en rapportent 6.

A titre de comparaison la recherche « Mental disorder » and « somatic symptom » or « somatic disease » donnent 264 articles.

Cependant une étude française a cherché à évaluer l'attitude des médecins généralistes dans la prise en charge de patients schizophrènes. Elle montre que moins d'un tiers des généralistes ont un contact régulier avec les équipes de soins psychiatriques qui prennent en charge leurs patients [48].

Une autre étude française évaluant la qualité de la collaboration entre les médecins généralistes et leurs confrères psychiatres a montré qu'une minorité des médecins généralistes est satisfaite de sa collaboration avec les psychiatres libéraux (49,5) et publics (35%), 54% d'entre eux se déclarant moins satisfait de leur relation avec les psychiatres que de leur relation avec les autres spécialistes [51].

La prise en charge somatique des malades mentaux et la collaboration entre les équipes de soins psychiatriques et somatiques est donc un problème sanitaire majeur en France. Cette réflexion est d'autant plus pertinente que le plan de santé mentale 2005-2008 affiche la volonté de rompre l'isolement des médecins généralistes, à l'heure où se met en place en France un parcours de soins coordonné, et où se développent les réseaux de santé.

OBJECTIFS

1 °) Conventions de langage

Nous avons cherché à étudier les rapports entre les psychiatres publics et les médecins généralistes au sujet de leur patient. Nous avons considéré que, pour qu'un généraliste puisse se considérer comme investi dans une relation avec un patient, il fallait qu'il l'ait rencontré à plusieurs reprises, et à une fréquence suffisamment élevée.

De façon arbitraire, nous utiliserons donc dans ce travail les définitions suivantes :

- Médecin somaticien : médecin désigné par le patient comme étant en charge de ses problèmes somatiques (qu'il soit ou non généraliste)
- Médecin traitant : médecin somaticien ayant rencontré le patient plus d'une fois au total, et au moins une fois dans la dernière année.

Il faut donc noter que le terme de médecin traitant, dans notre définition, n'a rien à voir avec la définition légale du médecin traitant telle qu'elle est posée par la loi du 13 Août 2004.

Remarquons que le patient seul suffit à désigner son médecin somaticien, mais que, pour savoir si celui-ci est médecin traitant au sens où nous l'entendons, il faut interroger le médecin lui-même.

2°) Objectifs

Afin de cibler notre travail sur les soins primaires ambulatoires nous avons choisi d'étudier la prise en charge somatique des malades mentaux suivis en ambulatoire.

Objectifs principaux :

- Mesurer la proportion de patients suivis en CMP ayant un médecin traitant
- Evaluer le niveau de connaissance des médecins traitants sur les pathologies psychiatriques de leurs patients
- Evaluer le niveau de connaissance des psychiatres sur les pathologies somatiques de leurs patients

Objectifs secondaires :

- évaluer la fréquence de prescription croisée de psychotropes et les interactions médicamenteuses entre les différentes prescriptions médicamenteuses.
- identifier l'existence ou l'absence de facteur prédictif d'un défaut de prise en charge somatique
- identifier l'existence ou l'absence de facteurs prédictifs d'un défaut de communication entre psychiatres et médecins généralistes
- repérer les obstacles identifiés par les patients du CMP à un suivi somatique
- évaluer le ressenti des praticiens face à cette étude

METHODOLOGIE

Ce travail a été réalisé au cours du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) de l'auteur de ce travail. Ce SASPAS a été effectué au sein du CMP du 22^{ème} secteur de santé mentale de Paris (18^{ème}).

En collaboration avec un des psychiatres du CMP, nous avons élaboré un protocole afin d'informer l'équipe des objectifs et du déroulement de l'étude (voir annexe 1).

Il s'agit d'une étude monocentrique prospective non randomisée.

1°) Première étape : Elaborer du questionnaire de l'étude (voir annexe 2)

La Haute Autorité de Santé a publié un outil d'aide à la gestion du dossier en psychiatrie ambulatoire [25]. A partir de ce document, **un questionnaire** a été élaboré en concertation avec l'équipe du CMP. Ce questionnaire était destiné à être rempli par le psychiatre du CMP, en présence du patient.

Il comportait :

- des **données démographiques** (âge, sexe),
- **sociales** (régime de protection des biens, couverture médicale complémentaire),
- **des informations psychiatriques** (la pathologie et son traitement).

Une question permettait que le patient désigne son **médecin somaticien**, s'il estimait en avoir un. Si le patient déclarait ne pas avoir de médecin somaticien, une question visait à connaître la raison de l'absence de médecin traitant.

Plusieurs questions portaient sur les antécédents médicaux et sur l'existence d'un traitement à visée somatique, les consommations de tabac, alcool et toxicomanie.

2°) Deuxième étape : interroger les patients

Les **cinq médecins psychiatres** du CMP ont accepté de participer à l'étude.

Critères d'inclusions/exclusions

L'étude était proposée à tout patient adulte qui consultait un des cinq psychiatres au cours d'une période d'un mois entre le 1^{er} et le 31 Mars 2006 et qui :

- ❖ après avoir lu une lettre de présentation de l'étude, donnaient leur accord verbal pour y participer
- ❖ étaient, de l'avis du psychiatre, dans un état psychique compatible avec la réalisation de l'étude.

Un registre de patients devait être rempli indiquant le numéro de dossier des patients inclus et non inclus ainsi que la raison de la non inclusion. L'exhaustivité a été vérifiée en comparant le nombre d'inclusions à l'activité des médecins sur la période donnée.

3°) Deuxième étape : contacter les médecins somaticiens

Dans un second temps l'auteur du présent travail a contacté par téléphone les médecins somaticiens déclarés par les patients.

Après s'être présentée comme un membre de l'équipe de CMP et comme interne de médecine générale elle procédait à un entretien en utilisant le questionnaire préétabli (voir annexe 2).

Les objectifs à cette phase étaient de déterminer :

- si le médecin somaticien pouvait être considéré comme médecin traitant (cf définition)
- s'il avait connaissance de la pathologie psychiatrique
- s'il connaissait le traitement psychotrope suivi par le patient
- si le patient était atteint d'affections somatiques
- si le patient recevait un traitement à visée somatique
- si le médecin prescrivait des psychotropes

4°) Troisième étape : identifier le médecin traitant et les problèmes somatiques dans les dossiers du CMP

Les dossiers psychiatriques des patients considérés ont ensuite été analysés à la recherche des deux informations suivantes :

- le nom du médecin somaticien était-il mentionné ?

- Le dossier psychiatrique contenait-il des informations sur les pathologies somatiques du patient ?

Pour cela nous avons recherché la trace d'une information écrite soit sur la page de renseignements présente en début de dossier, soit dans les courriers, soit dans les comptes-rendus d'hospitalisation, soit dans les notes de consultations prises au cours de la dernière année.

Nous nous sommes limité à ces points considérant dans un souci d'efficacité et de simplicité que ces informations importantes devaient être facilement accessibles pour être utilisables.

Enfin nous avons comparé les traitements prescrits par les psychiatres et les traitements prescrits par les médecins traitants, à la recherche d'interactions médicamenteuses.

5°) Evaluer la perception de l'étude par les praticiens.

Le questionnaire a alors été présenté lors de réunion où l'auteur a recueilli le ressenti des psychiatres vis à vis de cette étude. Nous n'avons pas réalisé de questionnaire pour interroger les psychiatres sur leur perception de l'étude mais nous avons laissé chacun s'exprimer librement.

Lors de l'entretien téléphonique avec les médecins traitant, nous leur avons demandé s'ils avaient déjà été contacté par un membre du CMP et s'ils étaient favorables à une évaluation de leur connaissance de la pathologie psychiatrique de leur patient.

RESULTATS

1°) Nombre de patients inclus

Cent quarante trois patients ont été inclus.

Le registre de non-inclusion n'a pas été correctement utilisé par les psychiatres.

Si on compare avec l'activité des médecins, 281 patients ont consulté sur cette période,

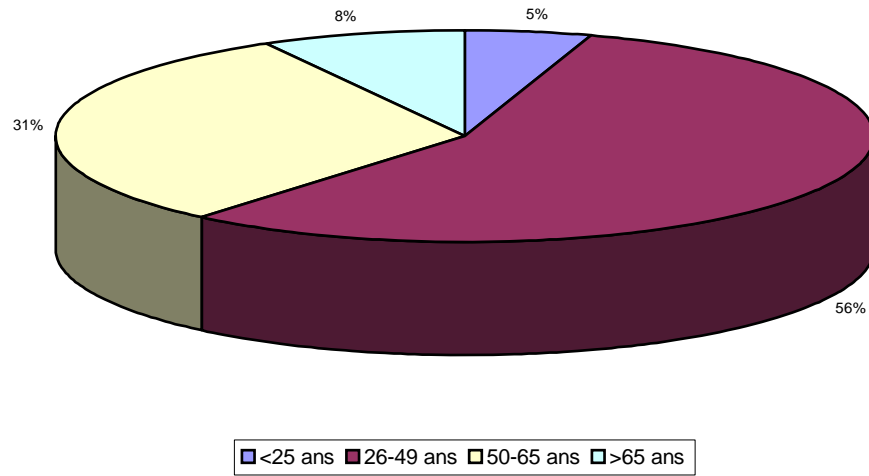
l'exhaustivité était donc de 51% et variait de 34 à 57% selon les psychiatres.

2°) Caractéristiques sociales de la population étudiée

- Le sex ratio est de 1,08 en faveur des hommes.

- L'âge moyen est de **47,2 ans** [20; 78]
 - 7 patients ont entre 18 et 25 ans
 - 81 patients ont entre 26 et 49 ans
 - 45 patients ont entre 50 et 65 ans
 - 10 patients ont plus de 65 ans

répartition par tranche d'âge en pourcentage



□ La couverture sociale se répartit ainsi :

- 30 % des patients n'ont aucune couverture médicale complémentaire (43),
- 17% bénéficient de la CMU ou de l'AME (24),
- 53% (76) ont une mutuelle.

70% des patients disposent donc de la possibilité de consulter un généraliste en étant totalement remboursés.

28 % des patients (40) sont sous une mesure de protection des biens.

3°) Caractéristiques psychiatriques

a) les pathologies (tableau 1)

Les pathologies rencontrées, telles qu'elles sont renseignées dans les dossiers, sont dominées par les troubles psychotiques qui représentent 60% des patients avec une majorité de schizophrènes.

Ce groupe comprend :

- la schizophrénie (68 patients)
- les psychoses hallucinatoires chroniques (3 patients)
- les psychoses paranoïaques (10 patients)
- les troubles délirants persistants (5 patients)

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux constituent, avec 26% des patients, le second grand groupe de pathologies

Ce groupe comprend :

- la maladie bipolaire (15 patients)
- les syndromes dépressifs majeurs (9 patients)
- les troubles anxieux généralisés (2 patients)

Dix patients sont pris en charge pour addiction dont 6 pour alcoolisme chronique et 4 pour toxicomanie.

Enfin, nous avons regroupé dans la catégorie autres pathologies :

- les troubles de la personnalité (4 patients)
- l'anorexie (2 patients)
- les syndromes de stress post traumatique (2 patients)
- les personnalités paranoïdes (2 patients)

Pathologies	Nombre de patients n (%)
Alcool et autre addiction	10 (7 %)
Troubles de l'humeur et troubles anxieux	37 (26 %)
Troubles psychotiques	86 (60%)
Autres	10 (7 %)

Tableau 1 : Les pathologies psychiatriques rencontrées chez les patients interrogés

b) les traitements (tableau 2)

La population étudiée présente une médicalisation par psychotropes importante puisque seuls trois patients (2 %) n'ont aucun traitement psychotrope prescrit par les psychiatres du CMP.

De plus, 90 % des patients (133) ont au moins une bithérapie (neuroleptique et antidépresseur ou anxiolytique, antidépresseur et anxiolytique, deux neuroleptiques etc ...)

Les deux classes pharmaceutiques les plus prescrites sont les neuroleptiques et les anxiolytiques. Notons que le neuroleptique le plus prescrit est l'olanzapine (Zyprexa^o) (11 patients) suivi du Cyamémazine (Tercian ^o) (8 patients), l'antidépresseur le plus prescrit est la paroxétine (Déroxat^o) (16 patients) et le principal thymorégulateur est le divalproate de sodium (17 patients).

Les différentes classes pharmaceutiques sont listées dans le tableau 2. Dans un souci de clarté, nous avons choisi de simplifier au maximum la classification.

De plus, 18% des patients (25) prennent leur traitement sur place ce qui témoigne d'une faible autonomie de ces patients vis à vis de leur traitement.

Classes pharmaceutiques	Pourcentage de patients	Répartition des sous classes
neuroleptiques	68 %	Neuroleptiques classiques : 70% Neuroleptiques atypiques : 23%
Anti-parkisonien anti-cholinergique	36 %	
Antidépresseurs	45 %	IRSNA : 28 % IRS : 69 % Imipraminiques : 3 %
Thymorégulateurs	17 %	Divalproate de sodium : 72% carbamazépine : 24% Lithium : 4 %
Anxiolytiques et/ou hypnotiques	57 %	Benzodiazépine : 73% Hydroxyzine : 5% Zopiclone : 26% Zolpidem : 17 % Autres : 3 %

Tableau 2 : les traitements prescrits par les psychiatres

4°) Addictions

Nous avons relevé les consommations suivantes :

- ❖ Cinquante six pour cent (80) des patients déclarent être fumeurs, la consommation moyenne est de 26 paquets/années [2 ;100]
- ❖ Vingt pour cent (29) déclarent consommer quotidiennement de l'alcool. La consommation moyenne déclarée est de 25g/jour
- ❖ Deux patients sont substitués par subutex°
- ❖ Quatre patients déclarent consommer régulièrement du cannabis
- ❖ Aucun patient ne déclare consommer actuellement de l'héroïne ou de la cocaïne

5°) Prise en charge somatique

Quatre vingt treize patients (65%) déclarent avoir un médecin somaticien qui est dans 99% des cas un généraliste (un patient séropositif pour le VIH considère son infectiologue comme médecin somaticien).

Nous avons cherché à identifier des facteurs prédictifs d'absence de médecin somaticien.

Les facteurs analysés sont :

- Le psychiatre consulté par le patient
- Le type de pathologie psychiatrique du patient
- Certains critères sociaux (existence d'une mesure de protection des biens, niveau de remboursement des frais médicaux)

Facteurs prédictifs possibles (nombre de patient)	Nombre de patients déclarant un médecin somaticien	Nombre attendu dans l'hypothèse d'une répartition homogène entre les catégories	p
PSYCHIATRE			
Psychiatre 1 (54)	39	35.1	NS
Psychiatre 2 (12)	5	7.8	NS
Psychiatre 3 (31)	26	20.1	NS
Psychiatre 4 (20)	8	13	NS
Psychiatre 5 (26)	15	16.9	NS
PATHOLOGIE			
Alcool et autres addiction (10)	7	6.5	NS
Troubles de l'humeur et troubles anxieux (37)	27	17.5	NS
Troubles psychotiques (86)	52	33.8	NS
Autre (10)	7	6.5	NS
CRITERES SOCIAUX			
Protection des biens (40)	22	26	NS
Mutuelle (76)	59	44.8	NS
CMU (24)	10	15.6	NS
Absence de complémentaire (43)	24	27.9	NS

Tableau 3 : Nombre de patients déclarant avoir un médecin somaticien en fonction du psychiatre, de la pathologie psychiatrique et de critères sociaux

Aucun de ces trois critères n'est significativement prédictif de l'absence de médecin somaticien (tableau 3).

Le psychiatre consulté, la pathologie psychiatrique du patient, et les critères sociaux ne sont donc pas des facteurs discriminants quant à la déclaration d'un médecin somaticien par le patient.

Pour les 50 patients n'ayant pas de médecin somaticien, les raisons invoquées (tableau 4) sont principalement l'absence de besoin ressenti, des difficultés financières et des difficultés organisationnelles.

Je ne suis pas malade	60 %
Je ne peux pas payer	18 %
Je n'en connais pas	14 %
Je ne veux pas en voir	8 %
Prendre rendez vous est compliqué pour moi	6 %
Découvrir un autre lieu et/ou un autre médecin est difficile pour moi	6 %
Je n'ai pas confiance en eux	0
Ils ne sont pas compétents	0

Tableau 4 : raisons de l'absence de médecin somaticien

6°) Identification des médecins traitants

La définition que nous avons faite du médecin traitant impose que, pour déterminer si un médecin somaticien est ou non un médecin traitant, nous interrogeons le médecin en question.

Il a été possible d'interroger le médecin somaticien de 81 des 93 patients qui en avaient désigné un :

- Pour neuf patients l'identification du médecin n'a pas été possible (nom erroné, ville non mentionnée, centre de santé ou dispensaire où aucun médecin n'était clairement identifié par le patient)
- 3 médecins ont refusé de répondre.

Au total 44 médecins somaticiens, tous généralistes, ont été contactés.

Après vérification auprès du médecin désigné, seuls 48 patients peuvent être considérés comme ayant un médecin traitant. Au total 39 médecins désignés comme somaticiens étaient médecins traitants d'au moins un des patients de l'étude.

Pour les 33 autres patients ayant déclaré avoir un médecin somaticien, nous ne pouvons considérer qu'ils ont réellement un médecin traitant pour les raisons suivantes :

- le médecin n'a jamais vu le patient (14 patients)
- le médecin n'a vu le patient qu'une seule fois (10 patients)
- le médecin n'a pas vu le patient depuis plus d'un an (9 patients)

Au total, **33 % des patients (48 sur 143) de la population étudiée ont un médecin traitant au sens où nous l'avons défini.**

7°) Identification du médecin traitant dans les dossiers du CMP

L'étude des dossiers des 48 patients ayant un médecin traitant a montré que seul **13 dossiers (soit 27% des patients ayant un médecin traitant)** mentionnaient le nom du médecin.

8°) Nature des problèmes somatiques pris en charge par les médecins traitants

a) les pathologies (tableau 5)

D'après les déclarations des médecins traitants, 41 patients présentent un problème somatique, soit 85% des patients ayant un médecin traitant, selon notre définition.

On observe une forte prévalence des pathologies constituant un facteur de risque cardiovasculaire (HTA, diabète de type 2, dyslipidémie). Plus de 20% des patients ayant un médecin traitant sont suivis pour HTA.

Les autres domaines pathologiques fortement prévalents sont :

- les plaintes douloureuses (arthralgies, douleur chronique)
- les pathologies fonctionnelles telles que des troubles digestifs
- la broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Enfin, il est important de souligner une prévalence non négligeable de viroses chroniques (infections par le VIH et le VHC : quatre patients).

b) les traitements

D'après les déclarations des médecins traitants, 36 patients (soit 75 % des patients ayant un médecin traitant) ont un traitement somatique au long cours (tableau 6).

On retrouve en toute logique une forte proportion de traitement à visée cardiovasculaire ou métabolique.

Pathologies	Nombre de patients	Prévalence sur la population ayant un médecin traitant
Hypertension artérielle (HTA)	10	20,8%
Diabète de type 2	10	20,8%
Pathologies articulaires	8	16,6%
Dyslipidémie	6	12,5%
Douleur chronique	6	12,5%
Troubles fonctionnels gastro-intestinaux et dyspepsie	5	10,4%
Broncho-Pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	4	8,3%
Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire	4	8,3%
Hypothyroïdie	4	8,3%
Maladie thromboembolique veineuse	2	4,1%
VIH	2	4,1%
VHC	2	4,1%
Obésité	2	4,1%
Toxicomanie	2	4,1%
Sténose carotide	1	2%
Cardiopathie ischémique	1	2%
Syndrome des jambes sans repos	1	2%
Mélanome	1	2%
Adénome hypophysaire	1	2%
Hypertrophie bénigne de la prostate	1	2%
glaucome	1	2%
Incontinence urinaire nocturne	1	2%

Tableau 5: les différentes pathologies somatiques retrouvées chez les patients ayant une pathologie chronique

médicaments	Nombre de patients (% des patients ayant un médecin traitant)	médicaments	Nombre de patients
Antihypertenseurs	24 (50%)	Corticoïdes inhalés	6 (12%)
Diurétiques	11 (14%)	Antalgique de palier 1 et 2	5 (11%)
IEC	11 (14%)	Levothyroxine	5(11%)
β-bloquant	5 (11%)	AINS	4 (8 %)
Inhibiteur calcique	4 (9%)	Inhibiteur de la pompe à protons	4 (8%)
Sartan	2 (4%)	Antiémétiques apparentés aux neuroleptiques	3 (6%)
Antidiabétiques	12 (25%)	Topiques intestinaux	3 (6%)
Metformine	9 (19%)	Buprénorphine	3 (6%)
Sulfamide hypoglycémiant	2 (4%)	oxybutine	2 (4%)
Insuline	1 (2%)	Inhibiteurs de la 5 α-réductase	2 (4%)
Hypolipémiants	9 (20%)		
Statine	7 (14%)		
Fibrate	3 (6%)		

Tableau 6 : les différentes classes pharmaceutiques prescrites aux patients ayant un traitement

9°) Déclaration de problèmes somatiques par les patients et cohérence avec les données des médecins traitants.

a) les pathologies

Quarante neuf patients déclarent présenter des affections somatiques.

Les pathologies citées par les patients sont principalement, les troubles digestifs, l'hypertension artérielle et les pathologies articulaires (tableau 7)

Pathologies déclarées par les patients	Nombre de patients (%)
Troubles fonctionnels intestinaux et dyspepsie	11
HTA	9
Pathologies articulaires	9
Dyslipidémie	5
DNID	3
Asthme	1
BPCO	1
hypothyroïdie	3
ACFA	1

Tableau 7 : pathologies déclarées par les patients

Trois patients se connaissent une pathologie somatique alors qu'ils n'avaient pas déclaré de médecins somaticiens.

Les pathologies sont les suivantes :

- HTA et reflux gastro-oesophagien respectivement traité par inhibiteur de l'enzyme de conversion et par inhibiteur de la pompe à protons prescrits par le psychiatre.
- hypothyroïdie traitée par le psychiatre
- asthme non traité

La principale raison invoquée pour expliquer l'absence de médecin somaticien est un motif financier.

Parmi les 46 patients se sachant atteints d'une pathologie organique suivie par un médecin somaticien, seuls 34 ont effectivement un médecin traitant. Lorsque l'on compare les pathologies connues par le patient et celles diagnostiquées par le médecin, seuls 22 patients (64,7%) connaissent la ou les pathologies dont ils sont affectés.

Douze patients ne connaissent pas la ou les pathologies somatiques dont ils souffrent (tableau 8).

Par contre sept patients ont déclaré des problèmes somatiques qui n'ont pas été signalés par le médecin traitant. Il s'agit de :

- goutte (1 patient)
- ulcère gastroduodéal (2 patients)
- asthme (1 patient)
- constipation (2 patients)
- vomissement (1 patient)

Enfin, 14 patients qui ont un médecin traitant déclarent ne pas avoir de problèmes somatiques. Après vérification, sept d'entre eux (50%) n'ont effectivement aucune pathologie somatique mais 7 d'entre eux sont suivis pour une pathologie chronique (tableau 8).

Au total, 19 patients des 48 patients ayant un médecin traitant (**39,5%**) **ne se savent pas atteints d'une ou plusieurs pathologies connues** (ces pathologies sont listées dans le tableau 8). Pourtant, excepté pour l'infection par le VHC, tous les autres patients sont traités pour ces pathologies qu'ils ne peuvent citer.

Type de pathologie non déclarée par le patient	Nombre de patients
HTA	3
DNID	3
HTA et DNID	1
BPCO	3
RGO	2
dyslipidémie	2
ACFA et cardiopathie ischémique	1
VHC	1
Antécédents de phlébite traitée par AVK	1
Antécédents d'embolie pulmonaire traitée par AVK et HTA	1
Coxarthrose évoluée sous AINS au long cours	1

Tableau 8 : pathologies diagnostiquées par le médecin traitant et non déclarées par les patients

b) les traitements

Nous ne pouvons pas analyser les réponses des patients concernant l'existence d'un traitement somatique car les réponses sont **inexploitables** en raison d'un faible de taux de réponse (43%).

En effet 55 questionnaires (38%) ne présentent aucune réponse et 27 questionnaires comportent pour seule réponse « ne s'en souvient plus » (19%).

10°) Identification des problèmes somatiques dans les dossiers psychiatriques

a) la pathologie

La pathologie somatique est mentionnée avec **exactitude dans 39%** des dossiers psychiatriques du CMP, mentionnée de manière incomplète (par exemple « dysthyroïdie » au lieu d'hypothyroïdie ou « pathologie cardiaque » sans autre précision) dans 34% des cas et **non identifiée dans le dossier dans 27 % des cas.**

b) le traitement

Le traitement médicamenteux à visée somatique est **mentionné intégralement dans le dossier psychiatrique dans 36 % des cas, partiellement dans 16% des cas, et absent dans 48% des cas.** Notons que nous avons étudié uniquement la connaissance du nom du médicament ou de la classe pharmacologique, sans la posologie.

11°) Connaissances de la prise en charge psychiatriques par les médecins traitants

a) le CMP

Pour 43 des 48 patients ayant un médecin traitant (89 %), le médecin interrogé connaît l'existence d'une prise en charge en CMP du patient. Lorsque le nom du médecin traitant apparaît dans le dossier du CMP, ce taux atteint alors 100%.

b) la pathologie

Pour 21 patients (44%), le médecin traitant interrogé connaît exactement le diagnostic psychiatrique. Le diagnostic est totalement inconnu pour 19 patients (40%)... Pour les 8

autres patients, le médecin utilise une classification syndromique adéquate, sans mentionner la pathologie exacte (ex : psychotique ou lieu de psychose hallucinatoire chronique)

c) les traitements

Le nom de tous les médicaments prescrits par les psychiatres est connu pour 15 patients (31%) tandis que le médecin est incapable de nommer un des psychotropes ou de la classe pharmaceutique pour 11 patients (23%). Pour les 22 autres patients le médecin est capable de nommer certains des médicaments prescrits ou leur classe pharmaceutique.

Nous n'avons pas interrogé les médecins traitants sur les posologies des psychotropes pris par les patients.

Enfin, le taux de patients dont le médecin traitant connaissait la pathologie et son traitement tendait à être meilleur (mais sans différence statistiquement significative) quand le médecin traitant était connu du CMP (nom dans le dossier) (tableau 9)

	Nombre de cas «médecin non connu du CMP » (%)	Nombre de cas « médecin connu du CMP » (%)	p
Connaissance de la pathologie psychiatrique			NS
complète	11 (31%)	10 (77%)	
incomplète	6 (17 %)	2 (16 %)	
aucune	18 (52%)	1 (7%)	
Connaissance du traitement			NS
complète	8 (23%)	7 (54%)	
incomplète	19 (54%)	3 (23%)	
aucune	8 (23%)	3 (23%)	
total	35	13	

Tableau 9 : connaissance de la pathologie psychiatrique et de son traitement par les médecins traitants connus et non connus du CMP

12°) Prescription de psychotropes par les médecins traitants.

Pour 17 patients (soit 35% des patients ayant un médecin traitant), le médecin traitant déclare prescrire des psychotropes. La différence sur ce critère entre les médecins connus du CMP et ceux qui ne le sont pas n'atteint pas le seuil de significativité (tableau 10). Les prescriptions concernaient des anxiolytiques de la famille des benzodiazépines dans la grande majorité des cas.

	Nombre de cas « médecin non connu du CMP » (%)	Nombre de cas « médecin connu du CMP » (%)	p
Absence de prescription	21 (60%)	10 (77%)	NS
Prescription	14 (40%)	3 (23%)	NS
Types de prescription			
- benzodiazépine	9	2	
- hydroxyzine	2	0	
- zopiclone	1	0	
- zolpidem	1	0	
- antidépresseurs	3	0	
- renouvellement	1	1	
total	35	13	

Tableau 10 : prescription de psychotropes par les médecins traitants connus et non connus du CMP

13°) Interactions médicamenteuses

L'analyse des interactions médicamenteuses a été réalisée à l'aide de la base de données du dictionnaire VIDAL 2006.

Nous ne retrouvons **aucun cas d'association contre indiquée**.

Par contre nous retrouvons **quatre cas d'associations déconseillées**. Il s'agit de :

- l'association d'antiémétique apparenté aux neuroleptiques et de neuroleptiques (concerne deux patients) qui est déconseillée en raison de l'addition de leur effet centraux
- l'association d'un inhibiteur de la transcriptase inverse et d'une benzodiazépine (un cas) qui modifie le métabolisme du traitement antiviral des patients séropositifs.
- et l'association d'une anti-protéase et d'un neuroleptique (un cas) qui modifie le métabolisme du traitement antiviral des patients séropositifs.

Enfin **20 cas d'associations nécessitant des précautions d'emploi** sont trouvées concernant 18 patients (50% des patients recevant un traitement somatique).

Ces associations sont :

- antidiabétique oral et neuroleptique (huit cas) en raison de leur effet antagoniste sur la glycémie
- diurétique et IRS (deux cas) en raison du risque d'hyponatrémie
- inhibiteur de la pompe à protons et benzodiazépine (un cas)
- antihypertenseur et neuroleptique (sept cas) en raison de l'augmentation du risque d'hypotension orthostatique
- Anti-vitamine K et IRS (un cas) en raison de l'augmentation du risque hémorragique
- Topiques intestinaux et phénothiazine dont l'absorption est diminuée (un cas)

14°) Contre indications

Nous ne retrouvons dans les pathologies somatiques aucun cas de contre indication absolue à un traitement psychiatrique.

Cependant **7 patients présentent des contre-indications relatives.**

Ces contre-indications sont :

- l'usage de benzodiazépine ou de zopiclone chez un patient BPCO en raison de l'effet dépresseur respiratoire (quatre cas),
- l'usage d'aniti-parkinsonien anticholinergique (un cas) ou de phénothiazine (un cas) en cas d'hypertrophie bénigne de prostate (un cas) en raison du risque de rétention aiguë d'urine
- et enfin l'usage de phénothiazine chez un patient aux antécédents de glaucome (un cas).

15°) Perception de l'étude par les praticiens

L'ensemble des psychiatres ont accepté de participer et se sont initialement déclarés motivés pour cette étude pour des motifs variés :

- pour l'ensemble des psychiatres cette étude est l'occasion de faire un état des lieux de la prise en charge somatique des patients
- pour 4 des 5 psychiatres, cette étude est l'occasion de connaître la proportion de sur-prescription ou prescription croisée par les médecins traitant

- pour 3 des psychiatres, cette étude a également un but « pédagogique » de sensibilisation des patients vis à vis de la nécessité d'un suivi par un médecin traitant
- aucun psychiatre n'a évoqué l'utilité de cette étude pour évaluer et améliorer l'information des médecins généraliste.

Par contre la plupart des psychiatres (4/5) ont déclaré qu'il était « délicat » d'interroger les patients sur leurs problèmes somatiques

Excepté les 3 médecins qui ont refusé de participer, l'ensemble des 44 médecins généralistes qui ont été contactés ont accepté de manière très favorable de répondre à nos questions.

Trente d'entre eux (68%) n'avaient jamais été contactés par courrier ou par téléphone par le CMP.

Tous ont déclaré que des contacts réguliers avec le CMP seraient souhaitables.

DISCUSSION

1°) Qualité du recueil de données.

Il n'est pas exclu que certaines tendances montrées par notre étude n'atteignent pas le seuil de significativité en raison d'un défaut de puissance de l'étude.

La taille de notre échantillon est limitée par le caractère monocentrique de l'étude, le faible nombre de psychiatres participants et la durée limitée de l'étude (un mois) qui correspond d'après les psychiatres interrogés à la moyenne du temps de renouvellement des rendez-vous des patients.

Par ailleurs **un biais de sélection** existe probablement : les cinq psychiatres concernés ont reçu 281 patients au cours de la période considérée. Seuls 51% des patients ont été effectivement inclus. Le registre de non-inclusion n'a pas été rempli correctement, n'est pas interprétable et ne nous permet pas de savoir si les patients non inclus le sont pour des raisons indépendantes du psychiatre (état psychique incompatible, refus) ou si les patients ont été sélectionnés par les praticiens.

2°) Prévalence des troubles psychiatriques

La forte prévalence des troubles psychotiques montre la place prise par la psychiatrie publique française dans la prise en charge de cette catégorie nosographique. La prévalence des troubles dépressifs, plus basse que celle des psychoses, reflète également la structure du système de soins français, où les troubles dépressifs sont majoritairement pris en charge par les médecins libéraux (psychiatres et généralistes). En effet une étude menée dans les Yvelines montre que 70% des patients présentant un problème psychologique suivis par des

médecins généralistes sont des patients dépressifs, versus 65% pour les psychiatres libéraux et 38% pour les psychiatres publics) [50]. D'autre part, une majorité de patients dépressifs (61,7%) déclare ne consulter aucun médecin pour ce trouble [27].

Nous ne disposons pas de données évaluant la prévalence des troubles psychiatriques au sein des populations consultant en CMP, mais une étude a comparé dans les Yvelines l'activité des psychiatres publics, des psychiatres libéraux et des médecins généralistes) [50]. La différence de prévalence des troubles psychotiques est importante (30.2% pour les psychiatres publiques vs 62.5% dans notre étude au CMP) tandis que la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles anxieux est assez proche (38,4% vs 27,5% dans notre étude) et celle des addictions et de l'alcoolisme est identique (8% vs 7%) (voir tableau 11)

Types de patients	Prévalence dans notre étude	Prévalence dans l'étude « Yvelines Sud » chez les psychiatres publics
Alcool et autre addiction	7%	8%
Troubles de l'humeur et troubles anxieux	27,5%	38,4%
Troubles psychotiques	62,5%	30,2%
autres	3%	22,6%

Tableau 11 : types de pathologies prise en charge dans notre étude comparée à celles prises en charge par les psychiatres publics de l'étude « Yvelines Sud Mental Health Network »

Une étude plus proche de la nôtre, notamment parce qu'elle a été également réalisée dans un CMP du 18^{ème} arrondissement de Paris, a retrouvé 33% de femmes psychotiques et 40% de troubles de l'humeur [36], donc des chiffres en cohérence avec l'étude précédente.

Ces différences importantes entre notre échantillon et les études citées mériteraient une analyse plus poussée : **s'agit-il d'une différence de population réelle, d'un effet du biais d'inclusion de notre étude, ou d'une question de classification nosographique ?**

L'identification diagnostique était confiée dans notre étude aux psychiatres, qui n'ont pas utilisé de façon systématique la CIM 10 ou la DSM IV.

3°) Analyse des données sociales

En ce qui concerne les données sociales, l'étude réalisée dans le CMP du 23ème secteur retrouvait des proportions non significativement différentes de notre étude, pour les patients ayant une mutuelle (49% vs 53%), la seule sécurité sociale (27% vs 30%) et de patients bénéficiant de la CMU (24% vs 17%) [36].

Nous pouvons remarquer une proportion élevée de patients ayant une protection sociale réduite à la sécurité sociale seule ce qui témoigne d'une précarité importante.

Nous n'avons pas recueilli de donnée qui permettrait d'évaluer le degré d'autonomie des patients, en particulier nous ne connaissons pas la proportion des patients qui disposent d'un emploi, ni leur répartition par catégorie socioprofessionnelle.

4°) Analyses des données concernant les addictions

Quatre vingt pour cent des patients interrogés déclarent être fumeurs, chiffre supérieur à la moyenne nationale qui était en 2005 de 29,9% [27].

Vingt pour cent des patient déclarent consommer quotidiennement de l'alcool ce qui est là aussi supérieur à la moyenne nationale de 13,7%% [27]. La quantité consommée est évaluée à 25 grammes par jour ce qui est concordant avec les données du baromètre santé 2005.

Ces données sont donc en adéquation avec les données de la littérature, qui montrent une surconsommation de substances psychoactives parmi les populations suivies pour des troubles psychiatriques [2 ; 11].

5°) Le médecin somaticien, le médecin traitant

Soixante cinq pourcent des patients déclarent avoir un médecin somaticien. Cette proportion était similaire dans l'étude menée par Céline Kormann [36].

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude fournissant une évaluation en population générale du taux de patients ayant un suivi effectif, au sens où nous l'avons défini, par un médecin traitant

Trente trois pourcent des patients ont un médecin traitant correspondant à notre définition. Ce taux n'est significativement influencé par aucun des critères que nous avons identifiés (pathologie psychiatrique, couverture sociale, existence d'une mesure de protection des biens, nom du psychiatre consulté).

Il ne varie pas significativement selon le psychiatre considéré, et l'on peut penser que l'absence de différence significative n'est pas dans ce cas due à la faible taille de l'échantillon tant les chiffres obtenus sont proches de ceux attendus.

Par contre, en ce qui concerne la pathologie psychiatrique et les critères sociaux on ne peut exclure que l'absence de différence statistiquement significative ne soit due à la faible taille de notre échantillon

Une étude menée chez les patients hospitalisés à l'hôpital psychiatrique de Maison Blanche a montré que 26,4% des patients avaient un médecin traitant. La schizophrénie et autres troubles psychiatriques (diagnostics psychiatriques F20-29 du DSM-IV) étaient dans cette étude un facteur prédictif de l'impossibilité d'identifier un médecin traitant [39].

Il est également étonnant qu'aucun facteur de couverture sociale n'apparaisse comme prédictif, alors que 18% des patients qui n'ont pas de médecin somaticien déclarent « ne pas pouvoir payer ».

6°) Les morbidités somatiques

Dans notre étude, 85% des patients ayant un médecin traitant ont une comorbidité somatique. Ce chiffre est supérieur aux données de la littérature qui indique un taux d'environ 50% de patients ayant une comorbidité somatique [19, 33].

Notre méthodologie induit une **surévaluation** des morbidités somatiques : nous n'avons d'information que sur les patients pris en charge en médecine générale, et plus précisément sur ceux qui consultent régulièrement un généraliste. Il est probable que les morbidités somatiques soient moins élevées parmi les patients qui n'ont pas de médecin somaticien, ou qui ne le consultent pas régulièrement. Cependant l'étude réalisée chez les patients hospitalisés souligne que la probabilité d'identifier un médecin était indépendante de la présence ou non d'une pathologie somatique connue [39].

Ainsi la prévalence du diabète de type 2 (24 % des patients ayant un médecin traitant) est nettement supérieure à la prévalence dans la population générale (2 à 2,5%) [1] et supérieure aux différences observées dans la littérature pour des populations en psychiatrie [11 ; 21 ; 26 ; 43].

Toutefois l'importance de cette différence est telle que les imperfections de notre méthodologie ne nous paraissent pas pouvoir l'expliquer à elle seule. Nous notons notamment que, rapportée à l'ensemble de l'échantillon, la prévalence des diabètes connus

atteint 7%, soit trois fois plus que le taux observé en population générale. Ces résultats montrent l'impérieuse nécessité d'un recueil systématique des facteurs de risque cardiovasculaires dans cette population.

Notons également que 29% des patients ayant un médecin traitant présentent des plaintes douloureuses.

L'expérience clinique prouve que ces plaintes sont difficiles à interpréter du fait des difficultés que les patients peuvent rencontrer pour décrire ces symptômes, d'une perception motivée par les troubles psychotiques... De plus, on a longtemps cru que les psychotiques présentaient une plus grande tolérance à la douleur, en raison entre autres d'un supposé effet analgésique des neuroleptiques [19].

Ce constat est d'autant plus préoccupant que ces plaintes sont peu prises en charge dans les services de psychiatries où deux tiers des professionnels se disent non formés aux problèmes de la douleur et que la majorité des centres hospitaliers spécialisés ne possède pas de CLUD (comité de lutte contre la douleur) [46].

7°) fiabilité des déclarations des patients

Nous avons constaté que 49% des patients déclarant avoir un médecin somaticien n'ont pas réellement de médecin traitant. Dix-neuf pourcent des patients interrogés donnent des réponses non valides et ininterprétables lorsqu'ils sont interrogés sur leur traitement somatique. De même 39,5% des patients ayant un médecin traitant ne parviennent pas à renseigner correctement le psychiatre sur leurs antécédents médicaux et pathologies somatiques en cours. Ce constat est d'autant plus préoccupant que ces oublis portent souvent

sur des pathologies nécessitant un traitement à risque d'interaction médicamenteuses et d'effets secondaires (anti-hypertenseur, antidiabétique oraux, anti-vitamine K, etc....).

Sept patients déclarent des pathologies non signalées par le médecin traitant. Ces pathologies sont majoritairement bénignes (goutte, vomissement, constipation...).

Ces résultats nous conduisent à une interrogation. Quels sont la perception et le retentissement de ces troubles dans la vie quotidienne des patients ? Quelle est la part psychosomatique dans ces symptômes ? Ce constat est il est témoin supplémentaire d'une perception différentes de leur corps et des difficultés rencontrées par les psychotiques pour apprécier et décrire un problème médical [19].

Ces réflexions mises à part, il existe une discordance importante entre les déclarations des patients et les informations que nous pouvons obtenir de la part des médecins. Notre travail fait apparaître que la capacité des patients à répondre et à informer leur psychiatre sur leur suivi, leurs antécédents et traitement somatique est faible. Ces données sont en total cohérence avec celles d'une précédente étude portant sur le suivi de 38 patients schizophrènes ayant une pathologie somatique, qui montre que moins de 20% des sujets sont capables de désigner un problème médical diagnostiqué trois mois auparavant [40]. Par conséquent ces difficultés de communication justifient une collaboration efficace entre les psychiatres et les médecins traitants ces derniers considérant avoir des lacunes dans la compréhension et l'interprétation de ces patients [33].

8°) La coordination des soins

Le nom du médecin traitant du patient n'est noté dans le dossier du patient que dans 27% des cas. Ceci témoigne de la faible communication entre ces deux acteurs médicaux, comme deux études françaises l'ont déjà suggéré [48 ; 50].

Les pathologies somatiques sont méconnues du psychiatre dans 61% des cas et leur traitement n'est connu intégralement que dans 36% des cas.

La recherche de cette information a été faite par la consultation du dossier psychiatrique. Cette consultation s'est surtout concentrée sur les pages les plus récentes (dernières années de consultation) et les pages « globales » (antécédents médicaux notamment). Il est donc possible que certaines pathologies somatiques soient effectivement mentionnées, mais que nous ne les ayons pas relevées. On peut donc se demander si notre méthode n'a pas sous-évalué le degré de connaissance des psychiatres. Néanmoins une information médicale n'est pertinente que si elle est facilement accessible. La réponse que nous apportons au niveau de connaissance de la pathologie somatique par le psychiatre est donc fiable.

L'identification de la pathologie psychiatrique par le médecin traitant a été faite par une méthodologie différente : nous avons interrogé les médecins traitants par téléphone. Il est possible que, si nous avions eu une méthodologie identique à celle que nous avons suivie en CMP (consultation directe des dossiers), les résultats soient différents, mais il n'est pas possible de savoir dans quel sens cette différence méthodologique a joué.

Par ailleurs, il n'est pas exclu que le recueil purement déclaratif des prescriptions de psychotropes à ces patients par leur généraliste n'ait conduit à une **sous-estimation** de ce taux, qui atteint néanmoins 35% alors que ces patients sont déjà traités au CMP.

Il n'y a aucune différence statistiquement significative dans la connaissance par le généraliste de la pathologie psychiatrique et de son traitement ainsi que dans la prescription de psychotropes, selon que le médecin soit connu ou non du CMP. Cependant cette absence de significativité est possiblement liée à la faible taille de l'échantillon (48) des patients ayant réellement un médecin traitant et l'on peut supposer qu'une amélioration de la communication pourrait améliorer ces pratiques.

9°) La perception de l'enquête par les médecins

Les psychiatres du CMP ont accepté avec enthousiasme de participer à cette étude. Certains ont participé activement à l'élaboration du questionnaire.

Témoignant d'un réel souci d'amélioration de la qualité des soins tant somatiques que psychiatriques, l'ensemble des psychiatres se sont initialement déclarés motivés pour cette étude. Cependant la faible exhaustivité nous impose de nous interroger sur la motivation réelle des psychiatres à participer à cette étude.

La majorité des médecins généralistes ont accepté de se soumettre avec enthousiasme à un interrogatoire sur leur connaissance de la pathologie psychiatrique de leur patient.

Ces données contrastent donc avec le faible pourcentage de médecin ayant eu un contact avec le CMP (32%) témoin flagrant de l'isolement du médecin généraliste.

Ils semblent donc que psychiatres et médecins généralistes manifestent un intérêt pour communiquer entre eux sans que ce travail soit effectif.

10°) Limites de l'étude.

La principale limite de notre étude est la faible taille de notre échantillon et la possibilité d'un biais de sélection.

D'autre part, les questionnaires présentent deux imperfections :

- nous n'avons pas tenu compte de l'existence d'une activité professionnelle reflet de l'autonomie du patient
- le diagnostic psychiatrique était laissé à la libre évaluation du psychiatre ce qui a conduit à une grande diversité de réponses qu'il a fallu secondairement classer, et ce classement a entraîné une perte de précision.

Par ailleurs, le questionnaire comportait des questions à visée somatique difficilement exploitables.

En effet nous avons vu que les réponses des patients concernant leurs antécédents médicaux sont souvent discordantes avec celles des médecins traitants.

D'autre part, ces questions n'ont pas été remplies pour une partie des patients. En effet, la question du traitement n'a pas été remplie pour 57% des patients. Ce taux élevé de non réponse est-il du aux difficultés des psychiatres à interroger les patients sur leur problèmes médicaux, aux difficultés des patients à répondre aux questions ou à un manque de motivation pour ces préoccupation d'ordre somatique ?

Cependant la longueur du questionnaire et son côté fastidieux peuvent expliquer en partie le nombre élevé de réponses peu fiables ou absentes.

11°) Perspectives d'avenir

a) projets de recherche

L'étude de la littérature a révélé une carence d'information sur le suivi somatique des malades mentaux et la coordination des soins. Notre étude peut être considérée comme une étude pilote mais la faible taille de notre échantillon limite l'interprétation des résultats.

❖ Augmenter la puissance de l'étude

Des études multicentriques doivent être envisagées. Il serait intéressant de réaliser le même type d'étude mais dans d'autres CMP si possible d'autres arrondissements parisiens et dans d'autres villes (y compris en province) afin de limiter autant que possible le biais social.

De même il serait souhaitable de réaliser le même type d'étude en incluant les psychiatres libéraux afin de mieux tenir compte des malades non psychotiques.

Le questionnaire utilisé devra être plus ciblé et plus court. Nous devons envisager de le limiter aux données démographiques, sociales et psychiatriques (le diagnostic

psychiatrique devra être identifié avec plus de soins) et à l'existence d'un médecin somaticien.

Enfin, il serait intéressant que ces études comportent une branche en cabinet de ville. Il s'agirait de connaître la proportion de patients ayant un suivi psychiatrique dans la patientèle des médecins généralistes. Le recrutement des patients pourrait être différent. On pourrait, avec leur accord, interroger les patients eux-même sur l'existence d'un suivi psychiatrique et de quel type (CMP, psychiatres libéraux, psychologue...) puis le médecin généraliste pour savoir s'il en avait connaissance. Puis la méthodologie d'évaluation de la coordination des soins serait la même.

❖ Analyser précisément la communication

Il faudrait également mieux évaluer la qualité et l'efficacité de la communication entre psychiatres et médecin traitant. Sur ce point, une étude britannique de la communication épistolaire révèle les imperfections de cette communication [41]. Dans un premier temps des questionnaires ont été envoyés aux médecins généralistes et aux psychiatres afin de définir les 5 items les plus importants à faire figurer dans la lettre du médecin généraliste adressant son patient à un psychiatre et dans la réponse du psychiatre au médecin traitant. Dans un second temps, les auteurs ont analysé la correspondance des praticiens (120 lettres de psychiatres et 120 lettres de médecins généralistes) des praticiens.

Pour les psychiatres il faut que figurent dans la lettre du médecin généraliste :

- le traitement prescrit (présent dans 62 % des lettres des médecins généralistes),
- l'histoire familiale (présent dans 37% des lettres),
- le principal symptôme ou problème (présent dans 100% des lettres),

- la raison de l'avis spécialisé (présent dans 88% des lettres),
- et l'histoire psychiatrique (présent dans 72% des lettres)

Nous constatons que les items d'ordre somatiques (antécédents, traitements) ne font pas parti des préoccupations des psychiatres de cette étude.

Pour les médecins généralistes, la réponse du psychiatre doit comporter :

- le diagnostic (présent dans 88% des lettres des psychiatres),
- le traitement recommandé (présent dans 92% des lettres),
- la stratégie de suivi préconisée (présent dans 95% des lettres),
- le pronostic (présent dans 27% des lettres),
- et l'explication concise de la situation psychiatrique (présent dans 60% des lettres).

Des études portant sur l'évaluation des informations importantes et utiles à partager doivent être envisagées mais il est également important de tenir compte de l'avis des patients sur la possibilité d'un échange d'informations entre professionnels de la santé. En effet une étude menée en Grande Bretagne a montré que la majorité des patients ne souhaite pas que leur médecin généraliste s'investisse dans la prise en charge de leur maladie psychiatrique [4].

❖ **Comprendre le ressenti de chacun**

Il faudrait également envisager des études qualitatives afin de mieux comprendre :

- les obstacles des patients à consulter un médecin somaticien,
- les difficultés des psychiatres à aborder les problèmes somatiques
- le ressenti des médecins somaticiens vis-à-vis de ces patients

L'utilisation de la méthode des « focus-groups » permettrait de mieux comprendre les difficultés des professionnels à communiquer entre eux, de recueillir leur ressenti sur cette collaboration et d'initier une rencontre et un début de dialogue.

b) Construire des projets d'intervention en milieu psychiatrique.

Notre travail montre un accès aux soins limité et un défaut de communication bilatéral entre psychiatres et médecins traitants.

Un certain nombre de modifications doivent être envisagées.

➤ Améliorer l'accès aux soins.

Il paraît important que les équipes de psychiatrie publique incitent les patients qui les consultent à rencontrer un médecin généraliste, et les informent de l'absence quasi complète en France d'obstacle financier au suivi somatique.

Le système de tiers payant devrait être encouragé en cabinet de ville.

Des campagnes d'informations destinées aux patients psychiatres et élaborer conjointement par psychiatres et médecins généralistes devraient être développées par le biais de documents écrits et de « séminaires » de sensibilisation des patients au sein des CMP.

Des consultations de médecine générale au sein des CMP pourraient être envisagées.

➤ Améliorer la collaboration des professionnels de santé.

Les praticiens, qu'ils soient psychiatres ou somaticiens, ont du mal à considérer ces patients dans leur globalité.

Les psychiatres ont une connaissance approfondie de la maladie mentale, les somaticiens traitent des problèmes physiques quotidiennement. La solution est-elle dans un « partage des tâches » (et donc du patient) en faisant faire l'examen clinique par un somaticien et la prise en charge psychologique par le psychiatre ?

Des dispositifs d'amélioration de la communication et de la collaboration autour du patient porteur de pathologie psychiatrique chronique doivent être développés de façon urgente. L'expérience acquise par les réseaux de santé dans d'autres domaines (diabète, cancer, infection par le VIH, toxicomanie....) incite à privilégier ce modèle d'intervention. De plus les recommandations du plan de santé mentale 2005-2008 préconise une amélioration du travail en réseau visant à rompre l'isolement des médecins généralistes [38].

Un réseau psychiatrie / soins somatiques permettrait :

- ✓ d'adresser à un médecin généraliste tout patient suivi en psychiatrie et qui n'a pas de médecin traitant
- ✓ d'adresser un courrier standardisé comportant le diagnostic psychiatrique, le traitement en cours, les modalités de prise en charge psychiatrique, la situation sociale et familiale, et si possible les problèmes somatiques connus
- ✓ la possibilité d'un accompagnement des patients
- ✓ la réalisation d'un bilan clinique et biologique par le médecin généraliste pour les patients psychiatriques. Un courrier standardisé comportant les antécédents somatiques, la situation somatique actuelle et le plan de prise en charge serait alors systématisé.
- ✓ la mise en place de séances de formation interprofessionnelle
- ✓ la rédaction de protocoles d'aide au suivi des patients
- ✓ l'évaluation de l'efficacité de ces mesures

CONCLUSION

Malgré un possible biais de sélection, cette étude montre que les patients suivis en Centre médico-psychologique sont peu suivis sur le plan somatique tandis que ceux qui sont suivis présentent de nombreuses comorbidités somatiques.

Par conséquent, il est important d'améliorer la qualité du suivi de ces patients.

Quelques pistes méritent d'être explorées. La loi du 13 août 2004 imposant à tout assuré de déclarer un médecin traitant et empêchant le renouvellement des affections de longue durée par un autre médecin devrait favoriser le contact avec le médecin somaticien.

Il semble important d'informer directement les patients des CMP sur leurs droits (l'argent étant perçu comme un facteur limitant pour 18 % des patients n'ayant pas de médecin) et de faciliter l'accès à un médecin généraliste.

De plus, nous avons constaté un manque bilatéral de communication qui engendre des lacunes dans la connaissance des pathologies psychiatres par les médecins traitants et des pathologies somatiques par les psychiatres. Ce défaut de communication est d'autant plus préoccupant que nous avons remarqué que 39% des patients ne parviennent pas à renseigner leur psychiatre sur leurs antécédents médicaux et traitement en cours.

Compte tenu de la petite taille de notre échantillon, nous ne pouvons pas exclure que ce manque de communication contribue à augmenter le risque d'interactions médicamenteuses et de prescription croisée de psychotropes.

Il est donc urgent d'améliorer la qualité et l'efficacité de la communication interprofessionnelles au sujet du patient psychiatriques.

L'enthousiasme que les psychiatres et les médecins généralistes ont montré lors de leur participation à cette étude indique que la volonté de communiquer existe mais n'est pas toujours suivie d'effet. La sensibilisation des professionnels, la mise en place du dossier médical partagé et le développement de réseaux de soins entre établissements psychiatriques hospitaliers et extra-hospitaliers, médecins généralistes et acteurs médico-sociaux pourraient contribuer à optimiser la collaboration entre psychiatre et médecins généralistes.

A l'heure où le dossier médical partagé (DMP) germe, où se met en place le parcours de soins, où se développent les réseaux de santé, d'autres études de plus grandes envergures doivent se développer pour évaluer la qualité de la collaboration entre professionnels de la santé et l'efficacité des mesures mises en place.

ANNEXE 1 : le protocole

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE DES PATIENTS SUIVIS EN CMP ET DE LA COORDINATION DES SOINS

Bohn I. Guegan M

I. RATIONNEL

1) L'offre de soins psychiatriques et libérales et leur coordination

A partir des années soixante, la sectorisation a modifié la prise en charge publique des pathologies psychiatriques par le développement d'une prise en charge ambulatoire ainsi qu'une amélioration du travail en réseau avec les différents acteurs médicosociaux.

L'offre de soins primaires est principalement assurée par les médecins généralistes libéraux. L'article 7 de la loi du 13 août 2004 prévoit « qu'afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi avec l'accord de celui-ci ». En 2006, 75 % des assurés ont déclaré un médecin traitant qui est dans 98% des cas un médecin généraliste

La compartimentation du système de soins semble peu propice à cette coordination.

La Haute Autorité de Santé rappelle la nécessaire coordination des soins somatiques et psychiatriques. Désormais, l'enjeu de la sectorisation porte sur la poursuite de l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité des soins au profit de l'approfondissement de la démarche communautaire, d'une meilleure intégration de la psychiatrie dans l'offre générale des soins et d'un renforcement de l'articulation des moyens des établissements de santé avec ceux de la médecine de ville et ceux des secteurs social et médicosocial.

2) Morbi-mortalité des malades mentaux

La surmortalité des malades mentaux est connue et reste élevée dans tous les pays.

L'étude de la littérature nous indique que plusieurs pathologies sont surreprésentées chez les schizophrènes (diabète, insuffisance respiratoire, obésité, HTA, cardiopathies ischémiques, ...)

Face à ce constat on peut s'interroger sur la réalité de la prise en charge somatique de ces patients et de la collaboration des soins psychiatriques et somatiques. Quelle est la prise en charge somatique de ces patients ? Quels peuvent être les difficultés d'accès aux soins pour ces patients ? La prise en charge somatique de ces patients doit elle être spécifique ?

Interne en médecine générale, j'effectue actuellement un stage de médecine générale au sein d'un CMP du 22^{ème} secteur de Paris. Au cours de cette activité, j'ai été confrontée à des problèmes spécifiques tant sur le plan médical, que social et technique dans le management de ces patients.

En collaboration avec les psychiatres du CMP nous avons décidé d'évaluer la prise en charge des patients et le degré de communication avec les médecins somaticiens.

II. OBJECTIFS

- 1. Evaluer le taux de patients du CMP ayant un médecin traitant.**
- 2. Evaluer la coordination entre médecin traitant et psychiatres ainsi que l'échange des informations.**
- 3. Evaluer les problèmes somatiques des patients**
- 4. Evaluer les difficultés d'accès aux soins somatiques pour les patients**
- 5. Evaluer le taux de prescription croisée de psychotropes et les interactions médicamenteuses**

III. METHODOLOGIE

Cette étude se déroulera en trois étapes.

A) Interrogatoire des patients par les psychiatres du CMP

-Type d'étude : prospective non randomisée

-Durée : 1 mois

- Patients :

- Critères d'inclusion : tout patient consultant un psychiatre au CMP au cours de cette période
 - Critères exclusions : état psychiques incompatibles, refus du patient
 - Exhaustivité : patients consécutifs, vérification de l'exhaustivité par l'utilisation d'un registre de patients et par la comparaison avec l'activité du CMP.
 - Consentement verbal après lecture d'une lettre d'information
- Les psychiatres estiment pouvoir inclure une centaine de patients.

-Outil :

Utilisation d'un questionnaire élaboré en concertation avec un psychiatre du CMP (Dr Guegan) et dont les objectifs sont ceux retenus par le référentiel d'autoévaluation des pratiques en psychiatrie (HAS/ Juin 2005)

Les items de ce questionnaire sont :

- pathologie psychiatrique, son traitement et modalités de prise du traitement
- critères sociaux (mesures de protection des biens, couverture complémentaire)
- existence d'un médecin somaticien et son nom
- raison de l'absence de médecin somaticien
- existence de pathologie somatique (antécédents) signalée par le patient
- facteurs de risque (tabac, alcool, toxicomanie)

B) contact téléphonique avec le médecin somaticien

Nous considérerons qu'un médecin somaticien est traitant quand il a vu le patient plus d'une fois au cours de l'année écoulée.

L'interne de médecine générale établit un contact téléphonique avec le médecin somaticien dont le but est de savoir si le médecin est bien le médecin traitant du patient et s'il connaît l'existence des problèmes psychiatriques ainsi que du traitement (s'il existe) et s'il prescrit d'autres psychotropes.

D'autre part l'entretien a également pour but de rechercher l'existence de pathologie(s) somatique(s) et leur(s) traitements.

C) Evaluer de la connaissance de la prise en charge somatique par le CMP

Recherche dans les dossiers des items suivants :

- mention du médecin traitant
- mention des pathologies somatiques

Dans un souci d'évaluation de la visualisation et de la facilité d'accès de ces informations, nous ne recherchons ces données que dans les courriers, les comptes rendu d'hospitalisation et les notes de consultation de la dernière année.

IV. ANALYSES DES RESULTATS

Utilisation du logiciel excel

Test statique : chi 2

V. FINANCEMENT et LOGISTIQUE

Aucun, utilisation de la logistique du CMP (frais d'impression des questionnaires, téléphone)

et ... la bonne volonté de tous

ANNEXE 2 : le questionnaire

QUESTIONNAIRE D’EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE DES PATIENTS SUIVIS EN CMP

NOM DU PSYCHIATRE :

NUMERO D’IDENTIFICATION DU PATIENT :

AGE :

SEXE :

I. PARTIE PSYCHIATRIQUE

A remplir par le psychiatre à partir du dossier

Pathologie (s) prise(s) en charge au CMP

.....
.....
.....

Traitement prescrit par le psychiatre

.....
.....
.....
.....

Ce traitement est il pris au CMP ?

OUI / NON

II. PARTIE SOCIALE

A Remplir par le psychiatre à partir du dossier

Existe-t-il pour ce patient un régime de protection des biens ?

- CURATELLE
- TUTELLE
- AUCUNE

Le patient a-t-il une mutuelle ?

OUI / NON

Le patient bénéficie-t-il de la CMU ou de l'AME ?

OUI / NON

III. PARTIE MEDICALE

A remplir par le psychiatre avec le patient au cours d'un entretien permettant d'effectuer ce questionnaire

Si cette partie n'a pas pu être réalisée, en noter la raison

- Etat psychique du patient incompatible
- Refus du patient
- Manque de temps

1°) Avez-vous un médecin traitant ?

OUI / NON

(NB pour le psychiatre : on considérera comme médecin traitant le médecin (généraliste ou spécialiste) qui suit régulièrement le patient pour ces problèmes somatiques, gérant son dossier, pouvant être un interlocuteur avec les psychiatres. La notion de médecin traitant déclaré au près de la sécurité sociale n'est pas indispensable dans le cadre de cette étude)

2°) Si le patient a un médecin traitant, noter les coordonnées de celui ci

NOM :

Adresse :

.....

Téléphone :

3°) Le nom de ce médecin apparaît il dans le dossier ?

OUI / NON

4°) Consultez vous d'autres médecins ?

- Généralistes
- Spécialistes, notez la spécialité :
.....
.....
- Aucun

5°) Pour quel(s) problèmes vous suit il ?

Cochez la spécialité et entourez la pathologie

Cette liste ne se veut pas d'être exhaustive et est redondante (ex : HTA présente dans 2 catégories) pour vous permettre de retrouver plus facilement les pathologies)

- Pathologies cardio-vasculaire : HTA, Insuffisance cardiaque, Cardiopathie ischémique (IDM), AVC, troubles du rythme, maladie thromboembolique veineuse (phlébite, embolie pulmonaire), autre
- Facteurs de risques cardio-vasculaires : HTA, Diabète, dyslipidémie, tabac
- Pathologies respiratoires : asthme,BPCO, tuberculose, maladies professionnelles, autre
- Pathologies endocriniennes : diabète, hyperthyroïdie, hypothyroïdie, Cushing , autre
- Troubles digestifs : constipation, diarrhées, RGO, ulcère, autre
- Pathologies hépatique : cirrhose alcoolique, hépatite virale, autres
- Pathologies rénale : colique néphrétique, insuffisance rénale, autre
- Pathologies infectieuses : VIH, VHC, VHB, Tuberculose, herpès, autre...
- Pathologies néoplasiques
- Addiction : alcool tabac, toxicomane
- Pathologies cutanées : eczéma, acné, psoriasis, urticaire, autre
- Pathologies articulaires : polyarthrite, arthrose, tendinite, autre
- Pathologies ORL ou ophtalmo
- Autres

6°) Antécédents chirurgicaux et traumatologiques :

.....

.....

.....

7°) Avez-vous un traitement ? (autre que le traitement prescrit par le psychiatre)

.....

.....

.....

8°) Si le patient n'a pas de médecin traitant, lui demander pour quelle (s) raisons (plusieurs réponses possibles)

- Je ne suis pas malade
- Je ne veux pas en voir
- Je ne peux pas payer
- Je n'en connais pas
- Prendre rendez vous est compliqué pour moi
- Découvrir un autre endroit et / ou un autre médecin est difficile pour moi
- Je n'ai pas confiance en eux
- Ils ne servent à rien, ils ne sont pas compétents

10°) Recherche de facteurs de risque

- Tabac : notez en PA =

PA : nombre de paquet par jour x par nombre d'année ex : 1 paquet par jour pendant 10 ans = 10 PA ou 2 paquets par jour pendant 5 ans = 10 PA

- Alcool : notez en g/ semaine=

1 dose d'alcool (demi de bière, ¼ de vin, 1 doigt de whisky...) = 10 g d'alcool

- Toxicomanie (y compris cannabis et médicamenteuses)

IV. EVALUATION DE LA COORDINATION DES SOINS

Partie réalisée par l'interne en médecine générale du CMP par un contact téléphonique avec le médecin traitant

1°) Est il le médecin traitant de ce patient (déclaré ou non à la sécurité sociale)?

OUI / NON

Combien de fois l'avez-vous vu au cours de l'année écoulée :

2°) Quand l'a-t-il vu pour la dernière fois ?

1 semaine

1 mois

3 mois

6 mois

Un an ou plus

3°) Pathologies somatiques importantes (par leur gravité ou leur caractère chronique)

Phase B : Ces pathologies sont elles mentionnées dans le dossier du CMP ?

OUI / NON / INCOMPLET

4°) Traitement en cours

.....

Phase B : Ce traitement est il mentionné dans le dossier du CMP ?

OUI / NON / INCOMPLET

5°) Le médecin connaît il l'existence de la prise en charge de son patient en CMP?

OUI / NON

6°) Connaît il la pathologie prise en charge ?

OUI / NON / INCOMPLET

7°) Connaît il le traitement prescrit au CMP ?

OUI / NON / INCOMPLET

8°) Est il amené à lui prescrire des psychotropes ?

OUI / NON

Si oui, lesquels :

- Benzodiazepine
- Antidépresseurs
- Zopliclone zolpidiem
- neuroleptiques

phase B. Existe-il des interactions médicamenteuses entre le traitement somatique et psychiatrique ?

OUI / NON

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES. Suivi des patients diabétiques de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. 1999
2. BARNETT AH., MACKIN P., CHAUDHRY I., et al. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. *Journal of Psychopharmacology*, 2007, vol 21, n° 4, p. 357-373
3. BEBBINGTON P., RAMANA R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1995, vol 30, n°6, p. 279-292
4. BINDMAN J, JOHNSON S, WRIGHTS, et al. Integration between primary care and secondary services in the care of the severely mentally ill : patient's and general practitioner's views. *The British Journal of Psychiatry : the journal of mental science*, 1997, n°171, p. 169-174
5. BOURGUIGNON A., LIVARTOWSKI A., STYLIANIDIS S., et al. Etude de la mortalité avant 30 ans dans les familles psychotiques. *Les Annales médico-psychologiques*, 1989, n°147, p 1-14.
6. BORIS MASKULOVA V, direction des statistiques et des études. Caisse nationale d'assurance maladie. *Point Stat*. 2005. Numéro 43
7. BROWN S. Excess mortality in schizophrenia. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry : the journal of mental science*, 1997, vol 171, n°12, p. 502-508

8. BROWN S., BIRTWISTLE J., ROE L., et al. The unhealthy lifestyle of people with schizophaenia. *Psychological Medicine*, 1999, n° 29, p.697-701
10. CASADEBAIG F., PHILIPPE A. Mortalité chez des patients schizophrènes - Trois ans de suivi d'une cohorte. *L'Encéphale*, 1999, vol 25, n°4, p. 329 – 337
11. CASEY DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *The American Journal of Medicine*, 2005, n° 118 (Suppl2), p. 15-22
12. CASEY DE., HAUPT DW., NWCOMER JW, et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 2004, n°65 Suppl 7, p.4-18
13. DALMAU AB., BERGMAN BK., BRISMAR B.G. Somatic morbidity among patients diagnosed with affective psychoses and paranoid disorders, A case-control study – *Psychosomatics*, 1998, vol 39, n°3, p. 253-262
14. DAUMITT GL., PRATT LA., CRUM SM., et al. Characteristics of primary care visits for individuals with severe mental illness in a national sample. *General Hospital Psychiatry*, 2002, n°24, p. 391-395
15. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Bilan de la sectorisation psychiatrique. *Collection Statistiques*, 2000, n°2
16. DOROSZ Philippe. *Guide pratique des médicaments*. Paris : Maloine ; 2006

17. GAUSSET MF., CASADEBAIG F., GUILLAUD-BATAILLE JM., et al. Mortality of mentally ill patients. Review of the literature. *L'Encéphale*, 1992, vol18, n°1, p.93-100.
18. GOLDNER EM., HSU L., WARAICH P., et al. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2002, vol47, n°9, p.833-843.
19. GOLDMAN L.S. Medical illness in patients with schizophrenia . *The Journal of clinical psychiatry*, 1999, vol 60, n°21, p. 10-5.
20. HAFNER H., AN DER HEIDEN W. Epidemiology of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1997, vol 42, n°2, p.139-151
21. HARRIS EC., BARRACLOUH B. Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry : the journal of mental science*, 1998, n° 173, p. 11-53
22. HAUTECOUVERTURE S, LIMOSON F, ROUILLON F. Epidémiologie des troubles schizophréniques. *La presse médicale*, 2006, n° 35, p. 461-8
23. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Manuel d'accréditation des établissements de santé: fichier thématique : psychiatrie et santé mentale. 2005
24. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Rapport d'évaluation des référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles : prise en charge par le psychiatre d'un épisode dépressif isolé de l'adulte ambulatoire. 2005
25. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie: dossier du patient en psychiatrie ambulatoire. 2005

26. HENNEKENS CH., HENNEKENS AR., HOLLAR D., et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *American Heart Journal*, 2005, vol 150, n°6, p.1115-1121

27. INPES. Baromètre santé 2005.
disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/06/dp060309.pdf>. Consulté le 01/09/07

28. JIANG W., GLASSMAN A., KHRISHNAN R., et al. Depression and ischemic heart disease: What have we learned so far and must we do in the future? *American Heart Journal*, 2005,n° 150, p. 54-78

29. JOUKAMAA M.,HELIOVAARA M., KNEKT P., et al.Mental disorders and cause-specific mortality. *The British Journal of Psychiatry : the journal of mental science*, 2001, n°179, p. 498-502

30. KATON W., SCHULBERG H.Epidemiology of depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 1992, vol 14, n°4, p. 237-47.

31. KELLER MB., BAKER LA. Bipolar disorder: epidemiology, course, diagnosis, and treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1991, vol 55,n°2, p.172-81.

32. KENDRICK T.,SIBBALD D.,BURNS T., et al. Role of general practitioners in care of long term mentally ill patients. *BMJ*, 1991,n°302, p. 508-510.

33. KORAN L.M., SOX H.C., MARTON K.I, et al. Medical evaluation of psychiatric patients *Archives General of Psychiatry*, 1989, n°46, p. 733-740

34. KORANYI E.K. - Morbidity and rate of undiagnosed physical illnesses in a psychiatric clinic population. *Archives of Generale Psychiatry*,1979,n°36, p. 414-419.
35. KORANYI E.K., POTOCZNY. Physical illnesses underlying psychiatric symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*,1992, n°58, p.155-160
36. KORMANN SERRE Celine. *Etude pilote pour l'évaluation de la qualité du suivi gynécologique des patients d'un centre médico-psychologique* . Thèse d'exercice de médecine. Paris : UFR Xavier Bichat , 2003. 88f
37. MARTIN P. Medical economic impact of schizophrenia . *Encephale*,1995, n°21,p. :67-73.
38. Ministère de la santé. Plan de santé mentale 2005-2008. Consulté le 2 septembre 2007
Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf
39. MONTARIOL P.,GUILLARD M., BOLLENGIER O ,et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *L'Information psychiatrique*,2006, vol 82, n°10, p. 793-800
40. PARY R.J., BARTON S.N. Communication difficulty of patients with schizophrenia and physical illness . *Southern Medical Journal*, 1988, vol 81, n°4, p. 489-490.
41. PULLEN I.M, Yellowlees A.J. Is communication improving between general practitioners and psychiatrists? *British Medical Journal*, 1985, n° 290, p. 31-33.

42. RASANEN S., MEYER-ROCHOW VB., MORING J, et al. Hospital-treated physical illnesses and mortality: An 11-year follow-up study of long-stay psychiatric patients. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrist*, 2007, vol 22, n°4, p. 211-218.
43. ROUILLON F., SORBARA F. Schizophrenia and diabetes: epidemiological data. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 2005, n°20 Suppl 4, p. 345-348
44. RUDISCH B., NEMEROFF CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biological Psychiatry*, 2003, vol 54, n°3, p. 227-240
45. SAHA S., WELHAM J., CHANT D., et al. Incidence of schizophrenia does not vary with economic status of the country: evidence from a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2006, vol 41, n°5, p.338-340.
46. SERRA E., SARAVANE D., de BEAUCHAMPS I , et al. La douleur en santé mentale : première enquête nationale auprès des PH chefs de service en psychiatrie générale et des pharmaciens. *Douleur et analgésie*, 2007, n°2, p.1-6
47. STERNBERG DE. Testing for physical illness in psychiatric patients. *The Journal of clinical psychiatry*, 1986, vol 47, n°1, p.3-9
48. VERDOUX H., COUGNARD A., GROLLEAU S., et al. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals ?

A postal survey in South Western France. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2005, n° 40,p. 892-898

49. WACKER HR. Diagnosis, epidemiology and comorbidity of anxiety disorders. *Therapeutische Umschau*, 1997, vol 54, n°10, p.559-563

50. YOUNES N., HARDY BAYLE MC., FALISSARD B., et al. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health*, 2005, n°5, p.104

51. YOUNES N., GASQUET I., GAUDEBOUT P., et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*, 2005, vol 6, n°1, p18

PERMIS D'IMPRIMER

Vu:

Le président de Thèse
Faculté Paris 7

Le Professeur Lejoyeux

Vu:

Le doyen de la faculté de médecine Paris 7
Denis Diderot

Monsieur le Professeur Benoît SCHLEMMER

**Vu et Permis d'Imprimer
Pour le président de l'Université Paris 7- Denis Diderot
et par délégation**

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

RESUME

Objectifs : déterminer le pourcentage de patients suivis en Centre médico-psychologique, qui ont un médecin traitant, et apprécier la collaboration entre le psychiatre et le médecin traitant.

Patients : tout les patients consentants un psychiatre d'un Centre médico-psychologique consultant sur une durée d'un mois.

Méthode :

1. Interrogatoire du patient par un psychiatre selon un questionnaire prédéterminé, recherchant l'existence d'un médecin en charge des soins somatiques, des données démographiques, psychiatriques et sociales.

2. contact téléphonique avec le médecin somaticien désigné, évaluant l'existence de pathologie somatique, sa connaissance de la pathologie psychiatrique du patient et de son traitement, sa place dans la prescription de psychotropes.

Un médecin est considéré comme traitant quand il a connaissance du nom du patient, et qu'il l'a vu plus d'une fois au cours de l'année écoulée

3. recherche dans les dossiers du centre médico-psychologique de l'identification du médecin traitant et de la mention des éventuelles pathologies somatiques du patient.

Résultats : des 143 patients interrogés, 33% ont un médecin somaticien pouvant être considéré comme traitant et dont le nom est mentionné dans le dossier psychiatrique pour 27% des patients 28% des patients interrogés ont au moins une pathologie somatique chronique méconnue des psychiatres dans 61% des cas. La pathologie psychiatrique est méconnue des médecins traitants dans 56% des cas. Les médecins traitants prescrivent, des psychotropes à 35 % des patients considérés.

Conclusion : le manque bilatéral de communication entre psychiatres et médecins traitants est préoccupant pour la santé de cette population dont le recours aux soins somatiques est limité.

MOTS CLES : MEDECINE GENERALE. SOINS PRIMAIRES. SANTE MENTALE. PSYCHIATRIE. SCHIZOPHRENIE. COORDINATION DES SOINS. COLLABORATION

