



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE
MENTION PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

**Comment améliorer le parcours de soins somatiques des patients souffrant d'un
trouble psychiatrique sévère ?
Enquête réalisée auprès des médecins généralistes**

Présenté et soutenu publiquement le 6 juillet 2022 à 10 heures
Au Pôle Formation
Par Audrey LEULLIETTE - ALLAEYS

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Enseignant infirmier :

Madame Catherine BARGIBANT

Directeur de mémoire :

Madame le Docteur Claire-Lise CHARREL

REMERCIEMENTS

Avant toutes choses, je tiens à remercier l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole de m'avoir offert l'opportunité de m'engager dans ce nouveau cursus.

Je remercie bien sur la Faculté de Médecine, Professeur PUISIEUX François et l'ensemble des intervenants ayant participé à ces 2 années, pour avoir créé et participé à notre formation.

Je tiens à adresser toute ma reconnaissance au Dr CHARREL Claire-Lise, ma directrice de mémoire : son expertise, ses conseils, sa disponibilité et ses encouragements m'ont été d'une aide précieuse tout au long de mon mémoire.

Je remercie également l'ensemble de ses collègues de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France pour l'accompagnement dans mon projet et l'aide méthodologique apportée, notamment Dr VINCENT Camille, Monsieur DUHEM Stéphane, Madame BRENEK Sixtine et Madame DE SAINT PAUL Estelle.

J'ai une pensée également pour mes collègues étudiants Infirmiers en Pratique Avancée : la solidarité, l'engagement et la bonne humeur de cette 1^{ère} promotion ont été une force tout au long de ces 2 années. Je pense tout particulièrement à Benjamin, Jocelyn et Mathilde.

Enfin je remercie ma famille : Grégory, Chloé et Gaspard qui m'ont soutenue et supportée durant cette formation, et surtout qui ont excusé mon manque de disponibilité à leur égard.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS

INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION..... 1

I. LA SCHIZOPHRENIE..... 1

II. LE TROUBLE BIPOLAIRE..... 5

III. LA SANTE SOMATIQUE..... 8

IV. L'ACCES AUX SOINS 13

V. DEFINITION DE LA PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE..... 18

ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES..... 21

I. METHODE..... 21

II. RESULTATS 25

DISCUSSION 32

I. SYNTHÈSE ET ANALYSE DES RESULTATS..... 32

II. PROPOSITIONS POUR FAVORISER L'ACCES AUX SOINS DE MEDECINE SPECIALISEE ET
AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS SOMATIQUES DES PATIENTS, AVEC L'APPUI DU SECTEUR
DE PSYCHIATRIE..... 33

III. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE 42

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES FIGURES

TABLE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANFIPA : Association Nationale Française des Infirmier.e.s en Pratique Avancée

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CAM : Consultations d'Aide Méthodologique

CESE : Conseil économique, social et environnemental

CMP : Centre médico-psychologique

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CIM : Classification Internationale des Maladies

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FID : Fédération Internationale du Diabète

F2RSM Psy : Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RBP : Recommandations de Bonne Pratique

SNDS : Système national des données de santé

TSH : Thyroid Stimulating Hormone ou Hormone Thyréostimuline

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

UNIPA : Union National des Infirmier.es en Pratique Avancée

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les personnes souffrant d'un trouble psychique sévère, tel que la schizophrénie ou le trouble bipolaire, présentent plus de comorbidités physiques que la population générale. Pour autant, elles ont moins accès aux soins de médecine spécialisée somatique, bien qu'ayant un contact fréquent avec la médecine générale (Gandré & Coldefy, 2020). Les médecins traitants devant adresser leurs patients pour la plupart des consultations spécialisées, ce constat interroge sur le parcours de soins de cette population, entre la médecine générale et spécialisée : Comment l'améliorer, afin que ces personnes puissent bénéficier d'une meilleure prise en soins somatiques ? Pour répondre à cette problématique, l'étude présentée cherchera à mieux comprendre le vécu des médecins généralistes lors de l'orientation de ces patients vers le spécialiste, en les interrogeant notamment sur les éventuelles difficultés rencontrées et besoins d'aides.

Dans un premier temps, une revue de la littérature sur ces 2 pathologies (la schizophrénie et les troubles bipolaires) et leurs comorbidités somatiques fréquentes sera effectuée. Puis découlant d'une recherche bibliographique, une synthèse concernant les obstacles à l'accès aux soins identifiées pour les personnes souffrant de ces pathologies sera présentée, suivie d'une seconde sur les recommandations existantes pour y pallier. Ces synthèses concourront à la création d'une enquête auprès de médecins généralistes, qui sera menée et analysée afin de répondre aux objectifs de l'étude.

Le but de cette étude est de proposer des pistes pour favoriser l'accès de ces patients à des soins somatiques adaptés à leurs besoins et pour améliorer leur parcours de soins.

INTRODUCTION

Dans le champ de la Psychiatrie, les troubles schizophréniques et bipolaires sont décrits comme des troubles psychiques sévères : ils sont définis « *par l'importance des manifestations de la maladie et par un retentissement important sur l'autonomie et le bien-être de la personne* » (Centre ressource réhabilitation, 2020).

Dans un premier temps, il est nécessaire d'aborder ces deux pathologies en rappelant leur définition, leur épidémiologie, le diagnostic et leur évolution. Puis la santé somatique des personnes présentant ces troubles sera évoquée, pour conclure sur leur accès aux soins et la problématique relevée.

I. LA SCHIZOPHRENIE

A. Généralités

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2022) définit la schizophrénie comme « *une psychose, un type de maladie mentale se caractérisant par des distorsions de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement* » et la classe parmi les dix maladies les plus invalidantes. L'Union Nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM, 2021) évoque la notion d'handicap psychique : « *Les fonctions altérées par les troubles psychiques conduisent à des limitations d'activités et de capacités.* ».

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, 2020) précise que cette pathologie est caractérisée « *par un ensemble de symptômes très variables : les plus impressionnants sont les délires et les hallucinations, mais les plus invalidants sont le retrait social et les difficultés cognitives* ». Ce trouble est donc défini principalement par 3 grands syndromes fluctuants d'un individu à l'autre : le syndrome positif (perte du contact avec la réalité), le syndrome négatif (appauvrissement de la vie psychique) et le syndrome de désorganisation (perte de l'unité psychique) (Collège national des universitaires en Psychiatrie, 2021, p.140).

Son origine serait liée à une interaction entre gènes et environnement. Une vulnérabilité génétique présente chez ses individus, associée à des facteurs environnementaux, comme la consommation de cannabis, la migration ou encore le fait d'évoluer en milieu urbain pourrait entraîner le développement de cette maladie (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2020).

B. Épidémiologie

Selon l'INSERM (2020), la schizophrénie concernerait environ 0,7 à 1 % de la population mondiale, et environ 600 000 personnes en France. Si elle se déclare généralement au cours de l'adolescence, entre 15 et 25 ans, des premiers signes appelés prodromes apparaissent plus précocement mais sont plus atténués et donc plus difficiles à identifier. La maladie touche les femmes comme les hommes, cependant généralement elle se révèle plus tôt et entraîne plus de retentissements chez ces derniers (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2020).

Selon l'OMS (2022), la schizophrénie est la huitième cause de handicap chez les 15 à 44 ans. Elle entraîne des répercussions autant sur le plan social, scolaire, professionnel que sur la qualité de vie du patient et de son entourage en général (Organisation Mondiale de la Santé, 2022). Mais elle représente également une charge importante pour le système sanitaire, social et la société en général. En effet, le coût de la schizophrénie correspond à 1,1 % de la dépense nationale de santé (Charrier et al., 2013). Cela s'explique par différents facteurs : un début précoce de la pathologie, une chronicisation des troubles, des hospitalisations fréquentes, des soins demandant une attention et un accompagnement intensifs, des difficultés à l'emploi nécessitant des aménagements et des aides financières (Coldefy & Nestrigue, 2015).

C. Diagnostic

Deux ouvrages permettent au corps médical de définir les diagnostics : La CIM-10 (La classification internationale des maladies) et le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

1. La CIM-10

La classification internationale des maladies, publiée par l'OMS, donne à l'ensemble des professionnels de santé une base commune concernant l'identification des maladies (signes, symptômes, causes). Elle codifie les pathologies permettant un travail de statistiques et d'échanges de données au niveau mondial. Sa onzième version vient de rentrer en vigueur mais n'est pas encore appliquée sur le terrain, c'est pourquoi je présente la précédente (Organisation mondiale de la santé, 1993).

Dans cet outil, la schizophrénie est identifiée par le code F20 ; 9 subdivisions y sont présentées en fonction des caractéristiques de la maladie. Une description des symptômes y est établie du critère (a) à (h). Pour établir un diagnostic, il est nécessaire qu'un symptôme appartenant à l'un des 4 premiers groupes (de a à d) et au moins deux parmi les quatre suivants

(de e à h) soient constatés, sur une période minimale d'un mois (Organisation mondiale de la santé, 1993).

- (a) écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée;
- (b) idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante;
- (c) hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui, ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps;
- (d) autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant p. ex. l'identité religieuse ou politique, ou des pouvoirs surhumains (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres);
- (e) hallucinations persistantes de n'importe quel type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée;
- (f) interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée, rendant le discours incohérent et hors de propos, ou néologismes;
- (g) comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur;
- (h) symptômes « négatifs » : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement neuroleptique;
- (i) modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.

Figure 1 : Critères de diagnostic de la Schizophrénie extrait de la CIM-10.

Source : Organisation mondiale de la santé. (1993). Classification internationale des maladies, dixième révision. Classification Internationale des Troubles Mentaux et de Troubles du Comportement. OMS Masson. p 79.

2. Le DSM-5

Selon le DSM-5 de l'Association américaine de Psychiatrie, paru le 17 juin 2015 en France, le diagnostic de la schizophrénie repose sur 6 critères (de A à F) :

A. Présence d'au moins deux symptômes parmi les cinq suivants au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace), l'un d'eux devant être le symptôme (1), (2) ou (3) :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé.
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
5. Symptômes négatifs (aboulie ou émoussement affectif).

B. Depuis l'apparition du trouble, répercussions dans les domaines fonctionnelles, sociales ou professionnelles : le niveau de fonctionnement est diminué.

C. Persistance de signes liés au trouble depuis au moins 6 mois. Durant cette période présence des symptômes du critère A pendant au moins un mois (ou moins si efficacité du traitement), et possiblement des signes prodromiques ou des signes résiduels.

D. Exclusion d'un diagnostic différentiel tel qu'un trouble schizo-affectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques.

E. Exclusion d'un trouble lié à une substance (une drogue ou un médicament) ou à une autre affection médicale.

F. En cas d'antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication dès l'enfance, pose du diagnostic de schizophrénie uniquement si présence de symptômes hallucinatoires et délirants prononcés pendant au moins un mois (ou moins si efficacité du traitement) (American psychiatric association, 2015).

D. Évolution

Afin de proposer une réponse optimale aux personnes souffrant de troubles schizophréniques, un suivi psychosocial s'ajoute à une approche pharmacologique (traitement antipsychotique) (Llorca, 2004). Cette prise en charge peut être composée de projet de soins de réhabilitation permettant une meilleure insertion sociale et visant à favoriser le processus de rétablissement du patient : programmes d'éducation thérapeutique, de remédiation cognitive, d'entraînement des compétences et des habiletés sociales, de psychothérapies cognitivo-comportementales, de programme de soutien aux familles.... (Ministère des solidarités et de la santé, 2019). L'accompagnement de la personne dans son quotidien et son intégration est au cœur de ce processus.

Grâce à ces progrès, 20 à 25 % des personnes souffrant de tels troubles présentent une rémission complète. En revanche 50 à 75 % ne récupèrent pas leur fonctionnement initial, même si la plupart présentent une qualité de vie leur convenant (Collège national des universitaires en Psychiatrie, 2021, p.150).

II. LE TROUBLE BIPOLAIRE

A. Généralités

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur alternant épisodes maniaques ou hypomaniaques (exaltation de l'humeur, agitation psychomotrice, idées de grandeur) et épisodes dépressifs. Entre ces phases, il existe des intervalles de rémission, des périodes sans symptômes. Les épisodes peuvent durer quelques semaines à quelques mois.

« Comme pour beaucoup de troubles psychiatriques, il s'agit en fait d'un spectre de plusieurs troubles, qui peut varier en termes de prédominance de l'une ou l'autre phase, d'intensité des symptômes, de la vitesse à laquelle les cycles s'alternent, ou encore, de la durée des phases stables entre les épisodes thymiques (maniaque ou dépressif) » (Institut du Cerveau, s.d.a).

C'est une maladie psychiatrique chronique nécessitant donc une prise en charge sur le long terme et dont l'origine est multifactorielle : facteurs génétiques, environnementaux (stress, traumatismes dans l'enfance) et biologique (rythme de vie, de sommeil) (Fondation FondaMental, 2016).

B. Épidémiologie

Tout comme la schizophrénie, les troubles bipolaires sont classés parmi les 10 pathologies les plus invalidantes et coûteuses sur le plan mondial, selon l'OMS (dans Haute Autorité de Santé, 2015). Ils s'installent durant l'adolescence ou au début de la vie d'adulte (entre 15 et 25 ans). Cependant ils sont souvent diagnostiqués tardivement : en moyenne 10 ans s'écoulent entre le début des troubles et l'instauration d'un traitement. Ce retard entraîne généralement pour ces patients des retentissements importants au niveau insertion sociale, emploi et vie familiale (Haute Autorité de Santé, 2015).

En France, 1 et 2,5 % de la population, soit 650 000 et 1 650 000 personnes sont atteints par cette pathologie, sans différence entre les hommes et les femmes (Fondation FondaMental, 2016). Cependant depuis quelques années, le taux d'incidence augmente en lien avec un meilleur dépistage (Institut du Cerveau, s.d.a). Les personnes présentant des antécédents familiaux de troubles bipolaires ont plus de risque de développer cette pathologie eux-mêmes. (10 % si l'un des parents est concerné, 30% si les deux le sont) (Fondation FondaMental, 2016). Selon le référentiel de Psychiatrie et Addictologie, *« une personne débutant son trouble vers 25 ans perd en moyenne : 9 années d'espérance de vie, 12 années en bonne santé et 14 années d'activité professionnelle. »* (Collège national des universitaires en Psychiatrie, 2021, p.175).

C. Diagnostic

Le diagnostic se pose à partir des symptômes cliniques ; il n'existe pas, pour l'instant, de marqueurs paracliniques connus (Institut du Cerveau, s.d.a).

La Haute autorité de santé (HAS, 2015) souligne la complexité de poser le diagnostic de trouble bipolaire notamment par le fait qu'on retrouve des présentations cliniques très variables. Les différents types d'épisodes ne sont pas présents de manière équivalente : les épisodes de manie, et principalement d'hypomanie, seraient plus compliqués à détecter, par le milieu médical et les patients, que ceux de dépression. Pourtant ces phases sont au cœur du diagnostic bien que les épisodes dépressifs soient dominants. De plus, les débuts précoces de cette maladie et les possibles comorbidités psychiatriques augmentent le risque d'erreur de diagnostic (Haute Autorité de Santé, 2015).

1. Deux tableaux cliniques principaux

2 tableaux cliniques sont identifiés et touchent 1 à 4% de la population :

- Le type I caractérisé par 1 ou plusieurs épisodes maniaques, même sans épisode dépressif caractérisé, en l'absence de diagnostic différentiel ;
- Le type II caractérisé par 1 ou plusieurs épisodes hypomaniaques et dépressifs caractérisés, en l'absence de diagnostic différentiel et d'épisode maniaque (Collège national des universitaires en Psychiatrie, 2021, p.181).

2. Le diagnostic d'épisode maniaque

Dans le DSM-5, l'épisode maniaque est caractérisé par 4 critères :

A. Humeur, énergie et activité augmentées pendant une période déterminée d'au moins une semaine.

B. Au moins 3 de ces symptômes, durant cette période :

- Estime de soi augmentée ou idée de grandeur ;
- Besoin de sommeil diminué ;
- Communicabilité plus importante ;
- Fuite des idées ;
- Distractibilité ;
- Agitation psychomotrice ou activité augmentée ;
- Investissement important dans des activités pouvant entraîner des dommages.

C. Retentissement important au niveau social et professionnel, nécessité d'hospitalisation pour protection ou encore présence d'éléments psychotiques.

D. Exclusion d'un trouble lié à une substance (une drogue ou un médicament) ou à une autre affection médicale (American psychiatric association, 2015).

La CIM-10 reprend ces critères en ajoutant la possibilité d'« une levée des inhibitions sociales normales » et d' « une modification des perceptions » (Organisation mondiale de la santé, 1993).

3. Le diagnostic d'épisode hypomaniaque

Les critères sont quasi identiques à ceux de l'épisode maniaque.

Dans le DSM-5, ce qui diffère est la durée de l'épisode qui est réduit à au moins 4 jours. De plus, l'humeur et le fonctionnement sont perturbés et constatés par les autres, mais ils n'entraînent ni de retentissement important au niveau professionnel et social ni la nécessité d'une hospitalisation (American psychiatric association, 2015).

Dans la CIM-10, les critères sont plus atténués : l'idée de grandeur est remplacée par le sentiment d'efficacité, la levée des inhibitions sociales par l'augmentation de la sociabilité. La fuite des pensées n'est pas abordée mais l'énergie sexuelle y est décrite comme plus élevée. Les symptômes doivent être présents plusieurs jours consécutifs, sans précisions concernant un nombre de jours minimum (Organisation mondiale de la santé, 1993).

4. Le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé

Le DSM-5 le détermine par 3 critères :

A. Durant au moins 2 semaines, présence d'au moins 5 symptômes comprenant l'un des 2 premiers :

- Humeur dépressive ;
- Perte de plaisir et d'intérêt ;
- Fluctuation du poids ou de l'appétit ;
- Perturbation du sommeil ;
- Perturbation psychomotrice ;
- Fatigue ;
- Dévalorisation ou culpabilité ;
- Troubles de la concentration ;
- Idées noires ou suicidaires voire tentative de suicide.

B. Détresse ou retentissement social, professionnel ou autre.

C. Exclusion d'un trouble lié à une substance (une drogue ou un médicament) ou à une autre affection médicale (American psychiatric association, 2015).

La CIM-10 rajoute la diminution de l'estime de soi et l'attitude pessimiste face à l'avenir. Elle classe ces épisodes en 3 catégories : léger, moyen ou sévère en fonction du nombre de symptômes relevés (Organisation mondiale de la santé, 1993).

D. Évolution

La prise en charge des troubles bipolaires repose sur un traitement médicamenteux adapté à l'épisode (maniaque ou dépressif) et la phase (aigue ou long cours). Trois classes de traitements permettent de réguler l'humeur : Le lithium, certains anticonvulsivants et antipsychotiques de 2nd génération. Une psychothérapie et de l'éducation thérapeutique s'ajoutent en complément.

Si les troubles sont pris en charge rapidement et de manière optimale, une rémission est possible permettant un fonctionnement général satisfaisante. Cependant des symptômes résiduels peuvent entraîner des conséquences multiples (cycles rapides, suicide, comorbidités, fonctionnement perturbé, problèmes judiciaires...) (Collège national des universitaires en Psychiatrie, 2021, p.183).

Pour les patients souffrant d'un trouble schizophrénique ou bipolaire, il a donc été noté un risque élevé de répercussions sur leur fonctionnement générale, notamment au niveau de leur santé physique.

III. LA SANTE SOMATIQUE

A. Mortalité

En France, la réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour un trouble psychotique atteint en moyenne 14 ans, et 13 ans pour les troubles bipolaires. La mortalité prématurée (avant 65 ans) est également très marquée dans ces deux populations de patients (Coldefy & Gandré, 2018). L'OMS (2022) précise que le « *risque de mourir prématurément est 2 à 2,5 fois plus élevé pour les sujets atteints de schizophrénie que dans l'ensemble de la population* ».

Concernant les causes de décès, les taux de mortalité par causes externes telles que les accidents et les suicides sont 5 fois plus importants chez les personnes suivies pour des troubles psychiatriques par rapport à la population générale (Coldefy & Gandré, 2018). Dans la schizophrénie, 5% des décès sont causés par suicide (Collège national des universitaires en

Psychiatrie, 2021, p.150), 15% dans les troubles bipolaires (Collège national des universitaires en Psychiatrie, 2021, p.183). Pour les deux troubles, la moitié des patients sera sujette à une tentative de suicide au cours de son existence (Haute Autorité de Santé, 2015) (Institut du Cerveau, s.d.b).

Mais ces phénomènes n'expliquent pas à eux seuls cette disparité. Les taux de surmortalité sont également 2 à 3 fois supérieurs pour certaines maladies somatiques, notamment pour les maladies du système digestif, respiratoire, endocrinien, les maladies neurodégénératives, les tumeurs et les maladies cardiovasculaires (Coldefy & Gandré, 2018). Les causes de décès les plus fréquentes pour les personnes souffrant de troubles mentaux en général sont les pathologies cardiovasculaires (27,3%), les cancers (18,1%) et le suicide (11,1%) (Ha et al., 2017).

Parmi les raisons principales de mortalité prématurée, notamment dans la schizophrénie, on retrouve (Laursen, 2019) :

- Les effets indésirables des médicaments : en effet, il existe un risque d'augmentation de la mortalité relié à certaines conséquences de la prise d'antipsychotiques, telles que l'allongement de l'espace QT pouvant entraîner une arythmie ventriculaire avec torsades de pointes, mais aussi la prise de poids expliquant la présence élevée du syndrome métabolique chez ces patients (Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie, 2015).
- Un mode et des habitudes de vie favorisant la survenue de facteurs de risque au niveau santé : on retrouve davantage dans cette population des comportements comme un tabagisme important, une sédentarité élevée, une observance thérapeutique plus précaire ou une alimentation mal équilibrée (Coldefy & Gandré, 2018). Ils entraînent des facteurs de risque tels que l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie, les anomalies lipidiques qui sont à l'origine de plusieurs maladies chroniques somatiques (diabète, cardiopathie, accident vasculaire cérébral...). Ce sont des facteurs de risque modifiables, enjeux de santé publique (Organisation mondiale de la santé, 2006).
- La comorbidité somatique
- La prise en soins de ses comorbidités somatiques moins optimale que dans la population générale (Laursen, 2019).

Ces deux derniers points nécessitent d'être développés plus attentivement.

B. Les comorbidités somatiques dans les troubles schizophréniques

Les Recommandations de Bonne Pratique (RBP) en psychiatrie pour améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique énumèrent les comorbidités somatiques les plus fréquemment rencontrées dans les troubles schizophréniques (Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie, 2015). Il est donc nécessaire d'avoir une surveillance accrue vis-à-vis des pathologies ou symptômes suivants :

- Le syndrome métabolique : les critères de ce syndrome se composent d'une obésité abdominale associée à 2 autres facteurs au minimum : une pression artérielle élevée, une hyperglycémie à jeun, un diabète de type 2 et/ou une dyslipidémie.

Obésité abdominale
Définie par un tour de taille supérieur ou égal à 94 cm pour un homme et 80 cm pour une femme Critère obligatoire (il existe des variations ethniques)
Au moins deux des quatre paramètres suivants :
Triglycérides > 150mg/dl ou un traitement spécifique en cours
HDL <40 mg/dl chez les hommes et < 50 mg/dl chez les femmes ou un traitement spécifique en cours
Tension artérielle : \geq à 130 mmHg pour la systolique et \geq à 85 mmHg pour la diastolique Ou un traitement spécifique en cours
Hyperglycémie > 100mg/dl ou un traitement spécifique en cours d'un diabète type 2

Tableau 1: Critères du syndrome métabolique selon la Fédération internationale du Diabète

Note : Reproduit à partir de « Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique », par la Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie, 2015, p 11.

La Fédération Internationale du Diabète (FID) met en cause ce syndrome dans l'apparition de maladies cardiovasculaires et du diabète de type 2. Les personnes souffrant d'un syndrome métabolique présentent un risque de décès deux fois plus élevé qu'en population générale, un risque d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral trois fois plus élevé, et un risque de diabète de type 2 cinq fois plus élevé (Stern et al., 2004).

Dans les troubles schizophréniques, la prévalence du syndrome métabolique est de 28 à 60 % (De Hert et al., 2009) et le risque d'en souffrir est deux à 3 fois plus élevé qu'en population générale (Mitchell et al., 2013).

- Le diabète (Stip et al., 2003) et l'obésité
- Le risque d'occlusion intestinale lors de traitements antipsychotiques, lié aux effets anticholinergiques qu'ils entraînent.
- L'ostéoporose : on retrouve fréquemment une réduction de la densité minérale osseuse et un risque de fracture chez les personnes atteintes de troubles schizophréniques. Une

intervention précoce sur les facteurs de risque est nécessaire : prévention contre la sédentarité, une mauvaise nutrition, le tabagisme, la consommation d'alcool et de faibles niveaux de vitamine D (Kishimoto et al., 2012).

- Les maladies respiratoires : les patients souffrant de schizophrénie ont plus de risque d'avoir une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (Bitter et al., 2017) principalement en lien avec le tabagisme (Lasser et al., 2000).
- Les maladies cardio-vasculaires : il est indispensable de rechercher les facteurs de risque cardio-vasculaire. En effet, chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques, on retrouve une obésité chez plus de 45 à 55 % des patients, un diabète chez 10 à 15 %, une hypertension artérielle chez au moins 20 % des sujets et 25 % pour les dyslipidémies . De plus des antécédents familiaux de diabète et des élévations des hormones de stress sont fréquemment rencontrés (De Hert et al., 2009).
- Les cancers : le risque de cancers gynécologiques (cancer du sein, du col de l'utérin) est plus élevé chez les femmes souffrant de schizophrénie en lien avec de nombreux facteurs comme l'obésité, la nulliparité ou encore les antipsychotiques (De Hert et al., 2016). Une surveillance et des dépistages gynécologiques réguliers sont donc conseillés. De plus la prévalence de cancer de la langue, des poumons et colorectal est augmentée dans cette population (Chen et al., 2018). La mortalité des suites d'un cancer est 1,5 à 2 fois supérieure qu'en population générale (Zhuo et al., 2017).
- Les conduites addictives, notamment l'alcool et le tabac : le tabagisme est présent chez plus de 80 % des personnes souffrant de troubles schizophréniques (Collège national des universitaires en Psychiatrie, 2021, p.329). Or l'espérance de vie diminue de plus de 7 ans pour les femmes suivies pour trouble schizophrénique, schizo-affectif ou bipolaire et ayant une consommation actuelle de tabac, par rapport à celles qui n'en consomment pas ; 5 ans pour les hommes (Chesney et al., 2021).
- Les infections sexuellement transmissibles liées à des comportements à risque (Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie, 2015).

C. Les comorbidités somatiques dans les troubles bipolaires

Tout comme dans les troubles schizophréniques, les RBP en psychiatrie pour améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique insistent sur la même prévention de risques somatiques (Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie, 2015). En effet, on retrouve une prévalence du

syndrome métabolique chez 30 à 49 % des personnes souffrant de troubles bipolaires, de l'obésité chez 20 à 50 %, du diabète chez 8 à 17 %, des dyslipidémies chez 23 à 38 %, de l'hypertension artérielle chez plus de 35 % des patients ainsi qu'un tabagisme chez 54 à 68 % (De Hert et al., 2009). Cela explique le risque de maladies cardio-vasculaires et pulmonaires.

Les dysfonctions thyroïdiennes sont plus fréquentes chez les patients bipolaires, (Krishna et al., 2013), notamment chez les patients présentant des cycles rapides et des troubles résistants. De plus l'hypothyroïdie est un risque d'effets indésirables chez les patients traités par Lithium, la surveillance de l'hormone thyroïdienne (TSH) fait donc partie du bilan paraclinique demandé (Collège national des universitaires en Psychiatrie, 2021, p.182).

Le risque d'infections sexuellement transmissibles est également plus important, notamment lors des épisodes maniaques ou hypomaniaques. Comme le stipule de DSM-5, l'« *engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables* » peut se traduire par des comportements sexuels à risque (American psychiatric association, 2015, p.158).

En résumé, les personnes souffrant d'un trouble schizophrénique ou bipolaire ont une mortalité et morbidité, concernant les pathologies organiques, plus élevées qu'en population générale. La prévalence des troubles addictifs est 11 fois plus importante dans cette population, et 3 à 7 fois plus élevée pour les maladies neurologiques telles que la démence, l'épilepsie, la maladie de Parkinson. D'autres pathologies sont également surreprésentées comme les maladies du foie ou du pancréas, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les accidents vasculaires cérébraux ou encore les maladies cardio-vasculaires (Gandré & Coldefy, 2020) (cf Annexe 1). La responsabilité des effets indésirables des traitements médicamenteux et des comportements de santé sous optimales des patients ont été évoqués précédemment. Cependant, malgré une prévalence des principales pathologies chroniques plus importante qu'en population générale, les consultations vers le médecin spécialiste sont moins nombreuses pour les personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles bipolaires, bien qu'elles soient plus fréquentes en médecine générale (Gandré & Coldefy, 2020). Les spécialités courantes évoquées étaient la cardiologie, la dermatologie, la gynécologie médicale et obstétrique, la gastro-entérologie, l'ophtalmologie, l'ORL (oto-rhino-laryngologiste) et la rhumatologie (cf figure 3). De tels constats mettent en lumière les fortes inégalités de santé auxquelles restent confrontées ces personnes ; et cela suggère donc la présence de difficultés dans le parcours et l'accès aux soins somatiques de cette population.

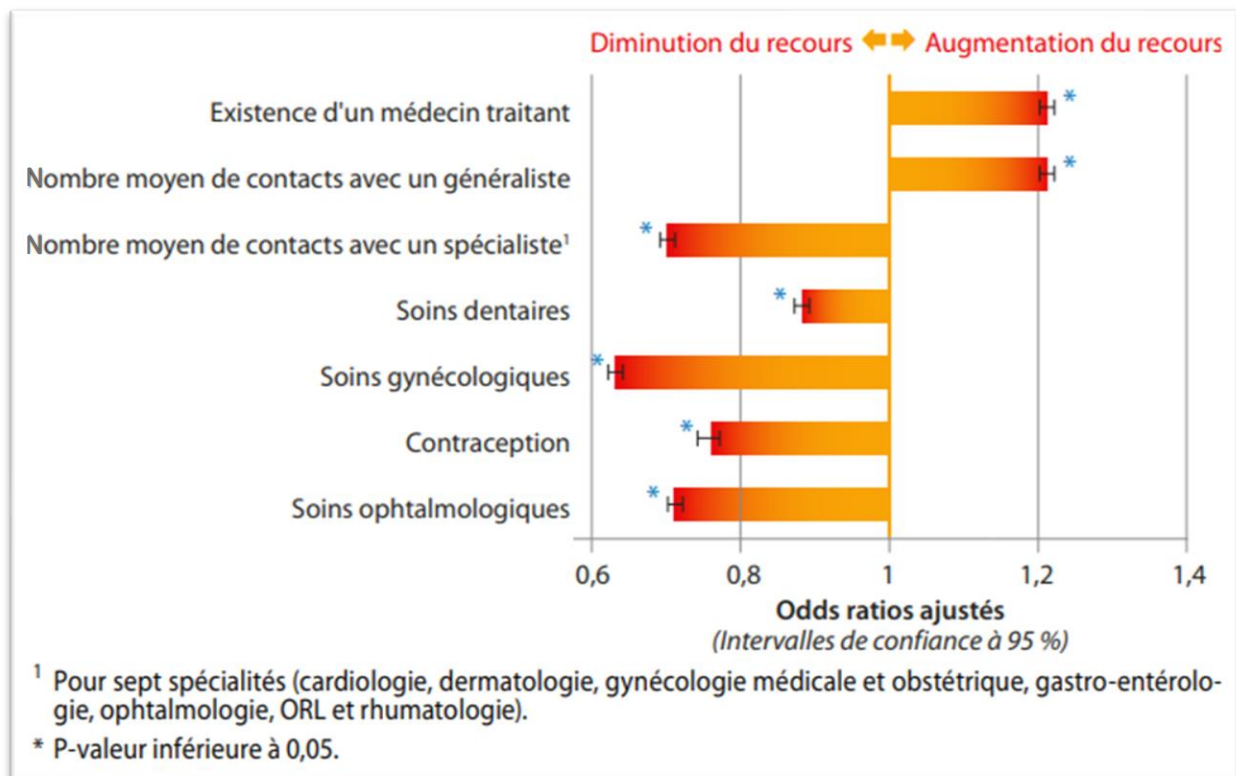


Figure 2 : Associations entre la présence d'un trouble psychique sévère et le recours aux soins de médecins généralistes et de spécialistes courants

Source : Extrait de : Gandré, C., & Coldefy, M. (2020). Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. *Questions d'économie de la santé (Irdes)*, 250. (Source citée dans l'article : *Système national des données de santé (SNDS)*)

Champ : Personnes suivies pour un trouble psychique sévère en 2014 et leurs témoins appariés, de 18 à 65 ans, bénéficiant du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie et ayant consommé des soins, en France.

Note : L'odds ratio « traduit l'importance de l'association entre la présence d'un trouble psychique sévère et chaque indicateur de recours » (Gandré & Coldefy, 2020) : si supérieure à 1, augmentation du recours ; si inférieure, diminution.

IV. L'ACCES AUX SOINS

A. État des lieux en France

En France, la santé physique des patients atteints de schizophrénie ou de troubles bipolaires est de plus en plus prise en compte dans la politique de santé actuelle, comme démontré au travers des RBP en psychiatrie évoquées précédemment. Celles-ci développent autant les risques somatiques encourus par cette population, que les préventions et les préconisations à mettre en place. Néanmoins, il y est stipulé qu'« aucune donnée pertinente concernant les pratiques de dépistage et de prise en charge en France n'a été clairement identifiée ce qui ne permet pas d'identifier de manière objective les problèmes de pratique à résoudre » (Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie, 2015).

Cependant plusieurs articles font part d'un accès insuffisant et d'obstacles aux soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux.

Pour Olié (2020), la prise en compte insuffisante des pathologies somatiques chez les personnes souffrant de maladies psychiques relève de la responsabilité médicale. Il dénonce la persistance d'une dichotomie entre psychique et somatique, mais également une mauvaise considération des plaintes douloureuses chez ces patients.

Richieri et al (2020) reprennent cette scission entre ces 2 disciplines, qui pénalisent les patients, et soulignent l'importance d'une prise en soin holistique dans laquelle les professionnels du champ de la psychiatrie ont un rôle à jouer.

Enfin pour Younès et Lemogne (2017), les obstacles à l'accès aux soins proviennent de facteurs liés au patient (inconscience de la maladie, moyens financiers, soutien social), au soignant (défaut de diagnostic ou de traitement) mais également à des parcours de soins somatiques et psychiques trop cloisonnés.

Le rapport commandé par les pouvoirs publics pour améliorer l'accès aux soins aux personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité note également la prise de conscience des autorités à ce sujet (Denormandie & Cornu-Pauchet, 2018). Les propositions qui y sont faites ont pour objectif de résoudre les problématiques financières et organisationnelles du système de santé freinant l'accès aux soins.

Lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui se sont déroulées le 27 et 28 septembre 2021, la santé physique chez les personnes souffrant de maladies psychiatriques et l'accès aux soins somatiques ont été identifiés comme des thématiques prioritaires pour lesquelles des avancées sont attendues (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Auparavant, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé avait établi la mise en place de projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Les PTSM sont « *des outils de déclinaison de la politique de santé mentale, élaborés à l'initiative des acteurs locaux et ayant pour objectif d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.* » (Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, 2021). L'une des 6 priorités répertoriée dans ce projet est « *l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins incluant le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d.-d).

B. Les obstacles identifiés dans la recherche (cf Annexe 2)

L'amélioration de la santé physique des personnes atteintes des troubles psychiques sévères est donc un enjeu de santé publique. Cependant, la recherche internationale relève régulièrement des obstacles à l'accès aux soins pour cette population. Ceux-ci proviennent autant des patients, que des professionnels et du système de soins en général. Les problèmes rencontrés sont autant d'ordre pratique qu'interpersonnel ; les difficultés peuvent être retrouvées entre les professionnels de santé et les usagers, mais aussi entre les différents services de soins (Chadwick et al., 2012).

Ainsi les principaux facteurs liés aux personnes souffrant de troubles psychiques et influençant l'accès aux soins sont :

- Leur état de santé mentale : des symptômes actuels de la maladie comme l'anxiété ou encore des signes en faveur d'une rechute (Ross et al., 2015) ainsi que des troubles cognitifs (Björk Brämberg et al., 2018) d'ordre mnésique, attentionnel ou encore des fonctions exécutives impactent la capacité de ses patients à accéder à des soins appropriés.

De plus, la consultation ainsi que l'attente de résultats aux examens paracliniques peuvent être vécus comme facteurs de stress (van Hasselt et al., 2013).

- Un manque de conscience de leurs problèmes physiques et d'observance au traitement (Kohn et al., 2022) : les patients rencontrent parfois des difficultés à exprimer leur plainte physique et leur besoin d'aide mais peuvent aussi faire preuve de peu de motivation face aux soins somatiques (van Hasselt et al., 2013).
- Les obstacles socio-économiques : les contraintes économiques, les faibles revenus, un logement précaire sont des conditions retrouvées fréquemment chez ces patients et constituent un frein par rapport aux frais de transports pour se rendre sur un lieu de soin par exemple ; en effet de tels constats ne permettent pas de prioriser leur besoin de santé face à une possible insécurité au niveau alimentaire et du domicile (Ross et al., 2015).
- Le manque de soutien social : ainsi il a été relevé la nécessité d'un accompagnement pour les consultations de ces patients (Kohn et al., 2022) et le rôle important des proches pour un suivi somatique optimale (Björk Brämberg et al., 2018).
- L'autostigmatisation (Björk Brämberg et al., 2018) ou le fait d'internaliser les préjugés liés à sa maladie, ce qui peut avoir un impact négatif dans le processus de rétablissement et dans le recours au soin (Suter et al., 2019) : ce sentiment est renforcé

par le fait que leur souci physique n'ait pas été pris en compte ou pas priorisé par rapport à leur symptomatologie psychiatrique, lors d'expériences précédentes (Lawrence & Kisely, 2010). Ainsi certains patients décrivent une « peur » de consulter par crainte de ne pas être cru ou de ne pas avoir accès à des soins optimaux du fait de leur pathologie psychiatrique (Björk Brämberg et al., 2018).

Concernant les facteurs liés aux professionnels de santé, on retrouve :

- Le manque de formation et d'expériences des professionnels de soins somatiques en santé mentale et des professionnels en santé mentale en soins somatiques (Björk Brämberg et al., 2018 ; Ross et al., 2015) : cela entraîne une difficulté pour le professionnel dans la compréhension des symptômes présentés par le patient et dans les interactions soignant-soigné en général.
- La stigmatisation liée à la santé mentale (Kohn et al., 2022) : des aidants soulignent l'impression que leur proche soit « étiqueté » auprès de certains professionnels de santé (Björk Brämberg et al., 2018). L'attitude du soignant vis-à-vis du patient, à le traiter sans jugement et donc à instaurer un climat de confiance, facilite leur accès aux soins (Ross et al., 2015). L'OMS (2022) souligne que les personnes souffrant de troubles schizophréniques sont régulièrement exposées « à des violations des droits fondamentaux ». Elle précise que cette stigmatisation entraîne des discriminations concernant l'accès aux soins, à l'éducation, au logement et à l'emploi. La lutte contre cette problématique a également été identifiée comme axe prioritaire dans les PTSM (Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d.-d).
- Le rôle et la responsabilité des différents professionnels (Kohn et al., 2022) : les patients décrivent des difficultés à comprendre qui est responsable de la prise en soins de certaines comorbidité (comme l'obésité par exemple) (van Hasselt et al., 2013).

Pour les facteurs liés au système de santé, on note :

- Les difficultés liées au temps : la durée des rendez-vous médicaux est parfois jugée insuffisante aux vues de la prise en charge de ces patients (Ross et al., 2015).
- Le manque de collaboration et de communication entre les différents systèmes de soins (Ross et al., 2015) (Björk Brämberg et al., 2018) (Kohn et al., 2022).
- Les modalités de consultation somatique : la distance géographique (Björk Brämberg et al., 2018) mais aussi la recherche d'un professionnel de soin (Ross et al., 2015).

Dans une étude, Oud et al. (2007) ont identifié plusieurs facteurs pouvant influencer les médecins généralistes dans leurs prises en soins auprès de patients souffrant de trouble psychotique. Tout comme précédemment, on peut remarquer que certains d'entre eux étaient reliées au patient : sa symptomatologie psychiatrique, le soutien familial ou encore d'autres facteurs comme sa condition sociale ; d'autres au médecin : son expertise en santé mentale, son ressenti et son attitude professionnelle ; et enfin, à l'organisation des soins : la pratique en médecine générale, notamment la contrainte du temps, et la collaboration avec les professionnels de santé psychiatrique (Oud et al., 2007).

Les difficultés concernant l'accès aux soins des patients souffrant de troubles psychiques sévères ont donc déjà été de nombreuses fois documentées dans la littérature et des propositions pour y remédier ont été également renseignées.

C. Les axes d'amélioration

Toutes les recherches relatant les difficultés des patients souffrant de troubles psychiques sévères à accéder à des soins somatiques appropriés sont forces de propositions pour améliorer cette problématique. De Hert et al. (2011) ont recommandé plusieurs mesures pour répondre à cette problématique. En dehors de celles concernant la surveillance, le dépistage et l'éducation, d'autres pistes sont évoquées également dans plusieurs études :

- Former les professionnels de soins tant au niveau santé mentale qu'au niveau maladies somatiques associées (Bitter et al., 2017 ; Björk Brämberg et al., 2018 ; Kohn et al., 2022 ; Oud & Meyboom-de Jong, 2009; Ross et al., 2015).
- Mettre en place des collaborations et une coordination plus solides entre les médecins spécialistes et les autres professionnels de santé (échange d'informations, protocoles partagés...) (Kohn et al., 2022 ; Oud & Meyboom-de Jong, 2009 ; Ross et al., 2015 ; van Hasselt et al., 2013).
- Favoriser l'adhésion et l'implication du patient aux différentes interventions (médicales, psychiatriques et comportementales), identifier leurs besoins spécifiques (Björk Brämberg et al., 2018 ; van Hasselt et al., 2013).

Les RBP pour améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique préconisent en matière de soins ambulatoires :

« - *De faire un travail de déstigmatisation auprès des médecins généralistes ou autres spécialistes (la peur de la maladie mentale existe encore).*

- *De prendre le temps nécessaire pour se consacrer à la prise en charge de ces patients.*

- *Aux psychiatres d'améliorer leur communication (courrier, compte-rendu) avec leurs correspondants.*
- *D'accompagner ces patients dans leurs soins somatiques car ils ont des difficultés d'observance.*
- *Aux prescripteurs d'approfondir leurs connaissances sur les nouvelles molécules psychotropes et leurs effets indésirables » (Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie, 2015).*

Elles précisent la nécessité des échanges de part et d'autre entre médecins psychiatres et médecins traitants, de la coordination entre les soins et de l'information des médecins traitants sur la spécificité des suivis somatiques pour ces patients.

Les similitudes sont donc notables en termes d'interventions auprès des patients, de préconisations au niveau des professionnels de santé et d'amélioration des pratiques et organisations professionnelles.

Cependant elles insistent également sur la place importante des familles et aidants en tant que soutien moral, matériel et aide aux soins. La présence d'un entourage étayant conforte le pronostic du patient (Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie, 2015).

V. DEFINITION DE LA PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

A. Problématique

En France, l'une des spécificités de notre système de soins est l'existence du parcours de soins coordonnés défini par la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004. Ainsi, pour un remboursement maximal des soins médicaux liés à la consultation d'un spécialiste, il est nécessaire d'être adressé par son médecin traitant, excepté pour les gynécologues, ophtalmologues, psychiatres et stomatologues. Dans 99,5 % des situations, les médecins traitants sont des médecins généralistes (Barnay et al., 2007).

Comme expliqué auparavant, l'accès aux soins, et notamment à la médecine spécialisée somatique, reste encore difficile pour les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sévère et chronique, malgré une prévalence élevée de nombreuses pathologies physiques. Pourtant le taux de déclaration de médecin traitant et de contacts avec un médecin généraliste est plus élevé chez ces personnes qu'en population générale (Gandré & Coldefy, 2020).

Par conséquent, ma réflexion s'est portée sur la fluidité du parcours de ces patients, entre la médecine générale et la médecine spécialisée somatique : comment améliorer ce parcours de

soins pour les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sévère, afin qu'elles puissent bénéficier d'une prise en soins somatiques optimale ?

Le parcours de soins est défini comme « *la succession d'étapes par lesquelles l'individu peut se soigner* » (Encyclopédie.fr, s. d.). Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a déjà élaboré des préconisations afin d'« *améliorer le parcours de soin en psychiatrie* », cependant elles sont davantage centrées sur les soins psychiques (Conseil économique, social et environnemental, 2021).

La HAS (2013) souligne également la nécessité d'« *un parcours de soins des personnes respectueux des bonnes pratiques, adapté à chaque situation et dont les différentes interventions sont coordonnées entre elles.* ». Elle insiste donc sur l'importance de la coordination dans les parcours de soins (Haute Autorité de Santé, 2013).

Selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS, 2012), « *la coordination des soins se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment* ».

La DGOS (2012) confirme d'ailleurs que législativement, le médecin généraliste est au cœur de la coordination des soins c'est-à-dire qu'il a un « *rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social)* ». Cependant elle reconnaît la nécessité d'une aide de la part d'autres intervenants pour les « *patients en situation complexe* », comme dans notre situation évoquée où les personnes présentent plusieurs pathologies (mentale et somatique), avec une notion de sévérité pour le trouble psychique.

La HAS (2018) fait déjà le constat d'un manque de coordination entre la médecine générale et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux, notamment avec les professionnels de psychiatrie, pouvant impacter la continuité et les parcours de soins. Elle propose donc un guide dans le but d'engager une évolution et entrevoit la possibilité d'interventions au niveau des professionnels (formation, développement de la culture de la coordination), de la personne souffrante et de son entourage (par leur implication) et au niveau décisionnel. Elle évoque également des stratégies telles que favoriser

la communication et diverses pratiques collaboratives. Cet outil cherche à répondre au cloisonnement existant entre le psychique et le somatique et au travail à engager entre le médecin généraliste et la psychiatrie (Haute Autorité de Santé, 2018).

Cependant aux vues des conclusions des études de Gandré et Coldefy (2020), il paraît pertinent de s'intéresser davantage au cas des spécialités somatiques.

B. Objectifs de l'étude

Pour répondre à la problématique, il m'a donc semblé important de mieux comprendre le vécu des médecins généralistes lors de l'orientation de ces personnes vers la médecine somatique spécialisée.

L'objectif principal de cette étude sera donc de savoir si les médecins généralistes ressentent des difficultés à orienter les personnes suivies pour un trouble psychique sévère vers les soins somatiques spécialisés.

Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- Identifier les éventuelles difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'orientation des patients souffrant d'un trouble psychiatrique sévère vers les soins en médecine spécialisée
- Evaluer les besoins d'aides attendus par les médecins généralistes pour l'orientation des patients souffrant d'un trouble psychiatrique sévère vers les soins en médecine spécialisée
- Identifier les éventuelles aides que le secteur de psychiatrie peut apporter.

Dans leur recherche, Oud et al. (2007) suggèrent qu'une étude quantitative soit menée pour pouvoir identifier les besoins des médecins généralistes dans les prises en soins de ces patients. C'est vers une telle perspective que tend le travail que j'effectue.

ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

I. METHODE

Il s'agit donc d'une étude quantitative auprès de médecins généralistes.

A. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion concernant le choix des médecins généralistes sont :

- Les médecins généralistes ayant leur activité professionnelle sur le territoire du secteur de psychiatrie 59G20, secteur dans lequel j'exerce.

En France, la psychiatrie publique fonctionne par zones géographiques nommées secteurs de psychiatrie générale pour les personnes ayant plus de 16 ans ; ces secteurs prennent en charge une population d'environ 80000 habitants. Mise en place par la circulaire de mars 1960 (Ministère de la Santé publique et de la Population, 1960), cette découpe est un dispositif territorial de proximité permettant de répondre aux besoins de soins de la population. Chaque secteur dispose de lits d'hospitalisation et de structures ambulatoires (Unafam, 2021).

Le secteur psychiatrique cité comprend les communes de Lomme, Lambersart, Saint André-lez-Lille, Lompret, Verlinghem. Les professionnels ont été recensés grâce à l'annuaire santé du site de l'Assurance Maladie, Améli, soit 77 médecins généralistes identifiés. Sont exclus de l'étude les médecins généralistes exerçant une spécialité : les angiologues, allergologues, homéopathes, médecins appliqués aux sports, acupuncteurs, médecins esthétiques ; ne sont inclus que ceux conventionnés secteur 1 sans dépassement d'honoraires.

Afin de suivre les mêmes critères d'inclusion que les recherches et recommandations citées auparavant :

- Les patients atteints d'un trouble psychique sévère concernés par mon étude sont ceux ayant reçu un diagnostic de trouble schizophrénique ou de trouble bipolaire et présentant une stabilité au niveau de la symptomatologie clinique. La stabilité peut se définir comme « *l'état du patient lorsqu'il y a respect et continuité de la prise du traitement et présence moins intense de symptômes* » liés à son trouble psychiatrique (Collectif Schizophrénies, s.d.).
- L'étude concerne l'orientation de cette population de patients vers la médecine somatique spécialisée incluant les spécialités courantes telles que la cardiologie, la dermatologie, la gynécologie médicale et obstétrique, la gastro-entérologie, l'ophtalmologie, l'ORL et la rhumatologie.

B. Encadrement méthodologique

Afin d'obtenir des aides aux plans méthodologique, réglementaire et biostatistique, une prise de contact avec la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy) a été effectuée. Ainsi, une équipe constituée d'un médecin psychiatre, d'un psychologue, d'un médecin de santé publique et de 2 internes en médecine a proposé un encadrement méthodologique, sous forme de Consultations d'Aide Méthodologique (CAM). Cinq CAM ont été établies tout au long du projet :

- 1ère CAM, octobre 2021 : exposé de la problématique et méthodologie ;
- 2ème CAM, décembre 2021 : validation du questionnaire ;
- 3ème CAM, mars 2022 : retour de la base de données (réponses reçues au questionnaire) ;
- 4ème CAM, avril 2022 : résultats des analyses statistiques ;
- 5ème CAM, juin 2022 : valorisation des résultats.

Les échanges de courriers électroniques ont également été nombreux lors de cette période.

L'équipe de la F2RSM Psy a apporté la confirmation que l'étude ne nécessitait pas l'obtention d'avis favorable préalable à sa mise en œuvre, étant donné qu'elle interroge des professionnels de santé sur leur pratique et leurs attentes.

C. Création du questionnaire

Avant de créer le questionnaire, une rencontre avec quelques professionnels de terrain (médecins généralistes exerçant en libéral) a été effectuée, afin de pouvoir valider la pertinence du projet. Cela m'a permis de me rendre compte que les avis divergeaient concernant la présence de difficultés et la nécessité d'aides du secteur de psychiatrie pour l'orientation des personnes souffrant de troubles psychiques sévères vers un spécialiste somatique.

Puis le questionnaire a été créé afin de répondre aux objectifs de l'étude et au regard de la recherche bibliographique faite précédemment, qui a permis une synthèse des principaux obstacles à l'accès aux soins de ces patients et des axes d'amélioration (cf **INTRODUCTION : IV.B. et IV.C.**).

Ce questionnaire interroge (cf Annexe 3) :

- La démographie de la population médicale interrogée ;
- Le ressenti du médecin généraliste quant à sa sensibilisation ou non à la psychiatrie ;
- La fréquence des orientations des personnes souffrant de trouble psychique sévère vers la médecine somatique spécialisée en comparaison à la population générale ;
- La fréquence de mise en place de modalités particulières en lien avec cette orientation ;

- Le ressenti du médecin généraliste face à ces orientations ;
- La fréquence de différentes variables pouvant influencer ces orientations : les variables proposées reprennent les 3 facteurs retrouvés dans la littérature et exposés précédemment dans le paragraphe suivant « *Les obstacles identifiés dans la recherche* » (cf **INTRODUCTION IV. B.**) : les facteurs liés au patient, aux professionnels de soins (médecins généralistes dans l'étude) et au système de soins ;
- Le ressenti du médecin généraliste face à une aide du secteur de psychiatrie pour orienter ces patients ;
- Le ressenti du médecin généraliste par rapport à différentes aides proposées en lien avec les recommandations de la littérature sur le sujet (cf **INTRODUCTION IV.C.**).

Excepté pour les questions concernant l'âge, le sexe, le nombre d'années d'exercice professionnel et l'éventuelle sensibilisation à la psychiatrie des médecins généralistes, une échelle de Likert ordinale à quatre niveaux avec des variations entre les déclarations positives et négatives a été utilisée pour répondre aux différentes questions de l'enquête ; il s'agit d'une échelle psychométrique permettant de mesurer ou quantifier objectivement des variables (opinions, perceptions, comportements).

Deux questions supplémentaires ont été ajoutées afin d'obtenir d'autres propositions pouvant influencer les orientations des médecins généralistes et d'autres attentes envers le secteur de psychiatrie.

Le questionnaire a été testé par l'équipe de la F2RSM, puis a été validé après quelques modifications.

Ainsi le critère de jugement est :

- La question 3 pour l'objectif principal (« savoir si les médecins généralistes ressentent des difficultés à orienter les personnes suivies pour un trouble psychique sévère vers les soins somatiques spécialisés ») : Lors de l'orientation de personnes vivant avec un trouble psychique sévère vers un spécialiste, quel est votre ressenti ?
- La question 4 pour le 1^{er} objectif secondaire (« Identifier les éventuelles difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'orientation des patients souffrant d'un trouble psychiatrique sévère vers les soins en médecine spécialisée ») : À quelle fréquence ces situations influencent-elles votre orientation de ces patients vers un spécialiste ?
- La question 5 pour le 2^{ème} objectif secondaire (« Évaluer les besoins d'aides attendus par les médecins généralistes pour l'orientation des patients souffrant d'un trouble

psychiatrique sévère vers les soins en médecine spécialisée ») : Pensez-vous que le secteur de psychiatrie puisse vous aider dans l'orientation des patients souffrant d'un trouble psychique sévère vers un spécialiste ?

- La question 6 pour le 3^{ème} objectif secondaire (« Identifier les éventuelles aides que le secteur de psychiatrie peut apporter ») : Comment le secteur de psychiatrie peut-il vous aider dans l'orientation de ces patients vers un spécialiste ?

Le questionnaire était précédé d'une note d'informations expliquant le but de l'enquête, garantissant l'anonymat et fournissant les modalités de retour des réponses.

D. Déroulement de l'étude

1. Envoi des questionnaires

Dans un premier temps, il avait été envisagé d'envoyer les questionnaires par mail aux différents médecins généralistes. Pour cela, il a fallu contacter l'ensemble des médecins par téléphone pour expliquer la démarche et obtenir une adresse mail.

Cette tâche a présenté plusieurs difficultés : refus de certains médecins, barrière du secrétariat médical (refus ou demande restée sans retour), absence de réponses. Cinquante-deux adresses mail ont été collectées. Par conséquent, il n'était pas possible d'envoyer le questionnaire de cette manière à 25 médecins généralistes.

Il a donc semblé plus pertinent que chaque questionnaire soit envoyé par courrier postal, afin de conserver une méthodologie identique.

Un premier envoi a été effectué début janvier 2022, puis un rappel un mois plus tard.

2. Analyse des résultats

Après réception des questionnaires, les résultats ont été rentrés dans un tableau Excel afin de constituer une base de données. A partir du plan d'analyse, des analyses statistiques ont été réalisées en deux temps :

- 1^{er} temps : réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.
- 2^{ème} temps : réalisation d'analyses bivariées afin de comparer les professionnels selon certains critères. Les proportions sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques sont <5). Les moyennes sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (Lorsque les groupes sont ≥ 30 individus par groupe, que leur distribution suit une loi

Normale et que les variances sont égales) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (Lorsque les groupes sont < 30 individus par groupe ou que les échantillons ne suivent pas les caractéristiques nécessaires). Lorsqu'il s'agit de comparer plusieurs moyennes entre elles, un test paramétrique ANOVA est utilisé si les conditions sont réunies sinon un test non paramétrique de Kruskal-Wallis est préféré. Les résultats sont significatifs lorsque « p » est < 0.05.

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R et R studio version 4.1.2.

II. RESULTATS (CF ANNEXE 4)

Au total, 41 questionnaires remplis ont été retournés, soit un taux de participation de 53.2 %.

A. Analyses univariées

1. Démographie de la population médicale interrogée

Parmi les répondants, 19 étaient des hommes (46,3 %) et 22 des femmes (53.7 %). L'expérience de travail moyenne était de 20 ans (minimum 3 ans, maximum 40 ans) et l'âge moyen de 50 ans (de 32 à 65 ans).

La tranche d'âge la plus représentative est celle des 55-60 ans qui comptabilise 11 médecins généralistes répondants ; en revanche, avec 2 répondants, celle des 45-50 est la moins représentée (cf figure 2).

En parallèle, les professionnels ayant entre 35 et 40 années d'ancienneté dans la profession sont les plus nombreux (7 répondants) ; alors que les moins représentés sont ceux ayant entre 5 et 10, et entre 35 et 40 années d'expérience (respectivement 3 et 2) (cf figure 3).

La plupart des répondants (71%) se considèrent sensibilisés à la psychiatrie, 24% non et 5% ne se sont pas exprimés.

Répartition des médecins selon leur classe d'âge

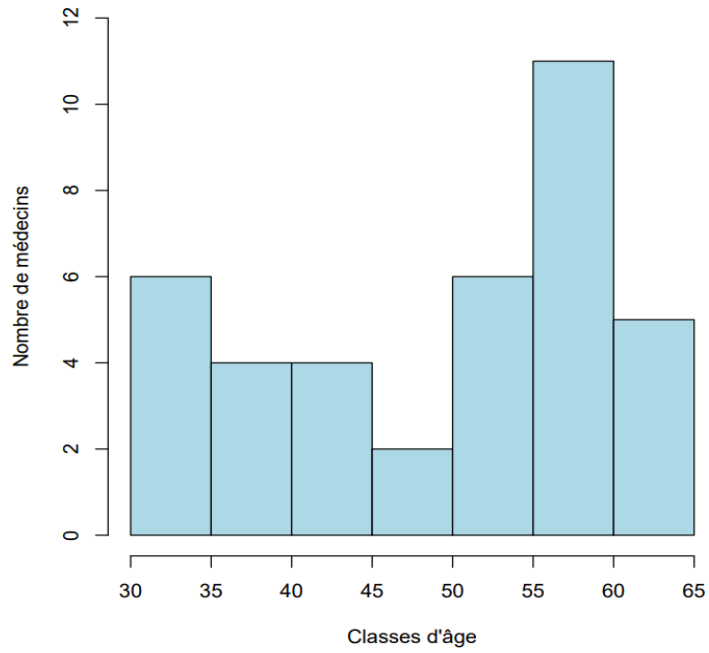


Figure 3: Répartition des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête selon leur classe d'âge (en années)

Répartition des médecins selon leur ancienneté

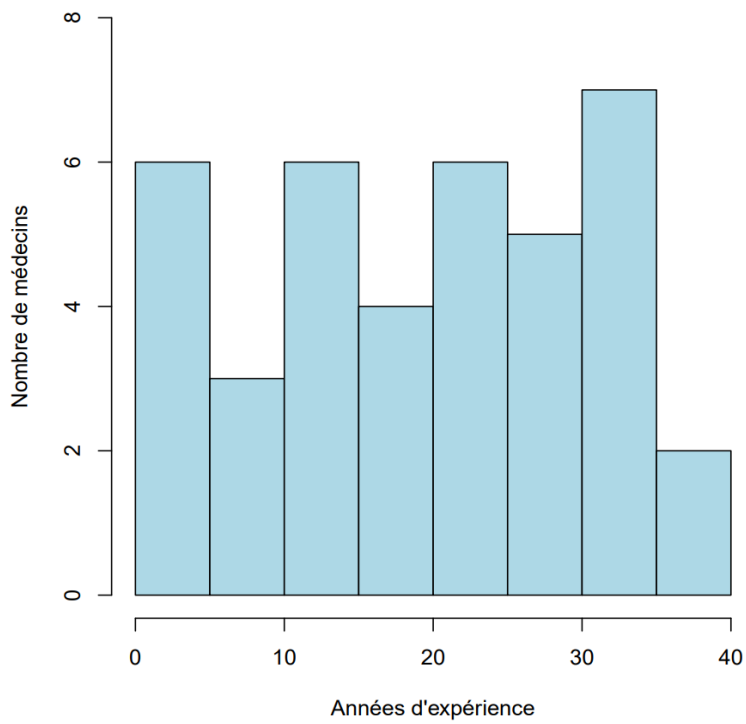


Figure 4: Répartition des médecins généralistes selon leur ancienneté dans la profession

2. Orientation des patients présentant un trouble psychique sévère vers un spécialiste

Parmi les médecins généralistes ayant répondu à l'enquête, 24 % estiment orienter aussi fréquemment les patients avec un trouble psychiatrique que les patients sans trouble vers un spécialiste ; toutefois la majorité d'entre eux (71 %) considèrent le réaliser la plupart du temps.

Lors de cette mission, la plupart des professionnels déclarent procéder différemment, en instaurant davantage de modalités pour orienter ces patients, par rapport à la population générale (15 % systématiquement, 51 % la plupart du temps) ; 12 % n'apportent jamais de changement dans cette pratique.

Concernant le ressenti des médecins généralistes face à cette tâche, 2 avis ont été principalement exprimés : la plupart des professionnels ont déclaré éprouver soit parfois ou soit souvent des difficultés (cf figure 4). Pour l'analyse des réponses, deux groupes ont été constitués : ceux ayant répondu « toujours-souvent » et ceux ayant répondu « parfois-jamais ». Ainsi, 44 % s'estiment régulièrement en difficulté (toujours ou souvent), contre 56 % qui ne le sont pas ou peu fréquemment (jamais ou parfois).

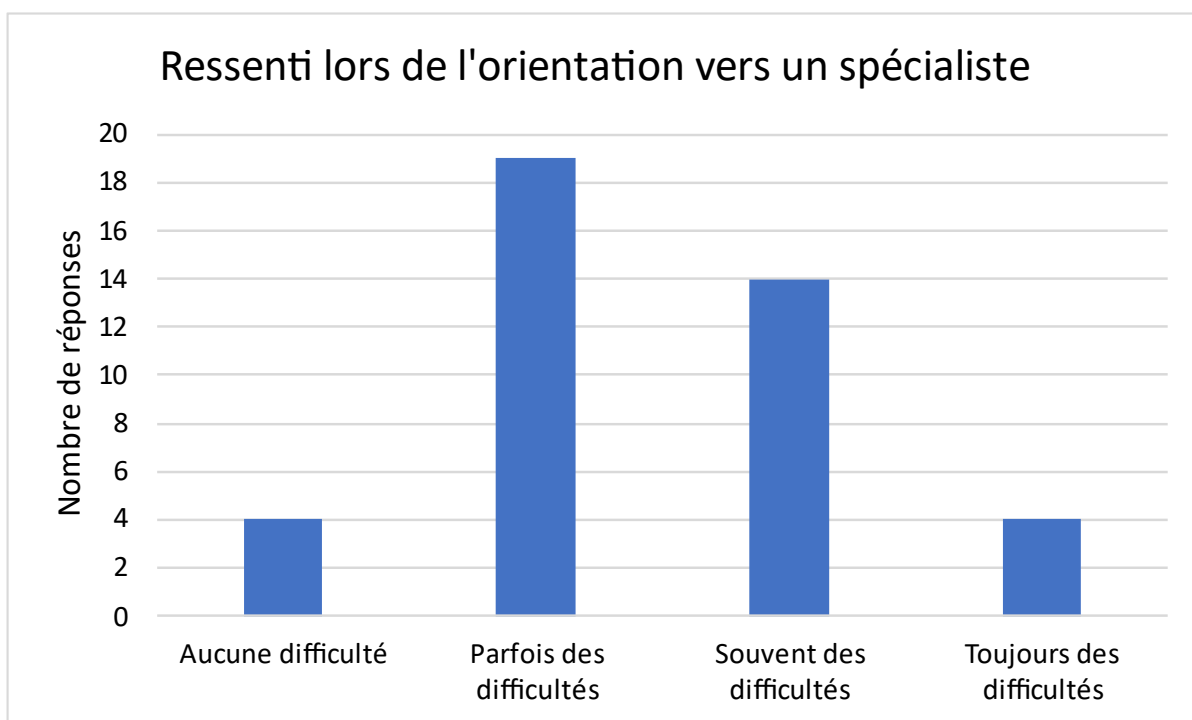


Figure 5: Ressenti des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête lors de l'orientation de patients souffrant de troubles psychiatriques sévères vers un spécialiste

Concernant les situations pouvant influencer l'orientation du patient vers un spécialiste, 4 difficultés sont identifiées plus fréquemment par les médecins généralistes (cf tableau 2 et figure 5) :

- 2 difficultés liées au patient : son état de santé psychiatrique (agitation, troubles cognitifs, désorganisation) et ses difficultés socio-économiques ;
- 2 difficultés liées au système de soin : les modalités de consultation chez le spécialiste (distance, prise de rendez-vous, délai d'attente...) et le manque de coordination entre les différents professionnels de santé.

En revanche, les facteurs liés au professionnel de santé, tels que la difficulté d'interaction, d'évaluation, le manque d'expérience en santé mentale ainsi que la crainte du patient par rapport au jugement du spécialiste, sont moins fréquemment relevés par les répondants comme des difficultés influençant l'orientation médicale.

Seuls 3 médecins ont apporté une proposition supplémentaire pouvant impacter ces orientations médicales, chacun une différente ce qui ne permet pas une prise en compte de ces données. Ces derniers ont ajouté :

- Le manque de retour par courrier ou téléphone de la part des psychiatres ;
- L'importance des aidants familiaux ;
- L'importance d'un réseau d'aidants (professionnel et familial).

Facteurs influençant l'orientation vers un spécialiste	Score moyen obtenu	Moyenne définie
Demande en soins du patient	2,46	2,5
Crainte du patient de la consultation spécialisée	2,29	2,5
Crainte du patient du jugement du spécialiste	1,98	2,5
Etat de santé psychiatrique du patient	2,71	2,5
Manque de soutien des proches	2,33	2,5
Difficultés socio-économiques du patient	2,61	2,5
Difficulté du médecin à évaluer les besoins somatiques	2,17	2,5
Difficulté à interagir avec le patient	2,24	2,5
Manque de temps lors de la consultation	2,46	2,5
Manque d'expérience en santé mentale	2,23	2,5
Modalités de consultation chez le spécialiste	2,61	2,5
Manque de coordination entre les professionnels	2,56	2,5

Tableau 2 : Résultats obtenus concernant les facteurs influençant l'orientation des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères vers un spécialiste

Note : Pour obtenir les scores, les réponses ont été remplacées par un chiffre : jamais = 1 ; parfois = 2 ; souvent = 3 ; toujours = 4.

Sont surlignés en jaune les 4 facteurs identifiés fréquemment par les médecins généralistes et influençant l'orientation.

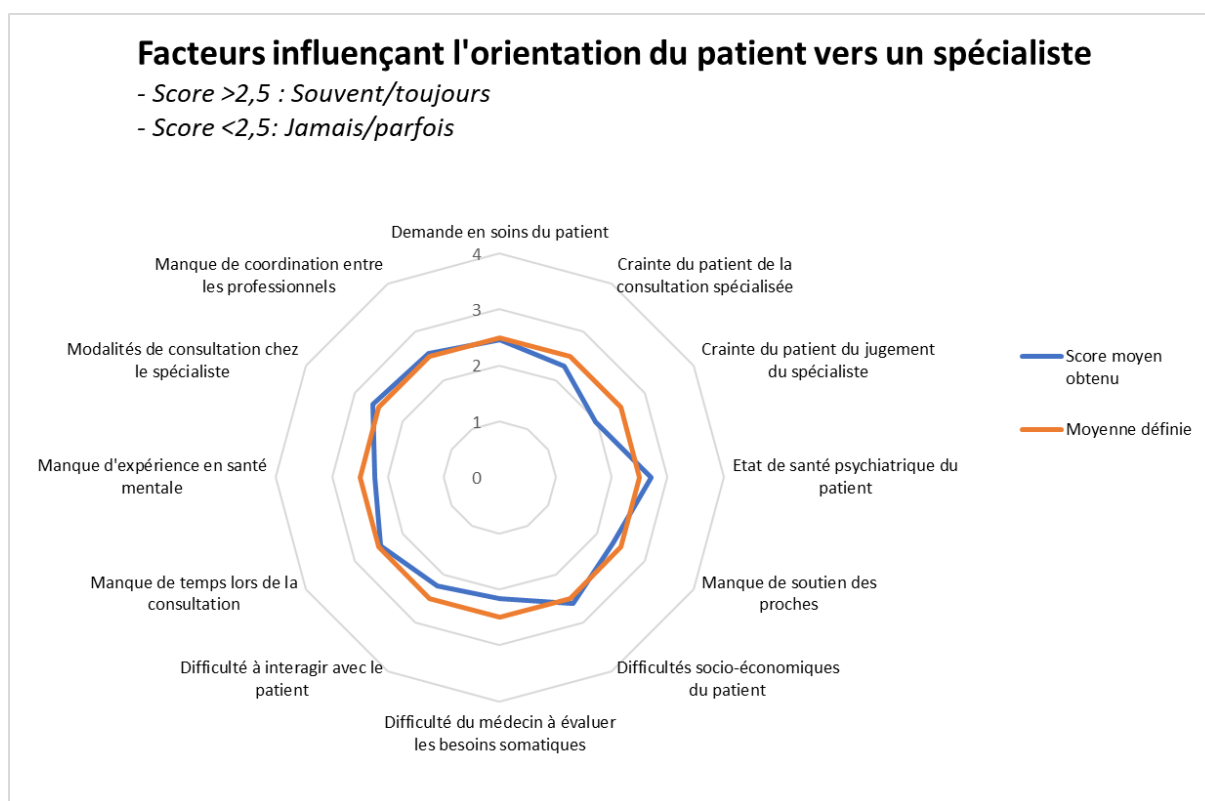


Figure 6 : Graphique représentant les facteurs influençant l'orientation des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères vers un spécialiste

3. Aide pour l'orientation

La majorité des médecins généralistes se disent favorables non seulement à une aide du secteur de psychiatrie pour orienter les patients souffrant d'un trouble psychique sévère vers un spécialiste (83 %), mais aussi aux différentes propositions faites au regard des recommandations existantes. (cf tableau 3 et figure 6)

Aides proposées	Score moyen obtenu	Moyenne définie
Besoin de conseil pour la consultation chez le spécialiste	3,38	2,5
Besoin d'information/formation sur la prise en charge psychiatrique	3,38	2,5
Besoin d'aide pour l'accompagnement du patient (prise, suivi de rendez-vous)	3,55	2,5
Nécessité d'organiser un réseau de coordination de soins	3,43	2,5
Nécessité de solliciter et sensibiliser les proches	3,43	2,5

Tableau 3 : Résultats obtenus concernant les aides provenant du secteur de psychiatrie attendues par le médecin généraliste lors de l'orientation de patients souffrant de troubles psychiatriques sévères vers un spécialiste

Note : Pour obtenir les scores, les réponses ont été remplacées par un chiffre : pas du tout d'accord = 1 ; Plutôt pas d'accord = 2 ; plutôt d'accord = 3 ; tout à fait d'accord = 4.

Comment le secteur de psychiatrie peut venir en aide dans l'orientation des patients souffrant d'un trouble psychiatrique sévère

- Score >2,5 : d'accord
- score <2,5: pas d'accord

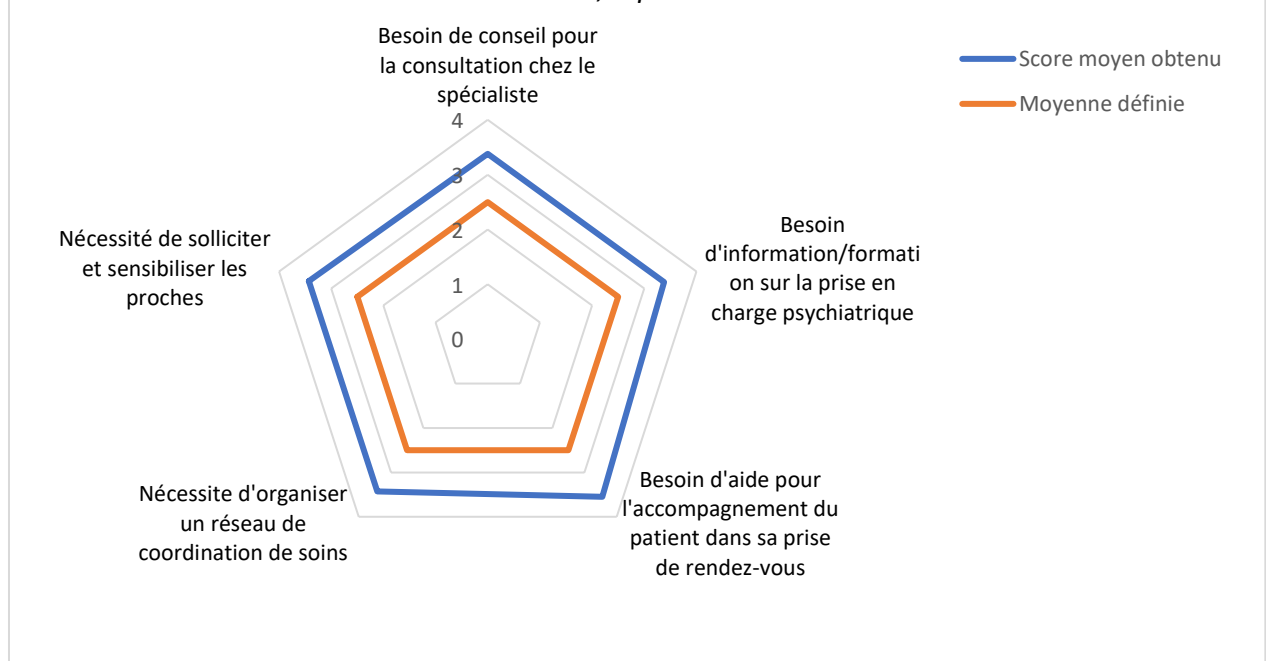


Figure 7: Graphique représentant les aides provenant du secteur de psychiatrie attendues par le médecin généraliste lors de l'orientation de patients souffrant de troubles psychiatriques sévères vers un spécialiste

Note : Pour obtenir les scores, les réponses ont été remplacées par un chiffre : pas du tout d'accord = 1 ; Plutôt pas d'accord = 2 ; plutôt d'accord = 3 ; tout à fait d'accord = 4.

Plusieurs propositions supplémentaires ont été apportées par les médecins généralistes. Quatre d'entre elles relèvent de la communication interprofessionnelle (médecine générale et secteur de psychiatrie) :

- Création d'une base d'échanges communes ;
- Développement de la communication médecin psychiatre et médecin généraliste ;
- Réception de bilan de suivi et d'orientation de la part du secteur psychiatrique vers le médecin généraliste ;
- Développement d'échanges et courriers entre les 2 parties.

L'un des médecins suggèrent également de leur apporter davantage de conseils par la création d'une plateforme téléphonique d'avis psychiatriques pour orienter au mieux la personne souffrante.

Enfin d'autres interventions sont évoquées de manière isolée :

- Favoriser la coordination entre soignants, aidants et familles ;
- Aide à l'accès au rendez-vous, à lever les freins financiers ;
- Ecoute de la famille.

B. Analyses bivariées

Puis les 2 groupes de professionnels mentionnés auparavant ont été comparés : ceux rencontrant des difficultés (souvent, toujours) et ceux n'en rencontrant pas (jamais, parfois). Ces variables dépendantes ont donc été confrontées à plusieurs variables indépendantes (sexe, âge, années d'expérience, sensibilisation à la psychiatrie). Elles ont été également comparées à la nécessité d'aide par le secteur de psychiatrie exprimée et aux éventuelles modifications de modalités d'orientation. Cependant aucune relation significative n'a été retrouvée entre les différentes variables (cf tableau 4).

		Analyses bivariées		
		Difficultés d'orientation	Pas de difficulté d'orientation	p-valeur
		18	23	
Sexe, n(%)				0.173
	Homme	11 (61.1)	8 (34.8)	
	Femme	7 (38.9)	15 (65.2)	
Age, m(sd)				0.054
		54.1 (9.5)	46.8 (11.3)	
Années d'expérience, m(sd)				0.225
		22.6 (10.6)	18.0 (11.1)	
Sensibilisation à la psychiatrie, n(%)				1
	Oui	12 (75.0)	17 (73.9)	
	Non	4 (25.0)	6 (26.1)	
Nécessité d'aide par le secteur psychiatrique, n(%)				0.679
	D'accord	14 (77.8)	20 (87.0)	
	Pas d'accord	4 (22.2)	3 (13.0)	
Modification des modalités d'orientation, n(%)				0.051
	Parfois/Jamais	3 (16.7)	11 (47.8)	
	Souvent/Toujours	15 (83.3)	12 (52.2)	

Tableau 4 : Comparaison entre le groupe de médecins généralistes rencontrant des difficultés fréquentes et celui n'en rencontrant pas ou peu.

Note : résultat significatif (p -valeur $< 0,05$)

n =nombre ; m =moyenne ; sd =Standard Deviation ou écart-type

DISCUSSION

I. SYNTHÈSE ET ANALYSE DES RESULTATS

Le but de l'étude consistait à mieux comprendre le vécu des médecins généralistes, en les interrogeant sur les éventuelles difficultés rencontrées et besoins d'aides lors de l'orientation des patients souffrant de troubles psychiques sévères vers la médecine spécialisée.

Les médecins généralistes estiment orienter ces patients vers la médecine spécialisée aussi souvent qu'en population générale, et avec, pour la plupart, une attention particulière. Cette réponse confirme les valeurs professionnelles qu'expriment les médecins généralistes dans leur fonction et leur respect de la déontologie médicale.

L'étude démontre que près de la moitié d'entre eux se sentent en difficulté pour orienter les personnes souffrant de pathologie psychiatrique sévère vers un spécialiste somatique, chiffre qui semble nécessaire à prendre en compte.

De plus, elle révèle que ces derniers identifient davantage les difficultés émanant des patients et de l'organisation des soins, que ceux leur étant relié, comme pouvant impacter l'orientation des patients. Un tel résultat semble cohérent avec le fait qu'une majorité d'entre eux s'estiment sensibilisés à la psychiatrie. On peut donc considérer que pour les médecins généralistes, les principaux problèmes à traiter pour répondre au moindre recours aux soins de médecine spécialisée pour cette population seraient reliés aux patients (leurs difficultés socio-économiques et celles liées à leur état de santé psychiatrique) et à l'organisation des soins (les modalités de consultation chez le spécialiste et le manque de coordination). Par conséquent, il semble pertinent de réfléchir à mener des actions de changement en ce sens.

Toutefois, qu'ils soient ou non en difficulté, les médecins généralistes s'accordent pour reconnaître l'utilité d'une aide du secteur de psychiatrie pour optimiser le parcours de soins somatiques de ces patients. Ainsi ce résultat semble conforme aux différentes recommandations concernant la prise en soins somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique qui préconisent d'améliorer les relations médecine libérale-psychiatrie (Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie, 2015) et de « promouvoir une politique de soins de santé mentale et physique coordonnés et intégrés pour les personnes atteintes de maladie mentale grave » (De Hert et al., 2011).

Toutes les propositions d'aide, basées sur les recommandations existantes, ont été pleinement approuvées, qu'elles soient en faveur du patient et de ses proches, d'une meilleure organisation

du système de soin, mais également du professionnel de santé. Par conséquent, même si les médecins généralistes n'ont pas relevé les difficultés liées à leur pratique professionnelle, ils paraissent demandeurs de recevoir un appui en ce sens. On peut cependant remarquer que ces propositions, centrées sur le médecin généraliste, (conseils, information, formation) ont été légèrement moins plébiscitées, que celles concernant le réseau de coordination des soins et l'accompagnement du patient et des familles. La faible variation de ces résultats ne permet pas de les rendre significatifs, toutefois ils concordent avec ceux obtenus précédemment, concernant les difficultés identifiées comme pouvant influencer l'orientation de ces patients.

Les médecins généralistes ont tenu à mettre également l'accent sur l'importance de la communication entre la médecine générale et le service de psychiatrie, comme souligné dans le guide de la HAS évoquant la coordination entre ces 2 entités (Haute Autorité de Santé, 2018).

On peut donc en conclure que l'amélioration du parcours de soins somatiques des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère pourrait passer par un apport d'aide aux médecins généralistes, acteurs centraux de la coordination, dès que l'orientation de ces patients vers la médecine spécialisée somatique est jugée nécessaire. Cet appui semblerait être principalement utile au niveau de l'accompagnement des patients et l'organisation des soins. Il pourrait être apporté par diverses interventions du secteur de psychiatrie, afin de promouvoir la continuité des soins.

II. PROPOSITIONS POUR FAVORISER L'ACCES AUX SOINS DE MEDECINE SPECIALISEE ET AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS SOMATIQUES DES PATIENTS, AVEC L'APPUI DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE

A. Éventualité d'une nouvelle spécialité médicale

Dans un rapport britannique du Royal College of Psychiatrists, il est suggéré l'implantation d'une nouvelle spécialité médicale qui consisterait à former des médecins de liaison (dans Björk Brämberg et al., 2018). Cette proposition découle du constat d'une persistance de distance géographique entre les soins somatiques et psychiatriques, ce fonctionnement restant encore majoritaire dans le système de soins. Cette séparation rend donc plus complexe l'accès aux soins de médecine somatique (qu'elle soit de proximité ou spécialisée) pour les patients présentant des troubles handicapant leur quotidien. Ce nouveau domaine serait composé de médecins généralistes ou internistes spécialisés dans la prise en soins des comorbidités somatiques des pathologies psychiatriques. Ils pourraient intervenir autant sur les structures hospitalières qu'ambulatoires, autant au niveau des patients dans la

prise en soin de leurs comorbidités qu'auprès des équipes psychiatriques en les sensibilisant aux pathologies somatiques (Björk Brämberg et al., 2018).

Cette recommandation semble adaptée à l'amélioration de la prise en compte de la problématique somatique chez ces patients. De plus, développer la liaison entre les patients atteints de pathologies psychiatriques et les services de soins en santé somatique ainsi que la formation des soignants concernant le suivi somatique de ces personnes est conforme aux résultats de l'étude. Cependant on peut se demander si cela ne risquerait pas d'amoinrir le rôle et la place des médecins généralistes de ville dans la prise en soins de ceux-ci. En effet cela pourrait suggérer que ces nouveaux médecins deviendraient médecin traitant de ces patients. A cela s'ajoute la complexité de la mise en place d'une telle discipline qui demanderait un laps de temps non négligeable entre la création universitaire et l'implantation de cette profession.

B. Développement des stratégies de collaboration et de coordination dans notre système de soins

En France, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a comme objectif, entre autres, de faciliter les parcours de santé. Cette loi expose des mesures développées dans le projet « *Ma Santé 2022* », qui ont pour but d'améliorer la coordination des soins et l'organisation des professionnels de santé (Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d.-b). En attendant que le virage numérique amorcé soit effectif, grâce à des outils proposant des services de coordination (Prédice ma santé Hauts-de-France, s.d.) et pour lesquels un accompagnement des patients présentant un trouble psychique sévère semblent nécessaires à envisager pour leur mise en œuvre, cette partie aborde d'autres solutions plus matérielles pour favoriser l'organisation et la coordination des soins.

1. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

La loi citée précédemment préconise la formation d'équipe de soins primaires, composée de professionnels de santé autour de médecins généralistes, organisée dans un centre ou une maison de santé. Ces derniers conviennent d'un projet de santé. L'objectif d'un tel projet est de développer la coordination entre les acteurs mais également de réduire les inégalités de santé.

A une échelle plus grande, la loi évoque également la création de CPTS. Cela consiste en une association de professionnels de santé divers souhaitant organiser et coordonner leur pratique au niveau d'un territoire.

Intégrer les soins de psychiatrie dans de tels dispositifs faciliterait l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques sévères. En effet, les différents acteurs y participant sont des professionnels de santé de premier ou de second recours, de spécialités différentes et pour les CPTS de mode d'exercice divers. Leur pratique de l'exercice coordonné simplifierait l'adressage et la collaboration entre la médecine générale, la médecine spécialisée somatique et psychiatrique. Un réseau de professionnels serait plus facilement formé autour des besoins du patient.

Ainsi plusieurs projets intégrant des Centres médico-psychologiques (CMP) au sein de pôles de santé et de maisons de santé pluriprofessionnelles ont vu jour. (Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d.-a). Ces initiatives ont rapidement démontré leurs intérêts en jouant un rôle de déstigmatisation mais également en favorisant les échanges entre les différents acteurs de soins et permettant la mise en œuvre de concertations concernant les situations complexes.

2. D'autres initiatives répondant au PTSM

De plus, comme évoquée précédemment, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a également permis la création des PTSM dont l'un des objectifs est de favoriser l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leur besoin (Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d.-d). C'est dans ce cadre que divers projets ont été élaborés :

- Création d'une « Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur » qui permet d'engager une meilleure coordination des soins entre le médecin généraliste traitant et le psychiatre de secteur (*Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur*, s. d.) ;
- Des partenariats : à Paris, le partenariat entre l'association de Santé Mentale du 13^{ème} arrondissement et le pôle de santé a permis la mise en place de consultations conjointes (médecine générale/psychiatrie) et d'un groupe de travail afin que les médecins généralistes, le souhaitant, exposent des situations cliniques à des professionnels de psychiatrie (Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d.-c) ;
- Des dispositifs psychiatriques aidant les personnes souffrant de troubles psychiques à réintégrer les soins somatiques, tels que Psysom en région parisienne (Torne Celer, 2019) et CoReso-Somapsy à Lyon (Magny et al., 2019).

Une autre proposition, existant avant la création des PTSM, paraît également répondre à la problématique de coordination : le développement de la fonction de case-

manager. La HAS (2018) la définit comme une « *fonction spécifique de coordination pour faciliter les interactions entre acteurs et promouvoir l'implication du patient* ». Elle insiste sur l'importance des missions de coordination envers le médecin généraliste, l'infirmier libéral et les autres professionnels des secteurs médico-sociaux et sociaux (Haute Autorité de Santé, 2018). On pourrait aisément imaginer que le case-manager élargisse son champ d'action en collaborant davantage avec le médecin traitant pour faciliter l'accès du patient à la médecine spécialisée.

Le développement de ces divers projets sur le territoire permettrait de fluidifier le parcours de soins des patients et concourrait à lutter contre les inégalités de santé dont ils restent sujets.

C. L'infirmier en pratique avancée (IPA), nouveau professionnel de santé dans le parcours de soins

1. Généralités

Inspirée des travaux de Florence Nightingale, infirmière britannique et pionnière des soins infirmiers modernes, l'évolution de la pratique infirmière a débuté fin du XIX^{ème} siècle, leur permettant des interventions plus généralistes (Jovic, 2012).

Néanmoins, comme le souligne Jovic (2012, p.238), « *depuis le milieu du XX^{ème} siècle, divers éléments de contexte ont favorisé l'apparition et le développement des pratiques avancées tels que : les besoins de santé des populations, les évolutions technologiques importantes, les compétences des professionnels de santé, des domaines du soin peu ou pas couverts par les professionnels, les limites à l'organisation des métiers de la santé, des problématiques démographiques...* ».

C'est aux États-Unis que voient jour les premières spécialisations infirmières : en 1943, l'infirmière clinicienne ; puis en 1954, l'infirmière clinicienne spécialisée en psychiatrie, créée par Hildegard Peplau, infirmière théoricienne ; enfin dans les années 1960, l'infirmière de pratique avancée. En Europe, le Royaume-Uni et les pays nordiques sont les premiers à développer le concept de la pratique avancée (Jovic, 2012).

En France, certaines spécialisations seront reconnues : puéricultrice, infirmière anesthésiste, infirmière de bloc opératoire. Puis dans les années 2000, les rapports du Professeur Yvon Berland (2002, 2003) concernant la démographie et la coopération entre les professions de santé permettront d'entrevoir l'évolution de la profession infirmière. Cependant il faudra attendre la loi de modernisation du système de santé de 2016 puis l'arrêté du 18 juillet 2018 pour que

l'exercice infirmier en pratique avancée soit instauré et défini en France (Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation., 2018). A cette date, seules 3 mentions sont autorisées :

- Les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires ;
- L'oncologie et l'hémo-oncologie ;
- La maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale.

Un an plus tard, la mention psychiatrie et santé mentale verra jour (Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2019), suivie de la mention urgences en 2021 (Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2021).

Selon le Conseil international des infirmières (2008), « *(L') infirmière de pratique avancée, ou infirmière spécialiste : experte, est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques et le savoir-faire nécessaires aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (Master's Degree) est recommandée* ».

Pour pouvoir exercer en tant qu'IPA, il faut justifier de trois années minimums d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier, avoir obtenu le diplôme d'Etat en pratique avancée dans la mention correspondant au domaine d'intervention et être inscrit auprès de l'Ordre des infirmiers.

L'IPA travaille sous protocole d'organisation ; cela signifie qu'un document signé entre l'IPA et le ou les médecins fixe les modalités de son exercice. Le médecin adresse le patient, avec son accord, vers l'IPA.

Ce nouveau professionnel de santé peut intervenir en ambulatoire, en établissement de santé et également en assistance d'un médecin spécialiste.

2. Les compétences de l'IPA



Figure 8: Modélisation des compétences attendues d'un(e) IPA selon Hamric.
Source : UNIPA (Union National des Infirmier.es en Pratique Avancée) <https://unipa.fr/>

L'IPA doit mobiliser dans son exercice sept compétences, qui ont été conceptualisées et modélisées par Ann Hamric (Chassagnoux, 2022) (cf figure 7) :

- La pratique clinique, compétence centrale qui permet à l'IPA d'acquérir une autonomie plus élevée, notamment au niveau de l'évaluation clinique, la prescription et l'orientation. Elle lui permet également de gagner en capacité à gérer les situations complexes, comme celle présentée dans ce mémoire.
- La consultation pour le patient/son entourage ou par l'équipe soignante en lui apportant son expertise dans des domaines spécifiques.
- L'éthique, en intervenant auprès des professionnels de santé lors de dilemmes ou écart de pratique dans les prises en soins, et auprès des patients dans le cadre d'une relation soignant-soigné favorisant le respect de leurs besoins et attentes.
- La recherche dans un but de promouvoir et perfectionner la qualité des soins (Chassagnoux, 2022).

Au travers des 3 compétences restantes, l'IPA semble pouvoir jouer un rôle dans la réponse qui pourrait être apportée aux médecins généralistes, afin de les aider dans l'accompagnement des patients présentant un trouble psychiatrique sévère vers un spécialiste somatique :

- L'expertise et le conseil : dans le cadre du suivi des patients en relai des consultations médicales, l'IPA évalue, entre autres, les ressources et besoins de ces derniers, planifie et met en œuvre des actions pour répondre à ceux-ci (Ministère de l'enseignement

supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2019). L'IPA pourrait par conséquent identifier la nécessité d'un accompagnement du patient vers la médecine spécialisée et l'organiser avec l'ensemble de l'équipe psychiatrique et en collaboration avec le médecin traitant. De plus ses missions de prévention et d'éducation thérapeutique auprès des patients et également de leur entourage, permettraient la sensibilisation, l'intégration et la collaboration des familles et des proches dans l'accès aux soins des patients souffrant d'un trouble psychique sévère.

- La collaboration : l'IPA travaille activement avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de soins et de santé du patient, que ce soit à l'hôpital ou en ville. Il organise ce parcours et coordonne les interventions avec les différents professionnels (sanitaires, médico-sociaux, sociaux et éducatif) (Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2019). Ainsi il contribue à développer et orchestrer le réseau de soins, il favorise le concept du « travailler ensemble », afin de répondre au mieux aux besoins du patient, d'assurer une continuité et apporter une meilleure qualité de prise en charge. Son expertise serait donc bénéfique pour organiser et coordonner les soins entre les différents secteurs (médecine générale, spécialisée et psychiatrie).
- Le leadership : selon Mathieu et al. (2016), le leadership est une « *capacité à présenter une vision claire des objectifs communs à poursuivre et de mener des changements d'envergure tout en accompagnant les collaborateurs vers des niveaux supérieurs de développement, de cohésion d'équipe et de maturité individuelle et institutionnelle* ». Ce concept atteste l'aptitude de l'IPA à influencer une dynamique de changement. Ce nouveau professionnel peut exercer ce rôle de leader ponctuellement dans des situations particulières, mais également de manière plus régulière. Ainsi il pourra être consulté par le médecin généraliste afin de prodiguer des conseils avisés en lien avec l'expertise qu'il a acquis.

Selon Meyer (2022, p.271), « *en tant qu'IPA, on peut exercer différents types de leadership*

- *Un leadership clinique (auprès du patient) ;*
- *Un leadership transformationnel (auprès des professionnels de santé) ;*
- *Un leadership politique (auprès des instances).*

L'objectif de l'IPA va être de développer des stratégies (innovation, communication, collaboration par exemple) pour accompagner le changement, mener à la réflexion et

ce, que ce soit auprès du patient, des professionnels de santé ou encore auprès des instances politiques.»

Par son leadership, l'IPA vise à améliorer les pratiques professionnelles, la qualité des soins et à favoriser le lien ville/hôpital. Par conséquent, il est compétent pour apporter formation et conseils ainsi que pour développer la communication et la collaboration avec le médecin généraliste. Il pourra aussi participer et être moteur au niveau du développement des outils de partenariat évoqués auparavant, comme la « Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur ». Il pourra également être force de propositions pour continuer à améliorer les parcours de soins des patients.

De plus, la fonction d'IPA positionne celui-ci entre le patient et son entourage, les professionnels de santé et le système de soins ; or il a été évoqué auparavant que les facteurs pouvant impacter l'accès aux soins des personnes souffrant de troubles psychiatriques provenaient de ces 3 catégories (cf figure 8). L'IPA a donc la possibilité d'intervenir sur l'ensemble des facteurs touchant l'orientation médicale. Cela démontre qu'il a une place privilégiée pour répondre à la problématique de la coordination et du parcours de soins somatique de ces patients.

L'IPA est donc un nouvel acteur concourant à améliorer l'accompagnement des patients et de leur entourage, la collaboration avec les différents professionnels de santé, la coordination et l'organisation des soins. La Fédération française de Psychiatrie et le Conseil national professionnel de psychiatrie (2015) et la HAS (2018) n'en font pas état dans leurs recommandations et guide, la mise en ligne de ces outils d'amélioration des pratiques professionnelles correspondant ou étant antérieure à la date de promulgation des textes encadrant la profession (Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2018). L'implantation efficiente de ce nouveau professionnel de santé devrait concourir à prouver la plus-value que ce dernier peut apporter et à l'identifier comme ressource dans les futures publications.

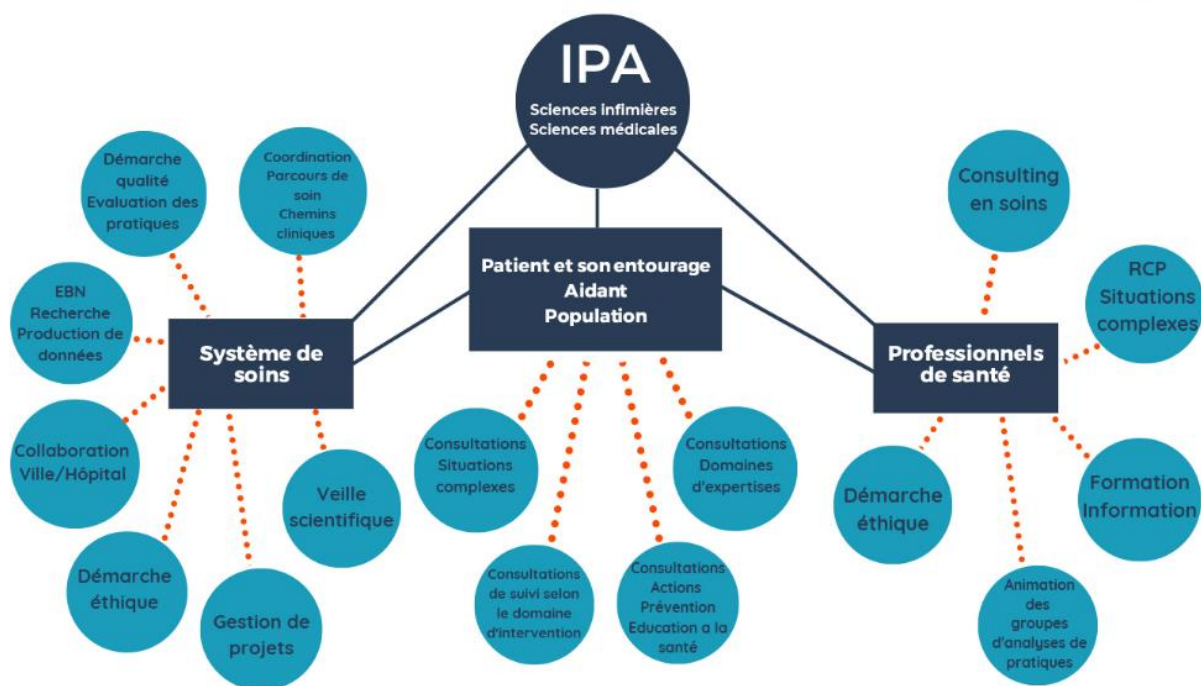


Figure 9 : Fonctionnement et compétences des Infirmiers en pratique avancée selon l'ANFIPA (Association Nationale Française des Infirmier.e.s en Pratique Avancée). Source : ANFIPA, <https://anfipa.fr/>

3. Quelques exemples d'interventions IPA

- Morisset et Harscoët (2021, p.23) évoquent leur expérience professionnelle et leur implantation en tant qu'IPA. Ainsi ils projettent d'effectuer des consultations au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles, où une personne présentant des troubles psychiques pourraient être orientée par le médecin de ville, et ce, dans un souci de « travailler avec » les différents partenaires de soins.
- La place de l'IPA est également abordée dans le dispositif Psysom, évoqué ultérieurement. Son expertise clinique auprès des usagers et des professionnels de santé, ses compétences en termes de formation et démarche éthique répondent aux missions de cet outil (Torre Celer, 2019).
- Au Centre hospitalier de Rennes, une IPA mention « pathologies chroniques stabilisées prévention et pathologies courantes en soins primaires » a été implantée en établissement public de santé mentale. L'objectif est d'« œuvrer au décroisement entre santé mentale et santé physique » (Hervieux, 2021, p.93).

III. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

L'échantillon de médecins généralistes ayant répondu à l'enquête est assez représentatif de la démographie médicale actuelle en France (cf Annexe 5). En effet on remarque une présence plus importante de médecins dont la tranche d'âge est comprise entre 55 et 60 ans, ce qui correspond au vieillissement annoncé de la profession. On retrouve également cette féminisation de la profession, avec un nombre plus important de femmes ayant répondu à l'enquête. De plus l'âge moyen des répondants (50 ans) équivaut à celui retrouvé en France en 2019, qui était de 50,4 ans (Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2019).

Le taux de réponse est plutôt satisfaisant. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce résultat :

- Le sujet de la santé physique des personnes souffrant de troubles psychiatriques est un enjeu important et actuel en santé publique. De plus, l'étude concerne un point précis du parcours de soins somatiques du patient : l'accès à la médecine spécialisée ;
- L'étude s'intéresse aux besoins des médecins généralistes ;
- Les modalités d'envoi de l'enquête (postales) ont facilité sa visibilité ;
- Le questionnaire a été conçu de manière à le rendre simple et rapide dans son utilisation pour le répondant, les conditions d'exercice médical au moment de l'envoi étant tendues par le contexte sanitaire lié à la crise du COVID-19.

Cependant on peut émettre l'hypothèse d'un biais d'information, l'enquête se basant sur la mémoire et l'évaluation du répondant. On peut craindre également que les médecins généralistes n'ayant pas d'affinité avec le sujet n'aient pas répondu au questionnaire.

On peut aussi s'interroger sur l'existence d'un biais de sélection quant à la population médicale interrogée, le secteur géographique n'étant peut-être pas représentatif au niveau national. Il serait donc intéressant de questionner un échantillon plus large. Cela permettrait éventuellement d'obtenir des résultats significatifs dans les analyses bivariées.

Par conséquent il conviendrait de mener une enquête de plus grande envergure, que ce soit en termes d'approfondissement du questionnaire et nombre d'interrogés. Cela permettrait notamment de mettre en lumière d'autres interventions que celles du secteur de psychiatrie pour répondre à cette problématique. Mais cela nécessiterait l'implication d'une équipe pluriprofessionnelle autour d'un tel projet. La prise de conscience de la problématique somatique dans la maladie mentale prenant de l'ampleur, cela justifierait un tel investissement.

De plus, s'intéresser au point de vue des patients et de leur famille serait également nécessaire à investiguer.

Enfin, on peut conclure que les résultats offrent la possibilité d'envisager des pistes d'interventions pour améliorer le parcours de soins somatique des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique sévère.

CONCLUSION

L'étude a démontré que près de la moitié des médecins généralistes se sentent en difficulté lors de l'orientation des personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères vers la médecine somatique spécialisée. Cependant qu'ils le soient ou non, le soutien du secteur de psychiatrie dans cette tâche leur semble pertinent.

L'accès à des soins somatiques appropriés, pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères, est un enjeu de santé publique qui doit donc être réfléchi dès leur orientation vers le spécialiste par le médecin généraliste. Répondre aux besoins des médecins généralistes pour effectuer cette orientation concourrait à faciliter sa concrétisation, à proposer une meilleure prise en soins à ces patients et à promouvoir la continuité des soins.

Par conséquent, le parcours de soins somatiques de cette population pourrait être amélioré grâce à des interventions auprès des médecins généralistes, permettant notamment de les aider dans l'accompagnement des patients vers la médecine spécialisée. En plus d'une meilleure prise en compte des difficultés des patients, ces interventions devraient s'attacher à promouvoir une organisation et coordination des soins plus efficaces. Cela pourrait passer par une meilleure mise en œuvre des recommandations déjà existantes. Ainsi poursuivre le développement de la collaboration avec le secteur de psychiatrie semble adapté et attendu par les médecins généralistes. De plus, l'application de mesures plus récentes pour moderniser le système de santé telles que l'implantation des IPA et le déploiement de MSP et CPTS pourraient participer à répondre à la problématique.

Plusieurs recherches seraient intéressantes à effectuer par la suite : une étude de plus grande ampleur pour une meilleure représentativité et prenant en compte le point de vue des patients et de leur entourage. À distance, il conviendrait également de mener des études prospectives pour évaluer l'efficacité des mesures proposées (IPA, CPTS, MSP), sur le parcours de soins somatiques des personnes suivies en psychiatrie.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2021, août 2). *Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM)*. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/index.php/les-projets-territoriaux-de-sante-mentale-ptsm-0>
- American psychiatric association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- ANFIPA. (s. d.). Consulté 22 mai 2022, à l'adresse <https://anfipa.fr/index.php>
- Barnay, T., Hartmann, L., & Ulmann, P. (2007). Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. *Revue française des affaires sociales*, 1, 109-126. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfas.071.0109>
- Berland, Y. (2002). *Rapport n°2002135 présenté par le Pr Yvon Berland « Démographie des professions de santé »*.
- Berland, Y. (2003). *Rapport présenté par le Pr Yvon Berland « Coopération des professions de santé : Le transfert de tâches et de compétences »*.
- Bitter, I., Czobor, P., Borsi, A., Fehér, L., Nagy, B. Z., Bacskai, M., Rakonczai, P., Hegyi, R., Németh, T., Varga, P., Gimesi-Országh, J., Fadgyas-Freyler, P., Sermon, J., & Takács, P. (2017). Mortality and the relationship of somatic comorbidities to mortality in schizophrenia. A nationwide matched-cohort study. *European Psychiatry*, 45, 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.05.022>
- Björk Brämberg, E., Torgerson, J., Norman Kjellström, A., Welin, P., & Rusner, M. (2018). Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness : A qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Family Practice*, 19(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0687-0>
- Centre ressource réhabilitation. (2020, octobre 7). *Troubles psychiques*. Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/troubles-psychiques>
- Chadwick, A., Street, C., McAndrew, S., & Deacon, M. (2012). Minding our own bodies : Reviewing the literature regarding the perceptions of service users diagnosed with serious mental illness on barriers to accessing physical health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 211-219. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00807.x>
- Charrier, N., Chevreul, K., & Durand-Zaleski, I. (2013). Le coût de la schizophrénie : Revue de la littérature internationale. *L'Encéphale*, 39, S49-S56. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.11.004>
- Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur*. (s. d.). Consulté 28 avril 2022, à l'adresse <https://www.f2rsmpsy.fr/549-charte-partenariat-medecine-generale-psychiatrie-secteur.html>
- Chassagnoux, A. (2022). Compétences IPA : de quoi parlons-nous ? In *Infirmier en pratique avancée IPA mention Psychiatrie et santé mentale* (p. 13-17). Sup'Foucher.

- Chen, L. Y., Hung, Y. N., Chen, Y. Y., Yang, S. Y., Pan, C. H., Chen, C. C., & Kuo, C. J. (2018). Cancer incidence in young and middle-aged people with schizophrenia : Nationwide cohort study in Taiwan, 2000-2010. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 146-156. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000883>
- Chesney, E., Robson, D., Patel, R., Shetty, H., Richardson, S., Chang, C.-K., McGuire, P., & McNeill, A. (2021). The impact of cigarette smoking on life expectancy in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar affective disorder : An electronic case register cohort study. *Schizophrenia Research*, 238, 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.09.006>
- Coldefy, M., & Gandré, C. (2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : Une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la santé Irdes*, 237. <https://www.irdes.fr/recherche/2018/qes-237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.html>
- Coldefy, M., & Nestrigue, C. (2015). La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011. *Questions d'économie de la santé*, 206. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/206-la-variabilite-de-la-prise-en-charge-de-la-schizophrénie-dans-les-etablissements-de-sante-en-2011.pdf>
- Collectif Schizophrénies. (s.d.). *patient stabilisé—Lexique*. <https://www.collectif-schizophrenies.com/patient-stabilise>
- Collège national des universitaires en Psychiatrie. (2021). *ECN Référentiel de psychiatrie et addictologie Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie* (Presses Universitaires François Rabelais).
- Conseil économique social et environnemental. (2021, mars 24). *Améliorer le parcours de soin en psychiatrie*. Le Conseil économique social et environnemental. <http://www.lecese.fr/travaux-publies/ameliorer-le-parcours-de-soin-en-psychiatrie>
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. (2019). *Atlas de la démographie médicale en France*. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/npcskp/demo_2019_atlas.pdf
- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., M. Ndeti, D., W. Newcomer, J., Uwakwe, R., Asai, I., Möller, H.-J., Gautam, S., Detraux, J., & U. Correll, C. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10(2), 138-151. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104888/>
- De Hert, M., Dekker, J. M., Wood, D., Kahl, K. G., Holt, R. I. G., & Möller, H.-J. (2009). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry*, 24(6), 412-424. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.01.005>

- De Hert, M., Peuskens, J., Sabbe, T., Mitchell, A. J., Stubbs, B., Neven, P., Wildiers, H., & Detraux, J. (2016). Relationship between prolactin, breast cancer risk, and antipsychotics in patients with schizophrenia : A critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(1), 5-22. <https://doi.org/10.1111/acps.12459>
- Denormandie, P., & Cornu-Pauchet, M. (2018). *L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité*. 102.
- Direction générale de l'offre de soins. (2012). *Guide méthodologique Améliorer la coordination des soins : Comment faire évoluer les réseaux de santé ?* https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
- Encyclopédie.fr. (s. d.). *Parcours de soins—Définition*. Consulté 2 juin 2022, à l'adresse https://www.encyclopedie.fr/definition/parcours_de_soins
- Fédération française de psychiatrie-Conseil national professionnel de psychiatrie, & de. (2015). *Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique*. http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf
- Fondation FondaMental. (2016, août 4). *Les troubles bipolaires*. Fondation FondaMental. <https://www.fondation-fondamental.org/node/35>
- Gandré, C., & Coldefy, M. (2020). Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. *Questions d'économie de la santé (Irdes)*, 250, 8p. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/250-moins-de-soins-de-prevention-plus-d-hospitalisations-evitables-chez-personnes-suivies-pour-trouble-psychique-severe.pdf>
- Ha, C., Chan Chee, C., & Decool, E. (2017). Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. *Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013*. <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=516885>
- Haute Autorité de Santé. (2013, mars 19). *Maladies Chroniques—Parcours de soins*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501098/fr/maladies-chroniques-parcours-de-soins
- Haute Autorité de Santé. (2015, octobre 6). *Troubles bipolaires : Diagnostiquer plus tôt pour réduire le risque suicidaire*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire
- Haute Autorité de Santé. (2018, septembre). *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

- Hervieux, E. (2021). Place de l'IPA mention pathologies chroniques stabilisées en secteur psychiatrique. *Revue de la Pratique avancée*, II(2), 93-97.
- Institut du Cerveau. (s.d.a). *Le trouble bipolaire*. Institut du Cerveau.
<https://institutducerveau-icm.org/fr/trouble-bipolaire/>
- Institut du Cerveau. (s.d.b). *Schizophrénie : Symptômes, causes, tests et traitements*. Institut du Cerveau. <https://institutducerveau-icm.org/fr/schizophrénie/>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2020, mars 5). *Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé*. Inserm.
<https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/>
- Jovic, L. (2012). *Pratique avancée*. Association de Recherche en Soins Infirmiers.
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-238.htm>
- Kishimoto, T., De Hert, M., Carlson, H. E., Manu, P., & Correll, C. U. (2012). Osteoporosis and fracture risk in people with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(5), 415-429. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328355e1ac>
- Kohn, L., Christiaens, W., Detraux, J., De Lepeleire, J., De Hert, M., Gillain, B., Delaunoit, B., Savoye, I., Mistiaen, P., & Jespers, V. (2022). Barriers to Somatic Health Care for Persons With Severe Mental Illness in Belgium : A Qualitative Study of Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 798530.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.798530>
- Krishna, V. N., Thunga, R., Unnikrishnan, B., Kanchan, T., Bukelo, M. J., Mehta, R. K., & Venugopal, A. (2013). Association between bipolar affective disorder and thyroid dysfunction. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(1), 42-45.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.08.003>
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and Mental Illness A Population-Based Prevalence Study. *JAMA*, 284(20), 2606-2610. <https://doi.org/10.1001/jama.284.20.2606>
- Laursen, T. M. (2019). Causes of premature mortality in schizophrenia : A review of literature published in 2018. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(5), 388-393.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000530>
- Lawrence, D., & Kisely, S. (2010). Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 24(4_supplement), 61-68. <https://doi.org/10.1177/1359786810382058>
- Llorca, P.-M. (2004). La schizophrénie. *Encyclopédie Orphanet*, 10.
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1), 2004-810 (2004).
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158/>
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016-41 (2016).
<https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>

- Magny, F., Goncalves, E., Fau, L., Gelas-Ample, B., & Pillot-Meunier, F. (2019). Coordonner les soins psychiques et somatiques. *Santé mentale*, 238, 44-48.
- Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A.-S., & Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : Proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.04.003>
- Meyer, M.-A. (2022). Le leadership. In *Infirmier en pratique avancée IPA mention Psychiatrie et santé mentale* (p. 269-275). Sup'Foucher.
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (2016, 21 novembre). Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>
- Ministère de la Santé Publique et de la Population (1960, 15 mars). Circulaire n°340 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
- Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. (2018, juillet 18). *Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218463>
- Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. (2019, août 12). *Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000038914204>
- Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. (2021, octobre 22). *Arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044293333>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.-a). *Intégration de CMP au sein de pôles de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles—Ministère des Solidarités et de la Santé*. Consulté 28 avril 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/integration-de-cmp-au-sein-de-poles-de-sante-et-maisons-de-sante>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.-b). *Ma santé 2022 : Un engagement collectif*. Consulté 20 mai 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.-c). *Partenariat ASM 13 et pôle de santé Paris 13 Sud-est*. Consulté 28 avril 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/partenariat-asm-13-et-pole-de-sante-paris-13-sud-est>

- Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.-d). *Projet territorial de santé mentale—PTSM*. Consulté 9 mars 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>
- Ministère des solidarités et de la santé (2019, janvier 16). *Instruction N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires*. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44293>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2021, novembre 25). *Assises de la santé mentale et de la psychiatrie les 27 et 28 septembre 2021*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/evenements/assises-de-la-sante-mentale-2021>
- Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., van Winkel, R., Yu, W., & De Hert, M. (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 306-318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr148>
- Morisset, J., & Harscoët, Y.-A. (2021). IPA en établissement de psychiatrie et santé mentale : Description de deux projets complémentaires. *Revue de la Pratique avancée*, II(1), 22-26.
- Olié, J. P. (2020). Les pathologies somatiques des malades mentaux : Notre responsabilité. *Responsabilité*, VOLUME 20(No 76). <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/pathologies-somatiques-malades-mentaux>
- Organisation mondiale de la santé. (1993). *Classification internationale des maladies, dixième révision. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement*. OMS Masson.
- Organisation mondiale de la santé. (2006). *Les maladies chroniques et leurs Facteurs de risque communs*. https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/information/factsheets_FR_web.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022, janvier 11). *Principaux repères sur la schizophrénie*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Oud, M. J. T., & Meyboom-de Jong, B. (2009). Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice : Their prevalence and health care. *BMC Family Practice*, 10, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-32>
- Oud, M. J. T., Schuling, J., Slooff, C. J., & Meyboom-de Jong, B. (2007). How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Family Practice*, 8, 37. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-37>
- Prédice ma santé Hauts-de-France. (s.d.). *Prédice-Ma Santé Hauts de France-Dossier de coordination*. https://www.predice.fr/portail_usager/les-services-predice/dossier-de-coordination-49-57.html

- Richieri, R., Konchia, T., & Lançon, C. (2020). Santé somatique et soins somatiques des personnes atteintes de schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, 36(4).
- Ross, L. E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S., & Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues : A qualitative study. *BMC Family Practice*, 16, 135. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>
- Stern, M. P., Williams, K., González-Villalpando, C., Hunt, K. J., & Haffner, S. M. (2004). Does the Metabolic Syndrome Improve Identification of Individuals at Risk of Type 2 Diabetes and/or Cardiovascular Disease? *Diabetes Care*, 27(11), 2676-2681. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.11.2676>
- Stip, E., Tranulis, C., Légaré, N., & Poulin, M.-J. (2003). [Diabetes and schizophrenia, which links?]. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*, 32(33), 1566-1571.
- Suter, C., Favrod, J., & Pellet, J. (2019). Auto-stigmatisation dans la schizophrénie. *Laennec*, 67(3), 34-43.
- Torne Celer, A. (2019). Psysom, un outil pour l'accès aux soins somatiques. *Santé mentale*, 238, 51-55.
- Unafam. (2021, octobre 19). *Organisation de la psychiatrie*. <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/soins-et-rehabilitation/organisation-de-la-psychiatrie?msclkid=69c1ccaaaa2b11ec8718c98e1ecd68f5>
- Union Nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques. (2021, octobre 19). *Handicap psychique | Unafam*. <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique>
- UNIPA. (s. d.). UNIPA. Consulté 22 mai 2022, à l'adresse <https://unipa.fr/le-metier/>
- van Hasselt, F. M., Oud, M. J. T., & Loonen, A. J. M. (2013). Improvement of care for the physical health of patients with severe mental illness : A qualitative study assessing the view of patients and families. *BMC Health Services Research*, 13, 426. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-426>
- Younès, N., & Lemogne, C. (2017). Accès aux soins des personnes présentant des troubles mentaux. *Après-demain*, 42(2), 24-26.
- Zhuo, C., Tao, R., Jiang, R., Lin, X., & Shao, M. (2017). Cancer mortality in patients with schizophrenia : Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 211(1), 7-13. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.195776>

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Critères de diagnostic de la Schizophrénie extrait de la CIM-10.	3
Figure 2 : Associations entre la présence d'un trouble psychique sévère et le recours aux soins de médecins généralistes et de spécialistes courants.....	13
Figure 3: Répartition des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête selon leur classe d'âge (en années)	26
Figure 4: Répartition des médecins généralistes selon leur ancienneté dans la profession	26
Figure 5: Ressenti des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête lors de l'orientation de patients souffrant de troubles psychiatriques sévères vers un spécialiste	27
Figure 6 : Graphique représentant les facteurs influençant l'orientation des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères vers un spécialiste	29
Figure 7: Graphique représentant les aides provenant du secteur de psychiatrie attendues par le médecin généraliste lors de l'orientation de patients souffrant de troubles psychiatriques sévères vers un spécialiste.....	30
Figure 8: Modélisation des compétences attendues d'un(e) IPA selon Hamric.	38
Figure 9 : Fonctionnement et compétences des Infirmiers en pratique avancée selon l'ANFIPA	41
Figure 10 : Ratio de prévalence des principales pathologies chroniques des individus suivis pour un trouble psychique sévère en 2014 en comparaison à leurs témoins appariés. .Annexe 1	
Figure 11: Obstacles aux soins de santé somatiques pour les personnes atteintes de maladie mentale grave en Belgique.Annexe 2	
Figure 12 : Obstacles aux soins pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale au Canada.....Annexe 2	
Figure 13 : Pyramide des âges des médecins généralistes en exercice au 1 ^{er} janvier 2019 en France.Annexe 5	

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Critères du syndrome métabolique selon la Fédération internationale du Diabète	10
Tableau 2 : Résultats obtenus concernant les facteurs influençant l'orientation des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères vers un spécialiste.....	28
Tableau 3 : Résultats obtenus concernant les aides provenant du secteur de psychiatrie attendues par le médecin généraliste lors de l'orientation de patients souffrant de troubles psychiatriques sévères vers un spécialiste.....	29
Tableau 4 : Comparaison entre le groupe de médecins généralistes rencontrant des difficultés fréquentes et celui n'en rencontrant pas ou peu.	31
Tableau 5 : Résultats des analyses univariées de l'étude.....	Annexe 4

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS

INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION.....	1
I. LA SCHIZOPHRENIE.....	1
A. Généralités	1
B. Épidémiologie.....	2
C. Diagnostic.....	2
1. La CIM-10	2
2. Le DSM-5	3
D. Évolution	4
II. LE TROUBLE BIPOLAIRE.....	5
A. Généralités	5
B. Épidémiologie.....	5
C. Diagnostic.....	6
1. Deux tableaux cliniques principaux	6
2. Le diagnostic d'épisode maniaque	6
3. Le diagnostic d'épisode hypomaniaque	7
4. Le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé	7
D. Évolution	8
III. LA SANTE SOMATIQUE.....	8
A. Mortalité	8
B. Les comorbidités somatiques dans les troubles schizophréniques	10
C. Les comorbidités somatiques dans les troubles bipolaires	11
IV. L'ACCES AUX SOINS	13
A. État des lieux en France.....	13
B. Les obstacles identifiés dans la recherche	15
C. Les axes d'amélioration.....	17
V. DEFINITION DE LA PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	18
A. Problématique	18
B. Objectifs de l'étude.....	20
ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	21
I. METHODE.....	21
A. Critères d'inclusion.....	21
B. Encadrement méthodologique	22
C. Création du questionnaire	22

D. Déroulement de l'étude	24
1. Envoi des questionnaires.....	24
2. Analyse des résultats.....	24
II. RESULTATS	25
A. Analyses univariées	25
1. Démographie de la population médicale interrogée	25
2. Orientation des patients présentant un trouble psychique sévère vers un spécialiste	27
3. Aide pour l'orientation.....	29
B. Analyses bivariées	31
DISCUSSION	32
I. SYNTHÈSE ET ANALYSE DES RESULTATS.....	32
II. PROPOSITIONS POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE ET AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOINS SOMATIQUES DES PATIENTS, AVEC L'APPUI DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE.....	33
A. Éventualité d'une nouvelle spécialité médicale.....	33
B. Développement des stratégies de collaboration et de coordination dans notre système de soins.....	34
1. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)	34
2. D'autres initiatives répondant au PTSM.....	35
C. L'infirmier en pratique avancée (IPA), nouveau professionnel de santé dans le parcours de soins.....	36
1. Généralités	36
2. Les compétences de l'IPA.....	38
3. Quelques exemples d'interventions IPA.....	41
III. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	42
CONCLUSION	
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES FIGURES	
TABLE DES TABLEAUX	
TABLE DES MATIÈRES	
ANNEXES	

ANNEXES

ANNEXE 1 : Ratio de prévalence des principales pathologies chroniques des individus suivis pour un trouble psychique sévère en 2014 en comparaison à leurs témoins appariés

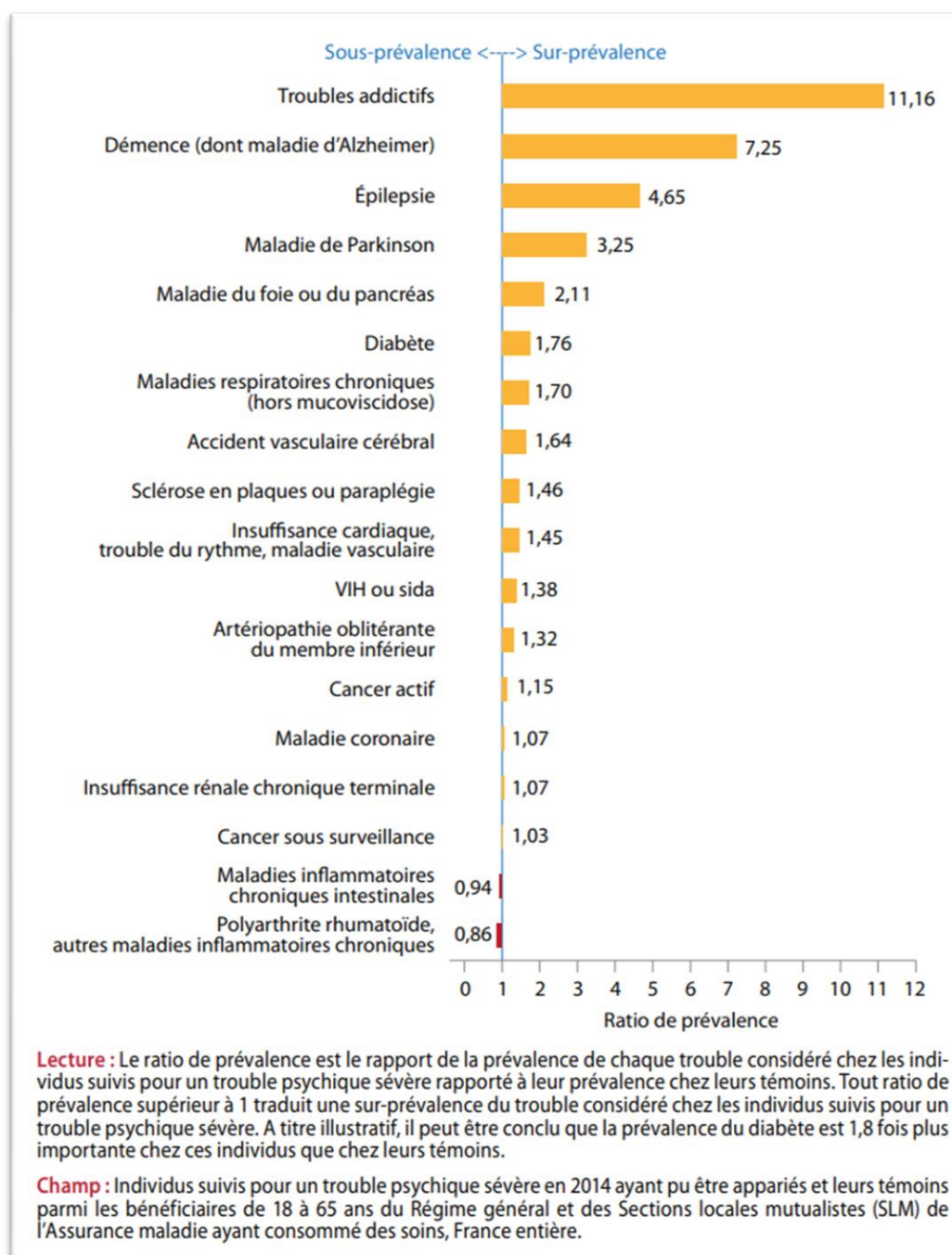


Figure 10 : Ratio de prévalence des principales pathologies chroniques des individus suivis pour un trouble psychique sévère en 2014 en comparaison à leurs témoins appariés.

Source : Extrait de : Gandré, C., & Coldefy, M. (2020). Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. *Questions d'économie de la santé (Irdes)*, 250. (Source citée dans l'article : *Système national des données de santé (SNDS)*)

ANNEXE 2 : Quelques exemples de résultats d'études qualitatives

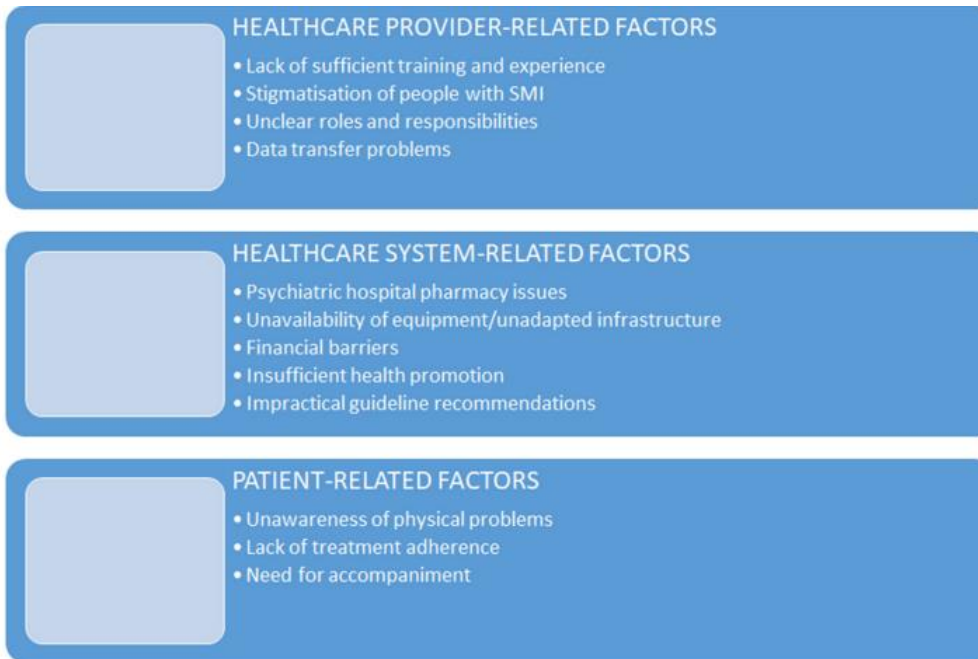


Figure 11: Obstacles aux soins de santé somatiques pour les personnes atteintes de maladie mentale grave en Belgique
Source : Kohn, L. et al. (2022). Barriers to Somatic Health Care for Persons With Severe Mental Illness in Belgium : A Qualitative Study of Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 798530.

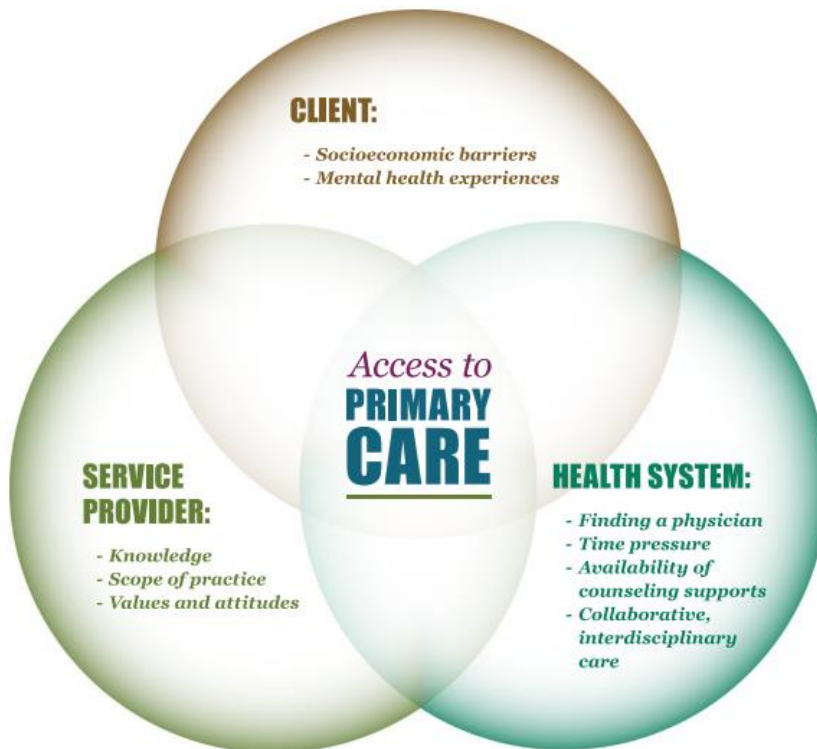


Figure 12 : Obstacles aux soins pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale au Canada
Source : Ross, L. E. et al. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues : A qualitative study. *BMC Family Practice*, 16, 135.

ANNEXE 3 : Questionnaire à l'intention des médecins généralistes

Docteur,

Actuellement infirmière au sein du Centre Médico-Psychologique de Lambersart et étudiante Infirmière en Pratique Avancée (IPA), je suis accompagnée par la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM) pour effectuer mon mémoire de fin d'étude. Le thème est l'accès aux soins de médecine spécialisée des personnes présentant un trouble psychiatrique sévère (patients atteints d'un trouble schizophrénique ou bipolaire stabilisé). Cette étude concerne les spécialités courantes somatiques telles que la cardiologie, la dermatologie, la gynécologie médicale et obstétrique, la gastro-entérologie, l'ophtalmologie, l'ORL et la rhumatologie. L'enquête ci-dessous, réalisable en 5 minutes, a pour but de mieux connaître votre vécu lors d'orientation de ces personnes vers un spécialiste, l'objectif final étant d'améliorer le parcours de soins de ces patients. Les réponses restent anonymes. Merci de compléter et de me renvoyer à l'aide de l'enveloppe affranchie ce questionnaire. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse audrey.leulliette.etu@univ-lille.fr.

Audrey Allaëys

Sexe : Homme Femme

Âge :

Nombre d'années d'exercices depuis votre thèse :

Êtes-vous sensibilisé à la prise en soins en psychiatrie ? Oui Non

1-Pensez-vous orienter aussi souvent, vers un spécialiste, les patients vivant avec un trouble psychique sévère que les patients non suivis pour de tels troubles ?

- Toujours
- La plupart du temps
- De temps en temps
- Jamais

2-Lors de l'orientation de patients suivis pour un trouble psychique sévère vers un spécialiste, modifiez-vous votre manière de procéder ? (Modalités que vous instaureriez en plus par rapport à la population générale)

- Toujours
- La plupart du temps
- De temps en temps
- Jamais

3- Lors de l'orientation de personnes vivant avec un trouble psychique sévère vers un spécialiste, quel est votre ressenti ?

- Je ne ressens aucune difficulté
- Je ressens parfois des difficultés
- Je ressens souvent des difficultés
- Je ressens toujours des difficultés

4- À quelle fréquence ces situations influencent-elles votre orientation de ces patients vers un spécialiste ?

Situations \ Fréquence	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
La formulation de la demande en soin somatique des patients (absence de demande, de motivation au soin, communication de la plainte inadaptée)				
La crainte du patient concernant la consultation du spécialiste				
La crainte du patient concernant le jugement du spécialiste				
L'état de santé psychiatrique du patient (agitation, troubles cognitifs, désorganisation...)				
Le manque de soutien des proches				
Les difficultés socio-économiques des patients				
Votre difficulté à évaluer leurs besoins somatiques				
Votre difficulté à interagir avec ces patients				
Un manque de temps lors des consultations en médecine générale				
Un manque d'expérience en santé mentale				
Les modalités de consultation chez le spécialiste (distance, prise de rendez-vous, délai d'attente...)				
Le manque de coordination entre professionnels de santé				

Avez-vous d'autres propositions pouvant influencer ces orientations ? Précisez

.....

5- Pensez-vous que le secteur de psychiatrie puisse vous aider dans l'orientation des patients souffrant d'un trouble psychique sévère vers un spécialiste ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

6-Comment le secteur de psychiatrie peut-il vous aider dans l'orientation de ces patients vers un spécialiste ?

Attentes \ Avis	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Conseils par rapport à la consultation chez le spécialiste (traitement si besoin, organisation...)				
Information/formation sur la prise en soins en psychiatrie du patient (traitement, surveillance des effets secondaires, pathologie...)				
Accompagnement du patient (prise de rendez-vous, suivi des rendez-vous...)				
Organisation d'un réseau de coordination de soins				
Sollicitation et sensibilisation des éventuels proches				

Avez-vous d'autres attentes envers le secteur de psychiatrie pour vous aider dans ces orientations ?

Précisez.....

Merci pour votre collaboration.

ANNEXE 4 : Résultats des analyses univariées

Analyses univariées		
		41 (Participation = N 53.2%)
Données sociodémographiques		
Sexe, n (%)		
	Homme	19 (46.3)
	Femme	22 (53.7)
Age, m (sd)		50.1 (11.0)
Années d'expérience, m(sd)		20.1 (11.0)
Sensibilisation à la psychiatrie		
Sensibilisation à la psychiatrie, n (%)		
	Oui	29 (70.7)
	Non	10 (24.4)
	NA	2 (4.9)
Orientation identique des patients avec trouble psychiatrique et des patients sans trouble, n (%)		
	Toujours	10 (24.4)
	La plupart du temps	29 (70.7)
	De temps en temps	2 (4.9)
Modification des modalités d'orientation pour les patients avec un trouble psychiatrique vers un spécialiste, n (%)		
	Toujours	6 (14.6)
	La plupart du temps	21 (51.2)
	De temps en temps	9 (22.0)
	Jamais	5 (12.2)
Ressenti lors de l'orientation de ces patients vers un spécialiste, n (%)		
	Toujours des difficultés	4 (9.8)
	Souvent des difficultés	14 (34.1)
	Parfois des difficultés	19 (46.3)
	Aucune difficulté	4 (9.8)
Fréquence de l'influence de la demande en soins somatiques de ces patients sur leur orientation vers un spécialiste, n (%)		
	Souvent	22 (53.7)
	Parfois	13 (31.7)
	Jamais	4 (9.8)
	NA	2 (4.9)
Fréquence de l'influence de la crainte de la consultation de ces patients sur leur orientation vers un spécialiste, n (%)		
	Toujours	1 (2.4)
	Souvent	14 (34.1)
	Parfois	22 (53.7)
	Jamais	4 (9.8)

Fréquence de l'influence de la crainte de ces patients concernant le jugement du spécialiste sur leur orientation, n (%)		
Toujours	1	(2.4)
Souvent	10	(24.4)
Parfois	17	(41.5)
Jamais	13	(31.7)
Fréquence de l'influence de l'état de santé psychiatrique de ces patients sur leur orientation vers un spécialiste, n (%)		
Toujours	6	(14.6)
Souvent	21	(51.2)
Parfois	10	(24.4)
Jamais	4	(9.8)
Fréquence de l'influence du manque de soutien des proches de ces patients sur leur orientation vers un spécialiste, n (%)		
Toujours	1	(2.4)
Souvent	15	(36.6)
Parfois	20	(48.8)
Jamais	4	(9.8)
NA	1	(2.4)
Fréquence de l'influence des difficultés socio-économiques de ces patients sur leur orientation vers un spécialiste, n (%)		
Toujours	2	(4.9)
Souvent	25	(61.0)
Parfois	10	(24.4)
Jamais	4	(9.8)
Fréquence de l'influence des difficultés du médecin à évaluer les besoins somatiques de ces patients sur leur orientation vers un spécialiste, n (%)		
Souvent	14	(34.1)
Parfois	20	(48.8)
Jamais	7	(17.1)
Fréquence de l'influence des difficultés du médecin à interagir avec ces patients sur leur orientation vers un spécialiste, n (%)		
Toujours	1	(2.4)
Souvent	11	(26.8)
Parfois	26	(63.4)
Jamais	3	(7.3)
Fréquence de l'influence du manque de temps du médecin en consultation avec ces patients sur leur orientation vers un spécialiste, n (%)		
Toujours	5	(12.2)
Souvent	16	(39.0)
Parfois	13	(31.7)
Jamais	7	(17.1)

Fréquence de l'influence du manque d'expérience en santé mentale du médecin sur l'orientation de ces patients vers un spécialiste, n (%)		
	Toujours	2 (4.9)
	Souvent	10 (24.4)
	Parfois	23 (56.1)
	Jamais	5 (12.2)
	NA	1 (2.4)
Fréquence de l'influence des modalités de consultation du spécialiste sur l'orientation de ces patients vers celui-ci, n (%)		
	Toujours	8 (19.5)
	Souvent	15 (36.6)
	Parfois	12 (29.3)
	Jamais	6 (14.6)
Fréquence de l'influence du manque de coordination entre professionnels de santé sur l'orientation de ces patients vers un spécialiste, n (%)		
	Toujours	6 (14.6)
	Souvent	15 (36.6)
	Parfois	16 (39.0)
	Jamais	4 (9.8)
Autres facteurs influençant l'orientation de ces patients vers un spécialiste, n (%)		
	Peu de retour par courrier de la part des psychiatres	1 (2.4)
	Manque de contact téléphonique	1 (2.4)
	Réseau d'aidants important	1 (2.4)
Aide pour l'orientation		
Besoin d'aide par le secteur de psychiatrie dans l'orientation des patients avec trouble psychiatrique vers un spécialiste, n (%)		
	Tout à fait d'accord	18 (43.9)
	Plutôt d'accord	16 (39.0)
	Plutôt pas d'accord	6 (14.6)
	Pas du tout d'accord	1 (2.4)
Besoin de conseils par rapport à la consultation chez le spécialiste (traitement, organisation...), n (%)		
	Tout à fait d'accord	21 (51.2)
	Plutôt d'accord	13 (31.7)
	Plutôt pas d'accord	4 (9.8)
	Pas du tout d'accord	1 (2.4)
	NA	2 (4.9)
Besoin d'information/formation sur la prise en charge du patient en psychiatrie (traitement, surveillance des effets secondaires...), n (%)		
	Tout à fait d'accord	20 (48.8)
	Plutôt d'accord	15 (36.6)
	Plutôt pas d'accord	5 (12.2)
	NA	1 (2.4)

Besoin d'accompagnement du patient (prise de rendez-vous, suivi des rendez-vous...), n (%)		
	Tout à fait d'accord	26 (63.4)
	Plutôt d'accord	11 (26.8)
	Plutôt pas d'accord	2 (4.9)
	Pas du tout d'accord	1 (2.4)
	NA	1 (2.4)
Besoin d'une organisation d'un réseau de coordination des soins, n (%)		
	Tout à fait d'accord	22 (53.7)
	Plutôt d'accord	13 (31.7)
	Plutôt pas d'accord	5 (12.2)
	NA	1 (2.4)
Nécessité de sollicitation et de sensibilisation des proches, n (%)		
	Tout à fait d'accord	22 (53.7)
	Plutôt d'accord	13 (31.7)
	Plutôt pas d'accord	5 (12.2)
	NA	1 (2.4)
Autres attentes, n (%)		
	Bases d'échanges communes	1 (2.4)
	Communication psychiatre et MG	1 (2.4)
	Coordination soignants, aidants, famille	1 (2.4)
	Résumé bilan de suivi, d'orientation	1 (2.4)
	Echange- courrier	1 (2.4)
	Accès rendez-vous, frein financier	1 (2.4)
	Ecouter les familles autant que les patients (familles sont souvent en souffrance)	1 (2.4)
	Numéro d'avis psy tous les jours pour orienter au mieux le patient	1 (2.4)

Tableau 5 : Résultats des analyses univariées de l'étude

ANNEXE 5 : Démographie médicale

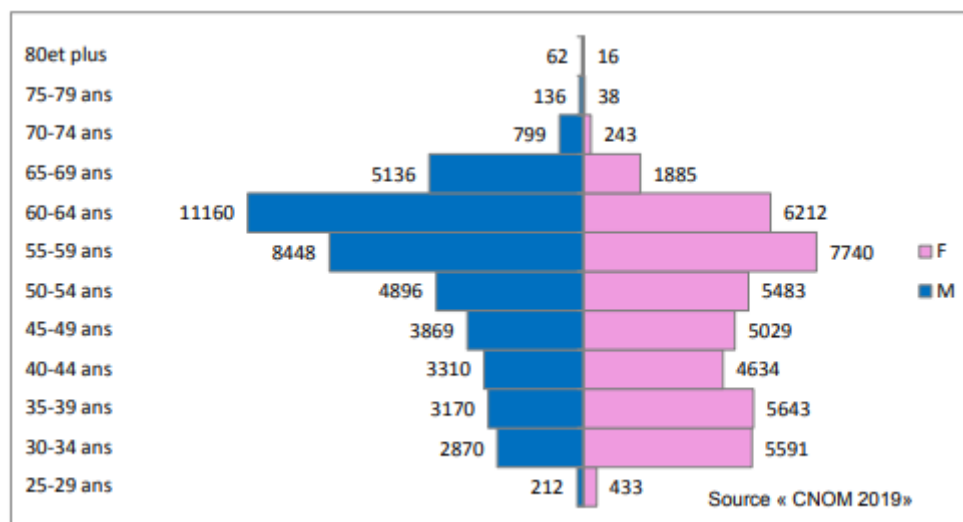


Figure 13 : Pyramide des âges des médecins généralistes en exercice au 1^{er} janvier 2019 en France.
Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2019.

Dissertation title : How to improve the somatic care pathway for patients with a severe psychiatric disorder ? Survey of general practitioners

Free keywords : schizophrenia/bipolar disorder/somatic care/care pathway/access to care/specialist medicine/psychiatry sector/general practitioner

Abstract : People with a severe psychiatric disorder, such as schizophrenia or bipolar disorder, have more difficulties in accessing somatic specialist care, although they have frequent contact with their general practitioner, the professional responsible for referring patients to specialists. The main objective of the study is therefore to find out whether GPs experience difficulties in referring this population to somatic specialists, with the aim of understanding how to improve the somatic care pathway for these patients. Method : A literature review was conducted to identify the barriers to accessing care for these patients and recommendations to remedy them. A quantitative study was then conducted among general practitioners, using a questionnaire created on the basis of the previous literature review. Results: Almost half of the respondents experience difficulties in referring people with severe psychiatric disorder to a somatic specialist. Noting more the problems linked to the patients and the organisation of care, the general practitioners, whether or not they are in difficulty, expect the help of the psychiatry sector to facilitate access to specialist medical care for this population. Conclusion : Improving the somatic care pathway for these patients could therefore involve the psychiatric sector intervening with general practitioners, as soon as a referral to specialist medicine is deemed useful, in order to help them mainly with patient support and the organisation and coordination of care. The development of coordinated practice systems and the introduction of advanced practice nurses could respond to this problem.

AUTEURE : Nom : LEULLIETTE - ALLAEYS

Prénom : AUDREY

Date de soutenance : 6 juillet 2022

Titre du mémoire : Comment améliorer le parcours de soins somatiques des patients souffrant d'un trouble psychiatrique sévère ? Enquête réalisée auprès des médecins généralistes

Mots-clés libres : schizophrénie/trouble bipolaire/ soins somatiques/parcours de soins/accès aux soins/médecine spécialisée/ secteur de psychiatrie/médecin généraliste

Résumé : Les personnes souffrant d'un trouble psychique sévère, tel que la schizophrénie ou le trouble bipolaire, ont plus de difficultés à accéder aux soins de médecine spécialisée somatique, bien qu'ayant un contact fréquent avec leur médecin généraliste, professionnel responsable de l'adressage des patients aux spécialistes. L'objectif principal de l'étude est donc de savoir si les médecins généralistes ressentent des difficultés à orienter cette population vers les spécialistes somatiques, dans le but de comprendre comment améliorer le parcours de soins somatiques de ces patients. Méthode : Une revue de la littérature a permis de répertorier les obstacles à l'accès aux soins de ces patients et les recommandations pour y remédier ; puis une étude quantitative a été menée auprès de médecins généralistes, à l'aide d'un questionnaire créé à partir des recherches bibliographiques précédentes. Résultats : Près de la moitié des répondants ressentent des difficultés à orienter les personnes souffrant de pathologie psychiatrique sévère vers un spécialiste somatique. Relevant davantage les problèmes liés aux patients et à l'organisation des soins, les médecins généralistes, qu'ils soient ou non en difficulté, attendent l'aide du secteur de psychiatrie pour faciliter l'accès aux soins de médecine spécialisée de cette population. Conclusion : L'amélioration du parcours de soins somatiques de ces patients pourrait donc passer par l'intervention du secteur psychiatrique auprès des médecins généralistes, dès qu'une orientation vers la médecine spécialisée est jugée utile, afin de les aider principalement dans l'accompagnement des patients, l'organisation et la coordination des soins. Développer des dispositifs d'exercice coordonné et l'implantation de l'infirmier en pratique avancée pourrait répondre à cette problématique.

Directeur de mémoire : Madame le Docteur Claire-Lise Charrel