

## La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la comorbidité des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères

Les pathologies psychiatriques sévères concernent les psychoses aiguës et chroniques, les addictions sévères, les dépressions sévères, les troubles de la personnalité ou encore les retards mentaux, dont la conséquence commune est le handicap psychique.

Les patients atteints de pathologie psychiatrique sévère sont exposés à la surmortalité avec une mortalité toutes causes confondues 3 fois plus élevée que celle de la population générale.

Ils sont exposés à une mortalité prématurée avec une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans. Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité pour les patients atteints de pathologie psychiatrique sévère.

### I - Le contexte

#### Contexte épidémiologique

Les patients atteints de pathologie psychiatrique sévère sont exposés à des risques de comorbidités aggravées par l'absence ou le retard de démarches de prévention, pour le cancer, le syndrome métabolique, les troubles addictifs et les maladies cardiovasculaires. Les troubles somatiques sont souvent pris en charge tardivement. Les causes de ces retards sont multiples et incluent :

- des facteurs liés au patient (relation complexe avec le corps, mode de vie),
- aux médecins (stigmatisation, manque de temps),
- ainsi qu'à l'organisation du système de santé.

Les déterminants de santé sociaux des patients (conditions de vie, habitat, éducation, métiers à risque ou désinsertion professionnelle) sont des facteurs de vulnérabilité qui contribuent à accentuer les risques de moins bonne santé, et à accroître la complexité, tant pour les soignants que pour les patients. Pour les patients atteints de pathologie psychiatrique sévère il y a une réelle perte de chance en durée de vie en bonne santé et en durée de vie.

#### Contexte académique et culturel

Historiquement et du fait de l'organisation de la psychiatrie en France, il existe un cloisonnement entre maladies somatiques et maladies psychiques. Les patients atteints de pathologie psychiatrique sont essentiellement perçus par leurs troubles psychiatriques et cela même lors de leur plainte d'origine somatique. Ce constat concerne aussi bien le grand public, que les professionnels de santé et les patients qui peuvent eux-mêmes réduire leur identité à leur pathologie.

## Contexte organisationnel

Le système de soins actuel n'est pas assez efficient et contribue pour partie aux difficultés des soins somatiques pour ces patients, avec en outre des difficultés d'accès aux soins. Les difficultés de coordination des soins entre la médecine générale et la psychiatrie (communication, formalisation des échanges, implication et culture partagées) ont fait l'objet de nombreux rapports, sans pour l'instant de solutions concrètes.

Pour la santé mentale, **3 types de situations concernent le médecin généraliste** (le médecin traitant) :

1. Les situations dévolues majoritairement aux soins primaires et ambulatoires. La composante psychique est un fait, une donnée pour toute situation de soins primaires sur un modèle biopsychosocial et une approche globale de la personne (médecins généralistes, psychologues, etc.)
2. Les situations dévolues majoritairement ou exclusivement aux soins de psychiatrie (CHS, CMP, secteur, psychiatrie libérale, etc..), mais :
  - la question des soins somatiques pour ces patients est une problématique de santé publique à part entière ;
  - il est recommandé que ces patients vulnérables, à risque, aient comme tout citoyen un médecin généraliste traitant.
3. Les situations nécessitant un avis ou gérées de façon conjointe, entre les soins primaires et la psychiatrie : avis, urgences, populations particulières, etc.

## II - Le rôle du médecin généraliste pour les patients atteints de pathologie psychiatrique sévère

Pour illustrer et rendre vivant le propos, ci-après quelques vignettes.

### Les occasions de rencontrer un patient qui ne vient pas en consultation

*Jérôme a 55 ans, il est suivi au centre médico-psychologique du secteur pour troubles schizophrènes. Il voit tous les mois un psychiatre, qui lui prescrit un neuroleptique et un hypnotique. Il a été informé que le rendez-vous mensuel habituel avec le psychiatre du CMP a été annulé, on lui a proposé de voir son médecin traitant pour son traitement habituel. Il prend donc rendez-vous avec son médecin traitant, qu'il n'a pas vu depuis des années. Il déclare bien se sentir, il se sent stable au niveau psychiatrique. Il s'ennuie depuis qu'il ne travaille plus à la pharmacie. Il a des problèmes dentaires, il a eu du mal à trouver un rendez-vous chez un dentiste. Il décrit une inflammation de la gencive et déclare que ses dents se déchaussent. Le dentiste lui a bien expliqué que cela était aggravé par la consommation de tabac. Il pense que ce serait trop compliqué d'arrêter le tabac. Le médecin lui demande s'il pense à d'autres bénéfices à l'arrêt du tabac. Il répond qu'il est certain que cela diminue le risque des maladies du cœur. Après la prescription de son traitement psychiatrique, le médecin généraliste traitant lui propose de revenir, notamment pour faire le point sur le plan cardiovasculaire. Jérôme va reprendre un suivi plus régulier avec son médecin traitant.*

=>> Lors d'une consultation pour un motif aigu (rupture de traitement), le médecin généraliste propose au patient atteint de troubles psychiatriques un suivi régulier pour diminuer les risques cardiovasculaires inhérents aux traitements.

## **Première consultation pour un patient avec une pathologie psychiatrique, qui n'a pas de médecin traitant**

*Fanny, 54 ans, consulte au cabinet de médecine générale en urgence pour ce qu'elle décrit comme étant une cystite. Anaïs l'accompagne. Elles ont développé une relation amicale depuis 7 ans lors de leur hospitalisation dans une clinique de soins psychiatriques. Fanny informe le médecin qu'elle vient d'arriver dans la région. Sur les conseils d'Anaïs, déjà suivie au cabinet, elle demande au médecin s'il accepte d'être son médecin traitant. Le médecin confirme le diagnostic de cystite non compliquée et propose le traitement. Fanny informe le médecin de ses antécédents, essentiellement psychiatriques avec deux épisodes de dépression sévère avec hospitalisation. Sa dépression est reconnue au titre d'une affection de longue durée par l'Assurance Maladie. Son traitement actuel comprend un antidépresseur, un anxiolytique et un hypnotique. Elle était suivie par un confrère généraliste. Elle dit être stabilisée avec son traitement, mais que son déménagement l'a fatiguée. Elle n'a pas d'autres renseignements complémentaires sur sa santé à fournir. Le médecin lui propose de parler de prévention, notamment des dépistages envisageables. Elle répond que son ancien médecin lui en avait parlé mais qu'elle préférerait que le médecin lui propose un suivi pour son excès de poids qu'elle attribue en grande partie à sa prise médicamenteuse d'antidépresseurs.*

=>> Le médecin généraliste assure le suivi global des patients atteints de pathologies psychiatriques.

## **Risque de stigmatisation d'un patient atteint de maladie psychiatrique**

*Alfred, 61 ans, consulte tous les 3 mois son médecin généraliste pour son suivi. Il présente un diabète de type 2 équilibré, une hypertension artérielle, une obésité majeure (IMC 31), un tabagisme actif, une sédentarité passive et un trouble bipolaire avec de multiples hospitalisations anciennes. Il voit régulièrement sa cardiologue et son ophtalmologue. Il lui arrive par moment de se plaindre de ralentissement, de léger essoufflement et de tremblements. Un vendredi, son infirmière vous appelle, inquiète de le trouver davantage ralenti, fatigué et un peu essoufflé, sans autre élément notable ; il refuse d'appeler les pompiers ou le SAMU. Vous faites confiance au sens clinique de votre collègue infirmière. Malgré la surcharge de travail et votre retard, vous ne faites pas l'erreur de minimiser les plaintes ou de les attribuer à la fluctuation des symptômes de la pathologie psychiatrique du patient. Vous réglez la situation dans un premier temps par téléphone avec le patient, son entourage et l'infirmière ; vous écarterez une urgence immédiate et organisez un bilan et une visite pour le lendemain. Un sepsis à point de départ urinaire sera finalement diagnostiqué et traité à domicile.*

=>> Le médecin généraliste assure une prise en charge globale des situations complexes en équipe, sans se laisser tromper par les préjugés et habitudes stigmatisantes pour les patients psychiatriques.

## **Rôles du médecin généraliste et du psychiatre**

*Une patiente s'inquiète pour un ami de passage qu'elle héberge ; il se sentirait très faible et n'est pas bien du tout... Le médecin de cette patiente accepte de le recevoir le jour même sur un créneau de soins non programmés. Il arrive un peu désorienté, dit qu'il aurait peut-être mélangé ses médicaments depuis plusieurs jours, se plaint de nausées tous les matins, n'a plus aucun appétit. John, 61 ans, est suivi pour un trouble bipolaire par un psychiatre et une hypertension artérielle ; son traitement comporte du lithium, un bêtabloquant et deux antihypertenseurs. L'examen cardiaque est normal. Il n'a pas de fièvre. L'ECG est normal. Le médecin organise un bilan biologique le jour même (NFS, CRP, bilan hépatique, créatinine et lithiémie), prévient le pharmacien, rédige une ordonnance pour faire pratiquer par un infirmier l'administration et la surveillance d'une thérapie orale à domicile chez un patient présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage. La biologiste rappelle le médecin dans l'après-midi pour prévenir d'une insuffisance rénale sévère avec surdosage en lithium. Le médecin s'assure du transfert du patient au service d'accueil des urgences, avec un courrier expliquant la situation.*

=>> Le médecin généraliste assure les soins non programmés et coordonne l'organisation de la prise en charge en équipe autour du patient dans son territoire.

## **Comment s'articule la prise en charge avec les IPA en santé mentale pour un patient suivi en Centre Médico psychologique**

*Jimmy, 30 ans, schizophrène, est suivi au CMP depuis plusieurs années. Il bénéficie d'un suivi pluridisciplinaire avec une infirmière, un psychiatre, une assistante sociale. Il participe à un groupe pour les habilitations sociales. Il vient au CMP une ou deux fois par semaine. Il ne consulte jamais son médecin traitant. Il rencontre parfois l'infirmière de pratique avancée du CMP pour parler de sa santé. Mais un jour, il se plaint de brûlures mictionnelles. L'IPA appelle le cabinet du médecin généraliste traitant pour obtenir un rendez-vous car elle pense à une infection urinaire. Une maladie sexuellement transmissible à chlamydia est finalement diagnostiquée sur le prélèvement urinaire. Le patient ne consultant pas ses messages téléphoniques, le médecin traitant contacte l'IPA avec les résultats et transmet l'ordonnance ; l'accord du patient avait été préalablement recueilli pour ce partage d'informations. L'IPA explique l'ordonnance au patient et l'informe de la nécessité de dépister le ou les partenaires.*

=> Le médecin généraliste traitant communique avec l'IPA du CMP pour permettre à aux patients psychiatriques d'accéder à des soins somatiques, dans le cadre d'une prise en charge globale de sa santé.

### **L'équipe de soins primaires (Asalée, IDE lib, pharmacien)**

*Sophie a 54 ans, elle présente une maladie bipolaire diagnostiquée depuis 5 ans lors d'une hospitalisation pour des idées suicidaires. Depuis, elle voit un psychiatre libéral une fois par mois. Sa maladie psychiatrique est stabilisée. Mais elle est aussi diabétique depuis 15 ans. Elle consulte son médecin généraliste tous les 3 mois, celui-ci fait le point sur l'équilibre du diabète, sur le suivi systématique et réévalue son traitement ; mais aussi des examens de prévention des cancers, des vaccinations, de l'insertion dans l'emploi, de la situation familiale... Sophie consulte aussi son médecin généraliste traitant pour des pathologies aiguës intercurrentes. Le médecin généraliste travaille au sein d'une équipe de soins primaires. Une infirmière Asalée réalise l'éducation thérapeutique, elle aide Sophie à modifier ses comportements en termes d'alimentation et d'activité physique. Le pharmacien, entre autres, apporte ses conseils en termes de matériel d'injection d'insuline, conseille Sophie pour l'achat d'un nouveau lecteur, a un regard global sur l'ordonnance pour dépister les interactions médicamenteuses. L'infirmière libérale a appris à Sophie à injecter et adapter son insuline.*

=>> Le médecin généraliste traitant interagit avec les autres professionnels de l'équipe de soins primaires, pour mieux coordonner les soins des patients.

### **Sortie d'hospitalisation en psychiatrie, pendant laquelle une pathologie somatique a été prise en charge**

*Wilfried, 60 ans, a été hospitalisée pour une dépression sévère réactionnelle à une séparation. Avant cet épisode, il ne consultait pas son médecin généraliste traitant, par négligence et par peur qu'on lui découvre quelque chose. Il avait bien senti qu'il avait des maux de tête plus fréquents ces derniers mois, il les avait mis sur le compte de ses problèmes psychiques. Lors de l'hospitalisation en psychiatrie, une hypertension artérielle a été découverte. Un traitement a été mis en place. A sa sortie d'hospitalisation, il a pour consigne de revoir son médecin généraliste. Grâce au courrier d'hospitalisation reçu rapidement après la sortie, le médecin généraliste traitant est informé de la molécule introduite, de la surveillance biologique. Après avoir évalué les connaissances du patient sur sa maladie, il propose un complément d'informations, explique le suivi avec l'automesure tensionnelle. Le médecin généraliste programme un rendez-vous chez le cardiologue et l'angiologue sans urgence pour évaluer le retentissement cardiaque et dépister les comorbidités. L'ordonnance est établie pour un mois, mais entre-temps un rendez-vous est repris à J15 pour le suivi de la dépression.*

=>> Le médecin généraliste traitant assure le suivi en post hospitalisation ; les informations transmises par l'établissement de santé permettent d'éviter les pertes d'information.

### III - Propositions organisationnelles pour un meilleur accès aux soins somatiques des patients atteints de pathologie psychiatrique sévère

L'OMS et la WONCA plaident depuis longtemps pour l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires et à un décloisonnement des soins de santé mentale. Dans la situation actuelle de tension entre l'offre et la demande, l'utilisation des ressources humaines et structurelles doit être optimisée, pour apporter «le bon soin, au bon moment, pour la bonne personne ».

L'objectif est de proposer, à partir des soins de santé primaires, une organisation graduée des parcours en santé mentale, adaptée à la situation du patient, quel que soit le stade du problème ou de la maladie.

Le Collège de la médecine générale, par son rôle d'expertise scientifique et professionnelle sur la discipline et sa place dans la communauté médicale, propose les axes de développement nécessaires à un parcours de santé mentale réfléchi, pertinent et efficient (texte CMG/Santé mentale).

#### 1. Renforcer le rôle du médecin généraliste

Par sa position dans le système, et du fait de sa fonction Médecin traitant, le médecin généraliste intervient à tous les stades évolutifs du parcours de soins (soins préventifs, curatifs, réadaptatifs, palliatif), du stade indifférencié aux situations caractérisées. L'approche globale et centrée patient et dans la durée permet justement cette intégration entre le somatique et le psychique, inhérente à tout acte thérapeutique, en lien avec les autres professionnels du soin et du social, selon les besoins cités plus haut.

#### 2. Respecter la hiérarchisation des niveaux de soins, en fonction des besoins et des ressources doit être désormais la feuille de route de parcours adaptés et personnalisés. Chaque professionnel, chaque structure adaptée au niveau des besoins : en amont du soin de santé primaires, soins spécialisés, soins hospitaliers et/ou de réadaptation.

Pour une bonne utilisation des ressources, les niveaux d'intervention sont variables :

- Information, prévention et promotion de la santé, appelant une approche globale des problèmes de santé mentale.
- Repérage et soins à un stade précoce, pour des pathologies débutantes, pour lesquelles un parcours de soins ambulatoire développé par les professionnels de santé de proximité est le plus souvent suffisant.
- Avis diagnostique et thérapeutique pour les pathologies requérant des soins plus spécialisées ou hospitaliers, dans un parcours de soins cohérent entre l'ambulatoire, l'hôpital et les structures médicosociales.
- Prise en charge spécialisée en psychiatrie, avec la préoccupation du somatique et des comorbidités

#### 3. Favoriser un accompagnement intégratif

Il n'existe pas de soins pertinents sans une approche globale adaptée aux besoins de la personne, donc intégrant les champs « sanitaire », « médico-social » et « social », (incluant les familles). Et ceci à tous les niveaux de gradation des soins. Les situations en psychiatrie sont par essence complexes, et nécessitent une approche pluriprofessionnelle et plurisectorielle, et territoriale.

#### 4. Développer les pratiques collaboratives

Travailler ensemble en équipe autour de parcours pertinents et personnalisés est absolument indispensable. Quelque soit le métier, il est impossible d'être seul, à fortiori isolé. Selon la situation, la pathologie, l'âge, les intervenants vont être différents, mais de toute façon complémentaire. Les pratiques collaboratives doivent associer le champ du social.

Des initiatives de terrain ont permis l'expérimentation d'actions innovantes, avec différents objectifs :

- Dispositifs favorisant le travail pluri professionnel : Soins d'équipe en santé Mentale (SESAME), Ecoute et moi, dispositif Mon Parcours Psy, etc.)
- Dispositifs favorisant la coordination avec la psychiatrie, à prioriser pour les situations les plus graves : Médecine générale et Psychiatrie 37, dispositif de soins partagés en psychiatrie (référence 31), dispositifs recensés dans la recommandation HAS Coordination Médecine générale et psychiatrie, année)
- Dispositifs favorisant le lien avec le versant social : les Microstructures

A ce stade, il est important de bien recenser ce qui marche, ce qui peut être intégré aux pratiques réelles, en évitant émiettement et manque de lisibilité.

#### **5. Soutenir les organisations territoriales**

L'utilisation des ressources locales de proximité est indispensable à un parcours de santé gradué et cohérent. Aujourd'hui, les CPTS rassemblent les professionnels de l'ambulatoire, et sont un interlocuteur privilégié avec les acteurs du territoire des champs sanitaire, médico-social et social, et d'articulation avec le 2e et 3e recours, notamment en établissement de santé (CMP, CHS, etc). La création de ce collectif de soins au service des patients permet une meilleure structuration de l'offre de soins sur les territoires et une coordination des actions des professionnels de santé et des acteurs médico-sociaux tant en ambulatoire, qu'avec les établissements et structures. Ces organisations doivent aussi être graduées, et prendre en compte les acteurs des collectivités locales et territoriales (à travers contrats locaux de santé et CLSM notamment)

#### **6. Construire des réponses institutionnelles adaptées**

La prévention et la prise en charge précoce au stade non caractérisé des troubles, concernent les acteurs des soins de santé primaires, notamment médecins généralistes et psychologues. Le continuum souffrance psychique - santé mentale - psychiatrie, impose d'interfacer les différents dispositifs, en particulier les CPTS et les PTSM, pour faire le lien avec les acteurs de proximité. Les CPTS doivent impérativement être associées à la construction et déploiement des PTSM pour construire vraiment des parcours au plus près des besoins complexes et multiformes de ces patients. Sans les professionnels de l'ambulatoire, il est en effet illusoire d'être efficace au plus près des personnes.

Pour mémoire, la multiplicité des appels à projet thématiques aggrave le manque de lisibilité et l'anarchie du système, car court-circuitent les effecteurs, et ne s'intègrent pas aux pratiques.

Le CMG et la FCPTS ont signé un accord cadre pour mettre en commun leurs complémentarités, et fournir des outils validés et pertinents aux acteurs des territoires.

## **IV – Conclusion**

Réfléchir sur cette question, c'est tenter de mettre plus de cohérence et d'organisation dans le système de santé, condition sine qua non pour répondre aux enjeux.

Les expérimentations de collaboration médecin généraliste – psychiatre, la mise en place de groupes de parole, le projet de dossier partagé en santé mentale, le remboursement des consultations des psychologues, sont des actions modélisantes. Elles évitent les ruptures de soins, par une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les autres acteurs de proximité et de la psychiatrie.

*Travaux coordonnés par Marie-Hélène Certain et Alice Perrain, pour le CMG*

## Références bibliographiques

HAS. *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*, 2018 ; [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](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)

De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I et al. *Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care*. *World Psychiatry*. 2011 Feb; 10(1): 52-77.

Ministère de la santé et de la prévention. *Assises de la santé mentale et de la psychiatrie les 27 et 28 septembre 2021* [Internet]. Paris; Septembre 2021 [Consulté le 29 janvier 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/actualites/evenements/assises-de-la-sante-mentale-2021>

Ross L.E, Vigod S, Wishart J, Waese M, Spence J.D, Oliver J et al. *Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study*. *BMC Family Practice*. 2015 October; 16(135): 1-13.

Amara G, Ayachi M, Ben Nasr S, Ben Hadj Ali B. *Perception par les médecins du rôle du généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux: importance, difficultés et perspectives*. *Tunis Médicale*. 2010; 88(1): 33-7.

GERVAIX, J., HAOUR, G., MICHEL, M., et al. *Troubles mentaux et comorbidités somatiques: retard à la prise en charge, sévérité et coûts associés*. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2017, vol. 65, p. S79.

Conseil économique, social et environnemental. *Améliorer le parcours de soins en psychiatrie* [Internet]. Paris: CESE; Mars 2021 [Consulté le 28 février 2023]. Disponible sur : <https://www.lecese.fr/travaux-publies/ameliorer-le-parcours-de-soin-en-psychiatrie>

Fédération Française de Psychiatrie. *Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique* [Internet]. 2015. Disponible sur: [http://www.psydoc-france.fr/conf%26rm/rpc/Reco\\_Soins\\_Soma\\_Psy.pdf](http://www.psydoc-france.fr/conf%26rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf)

Hardy-Baylé M-C, Younès N. *Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?* *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):359- 71

*Recueil des bonnes pratiques de prise en charge psychiatrique Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques*. 2015. 52p : [https://unafam80.files.wordpress.com/2016/06/recueil\\_bonnes\\_pratiques\\_prise\\_en\\_charge\\_psychiatrique.pdf](https://unafam80.files.wordpress.com/2016/06/recueil_bonnes_pratiques_prise_en_charge_psychiatrique.pdf)

Collège de la Médecine Générale – *Médecine générale et santé mentale - Novembre 2022* <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2023/03/Medecine-generale-et-sante-mentale-20221228.pdf>