

## RECHERCHE

# Patients psychiatriques ambulatoires

## Quelle coordination des soins ?

**OBJECTIF.** Déterminer le pourcentage de patients suivis en centre médico-psychologique (CMP), ayant un médecin traitant effectif, que nous définirons comme un médecin somaticien ayant vu le patient plus d'une fois et au moins une fois dans l'année écoulée, et apprécier la qualité de la communication entre les deux protagonistes.

**MÉTHODE.** Étude prospective monocentrique d'une durée d'un mois auprès de patients consultant un psychiatre du CMP, en trois phases :

- interrogatoire du patient par le psychiatre (éléments démographiques, sociaux et psychiatriques), et recherche de l'existence d'un médecin en charge des soins somatiques ;
- après contact avec le médecin somaticien, évaluation de la nature du suivi, de sa connaissance de la pathologie psychiatrique du patient, d'une éventuelle prescription de psychotropes, et de l'existence de pathologies somatiques ;
- recherche dans les dossiers du CMP de l'identification effective du médecin somaticien et de la mention des éventuelles pathologies somatiques du patient.

**RÉSULTATS.** Sur les 143 patients interrogés, 47 (33 %) ont un médecin somaticien pouvant être considéré comme traitant. Son nom a été retrouvé dans le dossier du CMP pour 27 % des patients. 28 % ont au moins une pathologie somatique chronique. La maladie psychiatrique est méconnue des médecins traitants dans 56 % des cas et la pathologie somatique est méconnue des psychiatres dans 61 % des cas. Les médecins traitants prescrivent, au moins occasionnellement, des psychotropes à 35 % des patients considérés.

**DISCUSSION.** Les patients suivis en CMP, malgré de nombreux facteurs de risque, ont un recours limité aux soins somatiques. Le manque de communication entre les psychiatres et les médecins traitants est bilatéral et préoccupant pour la santé du patient.

Rev Prat Med Gen 2007;21:511-4.

Par **Irène Bohn**, IMG, UFR Denis Diderot, **Jean-Pierre Aubert**, MCU-MG, UFR Denis Diderot, **Michèle Guegan**, psychiatre, responsable du CMP du 22<sup>e</sup> secteur de santé mentale de Paris, **Michel Guillard**, chef de service de médecine générale, EPS Maison-Blanche, **Tim Greacen**, directeur du laboratoire de recherche EPS Maison-Blanche, **Michel Lejoyeux**, chef du service de psychiatrie du 22<sup>e</sup> secteur, AP-HP, Hôpital Bichat, **Michel Nougairède**, PU-MG, UFR Denis Diderot.

La prévalence des pathologies psychiatriques est élevée : 1 % pour la schizophrénie,<sup>1</sup> de 5 à 15 % pour la dépression.<sup>2</sup> De nombreuses études montrent une morbi-mortalité somatique supérieure à celle de la population générale. La surmortalité est importante et précoce.<sup>3,4,5</sup> Les schizophrènes ont davantage de pathologies respiratoires (RR : 3,2 par rapport à la population générale), de maladies infectieuses (RR : 3,4), de diabète (RR : 2,7), de maladies cardiovasculaires (RR : 2,3).<sup>6,7</sup> Le risque de survenue d'un infarctus du myocarde est de 4 à 5 fois supérieur chez les dépressifs.<sup>8</sup> Différents facteurs contribueraient à cette vulnérabilité accrue : prévalences élevées de conduites à risque (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie),<sup>6</sup> facteurs iatrogènes (prise de poids et antidépresseurs en particulier IRS),<sup>9</sup> syndrome métabolique et neuroleptiques,<sup>6</sup> dépendance médicamenteuse et interactions. Enfin, cette population a un faible recours aux soins non psychiatriques,<sup>10</sup> souvent perçus – par elle-même mais également par son entourage – comme secondaires par rapport au trouble de santé mentale et aux autres soucis de la vie quotidienne.

Il est pourtant indispensable que ces patients aient une prise en charge adaptée à leurs pathologies organiques, en coordination avec les soins psychiatriques. L'organisation de l'offre de soins de santé mentale fondée sur la sectorisation a pour but de favoriser la prise en charge ambulatoire des patients et le travail en réseau avec les différents acteurs médico-sociaux, et de faciliter la continuité et la cohérence des soins psychiatriques et somatiques.<sup>11</sup> Or, une étude menée en France<sup>12</sup> montre que moins d'un tiers des généralistes suivant des patients schizophrènes ont un contact régulier avec les équipes de soin psychiatrique.

### OBJECTIFS

Évaluer dans une population de patients pris en charge par une équipe psychiatrique ambulatoire la proportion de ceux qui ont un médecin traitant, le niveau d'information de ces derniers sur les pathologies psychiatriques des patients, le niveau d'information des psychiatres sur leurs pathologies somatiques, la fréquence de prescriptions croisées de psychotropes et les interactions médicamenteuses.

## Patients psychiatriques ambulatoires

TABLEAU 1

MALADIES PSYCHIATRIQUES DES PATIENTS INTERROGÉS ET TRAITEMENTS PRESCRITS PAR LES PSYCHIATRES	
Pathologies	Pourcentage de patients
Alcool et autre addiction	7 %
Troubles de l'humeur et troubles anxieux	26 % (dont 15 maladies bipolaires)
Troubles psychotiques	60 % (dont 68 schizophrénies)
Autres*	7 %
Classes pharmaceutiques	
Neuroleptiques	68 %
Antiparkinsoniens AC**	36 %
Antidépresseurs	45 %
Thymorégulateurs	17 %
Anxiolytiques et/ou hypnotiques	57 %

\* Trouble de la personnalité, anorexie, syndrome de stress post-traumatique, personnalité paranoïde ; \*\*AC : anticholinergiques.

Afin d'évaluer le suivi somatique effectif, nous utiliserons de façon arbitraire les définitions suivantes :

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

## MÉTHODOLOGIE

Préalablement à l'étude, nous avons élaboré, avec l'équipe psychiatrique du CMP du 22<sup>e</sup> secteur de santé mentale de Paris (18<sup>e</sup> arrondissement), un questionnaire dont les objectifs sont ceux retenus par la HAS pour la gestion du dossier en psychiatrie ambulatoire.<sup>13</sup> Ce questionnaire utilisé par les psychiatres comporte des données démographiques (âge, sexe), sociales (régime de protection des biens, couverture médicale complémentaire), des informations psychiatriques (pathologie et traitement), et renseigne sur l'existence d'un médecin somaticien et son nom.

En collaboration avec 5 médecins psychiatres travaillant au centre, nous avons réalisé une étude prospective en trois étapes. D'abord, les psychiatres devaient proposer le questionnaire à tous les patients qui se présentaient à leur consultation, sur une période d'un mois. Puis l'investigateur contactait par téléphone les médecins somaticiens déclarés par les patients. L'entretien portait sur la connaissance de la maladie psychiatrique, la prescription de psychotropes et l'existence de pathologies somatiques. Enfin, on déterminait si les problèmes somatiques étaient connus de l'équipe du CMP en recherchant la trace d'une information écrite soit dans les courriers, soit dans les comptes rendus d'hospitalisation, soit dans les notes de consultation prises au cours de la dernière année. Par ailleurs, on cherchait l'existence d'interactions médicamenteuses ou de contre-indications.

**Critères d'inclusion.** Tous les adultes ayant consulté les 5 psychiatres participants se voyaient proposer le questionnaire.

Les patients étaient informés par une lettre et donnaient leur consentement verbal. Deux critères d'exclusions étaient retenus : refus du patient, état psychique incompatible avec la réalisation de l'étude, selon le psychiatre. Un registre de non-inclusion devait être rempli.

## RÉSULTATS

**143 patients ont été interrogés** (sex ratio 1,08 en faveur des hommes, âge moyen 47,2 ans) ; 30 % n'avaient aucune couverture médicale complémentaire, 17 % bénéficiaient de la CMU ou de l'AME, et 53 % avaient une mutuelle. Enfin 28 % étaient sous une mesure de protection des biens.

Ces patients sont surtout atteints de troubles psychotiques (schizophrénie, psychoses hallucinatoires chroniques, psychoses paranoïaques, troubles délirants persistants) et de troubles de l'humeur et anxieux (maladie bipolaire, syndrome dépressif, troubles anxieux) [tableau 1]. Seuls 3 patients (2 %) n'ont aucun traitement psychotrope. Les traitements prescrits sont résumés par classe pharmaceutique dans le tableau 1. **Prise en charge somatique.** 93 patients (65 %) ont déclaré avoir un médecin somaticien qui est dans 99 % des cas un généraliste... Le psychiatre consulté, la maladie psychiatrique et les critères sociaux ne sont pas des facteurs discriminants quant à la déclaration d'un médecin somaticien par le patient. Les raisons invoquées par les 50 patients n'ayant pas de médecin somaticien sont l'absence de besoin (60 %), des difficultés financières (18 %), des difficultés organisationnelles (26 %) ou un refus de consulter (8 %).

**Contact avec les médecins somaticiens.** L'étude de la coordination des soins n'a pu être réalisée que pour 81 patients. En effet, pour 9 patients, il n'a pas été possible d'identifier le médecin et 3 praticiens ont refusé de répondre. Au total, 44 médecins somaticiens ont été contactés, dont certains avaient en charge plusieurs patients. Seuls 48 patients (33 % de la population étudiée) ont réellement un médecin traitant ; son nom n'apparaît que dans 13 dossiers du CMP.

41 patients ont un problème somatique, soit 85 % des patients ayant un médecin traitant. Les pathologies sont listées dans le

TABLEAU 2

PATHOLOGIES SOMATIQUES CHRONIQUES			
Pathologies	N	Pathologies	N
FDR et pathologies cardiovasculaires :	34	TFI**	5
– hypertension artérielle	10	BPCO	4
– diabète de type 2	10	Hypothyroïdie	4
– dyslipidémie	6	Viroses chroniques (VIH, VHC)	4
– obésité	2	Toxicomanies	2
– ACFA*	4	Autres :	6
Sténose carotidienne	1	– syndrome des jambes sans repos	1
Cardiopathie ischémique	1	– mélanome	1
Maladie thromboembolique veineuse	2	– adénome hypophysaire	2
Plaintes douloureuses (arthralgies incluses)	14	– HBP*** et troubles mictionnels	2
		– glaucome	1

\* ACFA : arythmie complète par fibrillation auriculaire ; \*\*TFI : troubles fonctionnels intestinaux ; \*\*\*HBP : hypertrophie bénigne de la prostate.

TABLEAU 3  
CLASSES PHARMACEUTIQUES PRESCRITES PAR LES MÉDECINS TRAITANTS

Médicaments	N (%)	Médicaments	N (%)
<b>Antihypertenseur</b>	<b>24 (50 %)</b>	Fibrate	3 (6 %)
Diurétique	11 (14 %)	Corticoïde inhalé	6 (12 %)
IEC	11 (14 %)	Antalgique de palier 1 et 2	5 (11 %)
β-bloquant	5 (11 %)	Lévothyroxine	5 (11 %)
Inhibiteur calcique	4 (9 %)	AINS	4 (8 %)
Sartan	2 (4 %)	IPP**	4 (8 %)
<b>Antidiabétique</b>	<b>12 (25 %)</b>	Antiémétique***	3 (6 %)
Metformine	9 (19 %)	Topique intestinal	3 (6 %)
SH*	2 (4 %)	Buprénorphine	3 (6 %)
Insuline	1 (2 %)	Oxybutine	2 (4 %)
<b>Hypolipémiant</b>	<b>9 (20 %)</b>	Inhibiteur de la 5 α-réductase	2 (4 %)
Statine	7 (14 %)		

\*SH : sulfamide hypoglycémiant ; \*\*IPP : Inhibiteur de la pompe à protons ; \*\*\*apparentés aux neuroleptiques.

tableau 2. L'analyse des dossiers du CMP révèle qu'une pathologie somatique est précisément mentionnée dans le dossier dans 39 % des cas, notée de manière incomplète (par exemple « pathologie cardiaque » sans autre précision) dans 34 % des cas et non identifiée dans 27 % des cas.

**Traitement somatique des patients.** D'après les déclarations des médecins traitants, 36 patients (soit 75 % des patients ayant un médecin traitant et 25 % de la totalité) ont un traitement somatique au long cours (tableau 3).

Le traitement médicamenteux est mentionné intégralement dans le dossier dans 36 % des cas, partiellement dans 16 % des cas, et absent dans 48 % des cas. Nous n'avons pas étudié la connaissance de la posologie.

**Connaissance des problèmes psychiatriques par les médecins traitants.** Pour 43 des 48 patients ayant un médecin traitant (89 %), le médecin interrogé connaît l'existence d'une prise en charge en CMP. Lorsque le nom du médecin traitant apparaît dans le dossier du CMP, ce taux atteint alors 100 %. Pour 21 patients (44 %), le médecin traitant interrogé connaît exactement le diagnostic psychiatrique. Le nom de tous les médicaments prescrits par les psychiatres est connu pour 14 patients (29 %). Le taux de patients dont le médecin traitant connaît la pathologie et son traitement tend à être meilleur (mais sans différence statistiquement significative) quand le médecin traitant est connu du CMP (nom dans le dossier).

**Prescriptions croisées.** Selon les médecins traitants interrogés, 35 % des patients (17/48) ont une prescription de psychotropes (dont 53 % de benzodiazépines) délivrée par ces derniers. La différence sur ce critère entre les médecins connus du CMP et ceux qui ne le sont pas n'atteint pas le seuil de significativité.

**Interactions médicamenteuses.** Nous avons retrouvé 4 cas d'associations déconseillées d'après le Vidal 2006, soit 3 patients (un patient sous trithérapie antirétrovirale avait 2 associations déconseillées) et 20 cas (18 patients) dont le traitement comportait des associations nécessitant des

précautions d'emploi. Il n'y a aucun cas d'association contre-indiquée. Enfin, aucun cas de contre-indication somatique absolue à un traitement psychiatrique n'est noté, mais 7 patients avaient des contre-indications relatives.

## DISCUSSION

**Qualité du recueil des données.** La taille de notre échantillon est faible, et certaines de nos comparaisons montrent des différences qui n'atteignent pas le seuil de significativité. Nous avons pu collaborer avec 5 praticiens, et avons choisi de réaliser cette étude sur un temps limité (un mois) qui correspond à la moyenne du temps de renouvellement des rendez-vous. Notre étude n'est pas exhaustive. En effet, il était demandé aux psychiatres d'inclure tous les patients. Après contrôle de l'activité des praticiens, nous avons constaté que seuls 51 % des patients ayant consulté un psychiatre ont bien été inclus. Ce taux varie de 34 à 57 % selon les praticiens et le registre de non-inclusion n'a pas été correctement utilisé. Nous ne pouvons donc pas exclure un biais de sélection.

Notre échantillon est marqué par la prévalence très élevée (60 %) des troubles psychotiques (schizophréniques et non schizophréniques). Nous ne disposons pas de données évaluant la prévalence de chaque pathologie au sein des CMP mais une étude a été réalisée dans les Yvelines comparant l'activité des psychiatres publics, des psychiatres libéraux et des médecins généralistes.<sup>14</sup> La prévalence de la maladie alcoolique (7 % vs 8 %) et des troubles anxio-dépressifs (26 % vs 38,4 %) y est équivalente mais la prévalence des troubles psychotiques est beaucoup plus élevée dans notre étude (60 % vs 30,2 %) alors que celle des autres pathologies y est beaucoup plus faible (7 % vs 22,6 %). Une autre étude<sup>5</sup> ayant pour but d'étudier le suivi gynécologique des femmes d'un autre CMP du 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris n'a retrouvé que 33 % de femmes psychotiques et 40 % de troubles de l'humeur. **Que dire de l'existence du médecin traitant ?** 65 % des patients déclaraient avoir un médecin somaticien. Cette proportion est similaire à celle que retrouve Céline Kormann<sup>15</sup> et s'avère légèrement inférieure au taux d'assurés ayant déclaré un médecin traitant à la Sécurité sociale (75 % au 19 avril 2006). Lorsque notre définition du médecin traitant est

TABLEAU 4  
PRESCRIPTION DES MÉDECINS TRAITANTS

	Nombre de cas « médecin non connu du CMP » (%)	Nombre de cas « médecin connu du CMP » (%)	p
<b>Attitude du médecin</b>			<b>NS</b>
Absence de prescription	21 (60 %)	10 (77 %)	
Prescription	14 (40 %)	3 (23 %)	
<b>Molécules</b>			<b>NS</b>
benzodiazépine	9	2	
hydroxyzine	2	0	
zopiclone et zolpidem	2	0	
antidépresseurs	3	0	
Renouvellement d'ordonnance	1	1	



## Patients psychiatriques ambulatoires

utilisée, ce taux chute à 33 %. Notre échantillon étant faible, nous ne pouvons pas exclure que la pathologie psychiatrique et les critères sociaux soient des critères prédictifs d'absence de suivi somatique.

**Que dire de la morbidité somatique des patients ?** Nous avons constaté que la majorité (85 %) des patients qui avaient un médecin traitant avait une pathologie somatique chronique. Ce taux est peut-être surestimé, car il existe un double biais de sélection. Il est possible qu'à l'inclusion les psychiatres aient privilégié les patients les plus « malades » somatiquement. Par ailleurs, il se peut que ceux qui ne voient pas de généralistes soient moins souvent atteints de pathologies somatiques.

**Que dire de la coordination des soins ?** Le nom du médecin traitant n'est noté dans le dossier du patient que dans 27 % des cas. Cela témoigne d'une faible communication entre les acteurs médicaux, en cohérence avec d'autres études.<sup>12, 14</sup> Le taux de connaissance de la pathologie somatique est probablement sous-estimé. En effet, nous n'avons pas interrogé oralement les psychiatres sur ce thème, mais nous avons cherché une information écrite récente (dans l'année) et accessible (compte rendu, courrier). Nous n'avons pas relu l'intégralité du dossier.

A contrario, il n'est pas exclu que le recueil purement déclaratif des prescriptions de psychotropes par les généralistes n'ait conduit à une sous-estimation de ce taux, qui atteint néanmoins 35 % alors que ces patients sont déjà traités au CMP. Il n'y a aucune différence statistiquement significative dans la connaissance par le généraliste de la pathologie psychiatrique et de son traitement ainsi que dans la prescription de psychotropes, selon que le médecin est connu ou non du CMP. Cependant, cette absence de significativité est possiblement liée au petit nombre (48) de patients ayant réellement un médecin traitant.

### CONCLUSION

Cette étude montre un recours aux soins somatiques probablement très insuffisant de la part des patients suivis en CMP, un manque de communication flagrant entre les protagonistes médicaux, et des « lacunes bilatérales » dans la connaissance des pathologies psychiatriques et somatiques.

Il faut améliorer la qualité du suivi somatique de ces patients, et la communication interprofessionnelle à leur sujet. Quelques pistes méritent d'être explorées. La loi du 13 août 2004 imposant à tout assuré de déclarer un médecin traitant et empêchant le renouvellement des affections de longue durée par un autre médecin devrait favoriser le contact avec le médecin somaticien. Il semble important d'informer directement les patients des CMP sur leurs droits (l'argent étant perçu comme un facteur limitant pour 18 % des patients n'ayant pas de médecin), de favoriser le développement de réseaux de soins entre établissements psychiatriques hospitaliers et extra-hospitaliers, médecins généralistes et acteurs médico-sociaux, d'évaluer l'efficacité de l'utilisation de dossiers médicaux partagés...

L'avis des patients sur la possibilité d'un échange d'informations

entre professionnels de la santé doit être recueilli. Une étude menée en Grande-Bretagne a montré que la majorité des patients ne souhaitent pas que leur médecin généraliste s'investisse dans la prise en charge de leur maladie psychiatrique.<sup>16</sup> ■

*Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.*

### Références

1. Hautecouverture S, Limosin F, Rouillon F. Epidémiologie des troubles schizo-phréniques. Presse Med 2006;35:461-8.
2. Haute Autorité de Santé. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie. Prise en charge par le psychiatre d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Juin 2005.
3. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry 1998;173:11-53.
4. Bourguignon A, Stylianidis S, Livartowski A, Bourguignon O. Etude de la mortalité avant 30 ans dans les familles psychotiques Ann Med Psychol 1989;147:1-13.
5. Casadebaig F, Philippe A. Rapport d'étape : morbidité et mortalité chez des patients schizophrènes. Suivi d'une cohorte de patients 1993-2001. Pour la Recherche 2004(n° 40, mars).
6. Casey DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. Am J Med 2005;118 (suppl 2):15S-22S.
7. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. Am Heart J 2005;150:1115-21.
8. Jiang W, Glassman A, Krishnan R, O'Connor CM, Califf RM. Depression and ischemic heart disease: what have we learned so far and what must we do in the future? Am Heart J 2005;150:54-78.
9. Harvey BH, Bouwer CD. Neuropharmacology of paradoxical weight gain with selective serotonin reuptake inhibitors. Clin Neuropharmacol 2000;23:90-7.
10. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. Psychol Med 1999;29:697-701.
11. Haute Autorité de Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé: fichier thématique : psychiatrie et santé mentale. 2005.
12. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:892-8.
13. Haute Autorité de Santé. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie. Dossier du patient en psychiatrie ambulatoire. Juin 2005.
14. Younes N, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Kovess V, Chaillet MP, Gasquet I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. BMC Public Health 2005;5:104.
15. Kormann-Serre C. Etude pilote pour l'évaluation de la qualité du suivi gynécologique des patients d'un centre médico-psychologique. Thèse. Paris : UFR Xavier-Bichat;2003.
16. Bindman J, Johnson S, Wright S, et al. Integration between primary care and secondary services in the care of the severely mentally ill: patient's and general practitioner's views. Br J Psychiatry 1997;171:169-74.

### Summary.

**OBJECTIVE.** To determine the percentage of patients followed in a psychological center, having a family physician (somaticist) and to assess the quality of communication between them both.

**METHOD.** One-month prospective, monocentric study conducted among patients seeing a psychiatrist in the psychological center, divided in three phases:

- Patient interview conducted by the psychiatrist and verification of the existence of a physician in charge of somatic care;
  - Following contact with the somaticist, assessment of the type of follow-up, of the somaticist's knowledge of his patient's psychiatric disease, of the prescription of psychotropic medication and of the existence of somatic diseases;
  - Examination of the files of the psychological center for the actual identification of the somaticist and a mention of the somatic diseases.
- RESULTS.** Out of the 143 patients, 47 (33 %) had a somaticist who could be considered as a family physician. The physician's name was mentioned in the files for 27 % of patients. 28 % had at least one chronic somatic disease. In 56 %, family physicians ignored the psychiatric disease, while in 61 %, psychiatrists ignored the somatic disease.; 35 % of the patients were administered psychotropic drugs, at least occasionally.

**DISCUSSION.** The use of somatic care is limited for patients followed in psychological centers, despite numerous risk factors. The lack of communication between psychiatrists and family physicians is bilateral and worrying for patient health.