



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

**ANNÉE 2019 N°64**

**LA COMMUNICATION ET LA COORDINATION ENTRE  
MÉDECINS TRAITANTS ET PSYCHIATRES DANS LE  
SUIVI COMPLEXE DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE  
DOUBLE PROBLÉMATIQUE SOMATIQUE ET  
PSYCHIATRIQUE**

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 16 mai 2019

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Ina Rachel BERMAN COHEN

née le 28 août 1988 à Giessen (Allemagne)

Sous la direction du Docteur Léa FAU

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

---

Président	Pr Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination Des Etudes Médicales	Pr Pierre COCHAT
Directeur Général des services	M. Damien VERHAEGHE

## SECTEUR SANTE :

---

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT

## SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE :

---

Directeur de l'UFR Sciences et Technologies	M. Fabien DE MARCHI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yanick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Directeur de l'Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPé)	Pr Alain MOUGNIOTTE

# FACULTE DE MEDECINE LYON EST

## LISTE DES ENSEIGNANTS 2018/2019

---

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

#### CLASSE EXCEPTIONNELLE ECHELON 2

---

BLAY Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques gynécologie médicale
COCHAT Pierre	Pédiatrie
ETIENNE Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NIGHOGHOSSIAN Norbert	Neurologie
NINET Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE Michel	Physiologie
PONCHON Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE Michel	Cancérologie ; radiothérapie
THIVOLET-BEJUI Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

### CLASSE EXCEPTIONNELLE ECHELON 1

---

BOILLOT Olivier	Chirurgie digestive
BRETON Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d’urgence
CLARIS Olivier	Pédiatrie
COLIN Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D’AMATO Thierry	Psychiatrie d’adultes ; addictologie
DELAHAYE François	Cardiologie
DENIS Philippe	Ophtalmologie
DOUEK Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF Christian	Chirurgie digestive
DURIEU Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FINET Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HERZBERG Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT Jérôme	Neurologie
LACHAUX Alain	Pédiatrie
LEHOT Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d’urgence
LERMUSIAUX Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MARTIN Xavier	Urologie
MERTENS Patrick	Anatomie
MIOSSEC Pierre	Immunologie
MOREL Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MORELON Emmanuel	Néphrologie
MOULIN Philippe	Nutrition
NEGRIER Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
OBADIA Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RODE Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ZOULIM Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

### PREMIERE CLASSE

---

ADER Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ANDRE-FOUET Xavier	Cardiologie
ARGAUD Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET Lionel	Urologie
BERTHEZENE Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND Yves	Pédiatrie
BESSEREAU Jean-Louis	Biologie cellulaire

BRAYE Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
CHARBOTEL Barbara	Médecine et santé au travail
CHEVALIER Philippe	Cardiologie
COLOMBEL Marc	Urologie
COTTIN Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON François	Radiologie et imagerie médicale
DEVOUASSOUX Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDERY Charles Patrick	Génétique
FAUVEL Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
FELLAHi Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY Etienne	Pédiatrie
JUILLARD Laurent	Néphrologie
JULLIEN Denis	Dermato-vénéréologie

KODJIKIAN Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO Marc	Pédiatrie
PICOT Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
ROSSETTI Yves	Physiologie
ROUVIERE Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE Caroline	Physiologie
TRUY Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN Francis	Radiologie et imagerie médicale

VANHEMS Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC Sandra	Neurologie

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

### SECONDE CLASSE

---

BACCHETTA Justine	Pédiatrie
BOUSSEL Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER Alain	Génétique
CHAPURLAT Roland	Rhumatologie
CHENE Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX Cyrille	Rhumatologie
CROUZET Sébastien	Urologie
CUCHERAT Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAVID Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO Federico	Neurochirurgie
DUBOURG Laurence	Physiologie
DUCLOS Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY François	Neurologie
FANTON Laurent	Médecine légale
GILLET Yves	Pédiatrie

GIRARD Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
HENAINE Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESURTEL Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON Nathan	Cardiologie
MILLION Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MONNEUSE Olivier	Chirurgie générale
NATAF Serge	Cytologie et histologie
PERETTI Noël	Nutrition
POULET Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RHEIMS Sylvain	Neurologie
RICHARD Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT Maud	Chirurgie digestive

ROMAN Sabine	Physiologie
SOUQUET Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT Olivier	Néphrologie
THIBAUT Hélène	Physiologie
WATTEL Eric	Hématologie ; transfusion

---

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

---

FLORI Marie  
 LETRILLIART Laurent  
 ZERBIB Yves

---

#### PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

---

BERARD Annick  
 FARGE Thierry  
 LAMBLIN Gery  
 LAINÉ Xavier

---

#### PROFESSEURS EMERITES

---

BAULIEUX Jacques	Cardiologie
BEZIAT Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

CORDIER Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET Daniel	Pédiatrie
GHARIB Claude	Physiologie
GOUILLAT Christian	Chirurgie digestive
MAUGUIERE François	Neurologie
MELLIER Georges	Gynécologie
MICHALLET Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU Alain	Médecine générale
NEIDHARDT Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ René-Charles	Gynécologie
SINDOU Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ Jean-Louis	Néphrologie
TREPO Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS Jacqueline	Cytologie et histologie

## MAITRES DE CONFERENCE – PRATICIENS HOSPITALIERS

### HORS CLASSE

---

BENCHAIB Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER Pierre-Paul	Cytologie et histologie

CHALABREYSSE Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
GERMAIN Michèle	Physiologie
KOLOPP-SARDA Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

## MAITRES DE CONFERENCE – PRATICIENS HOSPITALIERS

### PREMIERE CLASSE

---

BONTEMPS Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE Sybil	Nutrition
COZON Grégoire	Immunologie
ESCURET Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA Gaëtan	Génétique
MENOTTI Jean	Parasitologie et mycologie
MEYRONET David	Anatomie et cytologie pathologiques
PHAN Alice	Dermato-vénéréologie
PINA-JOMIR Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire

PLOTTON Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD Caroline	Génétique
TRISTAN Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VENET Fabienne	Immunologie
VLAEMINCK-GUILLEM Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

## MAITRES DE CONFERENCES – PRATICIENS HOSPITALIERS

### SECONDE CLASSE

---

BOUCHIAT SARABI Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN Marine	Pédiatrie
CASALEGNO Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
COUR Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT Frédéric	Immunologie
CURIE Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAUX Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT Julie	Médecin de santé publique
JOSSET Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEMOINE Sandrine	Physiologie
MARIGNIER Romain	Neurologie
NGUYEN CHU Huu Kim An	Pédiatrie Néonatalogie Pharmaco Epidémiologie

Clinique Pharmacovigilance

ROLLAND Benjamin

Psychiatrie d'adultes

SIMONET Thomas

Biologie cellulaire

---

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

---

PIGACHE Christophe

DE FREMINVILLE Humbert

ZORZI Frédéric

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE

---

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## REMERCIEMENTS

---

Au professeur ZERBIB pour me faire l'honneur de présider ce jury et pour m'avoir guidé durant mon stage de SASPAS avec tant de bienveillance et de conseils précieux.

Au professeur FLORI pour m'avoir montré comment être un bon médecin.

Au Professeur SAOUD d'avoir accepté de juger ce travail.

Docteur Léa FAU, je te remercie d'avoir pris autant de temps pour m'aider et me guider dans ce travail, pour ta patience, ton expertise et tes encouragements.

Docteur Aurélie BAILLY, je te remercie pour ton soutien moral durant ce travail et tant d'autres situations. Merci pour tes conseils avisés.

Docteur Françoise PILLOT-MEUNIER, je te remercie pour ton humanité dans toute situation. Merci de juger ce travail.

Je tiens à remercier tous les médecins qui ont accepté de participer dans cette étude.

A ma belle belle-famille : Johanna, Arie, Manou, Eytan, Liora, Ella, tous mes oncles et tantes, les cousins et les cousines. Je vous remercie pour votre soutien et pour votre amour. Merci de partager votre famille, vos blagues et vos connaissances de la langue française avec moi depuis tout ce temps. Merci Jessy pour ta relecture avisée de professeur de français.

A ma belle-mère, merci pour votre amour, votre aide et soutien et merci d'être une mamie parfaite.

Merci Benjamin, de me supporter, de m'aimer et de m'aider à atteindre la meilleure version de moi-même.

Mes enfants, je vous remercie de me rappeler tous les jours ce qui est vraiment important dans la vie, sans vous je ne serai pas la personne ni le médecin que je suis aujourd'hui.

## DANKSAGUNGEN

---

Ich danke der Gerhard C. Starck-Stiftung für Ihre Unterstützung während meiner Studienzeit. Vielen Dank für die wertvolle Arbeit, die Sie tagtäglich für die jüdisch-deutsche Kultur in Deutschland und der Welt leisten.

Ich danke meiner Mama für ihre Liebe und ihre Unterstützung in jeder Lebenslage. Danke für deine mütterlichen Heilkräfte, die mich für mein Leben und meine Arbeit inspirieren.

Ich danke meinem Papa für seine unermüdliche Liebe und seine Unterstützung, für seinen Zuspruch und seine Ratschläge.

Ich danke dir Judith, mein Vorbild seit den ersten Stunden meines Lebens. Danke, dass du meine große Schwester bist.

Danke kleiner Bruder Aaron, für immer mein P.

Ich danke meinen Freundinnen, die mir während meiner Studienzeit geholfen haben meinen Lebensweg zu formen. Sollen unsere Wege immer mit einander verbunden bleiben!

## TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE.....	22
1. Introduction.....	23
1.1. La santé mentale en France.....	23
1.1.1. Définition.....	23
1.1.2. La santé mentale en médecine générale.....	23
1.2. La sur-morbi-mortalité des patients atteints de maladies psychiatriques.....	24
1.3. Parcours de soins des patients présentant des pathologies somatiques et psychiatriques.....	25
1.3.1. La médecine générale, le médecin traitant et le parcours de soins.....	25
1.3.2. Organisation de la santé mentale en France.....	25
1.3. Communication et Coopération.....	26
1.5. Le secret médical.....	27
2. Matériel et méthode.....	28
2.1. Hypothèse et Objectifs du travail.....	28
2.2. Population étudiée.....	28
2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion dans l'étude.....	29
2.4. Le questionnaire.....	29
2.5. Le recueil de données.....	31
2.6. Informations sur les patients.....	33
3. Résultats.....	34
3.1. Nombre de dossiers et répartition selon les critères d'inclusion.....	34
3.2. Caractéristiques sociodémographiques des patients.....	35
3.2.1. Sexe.....	35
3.2.2. Âge.....	36
3.2.3. Domicile et secteur.....	37
3.3. Suivi médical.....	38
3.3.1. Réalité du suivi par le médecin généraliste.....	38
3.3.2. Réalité du suivi psychiatrique.....	39
3.4. Les maladies somatiques répertoriées.....	40
3.4.1. Antécédents médicaux.....	40
3.4.2. Antécédents chirurgicaux.....	42

3.5.	Les maladies psychiatriques répertoriées .....	42
3.6.	Les traitements médicamenteux.....	43
3.6.1.	Traitements somatiques .....	45
3.6.2.	Les traitements psychiatriques.....	46
3.7.	La communication .....	47
3.7.1.	Modalités de contact des médecins .....	47
3.7.2.	La communication selon les médecins traitants .....	48
3.7.3.	La communication selon les psychiatres.....	50
3.7.4.	Communication autour de la situation clinique jugée « à risque ».....	53
3.7.5.	Les connaissances du dossier patient.....	54
4.	Discussion.....	58
4.1.	Forces et limites de l'étude .....	58
4.2.	Discussion des résultats.....	60
4.2.1.	La qualité du suivi des patients atteints d'une double pathologie somatique et psychiatrique .....	60
4.2.2.	La communication .....	64
4.3.	Les enjeux d'une communication défailante.....	68
4.4.	Pistes d'amélioration.....	69
4.4.1.	Sensibilisation des médecins .....	69
4.4.2.	Elaboration conjointe de courriers type.....	69
4.4.3.	Lieux d'exercice partagés.....	70
4.4.4.	Faciliter la communication : Le dossier médical partagé (59).....	70
4.4.5.	Création de réseaux / dispositifs de soins partagés.....	70
4.4.6.	Le « case management ».....	71
4.4.7.	lignes téléphoniques directes à un psychiatre du secteur .....	72
5.	Conclusions .....	73
6.	Bibliographie.....	75
ANNEXE 1 :	Questionnaire .....	81
Volet 1 :	Fiche inclusion.....	81
Volet 2 :	Questionnaire médecin traitant .....	84
Volet 3 :	Questionnaire médecin traitant .....	88
Annexe 2 :	Texte de Courriel .....	92
Premier courriel .....		92
Courriel de relance .....		93

Annexe 3 : Listes des antécédents et traitements repertoriés.....	94
Annexe 4 : Connaissances des médecins généralistes .....	101
Annexe 5 : Connaissances des psychiatres.....	103

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

Figure 1 :	Le recueil de données	p. 31
Figure 2 :	Sex-ratio échantillon initial	p. 35
Figure 3 :	Sex-ratio patients inclus	p. 35
Figure 4 :	Répartition en tranches d'âges	p. 36
Figure 5 :	Age moyen par groupe de patient	p. 37
Figure 6 :	Réalité du suivi médical somatique	p. 39
Figure 7 :	Réalité du suivi psychiatrique	p. 40
Figure 8 :	Nombre de médicaments par groupes de patients	p. 44
Figure 9 :	Fréquence de communication selon les MG	p. 48
Figure 10 :	Fréquence de communication médecins traitants libéraux	p. 49
Figure 11 :	Fréquence de communication médecins attachés à une structure incluant le psychiatre	p. 49
Figure 12 :	Moyens de communication utilisés des MG	p. 49
Figure 13 :	Fréquence de communication selon les psychiatres	p. 51
Figure 14 :	Fréquence de communication psychiatres libéraux	p. 51
Figure 15 :	Fréquence de communication psychiatres hospitaliers	p. 51
Figure 16 :	Moyens de communication utilisés des psychiatres	p. 52
Figure 17 :	Connaissances de tous les médecins	p. 57

## TABLE DES TABLEAUX

---

Tableau 1 :	Critères d'inclusion et d'exclusion dans l'étude	p. 29
Tableau 2 :	Liste des antécédents médicaux	p. 41
Tableau 3 :	Liste des antécédents chirurgicaux	p. 42
Tableau 4 :	Liste des antécédents psychiatriques	p. 43
Tableau 5 :	Liste des traitements somatiques	p. 45
Tableau 6 :	Liste des traitements psychiatriques	p. 47
Tableau 7 :	Liste des antécédents médicaux complète	p. 94
Tableau 8 :	Liste des antécédents chirurgicaux complète	p. 95
Tableau 9 :	Liste des antécédents psychiatriques complète	p. 96
Tableau 10 :	Liste des traitements somatiques complète	p. 97
Tableau 11 :	Liste des traitements psychiatriques	p. 99

## GLOSSAIRE

---

AFSSAPS :	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD :	Affection de longue durée
ARS :	Agence régionale de santé
AVC :	Accident vasculaire cérébral
C.H. :	Centre hospitalier
CME :	Commission Médicale d'Établissement
CMG :	Collège de Médecine Générale
CMP :	Centre médico-psychologique
CNAM :	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CNQSP :	Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
CSP :	Code de santé publique
DMP :	Dossier médical partagé
DSP :	Dispositifs de soins partagés
EPS :	Etablissement public de santé
HAS :	Haute autorité de santé
HTA :	Hypertension artérielle
IEC :	Inhibiteur de l'enzyme de conversion
INPES :	L'institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IPP :	Inhibiteurs de pompe à protons
MG :	Médecin(s) généraliste(s)
MOPHA :	Médecine, odontologie, pharmacie, Revol, soins de suite et de réadaptation (SSR), addictologie
OMS :	Organisation mondiale de la santé

# 1. INTRODUCTION

---

## 1.1.LA SANTE MENTALE EN FRANCE

---

### 1.1.1. DEFINITION

---

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité»(1).

« La santé mentale, est plus que l'absence de troubles mentaux. » L'OMS constate qu'il n'y a pas de santé, sans santé mentale. On définit ici la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie.(2)

Toujours selon l'OMS les troubles mentaux sont caractérisés par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux.(3)

Par définition, la spécialité médicale qui s'occupe du traitement des maladies mentales et des troubles psychologiques est la psychiatrie. (4)

### 1.1.2. LA SANTE MENTALE EN MEDECINE GENERALE

---

Selon l'OMS, la prévalence de maladies psychiatriques dans la population mondiale est d'environ 25%. Ainsi les maladies psychiatriques se trouvent au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires.(5)

L'étude nationale Anadep sur la dépression a été réalisée en 2005 par L'institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Parmi les 1608 personnes ayant déclaré avoir consulté un professionnel de santé pour « raisons de santé mentale », 67,2% ont consulté un médecin généraliste pour cette raison. Plus de la moitié d'entre elles était également suivie par un autre professionnel de santé, dont la majorité par un psychiatre.(6)

Il s'ensuit que la prévalence de problèmes psychiatriques comme motif de consultation en médecine générale est élevée, estimée entre 13% et 28% selon les différentes études.(7)(8)(9)

Dans le cadre de la prise en charge globale, le médecin généraliste (MG) soigne et accompagne des patients atteints de maladies psychiatriques. Le MG serait d'ailleurs le meilleur acteur de

santé pour une détection précoce des troubles mentaux graves(10) et l'initiateur de 90% des traitements antidépresseurs(11).

## 1.2.LA SUR-MORBI-MORTALITE DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES PSYCHIATRIQUES

---

Plusieurs études démontrent que l'espérance de vie des patients atteints de maladies psychiatriques sévères est réduite de 13 à 30 ans par rapport à la population générale.(12)(13)(14)

Cette sur-morbi-mortalité est de cause plurifactorielle, dont les causes somatiques prédominent. On retrouve notamment une surmortalité cardio-vasculaire, liée à des facteurs connus comme l'obésité (risque de 2,8 à 3,5 fois plus élevé chez des patients souffrants de schizophrénie) (12), le diabète, l'hypertension artérielle, l'apnée du sommeil et le tabagisme. En plus des maladies cardio-neuro-vasculaires, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) a mis en évidence un plus grand nombre de cancers du poumon chez les patients atteints de maladies psychiatriques par rapport à la population générale.(15) Les suicides et les accidents ont un rôle moins important.(14)(16)

Les facteurs favorisant cette sur-morbi-mortalité somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques sont multiples, plusieurs d'entre eux sont modifiables(12). Souvent la maladie psychiatrique entraîne un mode de vie nocif présentant des addictions diverses, une sur-consommation alcoolo-tabagique, une alimentation déséquilibrée et l'absence d'activité physique adaptée. Non négligeables sont aussi les effets iatrogènes notamment liés aux effets secondaires des traitements psychotropes, impliqués dans une élévation du risque cardiovasculaire.(17) Un retentissement direct de la maladie psychiatrique sur le parcours de soins est également retrouvé dans la littérature, surtout marqué par une « non demande », un manque de compliance, une précarité et un accès limité aux soins. (13)

Cela démontre qu'une intervention médicale somatique régulière avec prévention, dépistage et suivi de maladies ou facteurs de risque somatiques s'inscrit dans une prise en charge globale des patients atteints de troubles mentaux. Elle est essentielle pour diminuer la sur-morbi-mortalité de ces patients.(16)(18)

## 1.3. PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS PRESENTANT DES PATHOLOGIES SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES

---

### 1.3.1. LA MEDECINE GENERALE, LE MEDECIN TRAITANT ET LE PARCOURS DE SOINS

---

Selon la définition européenne, la médecine générale est une spécialité clinique, orientée vers les soins primaires, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.(19)

Depuis la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, tous les patients doivent choisir et déclarer un médecin traitant. (20) En 2008, 99,5% des médecins traitant choisis étaient des médecins généralistes.(21)

Le médecin traitant occupe un rôle central dans le suivi médical de son patient. Il n'assure pas uniquement les soins primaires, le suivi des maladies chroniques, le dépistage et la prévention, il est aussi responsable de la synthèse des informations et l'acteur principal du parcours de soins coordonné. (22) Le médecin traitant doit donc orienter le patient dans le système de soin, si l'état de santé du patient le nécessite.(23) Le recours aux psychiatres est en accès direct autorisé pour les patients entre 16 et 25 ans, cela veut dire que les patients ne seront pas pénalisés sur le remboursement s'ils consultent un psychiatre sans courrier du médecin traitant.

### 1.3.2. ORGANISATION DE LA SANTE MENTALE EN FRANCE

---

Depuis la circulaire du 15 mars 1960(24), l'offre de soins publique en psychiatrie en France est organisée en secteurs. Chaque département est divisé en secteurs géographiques. On compte en France 815 secteurs de psychiatrie générale.(25) Dans chaque secteur se trouve une équipe pluri professionnelle, médicale et paramédicale, chargée de coordonner et d'effectuer les soins de santé mentale. Il existe différentes structures de prise en charge. La prise en charge peut être ambulatoire aux centres médico-psychiatriques (CMP), en psychiatrie de liaison ou en soins et interventions à domicile. Elle peut être soit stationnaire à temps partiel (hôpital de jour, hôpital de nuit, centre d'accueil thérapeutique), soit à temps complet en hospitalisation classique, en appartement ou en accueil familial thérapeutique.

### 1.3.COMMUNICATION ET COOPERATION

---

« *Communication* :

*Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse. » (26)*

« *Coopération* :

*Action de coopérer, de participer à une œuvre commune. » (27)*

Selon une étude française sur les événements indésirables en soins primaires, 21% des événements indésirables évitables étaient liés à des défauts d'organisation ou de communication entre professionnels et structures de santé.(28) La communication et la coopération sont donc essentielles à une prise en charge optimale de nos patients.

Le Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 prévoit que les praticiens de ville et les praticiens d'établissement de santé doivent s'échanger toutes les informations médicales nécessaires à la prise en charge du patient par le biais d'une lettre de liaison.(29) Des échanges d'informations sont tout aussi nécessaires entre confrères libéraux.

En septembre 2010 le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) a publié des recommandations sur la coopération entre médecins généralistes et psychiatres, portant le label de la HAS.(30) Ces recommandations sont limitées sur les courriers échangés autour d'une première consultation en psychiatrie, mais les arguments fournis restent importants dans un suivi de patient chronique également. Il est ici souligné que la connaissance du dossier médical somatique et social du patient est indispensable au psychiatre pour évaluer le problème psychique et pour faire des prescriptions médicamenteuses pour un bon équilibre bénéfice-risque pour le patient. Le médecin généraliste, restant souvent un acteur actif des soins psychiatriques, mais qui sera dans tous les cas le médecin référent du suivi global de son patient, doit recevoir toutes les informations utiles. Cela inclut le diagnostic argumenté, le risque évolutif, des éléments de surveillance, le projet de soins avec la prescription médicamenteuse et des modalités éventuelles d'adaptation et de surveillance du traitement, ainsi que des recours en cas de difficultés.

En mars 2014 la Conférence Nationale des présidents de Commission Médicale d'Établissement (CME) de Centres Hospitaliers Spécialisés et le Collège de Médecine Générale (CMG) ont signé une charte de partenariat pour améliorer la coordination entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur.(31)

Une bonne collaboration entre médecins généralistes et psychiatres améliore la satisfaction du patient, les connaissances du médecin généraliste et raccourcit la prise en charge par un

psychiatre ainsi que le temps d'hospitalisation.(32) Une méta-analyse étudiant les soins partagés entre plusieurs professionnels de santé a montré un bénéfice des soins partagés pour la prise en charge de la dépression. Ce résultat issu de 18 études, incluant 6243 participants est significatif. Pour la santé somatique aucun bénéfice significatif n'a été trouvé.(33)

## 1.5.LE SECRET MEDICAL

---

Le secret médical, consigné dans le code de la santé publique, s'impose à tous les médecins et couvre tout ce qui est porté à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession.(35) Cette loi permet des relations médecin-patient confidentielles et permet aux patients de se confier aux médecins sans craindre la divulgation des informations. Le secret médical est d'une grande importance dans la pratique médicale.

Quelques exceptions existent au secret médical, dans le but de garantir l'intérêt du patient, ou bien lorsque ce dernier met en danger sa vie ou celle d'autrui. Une d'entre elles est le secret partagé, qui permet aux professionnels de santé d'échanger entre eux des informations sur un patient en commun, afin d'améliorer sa prise en charge. Le patient peut toutefois refuser que ses informations soient communiquées à un ou plusieurs professionnels de santé. (36)

## 2. MATERIEL ET METHODE

---

### 2.1. HYPOTHESE ET OBJECTIFS DU TRAVAIL

---

Des réels efforts sont faits dans la communication entre confrères de spécialités différentes dans le cadre du suivi des patients en commun. Le patient présentant une pathologie psychiatrique en sus d'une pathologie somatique constitue un cas particulier à risque élevé. Dans ce contexte très particulier, notre hypothèse est que la communication entre le médecin traitant et le psychiatre est insuffisante. Une augmentation de la sur-morbi-mortalité de ce groupe de patients en lien avec le manque de communication semble probable.

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer la communication entre le médecin traitant et le psychiatre traitant sur un échantillon de médecins recrutés en pairs suivant des patients précis hospitalisés entre février et juillet 2018 en service médical du centre hospitalier « Le Vinatier ».

Le suivi des patients atteints de maladies psychiatriques est particulièrement difficile. De par leur maladie mentale, les patients sont moins en demande de se faire soigner. Leur manque de compliance, et leur catégorie socio-économique peuvent parfois limiter l'accès aux soins. (13) Une communication médecin généraliste – psychiatre est uniquement possible si le patient bénéficie d'un suivi somatique et psychiatrique régulier.

L'objectif secondaire de cette étude est d'estimer la part des patients qui bénéficie d'un suivi actif par un médecin traitant et par un psychiatre.

Il s'agit d'une étude quantitative de type épidémiologique, mono-centrique, transversale avec un schéma observationnel.

### 2.2. POPULATION ETUDIEE

---

Tous les dossiers examinés ont été recrutés dans deux services de médecine du Centre Hospitalier « Le Vinatier » à Bron (69) : le service de médecine polyvalente « Revol », et le service soins de suite et réadaptation « Semmelweis ».

Les dossiers de tous les patients admis dans ces deux services entre février et juillet 2018 ont été confrontés aux critères d'inclusion et aux critères d'exclusion ci-dessous.

## 2.3. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DANS L'ETUDE

---

### Critères d'inclusion :

- Patients âgés de 18 ans ou plus (2)
- Patients adressés au pôle MOPHA, unité médicale du centre hospitalier du Vinatier « Semmelweis » ou « Revol » (2)
- Début de séjour entre le 01/02/2018 et le 31/07/2018 (2)
- Patients qui ont un suivi à la fois par un médecin généraliste et un psychiatre (1)

### Critères d'exclusion :

- Patients dont un des médecins n'est pas efficient (1)
  - Médecin qui n'exerce plus son métier
  - Le médecin en question n'a pas été consulté par ce patient dans les 12 mois qui précèdent l'hospitalisation en unité médicale du C.H. Le Vinatier
- Patients dont un médecin refuse l'inclusion dans l'étude (1)
- Patients, dont un des médecins est injoignable, (sauf si un remplaçant, qui a accès au dossier peut répondre à sa place) (1)
- Patients qui ont été hospitalisés pendant plus de 12 mois avant le recrutement
- Patients dont les données ne peuvent être récupérées
- Patients "en doublon" qui auraient déjà été inclus dans l'étude car hospitalisés plusieurs fois dans la période.

#### TABLEAU 1

*(1) Devant le petit nombre de réponses de médecins en paires, centré sur un patient précis, une évaluation des réponses de tous les médecins sur leur communication avec le confrère a été faite. Pour cette évaluation ces points sont valables uniquement pour le médecin inclus.*

*(2) Pour l'objectif secondaire (l'évaluation du nombre de patients qui ont un suivi actif en médecine générale et en psychiatrie) uniquement ces critères d'inclusion sont pris en compte.*

Pour évaluer la communication entre les médecins généralistes et les psychiatres dans le suivi de leurs patients en commun, les médecins généralistes et les psychiatres ont été recrutés en paires par rapport à des patients présentant une double problématique de maladie somatique et psychiatrique.

Par « médecin traitant », nous entendons tout médecin généraliste qui suit le patient régulièrement (pas forcément celui qui est déclaré comme médecin traitant par le patient à la CNAM). Les désignations « médecin traitant » et « médecin généraliste » sont utilisées de manière synonyme.

Par « psychiatre traitant », nous entendons un psychiatre qui voit le patient régulièrement en consultation. Ce psychiatre a donc *a priori* une activité ambulatoire.

## 2.4. LE QUESTIONNAIRE

---

Le questionnaire a été élaboré selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé publiées en septembre 2010 par le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie sur

les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation(30).

Le questionnaire a été conçu avec Excel online.

L'étude est composée de trois volets :

Le premier est un questionnaire général dont l'objectif est de recueillir de façon factuelle les éléments cliniques du dossier médical. Il comporte 17 questions, dont 12 ouvertes à réponse courte, 4 fermées et 1 semi-fermée.

Les second et troisième questionnaires sont destinés au médecin généraliste et au psychiatre du patient. Ils évaluent les connaissances cliniques, le partage d'informations et la coordination des professionnels autour de la prise en charge du patient. Ils comportent 20 questions chacun, dont 10 fermées et 10 ouvertes à réponse courte. Nous avons toutefois laissé la possibilité au médecin de commenter le questionnaire.

Tous les dossiers et questionnaires ont été anonymisés.

Le contenu du questionnaire est exposé et expliqué en annexe (Annexe 1).

Le questionnaire élaboré a d'abord été testé sur 10 patients, mais aucune modification ne s'en est suivie.

## 2.5. LE RECUEIL DE DONNEES

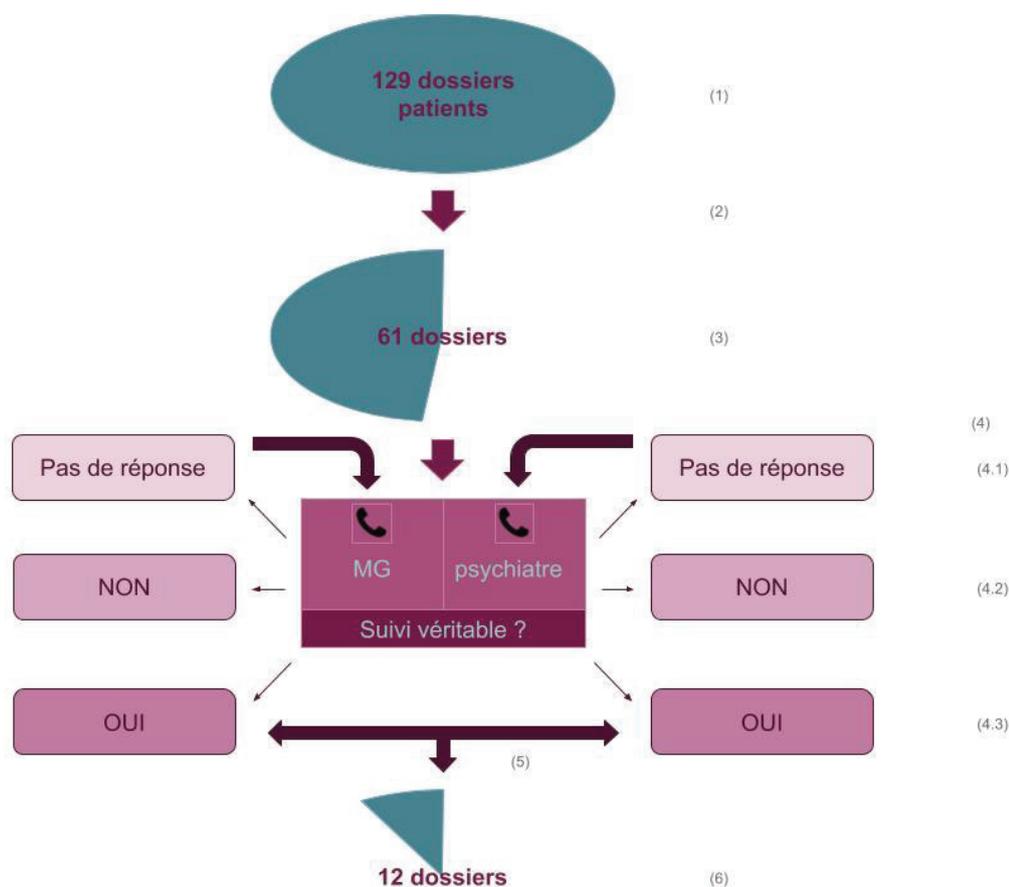


FIGURE 1

(1) RECUEIL DE TOUS LES DOSSIERS DES PATIENTS HOSPITALISES EN UNITE MEDICAL DU C.H. « LE VINATIER » DU 01/02/2018 AU 31/07/2018

(2) CONFRONTATION DES DOSSIERS PATIENT AUX CRITERES D'EXCLUSION ET D'INCLUSION

(3) DOSSIERS PATIENT DANS LESQUELS UN MG ET UN PSYCHIATRE SONT RENSEIGNES ET AUCUN AUTRE CRITERE D'EXCLUSION S'APPLIQUE

(4) PRISE DE CONTACT AVEC TOUS LES MEDECINS RETROUVES PAR TELEPHONE OU COURRIEL POUR VERIFICATION DU SUIVI ACTIF

(4.1) NON REPONSE DU MEDECIN CONTACTE : NOUVELLE TENTATIVE, 7 RELANCES EN MOYENNE

(4.2) ABSENCE DE SUIVI ACTIF, CE DOSSIER PATIENT EST EXCLU DE L'ETUDE

(4.3) SUIVI ACTIF CONFIRME AVEC LE MEDECIN EN QUESTION

(5) EXISTE-T-IL UN SUIVI ACTIF CONFIRME PAR LES DEUX MEDECINS ?

(6) PATIENTS INCLUS

Initialement le recueil de données (avec remplissage des 3 questionnaires) devait être effectué par un membre de l'équipe médicale au moment de l'entrée du patient dans le service. Etant impossible d'intégrer ce travail en pratique, les questionnaires ont donc été remplis par moi-même.

Le premier questionnaire a été rempli à l'aide du dossier médical « CORTEXT WEB » sur une enquête Excel online. Cette première phase a eu lieu entre le 01/02/2018 et le 15/09/2018. Les informations ont été recueillies dans un tableau Excel. (cf. Figure 1 (1))

Tous les dossiers étaient confrontés aux critères d'inclusion et d'exclusion (cf. Figure 1 (2)). Nous avons recherché les coordonnées des médecins pour tous les patients dont un médecin généraliste et un psychiatre étaient renseignés dans le dossier. Pour trouver leurs numéros téléphoniques et/ou leurs adresses électroniques nous avons cherché dans le dossier médical, dans l'annuaire du C.H. « Le Vinatier » et par le moteur de recherche « Google ».

Par la suite les médecins ont été contactés. (cf. Figure 1 (4))

Les médecins, dont nous avons une adresse électronique professionnelle ont été contactés directement par courriel avec un message expliquant rapidement le cadre, le sujet et le fonctionnement de l'enquête (Annexe 2). Un lien qui menait au questionnaire était présent, ainsi que le numéro de téléphone de l'auteur du travail pour des éventuelles questions. En cas d'absence de réponse, les médecins ont été relancés avec un nouveau courriel, réexpliquant l'étude et son intérêt. La dernière relance par courriel a été faite le 04/02/2019 (7 relances au total). (cf. Figure 1 (4.1))

Les médecins, dont l'adresse électronique professionnelle n'était pas connue ont été contactés par téléphone. L'étude était initialement expliquée lors de cet appel. Après d'avoir confirmé la véracité et la régularité du suivi (une consultation par an minimum) le questionnaire était rempli soit directement par téléphone, soit envoyé par courriel. Pour les médecins, dont une adresse électronique était connue, des relances par courriel (Annexe 2) ont été faites jusqu'en février 2019.

Pour les médecins, qui disaient ne pas être « médecin référent du patient », le dossier médical a été réinterrogé pour chercher de nouvelles coordonnées. Si un autre médecin pouvait être le médecin référent, celui-ci a été contacté, suivant le même protocole. Si aucun autre médecin n'a été retrouvé, le patient a été exclu de l'étude.

Quand un médecin était remplacé par un autre médecin, qui avait accès au dossier du patient, le médecin remplaçant a pu répondre au questionnaire.

Toutes les réponses reçues jusqu'au 24/02/2019 ont été incluses. (cf. Figure 1 (6))

## 2.6. INFORMATIONS SUR LES PATIENTS

---

Toutes les informations sur les patients ont été récupérées par le dossier hospitalier du patient « WEB CORTEXT ».

Dans un premier temps l'observation d'entrée a été utilisée.

Si des informations manquaient pour remplir le questionnaire, le reste du dossier médical a été exploré. Les informations ont été anonymisées.

## 3. RESULTATS

---

### 3.1. NOMBRE DE DOSSIERS ET REPARTITION SELON LES CRITERES D'INCLUSION

---

Entre le 01/02/2018 et le 31/07/2018, 129 patients ont été admis dans les services «Simmelweis » et « Revol » du Centre Hospitalier « Le Vinatier ».

Dans les dossiers médicaux de 98 à 129 patients un médecin traitant était renseigné. Pour 84 à 129 patients un psychiatre traitant a pu être identifié.

Après confrontation des dossiers aux critères d'inclusion et d'exclusion, 68 dossiers ont été évincés, 61 dossiers ont été retenus.

Les raisons de non inclusion :

- 18 patients n'avaient ni médecin traitant, ni psychiatre renseigné.
- 28 patients n'avaient pas de médecin traitant renseigné.
- 13 patients n'avaient pas de psychiatre traitant renseigné.
- 5 patients étaient hospitalisés depuis 12 mois ou plus au jour de leur admission en service médical du Vinatier.
- 4 patients étaient en rupture de soin documenté depuis 12 mois ou plus.

Nous avons donc contacté les médecins traitants et les psychiatres traitants des 61 patients retenus.

Le questionnaire du médecin traitant a pu être rempli pour 17 patients, le questionnaire du psychiatre a pu être rempli pour 21 patients. Pour 12 patients, les réponses du médecin traitant et du psychiatre ont pu être recueillies.

Des 61 dossiers retenus après étude du dossier, 12 dossiers ont pu être retenus pour l'analyse de l'objectif principal.

Les raisons de non inclusion après les démarches de contacter les médecins :

- 10 patients n'avaient pas consulté leur médecin traitant dans les 12 mois précédant leur hospitalisation en unité médicale du Vinatier
- 2 patients n'avaient pas consulté leur psychiatre traitant dans les 12 mois précédant leur hospitalisation en unité médicale du Vinatier
- Pour 6 patients, le médecin traitant renseigné ne connaissait pas le patient
- Pour 6 patients, le psychiatre renseigné n'était pas le psychiatre traitant du patient
- 3 des médecins traitants renseignés étaient partis à la retraite
- 1 médecin traitant était introuvable

- 3 psychiatres renseignés n'existaient pas/n'étaient pas psychiatres
- 4 médecins ont refusé de participer à l'étude
- 14 patients étaient exclus, parce qu'un ou les deux médecins référents n'étaient pas joignables :
  - Pour 7 patients ni le médecin traitant ni le psychiatre n'ont répondu
  - Pour 4 patients le médecin traitant n'a pas répondu
  - Pour 3 patients le psychiatre n'a pas répondu

### 3.2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS

Les dossiers de 129 patients ont été étudiés.

#### 3.2.1. SEXE

Dans l'échantillon initial on trouve 71 (=55%) hommes et 58 (=45%) femmes.

Dans le groupe de patients inclus on trouve 9 (=75%) hommes et 3 (=25%) femmes.

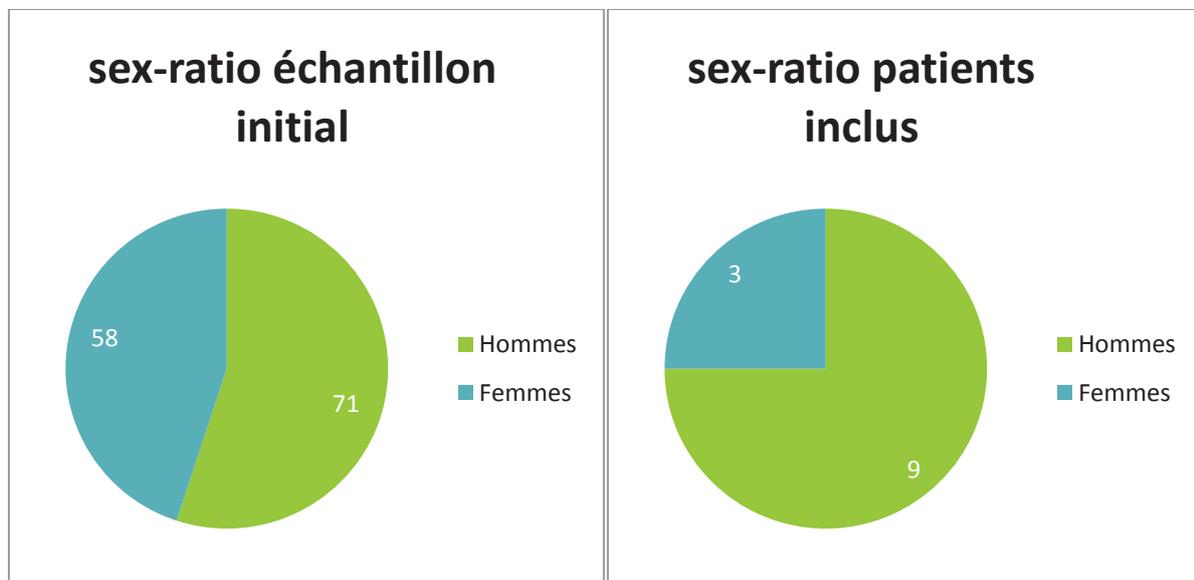


Figure 2

Figure 3

### 3.2.2. ÂGE

Les patients dans l'échantillon initial étaient âgés entre 18 et 91 ans, avec une moyenne d'âge de 55,47 ans. Les hommes étaient âgés de 20 à 86 ans, avec une moyenne d'âge de 54,56 ans. Les femmes étaient âgées de 18 à 91 ans, avec une moyenne d'âge de 56,59 ans.

REPARTITION EN TRANCHES D'AGES

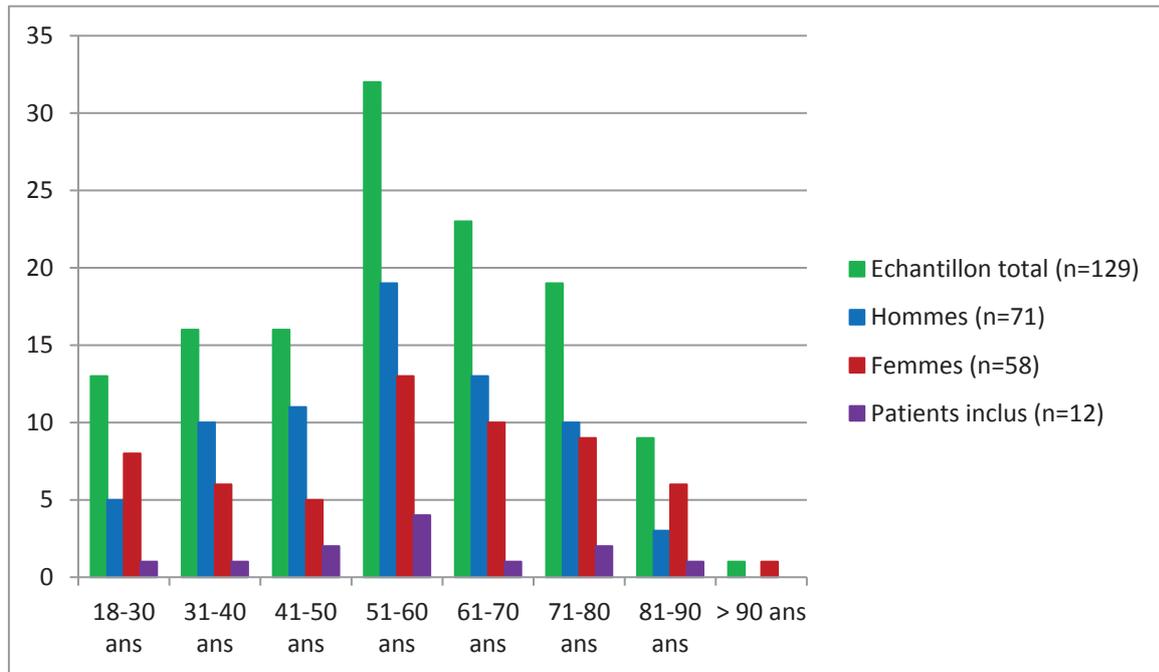


FIGURE 4

Les patients inclus, donc ayant un suivi actif avec un médecin généraliste et un psychiatre, avaient entre 24 et 86 ans, avec une moyenne d'âge de 55,75 ans.

Les patients, sans suivi actif avec un médecin généraliste, avaient entre 18 et 91 ans avec une moyenne d'âge de 52,95 ans.

Les patients, sans suivi actif avec un psychiatre, avaient entre 27 et 61 ans, avec une moyenne d'âge de 54,64 ans.

## AGE MOYEN PAR GROUPE DE PATIENT

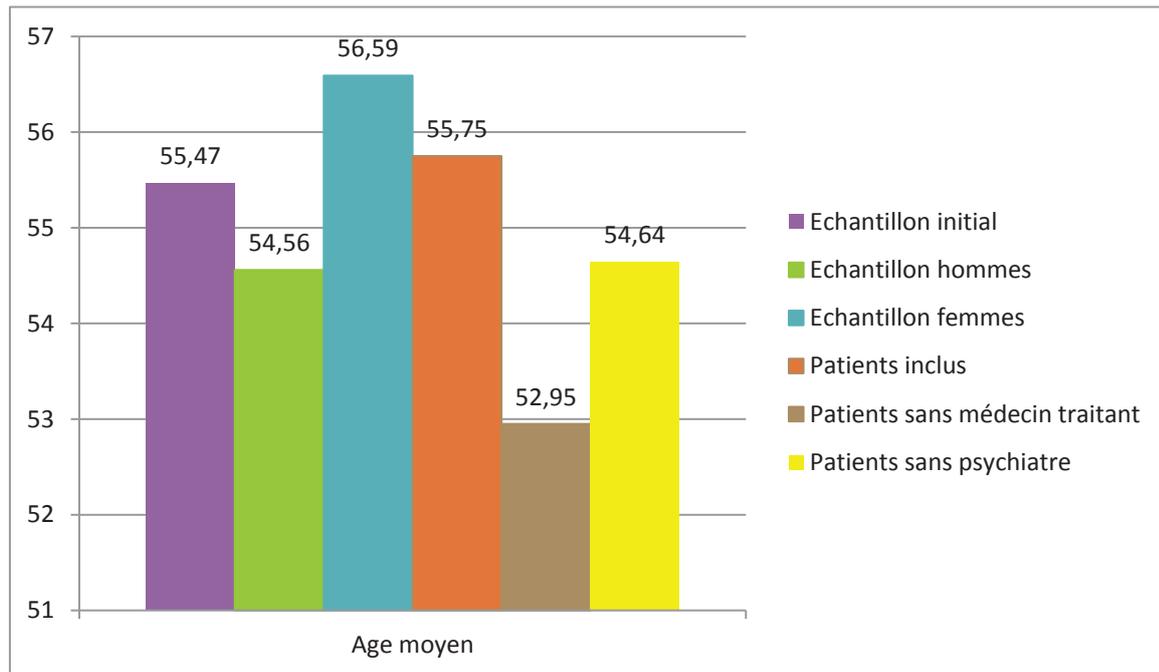


FIGURE 5

### 3.2.3. DOMICILE ET SECTEUR

Les 129 patients étudiés habitaient dans 17 départements différents. 108 patients (= 84%) habitaient dans le Rhône, dont 49 à Lyon, 17 à Villeurbanne, 7 à Bron et 2 étaient sans domicile fixe. Les patients qui habitaient à Lyon étaient repartis sur tous les arrondissements, l'arrondissement le plus représenté était le 8<sup>ème</sup> avec 15 patients.

S'agissant des secteurs psychiatriques, 78 des 129 patients habitaient dans des secteurs qui dépendent du C.H. Le Vinatier, ceci correspond à 60% des patients hospitalisés. Il y avait 31 patients (=24%) du Pôle Est (G08 : 17 patients, G 33 : 14 patients), 22 patients (=17%) du Pôle Centre (G05 : 15 patients, G 31 : 7 patients) et 25 patients (=19%) du Pôle Ouest (G30 : 17 patients, G32 : 8 patients).

Parmi les 12 patients retenus, 9 (=75%) habitaient dans le département du Rhône, dont 6 habitaient à Lyon et 2 à Bron. En secteurs psychiatriques, 8 patients (67%) habitaient dans des secteurs qui dépendent du C.H. Le Vinatier. 2 patients dépendaient du Pôle Est (= 17%), 3 patients dépendaient du Pôle Centre (= 25%) et 3 patients dépendaient du Pôle Ouest (= 25%).

### 3.3.SUIVI MEDICAL

---

Sur la totalité des 129 dossiers étudiés, on notait que :

- 98 patients avaient renseigné un médecin traitant (= 76%)
- 84 patients (=65%) avaient renseigné un psychiatre traitant.

Et le binôme médecin généraliste traitant et psychiatre était renseigné chez 70 patients (= 54%). Mais 9 dossiers ont été retirés devant l'existence de critères d'exclusions (hospitalisation supérieure à 1 an), portant donc le nombre de dossiers étudiés à 61 patients.

---

#### 3.3.1. REALITE DU SUIVI PAR LE MEDECIN GENERALISTE

---

Sur les 61 patients sélectionnés, 56 médecins généralistes ont été contactés (plusieurs patients suivis par le même médecin généraliste). La réalité d'un suivi médical somatique actif avec le professionnel de santé renseigné dans le dossier a pu être confirmée pour 17 des 61 patients (soit 28% des patients sélectionnés ou 13% de l'échantillon initial). Pour 20 patients (soit 33% des patients étudiés ou 16% de l'échantillon initial) l'absence de suivi médical somatique actif a été démontrée. Pour 24 patients (soit 39% des patients sélectionnés ou 19% de l'échantillon initial) la réalité du suivi médical n'a pas pu être vérifiée. Les tentatives pour joindre ces médecins n'ont pas abouti malgré 7 relances, ou refus d'un des deux professionnels à participer à l'étude.

Parmi les 20 patients dont le suivi actif n'était pas efficient, les causes étaient :

- 10 patients n'avaient pas consulté leur médecin traitant dans les 12 mois précédant leur hospitalisation en unité médicale du Vinatier
- Pour 6 patients le médecin traitant renseigné ne connaissait pas le patient
- Les médecins traitants de 3 patients étaient partis à la retraite
- 1 médecin traitant était introuvable/n'existait pas

Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre l'âge, le sexe ou le lieu de résidence des patients avec la présence d'un suivi actif par un médecin traitant.

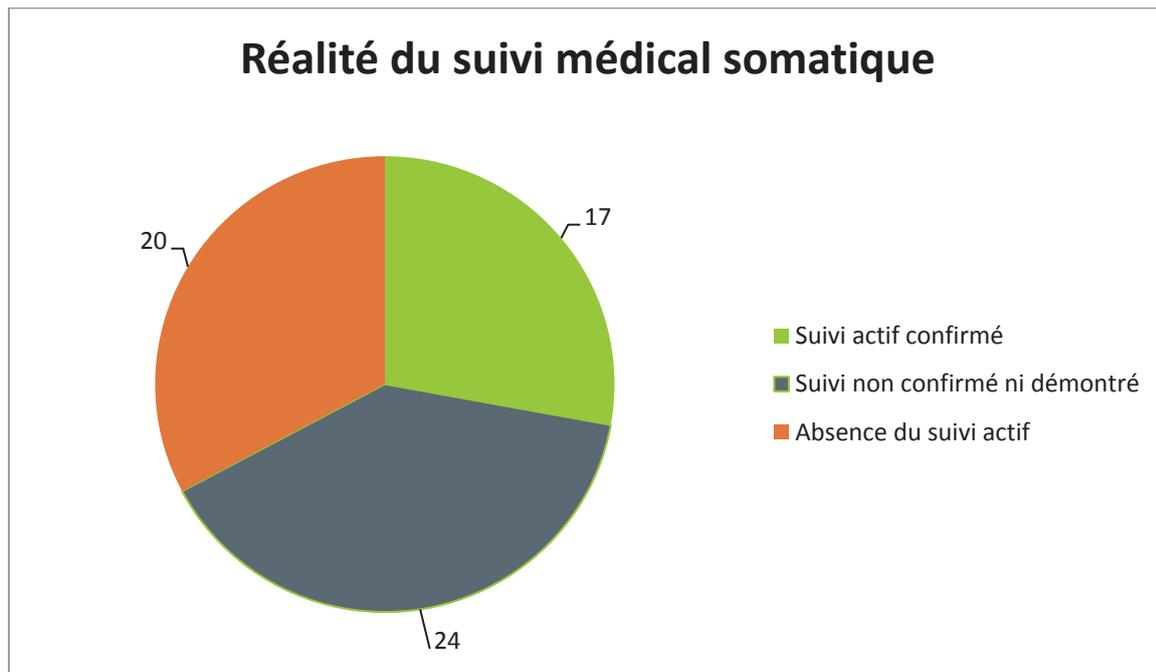


Figure 6

### 3.3.2. REALITE DU SUIVI PSYCHIATRIQUE

Pour les 61 patients retenus pour étude du suivi médical, 55 psychiatres différents étaient renseignés. Pour 21 patients (soit 34% des patients sélectionnées ou 16% de l'échantillon initial) un suivi psychiatrique actif a pu être confirmé. Pour 29 patients (soit 44% des patients retenus ou 22% de l'échantillon initial) la réalité du suivi médical n'a pas pu être vérifiée pour les mêmes raisons que pour les médecins généralistes.

Pour 11 patients (soit 18% des patients sélectionnés ou 9% de l'échantillon initial) l'absence d'un suivi psychiatrique actif avec le psychiatre renseigné a été démontrée car :

- 2 patients n'avaient pas consulté leur psychiatre traitant dans les 12 mois précédant leur hospitalisation en unité médicale du Vinatier
- Pour 6 patients le psychiatre renseigné n'était pas le psychiatre traitant du patient
- 3 psychiatres renseignés n'existaient pas/n'étaient pas psychiatres

Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre l'âge, le sexe ou le lieu de résidence des patients avec la présence d'un suivi actif par un psychiatre.

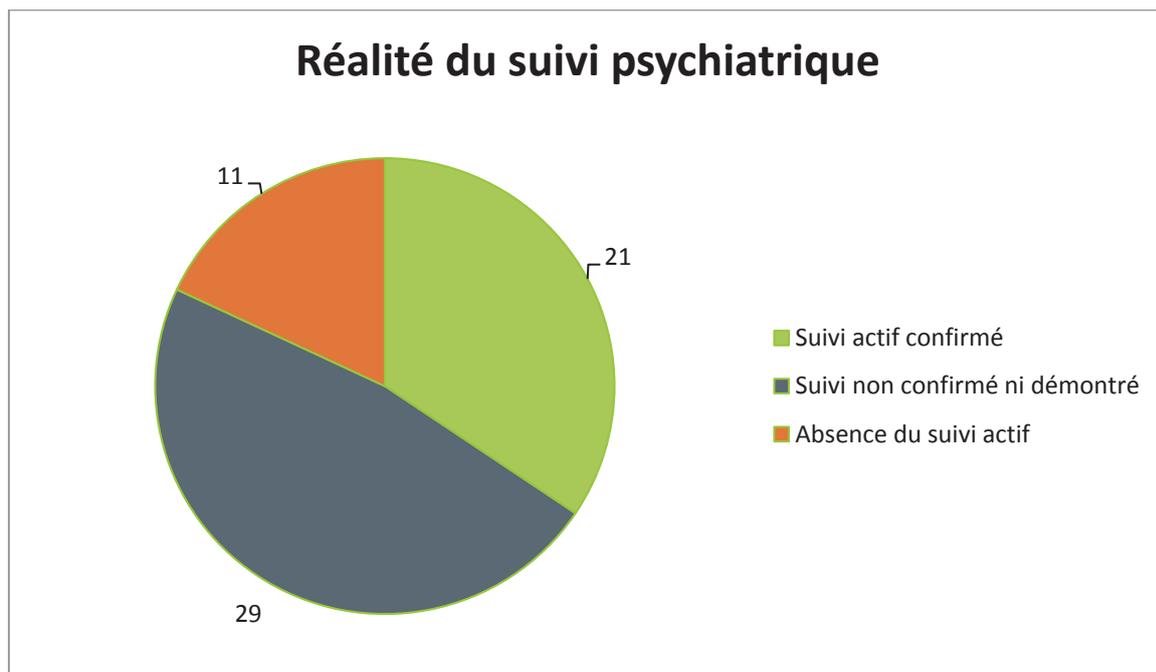


Figure 7

### 3.4.LES MALADIES SOMATIQUES REPERTORIEES

---

Les antécédents médicaux et psychiatriques des patients (n=12) inclus pour l'étude finale ont été étudiés. Ils sont divers.

#### 3.4.1. ANTECEDENTS MEDICAUX

---

Parmi les antécédents médicaux, nous trouvons de nombreuses maladies cardiovasculaires et neurologiques, mais également de nombreuses maladies pneumologiques, endocrinologiques, néphrologiques, urologiques ainsi que quelques maladies néoplasiques, génétiques, infectieuses, ostéo-articulaires, ophtalmologiques et de la sphère ORL. La fréquence des pathologies n'a pas été comparée à la littérature, n'étant pas le sujet de notre étude.

Les patients avaient entre 0 et 10 antécédents médicaux renseignés, avec une moyenne de 4,6 antécédents médicaux par patient. Sur les 12 patients inclus, 37 pathologies somatiques différentes ont été retrouvées.

Dans le tableau ci-dessous les antécédents médicaux des patients inclus (n=12) (suivi actif par un médecin généraliste et par un psychiatre), ont été comparés avec ceux des patients sans suivi

actif (n=20) par un médecin généraliste. Dans ce groupe, 44 maladies somatiques différentes ont été listées (Chaque patient comptant entre 0 et 14 antécédents médicaux dans le dossier médical hospitalier, avec une moyenne de 2,85 antécédents médicaux par patient. 5 des patients n'avaient aucun antécédent somatique répertorié.)

LISTE DES ANTECEDENTS MEDICAUX

<i>Classification de maladie</i>	<i>Nombre d'antécédents médicaux des patients inclus (n=12)</i>	<i>(*)</i>	<i>Nombre d'antécédents médicaux des patients sans MG (n=20)</i>	<i>(*)</i>
<i>Maladies cardio-vasculaires :</i>	12	1.0	16	(0.8)
<i>Maladies neurologiques :</i>	9	(0.75)	1	(0.05)
<i>Maladies pneumologiques :</i>	4	(0.33)	6	(0.3)
<i>Maladies endocrinologiques :</i>	4	(0.33)	7	(0.35)
<i>Maladies du système digestif :</i>	5	(0.42)	8	(0.4)
<i>Maladies nephro-/urologiques :</i>	5	(0.42)	4	(0.2)
<i>Maladies néoplasiques :</i>	1	(0.08)	3	(0.15)
<i>Maladies génétiques :</i>	2	(0.17)	0	(0.0)
<i>Maladies infectieuses :</i>	2	(0.17)	6	(0.3)
<i>Maladies ostéo-articulaires :</i>	1	(0.08)	4	(0.2)
<i>Maladies ophtalmologiques :</i>	2	(0.17)	1	(0.05)
<i>Maladies dermatologiques :</i>	0	(0.0)	2	(0.1)
<i>Maladies ORL :</i>	1	(0.08)	0	(0.0)
<i>Maladies hématologiques</i>	0	(0.0)	1	(0.05)

TABEAU 2

\* NOMBRE DE MALADIES DE LA CLASSIFICATION /NOMBRE DE PATIENTS DANS LE GROUPE  
La liste des pathologies répertoriées est exposée en Annexe 3, tableau 7.

### 3.4.2. ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Les antécédents chirurgicaux répertoriés pour les patients inclus (n=12) sont mixtes. Pour les 12 patients, 12 antécédents chirurgicaux différents ont été retenus. Chaque patient a entre 0 et 2 antécédents chirurgicaux avec une moyenne de 1 antécédent chirurgical par patient.

Dans le groupe des patients non suivis (n=20), 19 antécédents chirurgicaux différents ont été notés. Chaque patient avait entre 0 et 4 antécédents chirurgicaux, avec une moyenne de 1,65 antécédents chirurgicaux par patient. 6 patients n'avaient aucun antécédent chirurgical répertorié.

LISTE DES ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

<i>Classification de chirurgie</i>	<i>Nombre de chirurgies répertoriées chez les patients inclus (n=12)</i>	<i>(*)</i>	<i>Nombre de chirurgies répertoriées chez les patients sans MG (n=20)</i>	<i>(*)</i>
<i>Chirurgie orthopédique :</i>	4	(0,33)	15	(0,75)
<i>Chirurgie viscérale :</i>	4	(0,33)	7	(0,35)
<i>Chirurgie cardiaque :</i>	0	(0,0)	1	(0,05)
<i>Chirurgie vasculaire :</i>	1	(0,08)	1	(0,05)
<i>Gynécologique :</i>	2	(0,17)	3	(0,15)
<i>Chirurgie urologique :</i>	0	(0,0)	2	(0,1)
<i>Oto-Rhino-Laryngologie :</i>	1	(0,08)	4	(0,2)

TABEAU 3

\* NOMBRE DE CHIRURGIES DE LA CLASSIFICATION /NOMBRE DE PATIENTS DANS LE GROUPE  
La liste des pathologies répertoriées est exposée en Annexe 3, tableau 8.

### 3.5.LES MALADIES PSYCHIATRIQUES REPERTORIEES

Parmi les antécédents psychiatriques des patients inclus (n=12), tous ont un diagnostic psychiatrique établi, avec une prédominance des pathologies psychotiques de type schizophrénie. Pour les 12 patients inclus, 11 types d'antécédents psychiatriques ont été

retrouvés. Les patients ont entre 1 et 4 antécédents psychiatriques avec une moyenne de 1,5 antécédent psychiatrique.

Les patients sans suivi psychiatrique (n=11), présentaient cependant entre 0 et 2 antécédents psychiatriques, avec une moyenne de 1,4 antécédents psychiatriques par patient. 1 patient n'avait aucun antécédent psychiatrique répertorié. 8 antécédents différents sont listés. Les antécédents sont repartis différemment pour ce groupe. L'antécédent le plus représenté est la tentative de suicide.

LISTE DES ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

<i>Groupe d'antécédent psychiatrique</i>	<i>Patients inclus (n=12) concernés N (%)</i>	<i>Patients sans suivi psychiatrique (n=11) concernés N (%)</i>
<i>Troubles psychotiques</i>	7 (58,3%)	4 (36%)
<i>Troubles de l'humeur</i>	3 (25,3%)	3 (27%)
<i>Troubles du comportement</i>	2 (16,6%)	2 (18%)
<i>Troubles du sommeil</i>	1 (8,3%)	0
<i>Syndrome de Smith Magenis</i>	2 (17%)	1 (9%)
<i>Tentative de suicide</i>	3 (25%)	4 (36%)

TABLEAU 4

La liste des pathologies répertoriées est exposée en Annexe 3, tableau 9.

### 3.6.LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

L'étude des ordonnances des patients inclus a été menée (n=12). On y trouve 68 molécules différentes. Entre 3 et 15 médicaments par jour ont été observés sur les ordonnances étudiées, avec une moyenne de 8,5 médicaments différents par patient.

Pour les médicaments somatiques, entre 0 et 12 médicaments ont été prescrits avec une moyenne de 4,66 traitements par patient.

Concernant les traitements à visée psychiatrique, entre 2 et 6 médicaments étaient prescrits, avec une moyenne de 3,75 médicaments par patient.

Pour les patients sans suivi somatique (n=20), entre 0 et 18 médicaments (toutes classes confondues) sont retrouvés avec une moyenne de 6,45 médicaments par patient.

Pour les traitements somatiques, on note entre 0 et 14 médicaments prescrits avec une moyenne de 3,4 médicaments par patient. 6 des patients ne prenaient aucun traitement somatique.

Pour les traitements psychiatriques, on trouve entre 0 et 6 traitements par patient avec une moyenne de 3,05 médicaments par patient. Un seul patient ne prenait aucun traitement psychiatrique.

Les patients sans suivi psychiatrique (n=11), entre 0 et 17 médicaments (toutes classes confondues) ont été retrouvés, avec une moyenne de 7,5 médicaments par patient.

Pour les traitements somatiques, on note une prescription de 0 à 13 médicaments, avec une moyenne de 4,7 médicaments par patient. 3 patients ne prenaient aucun traitement somatique.

En ce qui concerne les médicaments traitant des maladies psychiatriques, on en retrouve entre 0 et 6 avec une moyenne de 2,9 par patient. Un seul patient ne prenait aucun traitement à visée psychiatrique.

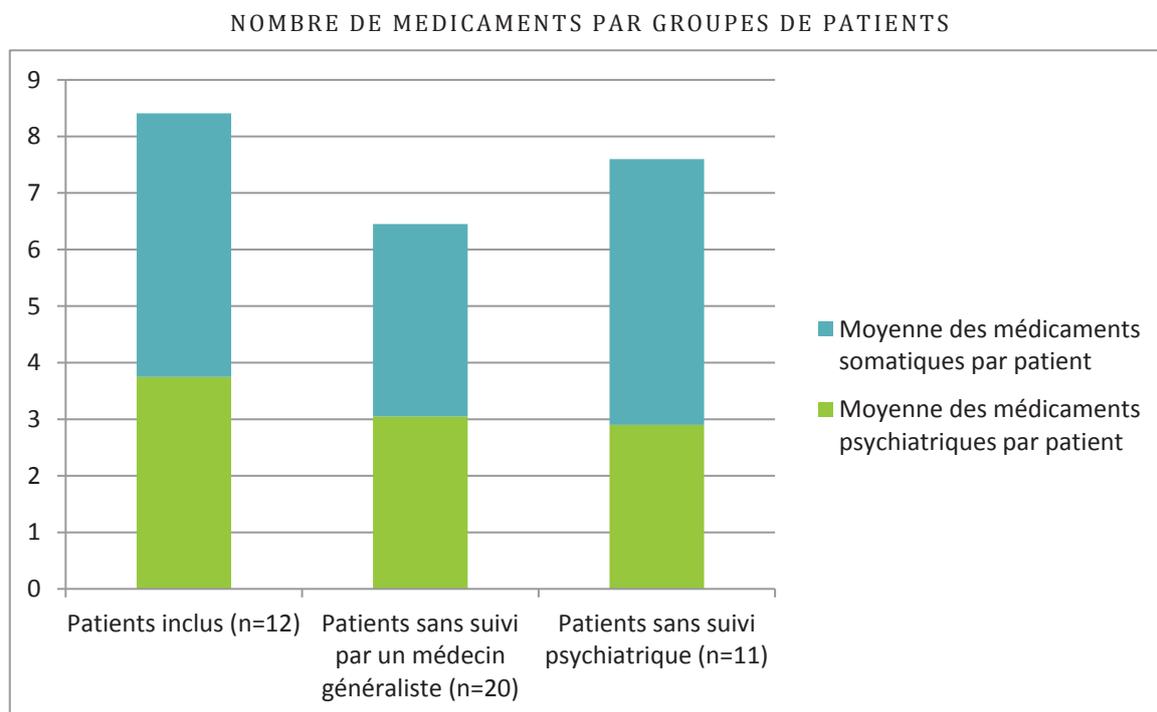


FIGURE 8

### 3.6.1. TRAITEMENTS SOMATIQUES

Parmi les médicaments traitant les maladies somatiques, les prescriptions les plus représentées sont les antalgiques (n=7) dont 6 étaient du Paracétamol.

Concernant les traitements cardiovasculaires, 6 patients prenaient des diurétiques, 3 patients prenaient des bêtabloquants, 3 des IEC, 2 des antiagrégants plaquettaire et 1 un anticoagulant.

4 patients se voient prescrire des médicaments antidiabétiques et 3 des médicaments hypolipémiants.

Pour le système digestif, 5 patients prenaient des antiacides ou des IPP, 4 des laxatifs, 1 des antispasmodiques et un patient des acides biliaires.

Au niveau neurologique, 4 patients prenaient des traitements antiparkinsoniens relatifs aux effets iatrogènes des neuroleptiques.

3 patients prenaient des bronchodilatateurs.

LISTE DES TRAITEMENTS SOMATIQUES

<i>Classe de médicament</i>	<i>Prescrits aux patients inclus (n=12)</i>		<i>Prescrits aux patients sans suivi par un médecin généraliste (n=20)</i>	
	<i>N</i>	<i>(*)</i>	<i>N</i>	<i>(*)</i>
<i>Antalgiques</i>	8	(0,67)	10	(0,5)
<i>Antihypertenseurs</i>	13	(1,08)	14	(0,7)
<i>Antiagrégants plaquettaire :</i>	4	(0,33)	3	(0,15)
<i>Anticoagulants :</i>	1	(0,08)	4	(0,2)
<i>Antidiabétiques :</i>	5	(0,42)	2	(0,1)
<i>Hypolipémiants :</i>	3	(0,25)	2	(0,1)
<i>Antiacides/ Inhibiteurs de la pompe à proton :</i>	8	(0,67)	3	(0,15)
<i>Laxatifs :</i>	5	(0,42)	6	(0,3)
<i>Antispasmodiques :</i>	1	(0,08)	0	(0)
<i>Acides biliaires :</i>	1	(0,8)	0	(0)
<i>Antiparkinsonien :</i>	4	(0,25)	0	(0)
<i>Antiasthmiques :</i>	0	(0)	2	(0,1)

<b>Bronchodilatateur :</b>	3	(0,25)	4	(0,2)
<b>Hormonothérapie :</b>	1	(0,08)	3	(1,5)
<b>Antidiurétiques :</b>	0	(0)	1	(0,05)
<b>Antirétroviraux :</b>	1	(0,08)	3	(0,15)
<b>Corticoïdes</b>	1	(0,08)	0	(0)
<b>Anti-vertigineux :</b>	1	(0,08)	0	(0)
<b>Hypo-uricémiants :</b>	0	(0)	1	(0,05)
<b>Anti-arthrosiques :</b>	0	(0)	1	(0,05)
<b>Antifongiques :</b>	0	(0)	1	(0,05)
<b>Compléments alimentaires :</b>	2	(0,17)	6	(0,3)

TABLEAU 5

*M\** = Moyenne de médicaments de la classe par patients du groupe

La liste des molécules répertoriées est exposée en Annexe 3, tableau 10.

### 3.6.2. LES TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES

Au niveau des traitements psychiatriques, tous les patients inclus (n=12) bénéficiaient d'un traitement à visée psychiatrique :

- Tous les 12 patients inclus étaient traités par un traitement neuroleptique. 9 neuroleptiques différents ont été retrouvés.
- 6 patients prenaient au moins un anxiolytique.
- 6 patients prenaient des antiépileptiques/ thymorégulateurs
- 6 patients prenaient des somnifères
- 4 patients prenaient des antidépresseurs
- 1 patient prenait un psychostimulant

Dans le groupe des patients sans suivi psychiatrique (n=11), 6 des 11 patients prenaient un ou plusieurs neuroleptiques. Aussi, la consommation d'anxiolytiques, de somnifères et de thymorégulateurs était moins importante. Les antidépresseurs étaient le traitement psychiatrique le plus prescrit, présent chez 8 des 11 patients.

## LISTE DES TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES

<i>Classe de médicament</i>	<i>Prescrits aux patients inclus (n=12)</i>		<i>Prescrits aux patients sans suivi psychiatrique (n=11)</i>	
	<i>N</i>	<i>(*)</i>	<i>N</i>	<i>(*)</i>
<i>Neuroleptiques :</i>	18	(1,5)	10	(0,91)
<i>Anxiolytiques</i>	6	(0,58)	5	(0,45)
<i>Antiépileptiques/thymo-régulateurs :</i>	6	(0,42)	3	(0,27)
<i>Antidépresseurs :</i>	4	(0,33)	8	(0,73)
<i>Psychostimulants :</i>	1	(0,08)	0	(0)
<i>Traitements substitutifs :</i>	0	(0)	2	(0,18)
<i>Somnifères :</i>	8	(0,67)	1	(0,09)
<i>Hypnotiques :</i>	0	(0)	1	(0,09)

TABLEAU 6

*M\** = Moyenne de médicaments de la classe par patients du groupe

La liste des molécules répertoriées est exposée en Annexe 3, tableau 11.

## 3.7.LA COMMUNICATION

### 3.7.1. MODALITES DE CONTACT DES MEDECINS

Sur les 61 dossiers retenus initialement lors de l'étude des dossiers (présence d'un médecin généraliste et d'un psychiatre renseigné), lors de l'application des critères d'exclusions et d'inclusions cités ci-dessus, et après de multiples relances (7 relances par praticien), 17 dossiers « médecins généralistes », 21 dossiers psychiatriques ont été remplis. Et au total, 12 dossiers avaient le questionnaire MG et psychiatre complété.

Du fait du faible nombre de dossiers présentant un questionnaire MG/Psychiatre rempli de façon concomitante (12 dossiers), nous avons fait le choix d'étudier la question de la communication entre les 2 types de professionnels sur toutes les réponses obtenues soit 17 réponses aux questionnaires MG et 21 pour les psychiatres. La connaissance conjointe des dossiers a bien entendu été étudiée que sur les 12 dossiers complets.

### 3.7.2. LA COMMUNICATION SELON LES MEDECINS TRAITANTS

Tous les médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire et qui avaient un suivi actif avec le patient ont été retenus pour l'étude de leur communication médecin traitant-psychiatre, soit 17 patients.

#### 3.7.2.1. FREQUENCE DE COMMUNICATION

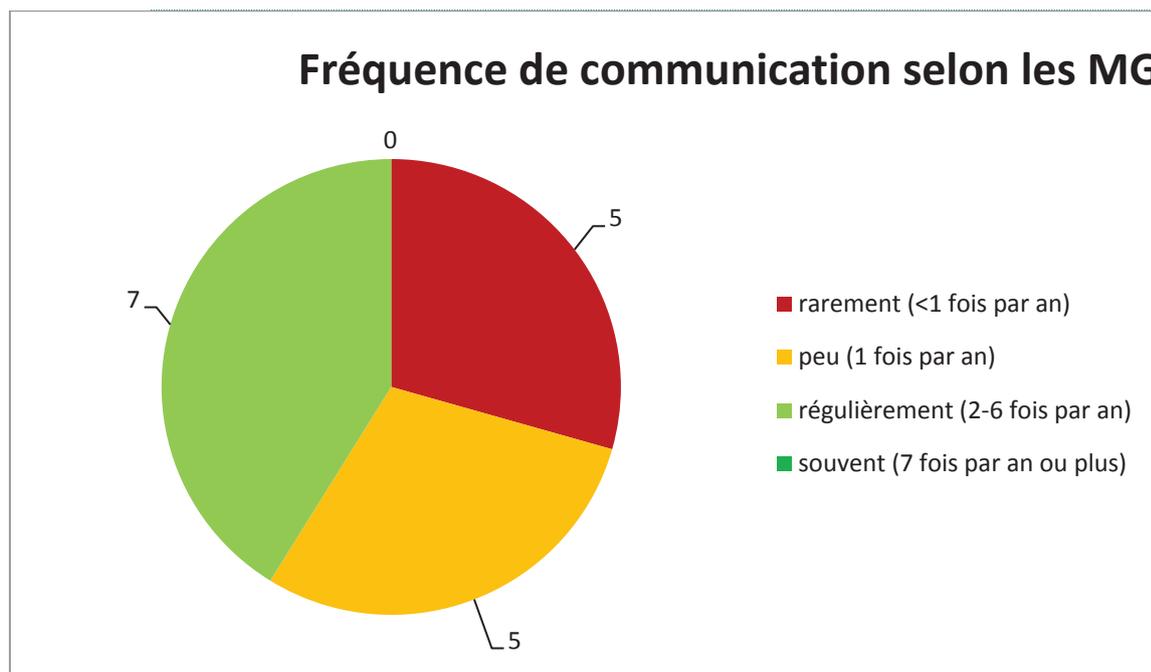


FIGURE 9

Des 17 questionnaires reçus, un médecin est attaché au C.H. le Vinatier, où il partage le dossier médical avec les psychiatres et où il peut communiquer plus facilement avec eux. Ce médecin suit 4 des patients inclus dans l'étude. Deux autres médecins généralistes travaillent dans la même structure que le psychiatre du patient en question.

Afin d'étudier l'importance du lien, une analyse plus poussée des réponses reçues a été réalisée en dichotomisant les médecins traitants libéraux de ceux exerçant à proximité de leurs collègues psychiatres.

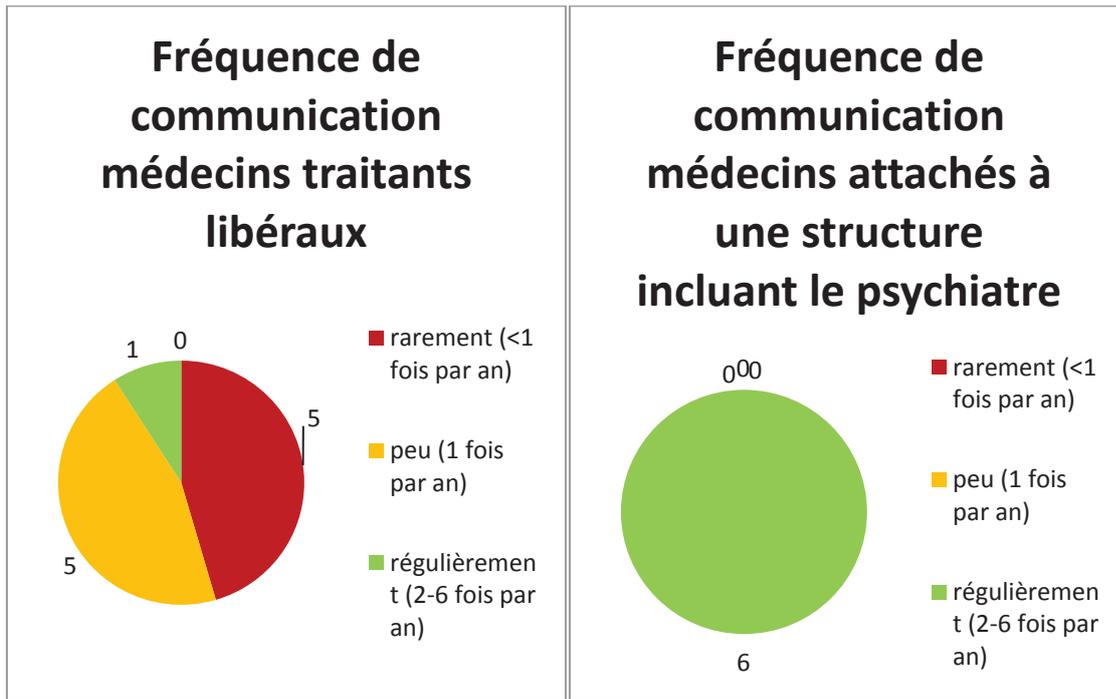


Figure 10

Figure 11

### 3.7.2.2. MOYENS DE COMMUNICATION UTILISES

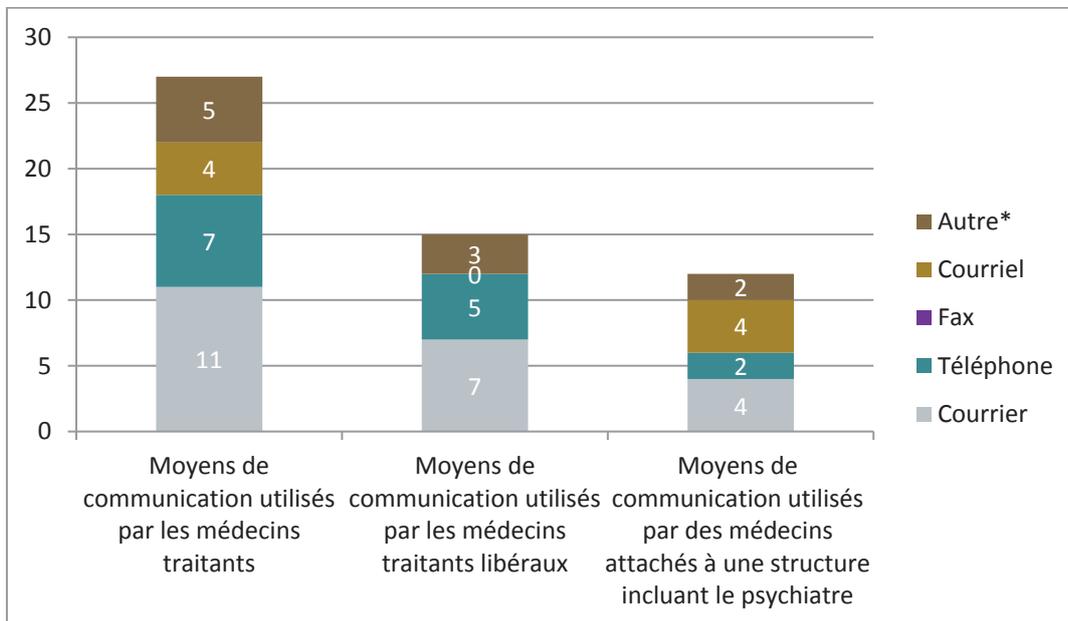


FIGURE 12

\* AUTRES MOYENS DE COMMUNICATIONS CITES : LA FAMILLE DU PATIENT, LE PATIENT, RENCONTRES (POUR LES MEDECINS ATTACHES A LA MEME STRUCTURE)

### 3.7.2.3. JUSTIFICATION DONNEE EN CAS COMMUNICATION DE FAIBLE FREQUENCE

---

Lorsque la communication était très peu fréquente (inférieure à deux fois par an), 10 médecins sur 17 dossiers invoquaient les raisons suivantes :

- 3 MG ne ressentait pas le besoin de communiquer
- 2 MG communiquaient uniquement en cas de problématiques aiguës
- 1 MG communiquait de façon indirecte par courrier interposé avec les médecins spécialistes
- 3 MG répondaient que le CMP était trop difficile à joindre
- 1 MG répondait ne pas avoir le temps pour plus communiquer

---

### 3.7.3. LA COMMUNICATION SELON LES PSYCHIATRES

---

Tous les psychiatres qui ont répondu au questionnaire et qui avaient un suivi actif avec le patient ont été retenus pour l'étude de leur communication médecin traitant-psychiatre (soient 21 patients).

15 patients sont suivis par des psychiatres rattachés au C.H. Le Vinatier (dont 2 par le même psychiatre). 3 patients sont suivis par des psychiatres rattachés à d'autres structures, et 3 patients sont suivis par des psychiatres libéraux.

### 3.7.3.1. FREQUENCE DE COMMUNICATION

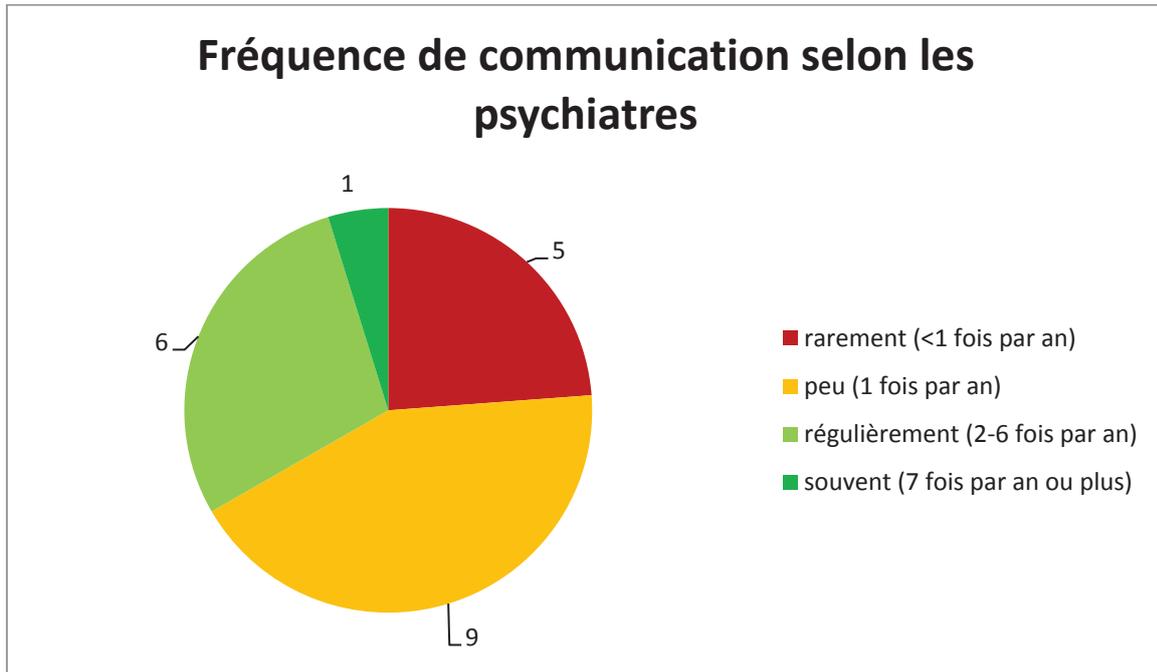


FIGURE 13

Chez les 3 psychiatres exerçant en libéral la communication est très peu fréquente.

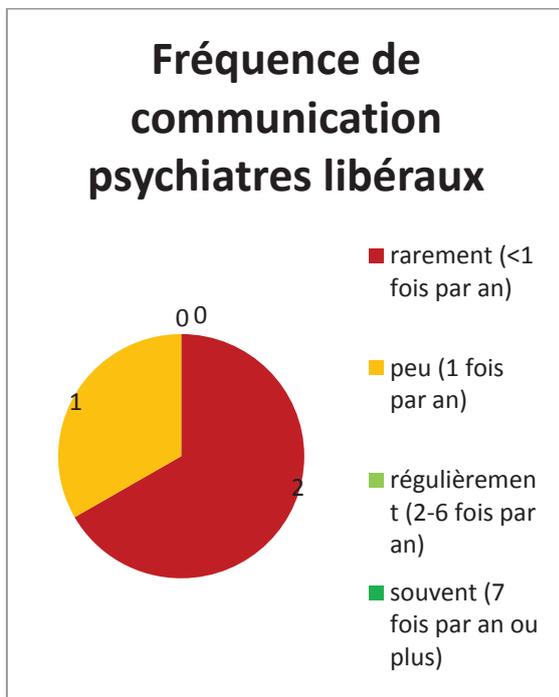


FIGURE 14

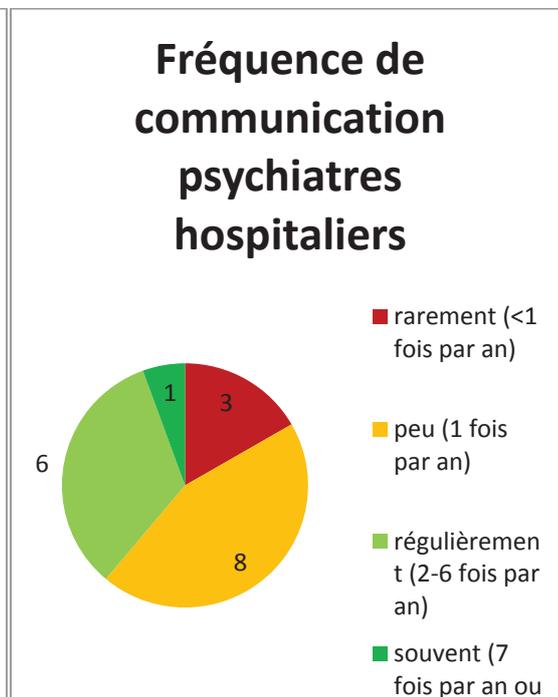


FIGURE 15

### 3.7.3.2. MOYENS DE COMMUNICATION UTILISES

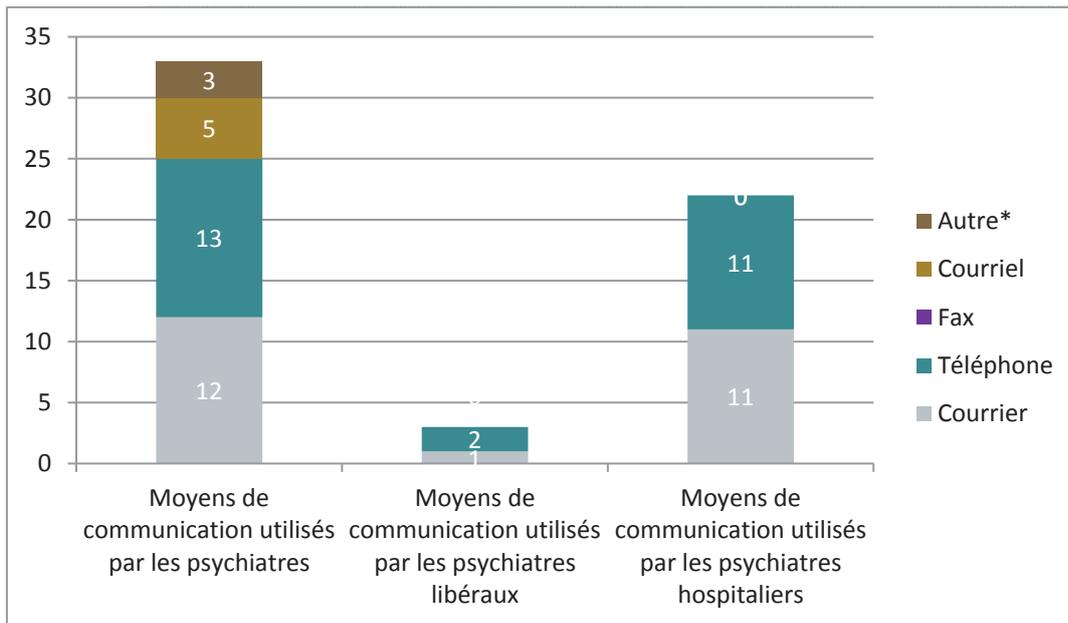


FIGURE 16

\* AUTRES MOYENS DE COMMUNICATION : RENCONTRE (POUR LES MEDECINS ATTACHES A LA MEME STRUCTURE)

### 3.7.3.3. JUSTIFICATION DONNEE EN CAS DE COMMUNICATION DE FAIBLE FREQUENCE

Les raisons invoquées pour une communication peu fréquente par les psychiatres étaient les suivantes :

- 6 psychiatres ont répondu qu'ils ne ressentait pas le besoin de communiquer plus souvent
- 2 ne communiquaient qu'en cas de problème aigu
- 2 pensaient que la communication se fait déjà par les unités d'hospitalisation
- un autre psychiatre disait ne pas avoir besoin de contact direct avec le médecin traitant, car ils ont un dossier partagé.
- 1 psychiatre disait ne pas communiquer plus souvent avec le médecin traitant, car celui-ci ne le demande pas.
- 1 psychiatre disait ne pas avoir le temps pour communiquer plus souvent avec le médecin traitant
- 1 psychiatre pensait que le médecin traitant ne voit pas assez souvent le patient en consultation
- 1 psychiatre n'a pas répondu à cette question

---

### 3.7.4. COMMUNICATION AUTOUR DE LA SITUATION CLINIQUE JUGEE « A RISQUE »

---

Nous avons ensuite étudié la communication entre les MG et les psychiatres en cas de la survenue d'un événement aigu clinique pouvant interférer soit avec la prise en charge psychiatrique soit avec la prise en charge somatique.

Nous avons donc interrogé le médecin sur la découverte d'un évènement à risque chez son patient dans les 2 dernières années ainsi que la communication de cet évènement à son confrère.

Lorsqu'on interroge les médecins généralistes, 7 des 12 MG ont détecté une situation jugée à risque. Des 7 situations recueillies, 5 situations correspondent au motif d'hospitalisation. Uniquement 3 situations à risque ont été communiquées au psychiatre.

Aucun médecin traitant n'a été informé d'une situation à risque par le psychiatre du binôme.

À savoir que les 3 situations à risques remarquées par le médecin traitant et communiquées au psychiatre, équivalent au motif d'hospitalisation et viennent toutes du même médecin traitant attaché au C.H. Le Vinatier.

Pour le groupe des psychiatres, 6 situations à risque ont été notées, dont 4 correspondent au motif d'hospitalisation. 2 psychiatres indiquaient avoir été informés de cette situation par le médecin traitant. Il s'agit ici de deux psychiatres qui se trouvent en binôme avec le médecin traitant attaché au C.H. Le Vinatier.

1 autre psychiatre disait avoir informé le médecin traitant.

Sur les 5 échanges d'informations indiqués par un des médecins, uniquement 2 ont également été indiqués par l'autre médecin du binôme.

---

### 3.7.5. LES CONNAISSANCES DU DOSSIER PATIENT

---

#### 3.7.5.1. LES CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES

---

Les connaissances des médecins traitants du dossier médical ont été étudiées sur 12 dossiers. Sur les antécédents médicaux, les médecins traitants connaissent en moyenne 80% des antécédents. Dans 7 des 12 cas le médecin traitant connaît tous les antécédents médicaux. Dans 3 cas, le médecin traitant connaissait des antécédents médicaux qui ne sont pas indiqués dans le dossier médical du Vinatier. Pour les 4 patients, qui sont suivis par un médecin traitant attaché à la même structure que le psychiatre le taux de connaissances des antécédents médicaux s'élève à 92% en moyenne.

Les antécédents médicaux non mentionnés par les médecins traitants sont listés en Annexe 4.

Les antécédents chirurgicaux étaient connus par les médecins généralistes à 54% en moyenne. Pour les médecins traitants attachés à une structure hospitalière le taux augmente de 75%. Un médecin connaissait des antécédents chirurgicaux non indiqués dans le dossier du Vinatier.

Les antécédents chirurgicaux non mentionnés par les médecins traitants sont listés en Annexe 4.

Les antécédents psychiatriques étaient connus par les médecins traitants à 68,75% en moyenne. Pour les patients, dont le médecin est attaché à une structure pluriprofessionnelle avec dossiers médicaux partagés ce taux est de 100%. Dans un cas, le médecin traitant s'est trompé entre une schizophrénie et une maladie bipolaire, cette réponse a été comptée à 0%.

Les antécédents psychiatriques non mentionnées par les médecins traitants sont listés en Annexe 4.

Les habitudes toxiques et leurs antécédents étaient connus à 92% (en comparant avec les informations dans le dossier médical hospitalier) par les médecins traitants. Donc 11 des 12 médecins interrogés connaissaient tous les antécédents d'habitudes toxiques connues du patient. 1 médecin traitant connaissait mieux les habitudes toxiques de son patient que le dossier hospitalier. 1 seul médecin traitant n'indiquait pas correctement les antécédents d'habitudes toxiques de son patient, il ne mentionnait pas que le patient était un ancien fumeur.

Les médecins traitants connaissaient en moyenne 66,3% des traitements médicamenteux des patients en question. Quand le médecin connaissait la classe du médicament en question ou quand il avait confondu un médicament avec un autre de la même classe médicamenteuse la

réponse était comptée à 50%. Les médecins attachés à une structure pluriprofessionnelle, connaissaient les traitements médicamenteux de leurs 4 patients à 89%. Les traitements des 7 autres patients étaient donc connus en moyenne à 53,5% par leur médecin traitant. 3 médecins traitants connaissaient d'autres médicaments, non connus à l'entrée en hospitalisation. À savoir qu'un seul médecin traitant ne savait pas que son patient était sous traitement neuroleptique.

Les traitements somatiques non connus par les médecins traitants sont listés en Annexe 4.

Les traitements psychiatriques non connus par les médecins traitants sont listés en Annexe 4.

La figure 17 compare les connaissances du dossier patient par les médecins généralistes libéraux et hospitaliers avec les connaissances des psychiatres.

### 3.7.5.2. LES CONNAISSANCES DES PSYCHIATRES

---

Les psychiatres interrogés reproduisaient en moyenne 66% des antécédents médicaux des patients. Dans 6 cas le psychiatre indiquait d'autres antécédents médicaux, qui n'étaient pas notés dans le dossier médical hospitalier du Vinatier.

La liste des antécédents médicaux non connus par les psychiatres se trouve en Annexe 5.

Les antécédents chirurgicaux sont connus en moyenne à 58,33% par les psychiatres interrogés. Dans 4 cas le psychiatre connaissait un autre antécédent psychiatrique non indiqué dans le dossier médical du Vinatier.

Les antécédents chirurgicaux non connus par les psychiatres sont listés en Annexe 5.

Les antécédents psychiatriques sont connus en moyenne à 90% par les psychiatres interrogés. Dans 1 cas le psychiatre connaissait un antécédent psychiatrique supplémentaire.

Les antécédents psychiatriques non cités par les psychiatres sont en Annexe 5.

Les antécédents des habitudes toxiques des patients étaient connus à 89% par leur psychiatre. 9 des 12 psychiatres interrogés connaissaient toutes les habitudes toxiques de leur patient.

Dans 2 cas le psychiatre n'avait pas cité un tabagisme sevré, chez un patient le psychiatre ne savait pas que la consommation d'alcool avait été sevrée.

Les psychiatres interrogés connaissaient en moyenne 55,5% des traitements de leurs patients. Dans 3 cas le psychiatre connaissait d'autres molécules non notées dans le dossier médical du Vinatier, ces médicaments n'ont pas été pris en compte. Des médicaments dont le psychiatre connaissait la classe médicamenteuse ou en cas de confusion avec un autre médicament de la

même classe le médicament était compté à 50%. À savoir qu'un des psychiatres n'indiquait aucun traitement neuroleptique pour son patient. Cependant il s'agit d'un patient qui en prenait une petite dose au moment du coucher selon le dossier hospitalier.

Les traitements somatiques et les traitements psychiatriques non connus par les psychiatres sont listés en Annexe 5.

CONNAISSANCES DE TOUS LES MEDECINS

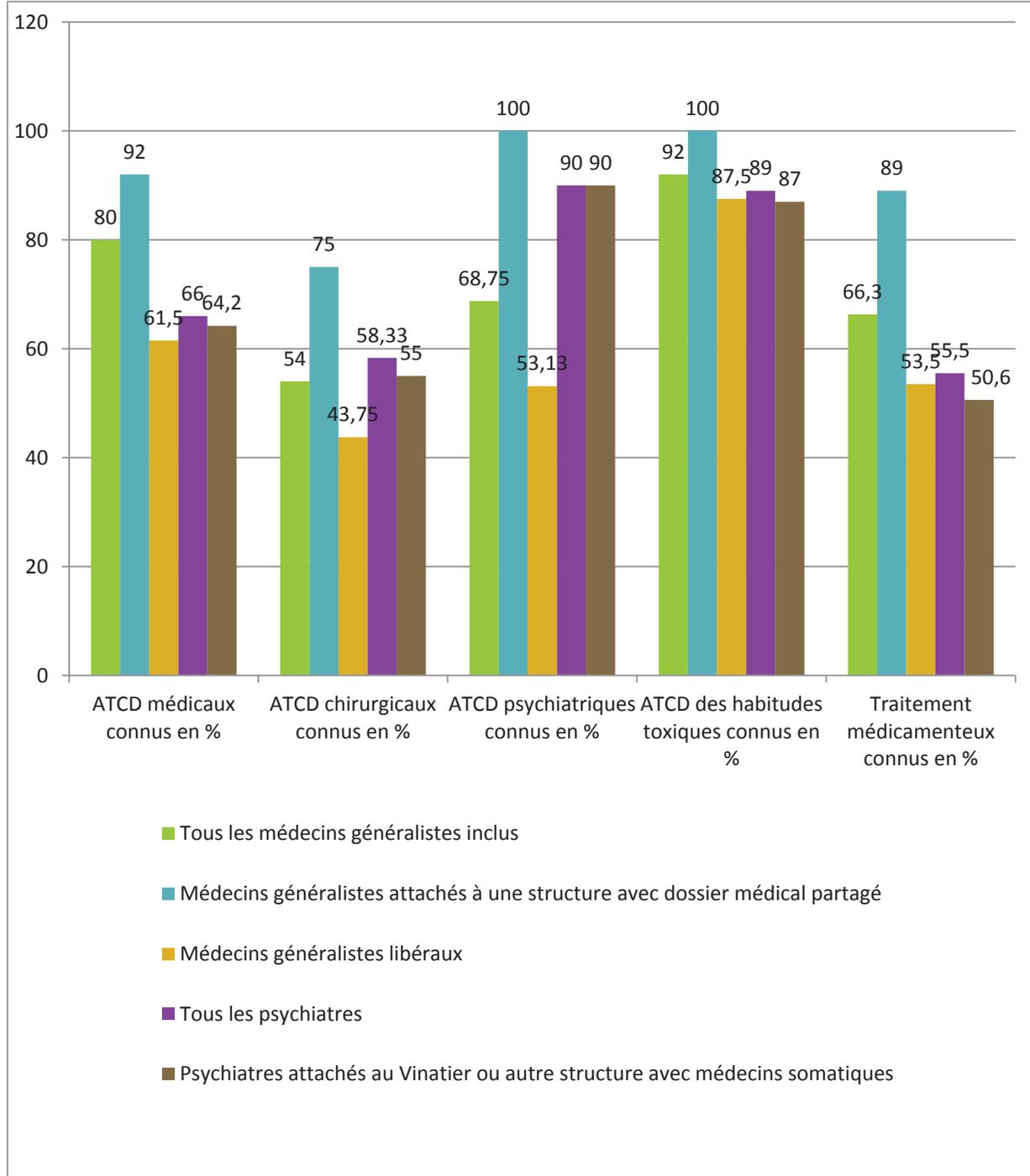


FIGURE 17

## 4. DISCUSSION

---

### 4.1.FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

---

La communication entre les médecins traitants et les psychiatres est un sujet qui a déjà été examiné dans diverses études françaises et internationales. Mais peu d'études s'intéressent à la question de la communication d'un point de vue des professionnels de la santé mentale.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude quantitative, interrogeant les médecins traitants et les psychiatres sur leur communication conjointe. Avec son design très complexe nous avons pu évaluer l'efficacité de la collaboration de façon plus objective, à travers des situations précises et des connaissances des médecins.

Du fait de la faible puissance de l'échantillon, les résultats n'atteignent malheureusement pas le seuil de significativité espéré. Notre étude produit cependant des tendances très intéressantes sur cette thématique. La faible taille de l'échantillon s'explique par un taux d'inclusion et un taux de réponses bas par rapport à la taille de l'échantillon initial. La durée limitée du recueil de données, le caractère monocentrique de l'étude et le fait que le recueil ait été fait par une seule personne peuvent être d'autres éléments mis en avant pour expliquer la faible puissance. Mais une autre étude sur ce sujet, faite en 2006 à Paris 18<sup>ème</sup> avec une structure d'étude semblable avait été confrontée à la même difficulté et était aussi non significative, donnant seulement des tendances identiques à notre étude.(37)

Nous avons recruté des médecins lors de l'admission de leurs patients dans deux services médicaux du C.H. Le Vinatier. Le lieu d'inclusion avait été choisi par rapport au tableau clinique présenté par les patients admis : à savoir la double problématique somatique et psychiatrique. De plus, le caractère intersectoriel des deux unités permettait de supprimer le biais lié à la sectorisation en psychiatrie, les patients pouvant être suivis par des médecins hospitaliers ou libéraux. Malgré ces efforts faits, des biais de recrutement ont surgi. Du côté des psychiatres la plupart des psychiatres étaient des psychiatres exerçant dans le secteur public, dont une grande majorité était rattachée au C.H. Le Vinatier. Pour les médecins traitants, 4 patients sur 12 étaient suivis par un médecin attaché à une structure pluridisciplinaire (où le couple MG/psychiatre exerçait dans la même structure), dont 3 patients qui étaient suivis par le même médecin attaché au C.H. Le Vinatier. Ce biais de sélection s'explique d'un côté par la lourdeur des pathologies psychiatriques, que présentaient les patients à leur admission, les excluant du parcours de soins de droits communs « classique » et imposant une hospitalisation dans un

service de médecine spécialisée. La lourdeur et la bi-intrication somatique/psychiatrique complexifiant la prise en charge explique pourquoi les patients recrutés étaient plus suivis par des psychiatres hospitaliers que privés(37,38). Une autre explication peut être le fait que certains médecins ont plus l'habitude de coopérer avec ces services d'hospitalisation. Tous les médecins en charge de patients atteints de maladies psychiatriques ne connaissent pas les services somatiques du C.H. Le Vinatier.

Suite à l'entrée du patient dans l'unité, et la vérification des critères d'exclusions et d'inclusions, les médecins du binôme ont tous été contactés par téléphone ou courriel. Nous leur avons ensuite proposé de répondre au questionnaire par mail, fax ou téléphone de façon immédiate ou différée. Nous nous sommes adaptés aux disponibilités et aux préférences de chacun. Nous n'avons pas utilisé le moyen du courrier postal pour une question financière et écologique, mais aussi pour permettre une meilleure réactivité et une meilleure interaction avec les médecins interrogés. Un biais de contact existe donc du fait des modes de communication divers, utilisés, qui ne pouvaient peut être pas toujours être adaptés aux habitudes des professionnels interrogés.

Un autre biais est celui du délai entre le début de l'hospitalisation et la prise de contact avec les médecins. Le recueil de données par le personnel médical des services n'étant finalement pas possible, tous les médecins ont été contactés par l'auteur de cette thèse. Selon les disponibilités de l'auteur, les prises de contact étaient souvent à distance du début de l'hospitalisation. Cela a pu biaiser la joignabilité des médecins et leur motivation pour répondre aux questionnaires. Aussi les connaissances des médecins ont-elles pu être biaisées par ce fait.

Le questionnaire était informatisé, mais il était possible de répondre par téléphone ou par écrit, pour ne pas désavantager des médecins non informatisés. Le nom du patient en question était anonymisé dans le questionnaire informatisé, mais le nom du médecin répondant a été demandé pour faciliter l'analyse des résultats, élément décrit comme rédhibitoire pour certains médecins. Malgré l'évaluation anonyme des données, certains des médecins interrogés étaient dubitatifs par rapport au secret médical.

Les questions étaient courtes. Nous avons privilégié autant que possible les questions fermées. Une place pour des remarques était réservée. Par intérêt personnel nous avons posé une question ouverte (« pourquoi ... ») sur la communication, avec un champ de réponse courte. Ne pouvant pas analyser de manière quantitative ces résultats, ils restent quand même des tendances intéressantes.

Le recueil de données, était assuré par une seule intervenante, cela a permis d'éviter plusieurs biais. Le fait de poser surtout des questions fermées et à réponse multiple était aussi favorable pour cette étude. Un biais résulte du fait que certains médecins avaient accès au dossier hospitalier du service de recrutement, ou par un dossier médical partagé. En plus, tous les médecins n'étaient pas dans les mêmes conditions au moment où ils répondaient au questionnaire. En effet, certains médecins n'avaient pas le dossier du patient sous les yeux. Le temps passé entre l'inclusion du patient et l'interrogatoire du médecin a pu modifier certaines données notamment le traitement habituel. En plus le traitement habituel n'était pas toujours connu dans le dossier hospitalier du service de recrutement. Les patients ayant une pathologie somatique aiguë avaient souvent des traitements modifiés par rapport aux traitements de fond habituels. La base de comparaison pour toutes les connaissances était le dossier hospitalier du service de recrutement. Des informations pouvant être erronées ou manquantes.

Il existe aussi un biais de définition. Certains antécédents comme la constipation, ne sont pas jugés par tous les médecins comme antécédents. De plus, certains traitements comme les antalgiques à la demande ou des compléments alimentaires ne sont pas perçus comme traitement habituel par tous les médecins.

## 4.2.DISCUSSION DES RESULTATS

---

### 4.2.1. LA QUALITE DU SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE DOUBLE PATHOLOGIE SOMATIQUE ET PSYCHIATRIQUE

---

Lors de la phase de test du questionnaire, nous avons pu constater que peu de patients bénéficiaient d'un suivi actif mixte. Ce phénomène avait aussi été mis en avant dans la littérature. Pour mieux décrire cette tendance, nous avons donc tenté de mesurer le pourcentage de patients bénéficiant d'un suivi actif avec un médecin traitant et/ou un psychiatre. Cette question était formulée comme objectif secondaire de l'étude. L'échantillon sélectionné ne présentait que des patients avec une double problématique somatique et psychiatrique. Notre étude n'a malheureusement pas pu atteindre le seuil de significativité escompté, du fait d'un fort taux de non réponse.

Malgré tout, les résultats montrent des tendances préoccupantes. Dans les dossiers d'entrée des services recrutant, un médecin traitant était renseigné dans 76 % des cas (98 des 129 dossiers

patients examinés), pour les psychiatres le taux était encore inférieur (65% soit 84 des 129 dossiers patients examinés). Cependant, le pourcentage de médecins traitants renseignés au dossier médical était largement supérieur à celui retrouvé dans une étude comparable de 2006 où seulement 27% des médecins traitants étaient notés dans les dossiers du CMP. Cette grande différence peut s'expliquer par le délai entre le recueil de données des deux études, mais surtout par le fait que nous avons recruté les dossiers dans deux services de médecine au sein d'un hôpital psychiatrique. Cependant, nous n'avons pas reconfirmé auprès des patients si les informations du dossier médical étaient à jour, ceci pourrait être une source d'erreur. Cette vérification de la fiabilité des informations au dossier patient pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude.

La qualité du suivi était vérifiée pour 61 patients. Le suivi actif somatique a pu être confirmé pour 17 patients, l'absence de suivi actif a été démontrée pour 20 patients. Pour les psychiatres un suivi actif était confirmé pour 21 patients, l'absence de suivi actif a été démontrée pour 11 patients.

En analysant les antécédents médicaux et chirurgicaux en nombre et fréquence des patients avec suivi somatique actif et des patients sans suivi par un médecin traitant, aucun lien entre la présence de maladies somatiques et un suivi actif en médecine générale ne resurgit. À l'inverse, en comparant les antécédents psychiatriques des patients avec et sans suivi actif psychiatrique, on note une corrélation entre la pathologie et la présence d'un suivi : la schizophrénie est plus fréquente dans le groupe de patients avec suivi psychiatrique et les tentatives de suicide sont plus fréquentes dans le groupe sans suivi psychiatrique.

Quant aux traitements somatiques, les patients avec absence de suivi somatique prennent en moyenne 0,7 médicaments de moins que les patients avec un suivi somatique actif. Les patients avec suivi somatique prennent plus de médicaments antidiabétiques et plus d'antihypertenseurs. On note donc une corrélation entre le suivi actif et la présence de maladies chroniques traitées. Ainsi, deux questions se posent : est-ce que les patients sont plus suivis à cause de la pathologie ? Ou est-ce le suivi somatique, qui donne accès à un meilleur dépistage, permet leur diagnostic ?

Les patients sans suivi psychiatrique prennent en moyenne 0,85 médicaments psychiatriques de moins que les patients avec suivi psychiatrique. Les patients avec suivi psychiatrique prennent plus de neuroleptiques, et de thymorégulateurs. Les patients sans suivi psychiatrique prennent en revanche plus d'antidépresseurs. Une étude française de 2005 confirme que les troubles de l'humeur sont plus souvent suivis par les MG que par des psychiatres.(38) Le rapport de la CNAM

de 2015, qui identifie les MG comme premiers initiateurs des traitements antidépresseurs confirme notre résultat.(11)

Par ailleurs, les résultats de notre étude sur les traitements à visée psychiatrique montrent des tendances équivalentes à celles retrouvées pour les traitements somatiques. À savoir que des pathologies psychiatriques, nécessitant un traitement antipsychotique seront plus suivies par un psychiatre que les autres. Là aussi, deux questions se posent : est-ce que les patients sont plus suivis à cause de la pathologie ? Ou est-ce le suivi psychiatrique, qui donne accès à un meilleur dépistage, permet leur diagnostic ? Une troisième question serait intéressante à élucider lors d'une étude : le MG est-il plus réticent à la prescription de traitements antipsychotiques ?

Seules deux études françaises s'intéressaient à la qualité du suivi somatique des patients atteints de maladies psychiatriques. Une étude monocentrique sur 459 patients hospitalisés en 2004 à l'EPS Maison-Blanche (situé en région parisienne) a identifié un médecin traitant chez 121 patients, soit 26.4%.(34) Pour les patients avec connaissance d'une maladie somatique, un médecin traitant était identifié chez 29,9% d'entre eux. Dans cette étude, l'identification du médecin traitant a été réalisée par questionnaire et par étude du dossier. La vérification de la réalité du suivi a été faite par recherche du nom du médecin dans l'annuaire. Cependant, le médecin n'a pas été contacté pour vérifier s'il connaissait le patient en question ou de quand datait la dernière consultation. Ces chiffres étaient nettement supérieurs au 13% de suivi somatique actif trouvés dans notre étude. Cette différence est certainement liée au fait que la véracité du suivi médical n'était pas confirmée dans l'étude de 2004. Une autre raison pourrait être le faible taux de réponses dans notre étude. Les chiffres des deux études ne sont donc pas comparables.

Dans cette étude, comme dans la nôtre, la présence d'un médecin traitant n'était pas corrélée avec le sexe du patient, ni avec la présence d'une pathologie somatique. Au contraire, la présence d'un médecin traitant était corrélée avec le diagnostic psychiatrique de type trouble de l'humeur et avec une durée d'hospitalisation courte. Ces deux points n'ont pas été examinés dans notre étude, mais pourraient faire l'objet d'une nouvelle étude.

Le Dr BOHN étudiait en 2006 la communication entre médecins traitants et psychiatres de 143 patients recrutés dans un CMP en région parisienne.(37) Un suivi actif par un médecin traitant a pu être confirmé pour 33% des patients interrogés. Ces résultats sont bien supérieurs à ceux que nous avons retrouvés (suivi actif confirmé pour 13% de l'échantillon initial). Ceci peut être dû au faible taux de réponses des médecins dans notre étude. Il est également possible qu'un biais de recrutement existe dans l'étude du Dr BOHN, où les patients inclus étaient choisis de manière arbitraire par les psychiatres du CMP.

Quant au suivi par un psychiatre des patients atteints de maladies psychiatriques, nous n'avons trouvé qu'une seule étude qui en examinait le suivi actif. Dans cette étude anglaise réalisée en 1991, 440 patients atteints de maladies psychiatriques ont pu être identifiés dans des cabinets de médecine générale participants. 47,3% des patients n'avaient pas de suivi actif par un psychiatre au moment de l'étude.(39) Dans notre étude, le taux de suivi actif par un psychiatre est encore inférieur : le suivi a pu être confirmé pour uniquement 21 patients (soit 16% de l'échantillon initial) ; l'absence de suivi était démontré pour 11 patients (soit 8% de l'échantillon initial). La différence entre ces résultats pourrait s'expliquer par des prises en charge différentes des patients atteints de maladies psychiatriques dans les systèmes de santé anglais et français, mais aussi par le temps passé entre les recueils de données. Le faible taux de réponse dans notre étude pourrait également contribuer à la différence des résultats.

Dans la littérature, deux études françaises confirment la tendance (sans pour autant vérifier la réalité d'un suivi psychiatrique). Une étude nationale de 2005, réalisée par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) répertoriait que 32% des patients atteints d'une dépression avaient consulté un psychiatre.(6) Une autre étude réalisée en 2007(40) interrogeait des personnes saines de pathologie psychiatrique. 46,1% déclaraient vouloir se faire soigner par leur médecin traitant de manière exclusive, en cas d'apparition de troubles mentaux. Traitant uniquement des patients atteints de dépression pour l'une, et une étude déclarative hypothétique pour l'autre, les résultats ne peuvent être comparés aux nôtres.

En résumé, la confrontation de nos résultats à ceux de la littérature confirme le faible pourcentage de patients bénéficiant d'un suivi actif par un médecin traitant et/ou un psychiatre. L'objectif secondaire de cette étude a été atteint. Pour affiner ces résultats, et pour confirmer l'absence de suivi de nos patients atteints de maladies psychiatriques et somatiques, une étude approfondie dédiée à ce sujet avec un plus grand échantillon et de préférence pluricentrique devrait être envisagée.

---

## 4.2.2. LA COMMUNICATION

---

### 4.2.2.1. FREQUENCE

---

#### 4.2.2.1.1. LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX

La majorité des médecins traitants libéraux interrogés dans notre étude déclarait communiquer avec le psychiatre à une fréquence d'une fois par an ou moins. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'autres études françaises. Dans une étude réalisée en 2016, 93,38% des 136 médecins traitants répondaient qu'ils ne recevaient jamais ou que très rarement des courriers des psychiatres traitants de leurs patients.(41) Dans une autre étude de 2004, 17,8% des 496 MG interrogés indiquaient ne jamais communiquer avec le psychiatre de leur secteur, 52,2% entre eux disaient communiquer de temps en temps avec le psychiatre.(42) Une autre étude qui a interrogé 220 médecins généralistes en 2012, retrouvait des échanges avec les psychiatres sporadiquement à rarement dans plus de 50% des cas. Cette étude, qui évaluait la communication entre des MG et différents autres spécialistes médicaux, montrait que la communication avec les psychiatres était parmi les moins fréquentes.(43) Cette tendance se retrouve également dans d'autres pays : Dans une étude aux Pays Bas, seul 19% des 186 médecins généralistes confirmaient l'affirmation «La psychiatrie me tient informé régulièrement».(44)

#### 4.2.2.1.2. LES MEDECINS GENERALISTES ATTACHES A UNE STRUCTURE INCLUANT LE PSYCHIATRE

La fréquence de la communication avec les psychiatres par les médecins généralistes attachés à une structure qui inclut le psychiatre du patient a été analysée à part. La différence est impressionnante : 100% des médecins généralistes attachés disent communiquer régulièrement (2-6 fois par an) avec leur confrère psychiatre. Certes les réponses étant encore moins nombreuses (n=6) que pour les médecins libéraux, ces résultats ne montrent que des tendances. Nous n'avons pas pu trouver des études pour confirmer ces résultats, mais le guide HAS sur la « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux », conseille des structures pluriprofessionnelles pour améliorer la coordination entre confrères.(45) Des explications pour

cette différence de fréquence peuvent être la facilité d'échanger avec un confrère connu, qui se trouve à proximité immédiate et avec qui l'on partage un dossier médical.

#### 4.2.2.1.3. LES PSYCHIATRES

Les psychiatres interrogés (n=21) disaient communiquer peu ou rarement avec leur confrère médecin généraliste dans 67% des cas. Pour rendre cette évaluation comparable à celle des médecins généralistes libéraux, il faut de même soustraire les 4 réponses des psychiatres dont le binôme est attaché à la même structure de soins avec dossiers partagés. Là (n=17) nous retrouvons une communication rarement à jamais dans 82% des réponses. Ceci correspond plus à la conception des médecins généralistes des faits. Des études évaluant la communication entre médecins traitants et psychiatres en interrogeant les psychiatres sont peu nombreuses. Dans une étude qualitative, les 13 psychiatres interrogés se disent conscient de la faible fréquence de communication avec les médecins traitants.(46)

Deux études quantitatives françaises de 2016 ont interrogé des psychiatres sur l'échange de courriers avec les médecins généralistes : entre 52,4% et 56% entre eux disaient envoyer souvent ou toujours un courrier au médecin traitant après la première consultation, entre 41,33% et 47,6% disaient envoyer des courriers en cas de changement de traitement.(47)(9) Ces chiffres sont supérieurs à ceux de notre étude, et pourraient s'expliquer par des modes de sélection différents des psychiatres.

#### 4.2.2.1.4. LES PSYCHIATRES LIBERAUX

Les psychiatres libéraux étaient sous-représentés dans notre étude. Cette sous-représentation étant certainement liée à la lourdeur des pathologies psychiatriques des patients recrutés.(38) Les 3 réponses suivent la tendance des autres professionnels interrogés.

#### 4.2.2.2. MOYENS DE COMMUNICATION UTILISES

---

Le courrier était le moyen de communication préféré des MG (utilisé par 65% des MG), suivi par le téléphone (29% des MG). Le téléphone était le moyen de communication le plus utilisé par les psychiatres (62% des psychiatres), suivi directement par le courrier (57% des psychiatres). Le fax n'a pas été utilisé. Le courriel était plus utilisé par les praticiens hospitaliers. Peu d'études

dans la littérature existent pour comparer nos résultats. Une étude qualitative française sur la communication entre médecins généralistes et psychiatres souligne toutefois la même tendance : les médecins généralistes préféreraient le courrier comme moyen de communication.(48) Une autre étude quantitative sur la communication des médecins généralistes avec des confrères de toutes les spécialités confondues, confirme le courrier comme moyen utilisé dans 79% des communications, suivi par le courriel.(43)

#### 4.2.2.3. FREINS IDENTIFIES A LA COMMUNICATION

---

La plupart des médecins participant dans notre étude disaient communiquer peu, voire rarement, avec leur confrère psychiatre/médecin traitant. Les raisons de l'absence de plus de communication étaient regroupées en deux catégories : le doute sur la nécessité d'une communication plus importante (n=18) et le manque de temps par rapport à la disponibilité du confrère (n=5).

##### 4.2.2.3.1. LA NECESSITE DE COMMUNIQUER

Le doute sur le besoin de communication plus importante contraste avec les données de la littérature. De nombreuses études qualitatives(48)(49)(50) et quantitatives(44)(47)(9)(37)(7) montrent que la communication entre médecins généralistes et psychiatres était insatisfaisante. Les résultats de notre propre étude confirment cette insuffisance, surtout entre médecins libéraux.

##### 4.2.2.3.1.1. COMMUNICATION DES SITUATIONS PRECISES

En interrogeant les médecins sur l'apparition de situations plaçant le patient en situation à risque, uniquement 46% de ces situations étaient communiquées au confrère. Si l'on retire les binômes de médecins pratiquant dans la même structure, la communication était faite dans 1 cas sur 8. Aucune étude n'a été trouvée pour confirmer cette tendance. Ces résultats sont loin d'être statistiquement significatifs, mais la tendance est évidente : Même en cas de besoin la communication ne se faisait que rarement.

#### 4.2.2.3.1.2. CONNAISSANCES DU DOSSIER PATIENT

La connaissance de tous les antécédents et traitements d'un patient est utile pour une prise en charge globale efficace. L'ignorance de certains antécédents ou traitements peut causer des erreurs de diagnostic et de prescription, pouvant mettre en danger la santé voire la vie du patient.(51) Cette connaissance est encore plus importante pour le médecin traitant qui a un rôle de coordinateur, en plus du rôle de soignant.(22)

Nos résultats montrent que ni les médecins traitants, ni les psychiatres traitants ne connaissaient suffisamment les antécédents, habitudes toxiques et traitements médicamenteux des patients en question : Les médecins traitants libéraux connaissaient uniquement 53,13% des antécédents psychiatriques et que 53,5% du traitement habituel. Les psychiatres de leur côté connaissaient 66% des antécédents médicaux de leurs patients, et 55,5% de leurs traitements médicamenteux. Par exemple, les médecins traitants méconnaissaient la prescription de 5 neuroleptiques, traitements pour lesquels une surveillance somatique est recommandée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).(52) Pour citer quelques antécédents non connus par les psychiatres, nous trouvons plusieurs antécédents cardiovasculaires, dont des insuffisances cardiaques, de l'insuffisance respiratoire et de l'insuffisance rénale. Dans les traitements non connus par le psychiatre on retrouve entre autres de nombreux antihypertenseurs et des anticoagulants.

La connaissance des pathologies et traitements psychiatriques des médecins généralistes ayant un dossier partagé avec leurs confrères était très nettement supérieure. Les connaissances des psychiatres attachés à des structures avec dossiers médicaux partagés, n'étaient pour autant pas supérieures aux connaissances des confrères libéraux. Ceci montre qu'une bonne maîtrise du logiciel, ainsi que l'intérêt dans les observations des confrères sont essentiels pour un bon fonctionnement.

Nous avons pu trouver une autre étude qui a étudié les connaissances des MG (par appel téléphonique) et des psychiatres (comparaison au dossier médical informatisé) sur leur patient en commun(37). Les résultats de cette étude sont comparables aux nôtres : les MG connaissaient 40% (+16% partiellement connu) des pathologies psychiatriques et 23% (+46% partiellement connu) des traitements psychiatriques. Du côté des psychiatres 27% des pathologies somatiques étaient connues (+34% partiellement connu) et 48% des traitements somatiques (+16% partiellement connu). Aucune étude sur les connaissances du dossier médical des médecins généralistes et psychiatres atteignant le seuil de significativité n'a été trouvée.

#### 4.2.2.3.2. LE MANQUE DE TEMPS PAR RAPPORT A LA DISPONIBILITE DU CONFRERE

Pour 40% des médecins traitants interrogés et pour 7% des psychiatres le manque de temps par rapport à la disponibilité du confrère était un facteur limitant la communication.

Le recueil de données pour cette étude a illustré le caractère chronophage d'une communication avec un confrère. 18 médecins étaient relancés en moyenne 7 fois, sans obtenir de réponse, pour de nombreux autres médecins plusieurs relances ont été nécessaires afin d'obtenir une réponse.

Le manque de temps resurgit également dans plusieurs études sur ce sujet(53)(54)(46), dont le guide de la HAS sur la « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux »(45). En 2018, 121 médecins généralistes ont été interrogés pour quantifier le temps consacré à des tâches non médicales. Dans cette étude, en moyenne 73 minutes par semaine étaient consacrées à la gestion du parcours de soins et 6 heures et 36 minutes par semaine étaient en plus dédiées à la gestion des courriers, des rendez-vous et des comptes rendus.(55)

#### 4.3. LES ENJEUX D'UNE COMMUNICATION DEFAILLANTE

---

Selon une étude française sur les événements indésirables en soins primaires, 21% des événements indésirables évitables étaient liés à des défauts d'organisation ou de communication entre professionnels de santé.(28) Un communiqué de l'ARS du 2 octobre 2018 souligne que « l'échange d'informations entre les professionnels est au cœur de la [...] sécurité des prises en charge ».(56)

Le manque de communication et de coordination entre MG et psychiatres se traduit dans notre étude par un manque de connaissances du dossier médical du patient en question. Ce manque de connaissances peut être à la source de multiples erreurs médicales. Une étude bibliographique de Hardy-Baylé *et al.* est consacrée aux erreurs médicales liées à un manque de communication(51) : Une communication insuffisante a été associée à un retard voire une absence de diagnostic, des délais dans l'adaptation d'une stratégie thérapeutique pertinente, une inefficacité et une doublure de soins, et une augmentation de la iatrogénie. Une mauvaise collaboration entre MG et psychiatre avait également des conséquences sur la relation médecin-malade avec une confusion du patient, une diminution de la confiance du patient en son médecin, voire une non compliance, allant jusqu'à des « perdus de vue ».

De plus, certaines études ont relevé qu'un manque de communication peut être source d'une insatisfaction des médecins, voire d'une collaboration conflictuelle entre confrères.(9)(50)(48)(57)

## 4.4.PISTES D'AMELIORATION

---

### 4.4.1. SENSIBILISATION DES MEDECINS

---

Ce travail s'inscrit dans une dynamique professionnelle actuelle : Les professionnels de santé concernés se sont engagés via une charte de partenariat(31). Différentes recommandations(16)(30) ont été publiées, ainsi qu'un projet pluriannuel de la HAS ayant pour finalité une meilleure coordination entre le médecin généraliste et ses confrères dans le suivi des patients souffrant de troubles mentaux(45). De plus, la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé insiste sur la coordination entre médecins dans des projets territoriaux de santé mentale(58). Malgré ces efforts, les médecins généralistes et les psychiatres ne sont pas suffisamment sensibilisés à l'importance de la communication et de la collaboration avec leurs confrères. Les mesures suivantes pourraient contribuer à une sensibilisation des médecins concernés :

- Une formation approfondie des internes (avec un stage en soins psychiatriques pour les internes en médecine générale, et un stage de médecine somatique pour les internes en psychiatrie) pourraient permettre une meilleure connaissance et reconnaissance du travail du confrère.
- Inclure des modules d'échanges avec des confrères d'autres spécialités dans le cadre de la formation médicale continue.
- Une formation approfondie en communication des médecins, dès l'externat, pour sensibiliser les médecins (toute spécialité confondue).
- Augmenter le nombre d'études sur le sujet, et diffuser les résultats.

### 4.4.2. ELABORATION CONJOINTE DE COURRIERS TYPE

---

La création de courriers types par des groupes de travail pluridisciplinaires ou pluriprofessionnels pourrait aider à mieux connaître les attentes du confrère et à structurer la coordination. (7)(51)

---

#### 4.4.3. LIEUX D'EXERCICE PARTAGES

---

Les résultats de notre étude encouragent à favoriser la création de regroupements géographiques pluridisciplinaires, incluant des médecins généralistes et des psychiatres, accompagnée d'une meilleure organisation des modalités de communication pluridisciplinaires. Le regroupement dans un même lieu serait un facteur favorisant la coordination des soins pour les patients atteints de maladies psychiatriques en raison d'une moindre stigmatisation, un accès facilité aux soins spécialisés et le développement simplifié d'un lien interprofessionnel(45).

---

#### 4.4.4. FACILITER LA COMMUNICATION : LE DOSSIER MEDICAL PARTAGE (59)

---

Le dossier médical partagé (DMP) permet de partager des données au sein de dossiers patients informatisés. Son usage n'est pas obligatoire et son utilisation peut être limitée par le patient en question à certains médecins impliqués dans son suivi. L'utilisation du DMP pourrait permettre aux différents professionnels de santé de partager des informations essentielles sur leurs patients.(56) Cette forme de communication ne pourra pas remplacer une collaboration entre confrères, mais pourrait assurer une base de connaissances essentielles à une prise en charge adaptée de chaque patient.

---

#### 4.4.5. CREATION DE RESEAUX / DISPOSITIFS DE SOINS PARTAGES

---

La création de nouveaux types de réseaux de consultation pourrait aider pour renforcer la communication et la coordination des soins :

Un exemple lyonnais est le CoRéSo Somapsy.(60) Il s'agit d'un réseau somatique au sein de CMP du pôle ouest de Lyon. Ce réseau vise à replacer les patients atteints de maladies psychiatriques et suivis au CMP dans un suivi somatique de droit commun. Sur orientation du psychiatre, le patient peut bénéficier de 3 consultations somatiques médico-infirmières au CMP pour faire un travail de diagnostic, de prévention et d'éducation thérapeutique. À l'issue de ces consultations, le patient sera (après son consentement) adressé à un médecin généraliste à proximité de son domicile pour mettre en place un suivi somatique adapté au long cours. Une synthèse des consultations est transmise au nouveau médecin traitant.

D'autres types de réseaux de lien et d'adressage somatique existent dans d'autres secteurs (par exemple le pôle Cristales à Ville-Evrard(61)), mais la couverture nationale reste insuffisante.

Des dispositifs de soins partagés (DSP) proposent des consultations d'avis psychiatriques à la demande des médecins généralistes.(45) Ils servent surtout à aider, guider et former les médecins généralistes dans le suivi psychiatrique de leurs patients(62). Si besoin le lien avec un professionnel de santé mentale est fait par la DSP. 3 DSP ont été identifiées en France actuellement.

---

#### 4.4.6. LE « CASE MANAGEMENT »

---

Ce système constitue un processus de coordination de soins pour situations complexes, ayant pour but de faciliter les interactions entre les professionnels impliqués et de responsabiliser le patient dans sa prise en charge. Dans son guide sur la « coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux »(45) la HAS évoque « le case management » comme une possibilité d'améliorer la prise en charge des patients souffrants de troubles mentaux. En effet, le « case management » est peu développé en France pour les patients atteints de maladies psychiatriques.

Une méta-analyse de 2006 confirme que le « case management » supervisé régulièrement était associé à une plus grande efficacité dans la coordination des soins à court et à long terme.(63) Ce travail pourrait être assuré par des professionnels divers. À ce jour, en France, la coordination des soins est de la responsabilité du médecin traitant.(22) Il serait sans doute plus utile de placer les médecins traitants dans de bonnes conditions pour gérer la coordination de soins pour leurs patients atteints de maladies psychiatriques, que de confier ce travail à un tiers. Cela permettrait de garder et renforcer les liens de confiance avec les patients, et épargnerait une étape dans le circuit d'informations.

Des dispositifs et interfaces d'échanges, une meilleure disponibilité des soins psychiatriques publics, mais aussi une rémunération du temps dédié à la coordination des soins pourraient faciliter le travail de coordination pour le MG.

---

#### 4.4.7. LIGNES TELEPHONIQUES DIRECTES A UN PSYCHIATRE DU SECTEUR

---

La création de lignes type « hotline psychiatrique » pourrait faciliter la demande d'avis ou de renseignements sur les pathologies et traitements en urgence. Cependant cela ne pourra pas remplacer une communication et collaboration des médecins engagés dans un suivi au long cours.

## 5. CONCLUSIONS

---

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la communication et la coordination entre les médecins généralistes traitants et les psychiatres dans le parcours de soins complexes des patients atteints de la double problématique somatique et psychiatrique. L'étude a confirmé le postulat de départ : cette communication et cette coopération sont bien insuffisantes. Nous avons demandé aux médecins qui communiquaient au maximum 1 fois par an avec leurs confrères de donner une raison pour laquelle ils ne communiquaient pas davantage. Les réponses données peuvent être distinguées en deux groupes : 1) Une majorité des médecins ne voyait pas l'utilité d'une communication plus fréquente (60% des médecins traitants et 93% des psychiatres). 2) Les autres médecins ont indiqué que la raison était liée à un manque de temps par rapport à la disponibilité du confrère.

Lorsque la communication entre le médecin généraliste et le psychiatre leur semblait établie et satisfaisante, cette communication restait pour autant insuffisante. Les médecins traitants libéraux connaissaient 53,13% des antécédents psychiatriques de leurs patients et 53,3% de leur traitement. Les psychiatres connaissaient 66% des antécédents somatiques et 55% des traitements de leurs patients. Le risque d'erreur liée à la complexité clinique est donc non négligeable voire majeur.

Les situations cliniques pouvant être qualifiées «à risque » n'étaient communiquées que par 43% des médecins traitants et par 25% des psychiatres à l'autre membre du binôme soignant. Et seulement 40% de ces derniers notaient que l'information avait été transmise par son confrère.

Nous avons également examiné le suivi somatique et psychiatrique des patients de l'échantillon. Selon le dossier médical informatisé du Centre Hospitalier « Le Vinatier » 98 (76%) des 129 dossiers examinés identifiaient un médecin traitant et 84 (65%) un psychiatre traitant. Dans le cas où les deux professionnels étaient renseignés (61 patients soit 47% de l'échantillon initial), ils ont tous été contactés par courriel ou téléphone afin de vérifier la qualité de ce suivi mixte.

Pour 17 patients (13%) un suivi actif somatique a pu être confirmé, pour 20 patients (16%) l'absence du suivi somatique a été démontrée. Pour les psychiatres un suivi actif était confirmé pour 21 patients (16%), l'absence de suivi a été démontrée pour 11 patients (9%). Les résultats sont cependant à pondérer du fait de l'absence de réponse d'un certain nombre de professionnels interrogés (soit 24 médecins traitants et 29 psychiatres).

Certes, non significatifs, ces résultats montrent toutefois des tendances inquiétantes. Connaissant la sur-morbi-mortalité des patients atteints de maladies psychiatriques, un suivi effectif et global, réalisé en pluridisciplinaire, par au moins un médecin généraliste et un psychiatre, doit être la base de toute prise en charge.

De grands efforts sont déjà effectués pour améliorer la communication entre médecins traitants et psychiatres. 4 ans après la signature d'une charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie pour améliorer la coordination entre les deux secteurs(31), les tendances dégagées par notre étude montrent que des progrès restent à accomplir.

De nombreuses études ont été menées sur ce sujet, mais les études quantitatives restent peu nombreuses et les échantillons trop restreints. Élargir ces études pourrait non seulement apporter des résultats significatifs, mais également contribuer à la sensibilisation des médecins traitants et des psychiatres à ce sujet. Seulement deux études sur le suivi actif des patients atteints de maladies psychiatriques ont pu être retrouvées, confirmant aussi cette tendance morbide. Une étude dédiée à ce sujet, idéalement multicentrique pourrait apporter des informations plus précises pour mieux prendre en charge ce problème par la suite.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1948.
2. La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Troubles mentaux [Internet]. Disponible sur: [http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/fr/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/)
4. Larousse É. Définitions : psychiatrie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychiatrie/64814>
5. WHO | The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope [Internet]. WHO. [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
6. Chan Chee C, BECK F, Sapinho D, Guilbert P. La dépression en France Enquête Anadep 2005 [Internet]. Saint- Denis : INPES, coll. Études santé, 2009 : 208 p.; [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/nouveautes-editoriales/2009/la-depression-en-france.asp>
7. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale », National Action Research &#8220;The Place of Mental Health in General Practice&#8221; L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):311 - 7.
8. Norton J, Roquefeuil G de, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. /data/revues/00137006/v35i6/S0013700608002674/ [Internet]. 8 déc 2009 [cité 5 sept 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/236547>
9. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. BMC Fam Pract. 2 mai 2005;6(1):18.
10. HARDY-BAYLE MC, REBOUL G, MILLERET G. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? PLURIELS : LA LETTRE DE LA MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE. nov 2011;(92 - 93):15p.
11. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2015 [Internet]. Caisse nationale de l'assurance maladie; 2014. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cnamts\\_rapport\\_charges\\_produits\\_2015.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2015.pdf)
12. 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. févr 2011;10(1):52 - 77.

13. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux État des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2018 [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_2876272](https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2876272)
14. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. /data/revues/00137006/v35i4/S0013700609000992/ [Internet]. 16 sept 2009 [cité 5 sept 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/225885>
15. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 [Internet]. Caisse nationale de l'assurance maladie; 2018. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000577.pdf>
16. Saravane D, Lacroix C, Huckel P. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique [Internet]. Fédération Française de Psychiatrie - Conseil National Professionnel de Psychiatrie; 2015. Disponible sur: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwi35bb03-XeAhWOx4UKHT8sBe0QFjABegQICBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.psydoc-france.fr%2Fconf%26rm%2Frpc%2FReco\\_Soins\\_Soma\\_Psy.pdf&usg=AOvVaw0hIazYH\\_Gx\\_fb8jdXN3U2M](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwi35bb03-XeAhWOx4UKHT8sBe0QFjABegQICBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.psydoc-france.fr%2Fconf%26rm%2Frpc%2FReco_Soins_Soma_Psy.pdf&usg=AOvVaw0hIazYH_Gx_fb8jdXN3U2M)
17. Equal Treatment: Closing the Gap A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems [Internet]. Disability Rights Commission; 2006. Disponible sur: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/DRC-Health-FI-main.pdf>
18. Définitions : collaboration - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17137?q=collaboration#17010>
19. Allen J, Gay B, Heyrman J, Svab I. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE [Internet]. Dr Philip Evans Président WONCA Europe; 2002. Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwift8iUgLbeAhWN34UKHXGMCzcQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.woncaeurope.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocuments%2FWONCA%2520definition%2520French%2520version.pdf&usg=AOvVaw2wRn1gPtNbR9019lcNca0o>
20. Le portail du service public de la Sécurité sociale / Présentation de la réforme de l'Assurance [Internet]. [cité 2 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>
21. Assurance maladie. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. Assurance maladie; 2009.
22. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>

23. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
24. Circulaire du 15 mars 1960 [Internet]. [cité 31 oct 2018]. Disponible sur: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/legisl/sector/1960.htm>
25. Coldefy M, Philippe Le Fur\*, Véronique Lucas-Gabrielli\*, Julien Mousquès\*. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation [Internet]. 2009. Disponible sur: [http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/IRDES\\_-\\_50\\_ans\\_de\\_sectorisation\\_psychiatrique.pdf](http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/IRDES_-_50_ans_de_sectorisation_psychiatrique.pdf)
26. Larousse É. Définitions : communication - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>
27. Larousse É. Définitions : coopération - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coop%C3%A9ration/19056>
28. Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Keriél-Gascou M, Bami J. Incidence des événements indésirables associés aux soins en médecine générale : l'étude ESPRIT 2013. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 sept 2014;62:S178- 9.
29. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juill 20, 2016.
30. Haute Autorité de Santé - Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1050358/fr/les-courriers-echanges-entre-medecins-generalistes-et-psychiatres-lors-d-une-demande-de-premiere-consultation-par-le-medecin-generaliste-pour-un-patient-adulte-presentant-un-trouble-mental-avere-ou-une-souffrance-psychique](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050358/fr/les-courriers-echanges-entre-medecins-generalistes-et-psychiatres-lors-d-une-demande-de-premiere-consultation-par-le-medecin-generaliste-pour-un-patient-adulte-presentant-un-trouble-mental-avere-ou-une-souffrance-psychique)
31. Charte de Partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11417.pdf>
32. Rouault C. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015 : constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain. 12 mai 2016;86.
33. Smith SM, Cousins G, Clyne B, Allwright S, O'Dowd T. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [cité 27 nov 2018];(2). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary-com.docelec.univ-lyon1.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004910.pub3/abstract>
34. Montariol P, Guillard M, Bollengier O, Escaffre-Groussard N, Hallouche N, Petitdemange M, et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *L'information psychiatrique*. 2006;82(10):793- 800.
35. article R.4127-4 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912862&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

36. Article L.1110-4; Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031929082&dateTexte=&categorieLien=id>
37. BOHN I, =Université Paris 7 Denis Diderot. Paris. FRA / com. PSYSOM : évaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants. 2008.
38. Younès 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*. 7 oct 2005;5:104.
39. Kendrick T, Burns T, Freeling P, Sibbald B. Provision of care to general practice patients with disabling long-term mental illness: a survey in 16 practices. *Br J Gen Pract*. juill 1994;44(384):301- 5.
40. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 31 juill 2007;7:188.
41. Parleani C, Tine E. Pratiques et attentes relatives aux courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres: enquête déclarative concernant les patients suivis en ambulatoire en Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2016.
42. 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*. nov 2005;40(11):892- 8.
43. Binart Ecale H. Société Française de Médecine Générale : Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral [Internet]. 2012 [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/publications/les\\_theses/recensement\\_des\\_difficultes\\_et\\_possibilites\\_damelioration\\_de\\_la\\_communication\\_dinformations\\_medicales\\_entre\\_medecins\\_generalistes\\_et\\_autres\\_professionnels\\_de\\_sante\\_du\\_secteur\\_liberal.html](http://www.sfm.org/publications/les_theses/recensement_des_difficultes_et_possibilites_damelioration_de_la_communication_dinformations_medicales_entre_medecins_generalistes_et_autres_professionnels_de_sante_du_secteur_liberal.html)
44. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective [Internet]. [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2685366/>
45. Haute Autorité de Santé - Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/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/portail/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)
46. Catherine P-H. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : Une enquête qualitative. 2012.
47. Pelletier A, Céline B, Nantes U de, Médicales U de NU de F et de R de M et des T. Échanges de courriers entre les psychiatres et les médecins généralistes en Vendée évaluation des

pratiques et des attentes dans le cadre des patients ambulatoires. [Lieu de publication inconnu]: [éditeur inconnu]; 2016.

48. Jombart G. Etude Génépsy : promouvoir la communication MG-PSY : que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un courrier-type, inspiré des recommandations d'adressage au psychiatre ? [Internet]. 2015 [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-4557>
49. van Hasselt FM, Oud MJT, Loonen AJM. 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 Serv Res.* 21 oct 2013;13:426.
50. RIBAUD S, =Université Henri Poincaré Nancy 1. Nancy. FRA / com. Collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres dans la prise en charge de la dépression. Opinions de médecins généralistes au travers d'une enquête qualitative. 2011.
51. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?, How to Improve Co-operation between General Practitioners and Psychiatrists ? *L'information psychiatrique.* 12 juin 2014;me 90(5):359- 71.
52. Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques [Internet]. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé; 2010. Disponible sur: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiarN\\_cmfrhAhVChxoKHQKCMQFjACegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Ffansm.sante.fr%2Fvar%2Ffansm\\_site%2Fstorage%2Foriginal%2Fapplication%2F6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf&usg=AOvVaw29Y0rcyBaLSnPvSXvuAZux](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiarN_cmfrhAhVChxoKHQKCMQFjACegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Ffansm.sante.fr%2Fvar%2Ffansm_site%2Fstorage%2Foriginal%2Fapplication%2F6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf&usg=AOvVaw29Y0rcyBaLSnPvSXvuAZux)
53. Passerieux C. Propositions d'amélioration de la coopération MG – Psychiatres : du dispositif de soins partagés à la première recommandation sur cette coopération. *Série étude et recherches N° 129.* avr 2014;65- 9.
54. Heideman J, Laurant M, Verhaak P, Wensing M, Grol R. Effects of a nationwide programme: interventions to reduce perceived barriers to collaboration and to increase structural one-on-one contact. *J Eval Clin Pract.* déc 2007;13(6):860- 6.
55. PRUNIERES J-B. Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire [Internet]. 2018 [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi\\_psa1q8PhAhXsx4UKHUNfBMoQFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Flesgeneralistes-csmf.fr%2Fdownload%2F126%2Fcd\\_1\\_12\\_2018%2F14357%2F2018-10-these-jb-prunieres-evaluation-taches-non-medicales-des-mg-en-occitanie.pdf&usg=AOvVaw10KiO1S9SXOMbuf90kBEXE](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi_psa1q8PhAhXsx4UKHUNfBMoQFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Flesgeneralistes-csmf.fr%2Fdownload%2F126%2Fcd_1_12_2018%2F14357%2F2018-10-these-jb-prunieres-evaluation-taches-non-medicales-des-mg-en-occitanie.pdf&usg=AOvVaw10KiO1S9SXOMbuf90kBEXE)
56. L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>
57. Oud MJT, Schuling J, Slooff CJ, Groenier KH, Dekker JH, Meyboom-de Jong B. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. *BMC Fam Pract.* 6 mai 2009;10:29.
58. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 69. 2016-41 janv 26, 2016.

59. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. 2016-914 juill 4, 2016.
60. Fau L, Ample BG, Meunier FP. Psychiatrie et médecine générale : un futur commun ? *L'information psychiatrique*. 2 mars 2017;Volume 93(2):107- 10.
61. Coordination pour la recherche et l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé. Pôle Cristales. [Internet]. Ville-Evrard: Etablissement public de santé; 2016. Disponible sur: [http://www.eps-ville-evrard.fr/fileadmin/webmestre-fichiers/CRISTALES/FICHE\\_POLE\\_CRISTALES\\_12\\_fevrier\\_2016\\_EPSVE.pdf](http://www.eps-ville-evrard.fr/fileadmin/webmestre-fichiers/CRISTALES/FICHE_POLE_CRISTALES_12_fevrier_2016_EPSVE.pdf)
62. Younès N, Passerieux C, Hardy-Bayle M-C, Falissard B, Gasquet I. Long term GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems. *BMC Fam Pract*. 2 juill 2008;9:41.
63. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 27 nov 2006;166(21):2314- 21.

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

---

---

### VOLET 1 : FICHE INCLUSION

---

1. Nom du patient

*(NOM Prénom)*

---

2. Date d'entrée au Vinatier

*(hospitalisation en cours)*

*Exemple : 21/10/2015*

---

3. Nom du médecin traitant

*et coordonnées si disponibles*

*(surtout le numéro de téléphone, sinon la ville où il exerce)*

---

4. Nom du psychiatre traitant

*et coordonnées si possible*

*(téléphone et adresse électronique pour les psychiatres qui ont un email du Vinatier)*

---

5. Inclusion

- Oui
- Non

6. Raison de non-inclusion

- Le patient n'a pas de médecin traitant
- Le patient n'a pas de psychiatre traitant
- Le patient est en hospitalisation de longue durée (12 mois ou plus)
- Impossible de joindre un des deux médecins
- Le patient n'a pas consulté son médecin traitant depuis 12 mois ou plus
- Le patient n'a pas consulté son psychiatre depuis 12 mois ou plus
- Autre \_\_\_\_\_

7. Sexe du patient

- Masculin
- Féminin

8. Age du patient

\_\_\_\_\_

9. Code postal du patient

\_\_\_\_\_

10. Motif d'hospitalisation

\_\_\_\_\_

...

11. Antécédents médicaux du patient

\_\_\_\_\_

...

12. Antécédents chirurgicaux du patient

\_\_\_\_\_

...

13. Antécédents psychiatriques du patient

---

...

#### 14. Consommation de tabac du patient

- Pas de consommation
- Tabac actif
- Tabac sevré

#### 15. Consommation d'alcool du patient

- Pas de consommation
- Alcool actif
- Alcool sevré

#### 16. Consommation d'autres toxiques

---

#### 17. Traitement habituel

en DCI de préférence, mettre le traitement avant modification par les médecins hospitaliers

---

...

## VOLET 2 : QUESTIONNAIRE MEDECIN TRAITANT

---

1. Nom du patient

*3 premières lettres du NOM, 3 dernières lettres du prénom*

---

2. Nom du médecin généraliste

*NOM Prénom*

---

3. Avez-vous vu le patient dans les douze mois avant son hospitalisation en service médicale du C.H. Le Vinatier ?

- Oui
- Non

4. Antécédents médicaux du patient connus par le médecin généraliste

*Merci de noter tous les antécédents que vous connaissez*

---

...

5. Antécédents chirurgicaux du patient connus par le médecin généraliste

*Merci de noter tous les antécédents que vous connaissez*

---

...

6. Antécédents psychiatriques du patient connus par le médecin généraliste

*Merci de noter tous les antécédents que vous connaissez*

---

...

7. Consommation de tabac connue par le médecin traitant

- Pas de consommation
- Tabac actif
- Tabac sevré

8. Consommation d'alcool

- Pas de consommation
- Alcool actif
- Alcool sevré

9. Consommation d'autres toxiques

---

10. Traitement habituel

*Merci de noter tout le traitement habituel de votre patient, en DCI de préférence*

---

...

11. Est-ce que vous avez constaté un état de santé à risque chez votre patient au cours des 2 dernières années ?

*Je cherche ici n'importe quel état de santé somatique ou mental, découvert à l'interrogatoire, à l'examen clinique ou par un examen paraclinique qui était susceptible de mettre en danger le patient et qui a nécessité des explorations approfondies ou une hospitalisation*

---

12. Si oui, lequel ?

---

13. Avez-vous communiqué ces résultats au psychiatre de votre patient ?

- Oui
- Non
- C'est le psychiatre qui a fait les examens et qui m'a informé des résultats

14. Communiquez-vous avec votre consœur/confrère psychiatre par courrier ?

- Oui
- Non

15. Communiquez-vous avec votre consœur/confrère psychiatre par téléphone ?

- Oui
- Non

16. Communiquez-vous avec votre consœur/confrère psychiatre par fax ?

- Oui
- Non

17. Communiquez-vous avec votre consœur/confrère psychiatre par e-mail ?

- Oui
- Non

18. Notez ici, si vous utilisez un autre moyen de communication avec le psychiatre

---

19. A quelle fréquence communiquez-vous avec votre consœur/confrère psychiatre ?

- jamais ou très rarement (moins que 1 fois par an)
- peu (1 fois par an)
- régulièrement (2-6 fois par an)
- souvent (7 fois par an ou plus)

20. Si peu ou pas de communication : pourquoi ne communiquez-vous pas plus souvent ?

---

Remarques :

---

...

## VOLET 3 : QUESTIONNAIRE MEDECIN TRAITANT

---

1. Nom du patient

*3 premières lettres du NOM, 3 dernières lettres du prénom*

---

2. Nom du psychiatre

*NOM Prénom*

---

3. Avez-vous vu le patient dans les douze mois avant son hospitalisation en service médical du C.H. Le Vinatier ?

- Oui
- Non

4. Antécédents médicaux du patient connus par le psychiatre

*Merci de noter tous les antécédents que vous connaissez*

---

...

5. Antécédents chirurgicaux du patient connus par le psychiatre

*Merci de noter tous les antécédents que vous connaissez*

---

...

6. Antécédents psychiatriques du patient connus par le psychiatre

*Merci de noter tous les antécédents que vous connaissez*

---

...

7. Consommation de tabac connue par le psychiatre

- Pas de consommation
- Tabac actif
- Tabac sevré

8. Consommation d'alcool

- Pas de consommation
- Alcool actif
- Alcool sevré

9. Consommation d'autres toxiques

---

10. Traitement habituel

*Merci de noter tout le traitement habituel de votre patient, en DCI de préférence*

---

...

11. Est-ce que vous avez constaté un état de santé à risque chez votre patient au cours des 2 dernières années ?

*Je cherche ici n'importe quel état de santé somatique ou mental, découvert à l'interrogatoire, à l'examen clinique ou par un examen paraclinique qui était susceptible de mettre en danger le patient et qui a nécessité des explorations approfondies ou une hospitalisation*

---

12. Si oui, lequel ?

---

13. Avez-vous communiqué ces résultats au médecin traitant de votre patient ?

- Oui
- Non
- C'est le médecin traitant qui a fait les examens et qui m'a informé des résultats

14. Communiquez-vous avec votre consœur/confrère médecin traitant par courrier ?

- Oui
- Non

15. Communiquez-vous avec votre consœur/confrère médecin traitant par téléphone ?

- Oui
- Non

16. Communiquez-vous avec votre consœur/confrère médecin traitant par fax ?

- Oui
- Non

17. Communiquez-vous avec votre consœur/confrère médecin traitant par e-mail ?

- Oui
- Non

18. Notez ici, si vous utilisez un autre moyen de communication avec le médecin traitant

---

19. A quelle fréquence communiquez-vous avec votre consœur/confrère médecin traitant ?

- jamais ou très rarement (moins que 1 fois par an)
- peu (1 fois par an)
- régulièrement (2-6 fois par an)
- souvent (7 fois par an ou plus)

20. Si peu ou pas de communication : pourquoi ne communiquez-vous pas plus souvent ?

---

Remarques :

---

...

## ANNEXE 2 : TEXTE DE COURRIEL

---

### PREMIER COURRIEL

---

Bonjour,

Je me permets de vous contacter par e-mail.

Dans le cadre d'une thèse sur la communication entre les médecins traitants et les psychiatres dans le suivi de leur patient chronique, nous interrogeons tous les médecins des patients hospitalisés dans plusieurs services du centre hospitalier Le Vinatier.

Seriez-vous d'accord pour répondre à quelques questions (très rapides) concernant [NOM du PATIENT] hospitalisé au service médical du Vinatier le [JOUR D'HOSPITALISATION] ?

Si oui, vous pouvez soit remplir le questionnaire vous-même en suivant le lien ci-dessous, soit me laisser un message (06.xx.xx.xx.xx/inarberman@gmail.com) pour me communiquer quand vous serez joignable.

[LIEN DU QUESTIONNAIRE]

En vous remerciant !

Cordialement,

Ina BERMAN-COHEN, interne en médecine générale

## COURRIEL DE RELANCE

---

Bonjour,

Je me permets de vous renvoyer un e-mail par rapport à votre participation dans une étude sur la communication entre le médecin traitant et le psychiatre dans le suivi de leur patient chronique.

Le questionnaire vous prendra environ 2 minutes.

Cela m'aiderait beaucoup pour avancer dans mon travail de thèse et je crois sincèrement que les résultats pourraient améliorer la prise en charge de nos patients atteints de maladies psychiatriques.

Si vous avez des hésitations ou des remarques, vous pouvez me joindre par e-mail ou par téléphone au 06.xx.xx.xx.xx

Veuillez trouver ci-dessous le lien du questionnaire.

[LIEN DU QUESTIONNAIRE]

Merci de répondre au questionnaire pour votre patient [NOM du PATIENT], hospitalisé en unité médicale du Vinatier [JOUR D'HOSPITALISATION].

En vous remerciant,

Cordialement,

Ina Berman-Cohen, ancienne interne du S.S.R. "Simmelweis"

Si jamais le lien ne fonctionne pas, vous pouvez également répondre par écrit aux questions ci-dessous :

[Volet 2 ou 3 du questionnaire]

## ANNEXE 3 : LISTES DES ANTECEDENTS ET TRAITEMENTS REPERTORIES

### LISTE DES ANTECEDENTS MEDICAUX

<i>Classification de maladie</i>	<i>Types de maladies répertoriées chez les patients inclus (n=12)</i>	<i>N (*)</i>	<i>Types de maladies répertoriées chez les patients, dont le suivi par un médecin généraliste a été démontré (n=20)</i>	<i>N (*)</i>
<b>Maladies cardio-vasculaires :</b>	<i>Insuffisance cardiaque</i>	2		0
	<i>Embolie pulmonaire</i>	1	<i>Embolie pulmonaire</i>	2
	<i>TVP</i>	2		0
		0	<i>Thrombose veineuse superficielle</i>	1
	<i>Dyslipidémie</i>	3	<i>Dyslipidémie</i>	2
	<i>HTA</i>	1	<i>HTA</i>	5
		0	<i>Crise aigüe hypertensive</i>	1
	<i>Valvulopathie</i>	2		0
		0	<i>Dysfonction diastolique</i>	1
	<i>Coronaropathie</i>	1	<i>Coronaropathie stentée</i>	1
		0	<i>IDM</i>	2
		0	<i>AVC</i>	1
	(1.0)		(0.8)	
<b>Maladies neurologiques :</b>	<i>Hydrocéphalie</i>	1		0
	<i>Tremblement essentiel</i>	1		0
	<i>Syndrome parkinsonien</i>	2		0
	<i>Encéphalopathie alcoolique</i>	1		0
	<i>Troubles de la déglutition</i>	1		0
	<i>Neuropathie périphérique</i>	1		0
	<i>Epilepsie</i>	1		0
	<i>Atrophie corticale</i>	1		0
	0	<i>Démence</i>	1	
	(0.75)		(0.05)	
<b>Maladies pneumologiques :</b>	<i>BPCO</i>	1	<i>BPCO</i>	1
		0	<i>Emphysème</i>	1
	<i>SAOS</i>	1	<i>SAOS</i>	2
	<i>Insuffisance respiratoire</i>	1	<i>Insuffisance respiratoire</i>	1
	<i>Asthme</i>	1		0
		0	<i>Pneumopathie d'inhalation</i>	1
	(0.33)		(0.3)	
<b>Maladies endocrinologiques :</b>	<i>Diabète</i>	2	<i>Diabète</i>	2
	<i>Hyponatrémie</i>	1		0
	<i>Obésité</i>	1	<i>Obésité</i>	1
		0	<i>Hyperthyroïdie</i>	2
		0	<i>Hypothyroïdie</i>	2
	(0.33)		(0.35)	
<b>Maladies du système digestif :</b>	<i>Gastrite</i>	1	<i>Gastrite</i>	1
		0	<i>Ulcère gastroduodéal</i>	1
		0	<i>Hernie hiatale</i>	1
	<i>Constipation (2 patients)</i>	2		0
		0	<i>Polypes du colon</i>	1
		0	<i>Hémorroïdes</i>	2
		0	<i>Colite ischémique</i>	1
	<i>Maladie de Crohn</i>	1		0
	<i>Cirrhose hépatique</i>	1	<i>Cirrhose hépatique</i>	1
		(0,42)		(0,4)
<b>Maladies néphro-/urologiques :</b>	<i>Enurésie</i>	1		0
		0	<i>Hématurie</i>	1
	<i>Hypertrophie de la prostate</i>	1		0
		0	<i>Rétention aigüe d'urine</i>	1
<i>Insuffisance rénale chronique</i>	3	<i>Insuffisance rénale</i>	2	
	(0.42)		(0.2)	
<b>Maladies</b>	<i>Adénocarcinome superficiel</i>			

<b>néoplasiques :</b>	<i>œsophagien</i>	1		0
		0	<i>Lymphome B diffus à grandes cellules</i>	1
		0	<i>Adénocarcinome gastrique</i>	1
		0	<i>Cancer du sein</i>	1
		(0.08)		(0.15)
<b>Maladies génétiques :</b>	<i>Syndrome de Smith-Magénis</i>	2		0
		(0.17)		(0.0)
<b>Maladies infectieuses :</b>	<i>Paludisme</i>	1		0
		0	<i>Adénite cervicale</i>	1
		0	<i>Erysipèle</i>	1
		0	<i>Hépatite C</i>	2
		0	<i>Hépatite B</i>	1
	<i>VIH</i>	1	<i>VIH</i>	1
		(0.17)		(0.3)
<b>Maladies ostéo-articulaires :</b>	<i>Sciatalgies</i>	1		0
		0	<i>Tassement vertébrale</i>	1
		0	<i>Crise de goutte</i>	2
		0	<i>Coxarthrose</i>	1
		(0.08)		(0.2)
<b>Maladies ophtalmologiques :</b>	<i>DMLA</i>	1		0
		0	<i>Décollement de la rétine</i>	1
	<i>Trouble visuel important</i>	1		0
		(0.17)		(0.05)
<b>Maladies dermatologiques :</b>		0	<i>Psoriasis</i>	1
		0	<i>Mycose des plis récidivante</i>	1
		(0.0)		(0.1)
<b>Maladies ORL :</b>	<i>Surdit� de perception</i>	1		0
		(0.08)		(0.0)
<b>Maladies hématologiques</b>		0	<i>Anémie</i>	1
		(0.0)		(0.05)

TABLEAU 7

\* NOMBRE DE MALADIES DE LA CLASSIFICATION /NOMBRE DE PATIENTS DANS LE GROUPE

## LISTE DES ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

<b>Classification de chirurgie</b>	<b>Types de chirurgies répertoriées chez les patients inclus (n=12)</b>	<b>N (*)</b>	<b>Types de chirurgies répertoriées chez les patients, sans suivi par MG (n=20)</b>	<b>N (*)</b>
<b>Chirurgie orthopédique :</b>	<i>Prothèse totale de la hanche</i>	1	<i>Prothèse totale de la hanche</i>	2
		0	<i>Prothèse totale du genou</i>	1
	<i>Polytraumatisme</i>	1		0
	<i>Fracture d'un membre inférieur</i>	1	<i>Fracture d'un membre inférieur</i>	3
	<i>Fracture d'un membre supérieur</i>	1	<i>Fracture d'un membre supérieur</i>	3
		0	<i>Luxation d'une épaule</i>	2
		0	<i>Chirurgie tendineuse</i>	3
		0	<i>Ost�ite chronique avec r�section</i>	1
		(0.33)		(0.75)
<b>Chirurgie visc�rale :</b>	<i>Appendicectomie</i>	1	<i>Appendicectomie</i>	5
	<i>Occlusion intestinale</i>	1		0
		0	<i>Gastrectomie</i>	1
	<i>Hernie ombilicale</i>	1		0
	<i>Hernie inguinale</i>	1		0
	0	<i>Thyro�dectomie</i>	1	
		(0.33)		(0.35)
<b>Chirurgie cardiaque :</b>		0	<i>Plaie du c�ur par arme � feu</i>	1
		(0.0)		(0.05)
<b>Chirurgie vasculaire :</b>		0	<i>Clippage carotidien gauche et droit</i>	1
	<i>Pontage artériel du membre inférieur</i>	1		0

<b>Gynécologique :</b>	Césarienne	(0.08) 1		(0.05) 0
	Hystérectomie totale	0	Accouchement par voie basse	2
<b>Chirurgie urologique :</b>		1	Myome utérin	0
		0		1
<b>Oto-Rhino-Laryngologie :</b>		(0.17) 0	Néphrectomie	(0.15) 1
		0	Posthèctomie	1
		(0.0)		(0.1)
		0	Amygdalectomie	1
		0	Adénoïdectomie	2
	Cholestéatome avec ossiculoplastie	1		0
		0	Chirurgie de la cloison nasale	1
		(0.08)		(0.2)

TABEAU 8

\* NOMBRE DE CHIRURGIES DE LA CLASSIFICATION /NOMBRE DE PATIENTS DANS LE GROUPE

#### LISTE DES ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

<b>Antécédent psychiatrique</b>	<b>Patients inclus (n=12) concernés N (%)</b>	<b>Patients sans suivi psychiatrique (n=11) concernés N (%)</b>
<b>Schizophrénie</b>	6 (50%)	3 (27%)
<b>Autre trouble psychotique</b>	1 (8,3%)	0
<b>Psychose puerpérale</b>	0	1 (9%)
<b>Syndrome dépressif</b>	2 (17%)	1 (9%)
<b>Trouble bipolaire</b>	1 (8,3%)	2 (18%)
<b>Troubles du comportement/Comportement agressif</b>	1 (8,3%)	1 (9%)
<b>Trouble du comportement sexuel</b>	1 (8,3%)	0
<b>Trouble du comportement alimentaire</b>	0	1 (9%)
<b>Troubles du sommeil</b>	1 (8,3%)	0
<b>Syndrome de Smith Magenis</b>	2 (17%)	1 (9%)
<b>Tentative de suicide</b>	3 (25%)	4 (36%)

TABEAU 9

LISTE DES TRAITEMENTS SOMATIQUES

Classe de médicament	Molécule	Prescrits aux patients inclus (n=12)		Prescrits aux patients sans suivi par un médecin généraliste (n=20)	
		N	(*)	N	(*)
<b>Antalgiques</b>	Paracetamol	6	(0,67)	7	(0,5)
	Paracetamol + Opium + caféine	1		1	
	Paracetamol + Tramadol	1		0	
	Tramadol	0		2	
<b>Diurétiques :</b>	Furosémide	4	(0,58)	1	(0,1)
	Spironolactone	2		0	
	Indapamide	1		0	
	Hydrochlorthiazide	0		1	
<b>Bétabloquant :</b>	Bisoprolol	1	(0,25)	0	(0,15)
	Acébutolol	1		0	
	Néбиволол	1		0	
	Aténolol	0		2	
	Métoprolol	0		1	
<b>IEC :</b>	Perindopril	2	(0,25)	0	(0,1)
	Ramipril	1		1	
	Enalapril	0		1	
<b>Sartans :</b>	Valsartan	0	(0)	1	(0,1)
	Candésartan	0		1	
<b>Inhibiteurs calciques :</b>	Nicardipine	0	(0)	2	(0,2)
	Amlodipine	0		2	
<b>Alphabloquant :</b>	Alfuzosine	1	(0,08)	1	(0,1)
	Uradipil	0		1	
<b>TRAITEMENTS</b>		13	(1,08)	14	(0,7)
<b>ANTIHYPERTENSEURS</b>					
<b>Antiagrégant plaquettaire :</b>	Acétylsalicylate	3	(0,33)	2	(0,15)
	Clopidogrel	1		1	
<b>Anticoagulant :</b>	Fluindione	1	(0,08)	0	(0,2)
	Coumaphène	0		1	
	Rivaroxaban	0		1	
	Enoxaparine	0		1	
	Fondaparinux	0		1	
<b>Antidiabétique :</b>	Liraglutide	1	(0,42)	0	(0,1)
	Dulaglutide	1		0	
	Gliclazide	1		1	
	Metformine	2		0	
	Sitagliptine	0		1	

<b>Hypolipémiants :</b>	Rosuvastatine	1	(0,25)	0	(0,1)
	Atorvastatine	1		1	
	Fénofibrate	1		1	
<b>Antiacides/ Inhibiteurs de la pompe à proton :</b>	Hydroxide	2	(0,67)	0	(0,15)
	d'aluminium/hydroxide de magnésium	5		1	
	Esoméprazole	1		2	
	Pantoprazole				
<b>Laxatifs :</b>	Lactulose	2	(0,42)	0	(0,3)
	Sterculia	1		0	
	Macrogol	2		4	
	Bicarconate de sodium + Potassium tartrate	0		1	
	Phosphate disodique	0		1	
<b>Antispasmodiques :</b>	Phloroglucinol-Triméthylphloroglucinol	1	(0,08)	0	(0)
<b>Acides biliaires :</b>	Acide ursodesoxycholique	1	(0,8)	0	(0)
<b>Antiparkinsonien :</b>	Trihexyphénidyle	3	(0,25)	0	(0)
	Tropatépine chlorhydrate	1		0	
<b>Antiasthmatiques :</b>	Montélukast	0	(0)	1	(0,1)
	Ipratropium	0		1	
<b>Bronchodilatateur :</b>	Tiotropium	1	(0,25)	1	(0,2)
	Tiotropium, olodatérol	1		0	
	Formotérol fumarate + Budésonide	1		0	
	Salbutamol	0		2	
	Terbutaline	0		1	
<b>Hormonothérapie :</b>	Triptoréline	1	(0,08)	0	(1,5)
	Dutastéride	0		1	
	Lévothyroxine	0		2	
<b>Anti-diurétiques :</b>	Desmopressine	0	(0)	1	(0,05)
<b>Antirétrovirale :</b>	Rilpivirine, emtricitabine, ténofovie alafénamide	1	(0,08)	0	(0,15)
	Ritonavir	0		1	
	Darunavir	0		1	
	Abacavir/Lamivudine	0		1	
<b>Corticoïdes</b>	Budésonide	1	(0,08)	0	(0)
<b>Antivertigineux :</b>	Acétylleucine	1	(0,08)	0	(0)
<b>Hypo-uricémiants :</b>	Allopurinol	0	(0)	1	(0,05)
<b>Anti-arthrosiques :</b>	Sodium chondroïtine sulfate	0	(0)	1	(0,05)
<b>Antifongiques :</b>	Miconazole	0	(0)	1	(0,05)
<b>Compléments alimentaires :</b>	Crème hyper protéinée	1	(0,17)	1	(0,3)
	Vitamine E	1		0	

<i>Cholécalciferol</i>	0	2
<i>Fumarate ferreux</i>	0	1
<i>Thiamine</i>	0	1
<i>Pyridoxine</i>	0	1

TABLEAU 10

*M\** = Moyenne de médicaments de la classe par patients du groupe

LISTE DES TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES

<i>Classe de médicament</i>	<i>Molécule</i>	<i>Prescrits aux patients inclus (n=12)</i>		<i>Prescrits aux patients sans suivi psychiatrique (n=11)</i>	
		<i>N</i>	<i>(*)</i>	<i>N</i>	<i>(*)</i>
<b>Neuroleptiques :</b>	<i>Aripiprazole</i>	4	(1,5)	0	(0,91)
	<i>Cyamémazine</i>	3		0	
	<i>Clozapine</i>	2		1	
	<i>Rispéridone</i>	2		4	
	<i>Loxapine</i>	2		3	
	<i>Pipotiazine</i>	1		0	
	<i>Amisulpride</i>	1		1	
	<i>Lévomépromazine</i>	2		0	
	<i>Palipéridone</i>	1		0	
	<i>Holopéridol</i>	0		1	
<b>Anxiolytiques</b>	<i>Oxazépam</i>	3	(0,58)	2	(0,45)
	<i>Lorazépam</i>	1		0	
	<i>Bromazépam</i>	1		0	
	<i>Clobazam</i>	1		0	
	<i>Hydroxyzine</i>	1		0	
	<i>Clorazépate</i>	0		1	
	<i>Prazépam</i>	0		2	
	<i>Diazépam</i>	0		0	
	<i>Alprazolam</i>	0		0	
<b>Antiépileptiques/thymo-régulateurs :</b>	<i>Prégabaline</i>	3	(0,42)	1	(0,27)
	<i>Valproate de sodium</i>	1		1	
	<i>Lamotrigine</i>	1		0	
	<i>Teralithe</i>	1		0	
	<i>Lévétiracétam</i>	0		1	
<b>Antidépresseurs :</b>	<i>Venlafaxine</i>	1	(0,33)	2	(0,73)
	<i>Duloxétine</i>	1		1	
	<i>Clomipramine</i>	1		0	
	<i>Miansérine</i>	1		2	
	<i>Paroxétine</i>	0		2	

	<i>Mirtazapine</i>	0		1	
<b>Psychostimulants :</b>	<i>Méthylphénidat</i>	1	<b>(0,08)</b>	0	<b>(0)</b>
<b>Traitements substitutifs :</b>	<i>Buprénorphine</i>	0	<b>(0)</b>	1	<b>(0,18)</b>
	<i>Nicotine</i>	0		1	
<b>Somnifères :</b>	<i>Zopiclone</i>	5	<b>(0,67)</b>	0	<b>(0,09)</b>
	<i>Mélatonine</i>	2		1	
	<i>Zolipdem</i>	1		0	
<b>Hypnotiques :</b>	<i>Alimémazine</i>	0	<b>(0)</b>	1	<b>(0,09)</b>

TABLEAU 11

*M\* = Moyenne de médicaments de la classe par patients du groupe*

## ANNEXE 4 : CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES

---

### ANTECEDENTS MEDICAUX NON MENTIONNES PAR LES MEDECINS TRAITANTS :

- *Neurologiques :*
  - *Hydrocéphalie*
  - *Tremblement essentiel*
  - *Syndrome parkinsonien médicamenteux*
  - *Neuropathie périphérique*
- *Vasculaires :*
  - *AOMI*
  - *Embolie pulmonaire*
  - *Thrombose veineuse profonde*
- *Urologiques :*
  - *Hypertrophie bénigne de la prostate*
  - *Enurésie*
- *Digestifs :*
  - *constipation*

### ANTECEDENTS CHIRURGICAUX NON MENTIONNES PAR LES MEDECINS TRAITANTS :

- *chirurgie viscérale :*
  - *Occlusion*
  - *Hernie inguinale gauche*
- *Chirurgie orthopédique :*
  - *Polytraumatisme par défenestration*
  - *Fracture humérus*
- *ORL :* *Choléastome oreille gauche*
- *Chirurgie vasculaire :* *Pontage AOMI*
- *Gynécologie :* *Hystérectomie*

### ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES NON MENTIONNEES PAR LES MEDECINS TRAITANTS :

- *Troubles du sommeil*
- *Schizophrénie*
- *Maladie bipolaire*
- *tentatives de suicide pour 2 patients*

### TRAITEMENTS SOMATIQUES NON CONNUS PAR LES MEDECINS TRAITANTS :

- *Antiagrégant plaquettaire :*

- *Clopidogrel*
- *Diurétiques :*
  - *Furosémide*
  - *Spironolactone*
- *Corticoïdes :*
  - *Budesonide*
- *Traitements du système digestif :*
  - *Phloroglucinol-Triméthylphloroglucinol*
  - *Hydroxide d'aluminium/hydroxide de magnésium*
  - *Esoméprazol*
  - *Macrogol*
- *Antalgiques :*
  - *Paracetamol chez 4 patients*
- *Bronchodilatateur :*
  - *Tiotropium*
  - *Tiotropium, olodatérol*
- *Hypolipémiant :*
  - *Fénofibraite*

#### TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES NON CONNUS PAR LES MEDECINS TRAITANTS :

- *Neuroleptiques :*
  - *Clozapine*
  - *Rispéridone (2 patients)*
  - *Loxapine*
  - *Aripiprazole*
- *Anxiolytiques :*
  - *Oxazépam (2 patients)*
  - *Hydrozine*
- *Somnifères et voisins :*
  - *Zopiclone*
- *Antiépileptiques/thymo-régulateurs :*
  - *Prégabaline*
  - *Teralithe*
- *Antidépresseur :*
  - *Venlafaxine*
  - *Miansérine*
- *Hormonothérapie :*
  - *Triptoréline*

## ANNEXE 5 : CONNAISSANCES DES PSYCHIATRES

---

### ANTECEDENTS MEDICAUX NON CONNUS PAR LES PSYCHIATRES :

- *Neurologiques :*
  - *Tremblement essentiel*
  - *Syndrome parkinsonien médicamenteux*
  - *Neuropathie périphérique*
  - *TC ancien*
  - *Atrophie corticale polaire temporale*
- *Cardio-Vasculaires :*
  - *Insuffisance cardiaque*
  - *Dilatation aorte*
  - *Insuffisance mitrale*
  - *Souffle mitral systolique*
  - *Athérome carotide G*
- *Pneumologiques :*
  - *Insuffisance respiratoire*
  - *Asthme*
- *Néphrologiques/ Electrolytiques :*
  - *Insuffisance rénale*
  - *Hyponatrémie*
- *Urologiques :*
  - *Hypertrophie bénigne de la prostate*
  - *Enurésie*
- *Hépto-Digestifs :*
  - *Constipation (chez 2 patients)*
  - *Stéatose hépatique pour cirrhose*
- *Endocrinologiques :*
  - *Obésité*
  - *dyslipidémie*
- *ORL :*
  - *trouble auditif*
- *Ophtalmologiques :*
  - *trouble visuel*
  - *DMLA*
- *Rhumatologiques :*
  - *Lombalgies*

#### ANTECEDENTS CHIRURGICAUX NON CONNUS PAR LES PSYCHIATRES :

- *chirurgie viscérale :*
  - *Occlusion*
  - *Hernie inguinale gauche*
  - *Hernie ombilicale*
- *Chirurgie orthopédique :*
  - *Polytraumatisme par défenestration*
  - *Fracture humérus*
  - *Fracture du plateau tibiale*
  - *PTH bilatérale*

#### ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES NON CITES PAR LES PSYCHIATRES :

- *Troubles du sommeil*
- *tentatives de suicide pour 2 patients*

#### TRAITEMENTS SOMATIQUES NON CONNUS PAR LES PSYCHIATRES :

- *Antiagrégant plaquettaire :*
  - *Clopidogrel*
- *Diurétiques :*
  - *Furosémide -----3*
  - *Spironolactone*
- *Antihypertenseurs :*
  - *Bisoprolol*
  - *Nebivolol*
  - *Perindopril*
  - *Ramipril*
- *Traitements du système digestif :*
  - *Phloroglucinol-Triméthylphloroglucinol*
  - *Macrogol*
  - *Lactulose*
- *Antidiabétiques :*
  - *Dulaglutide*
- *Antalgiques :*
  - *Paracetamol chez 4 --- 5*
  - *Paracetamol, Tramadol*
- *Bronchodilatateur :*
  - *Tiotropium*

- *Tiotropium, olodatérol*
- *Hypolipémiant :*
  - *Fénofibraite*
  - *Rosuvastatine*
- *Anti vertigineux :*
  - *Acétylleucine*
- *Anti-parkinsonien :*
  - *Tropatépine*

TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES NON CONNUS PAR LES PSYCHIATRES :

- *Neuroleptiques :*
  - *Clozapine*
  - *Risperidone (2 patients)*
  - *Aripiprazole*
  - *Cyamémazine*
- *Anxiolytiques :*
  - *Oxazépam (2 patients)*
  - *Hydroxyzine*
- *Somnifères et voisins :*
  - *Zopiclone -----2*
  - *Mélatonine*
- *Antiépileptiques/thymo-régulateurs :*
  - *Prégabaline ----- 2-*
  - *Teralithe -----2*
- *Antidépresseur :*
  - *Miansérine*



Nom, prénom du candidat : Berman-Cohen, Ina Rachel

## CONCLUSIONS

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la communication et la coordination entre les médecins généralistes traitants et les psychiatres dans le parcours de soins complexe des patients atteints de la double problématique somatique et psychiatrique. L'étude a confirmé le postulat de départ : cette communication et cette coopération est bien insuffisante. Nous avons demandé aux médecins qui communiquaient au maximum 1 fois par an avec leurs confrères de donner une raison pour laquelle ils ne communiquaient pas davantage. Les réponses données peuvent être distinguées en deux groupes : 1) Une majorité des médecins ne voyait pas l'utilité d'une communication plus fréquente (60% des médecins traitants et 93% des psychiatres). 2) Les autres médecins ont indiqué que la raison était liée à un manque de temps par rapport à la disponibilité du confrère.

Lorsque la communication entre le médecin généraliste et le psychiatre leur semblait établie et satisfaisante, cette communication restait pour autant insuffisante. Les médecins traitants libéraux connaissaient 53,13% des antécédents psychiatriques de leurs patients et 53,3% de leur traitement. Les psychiatres connaissaient 66% des antécédents somatiques et 55% des traitements de leurs patients. Le risque d'erreur liée à la complexité clinique est donc non négligeable voir majeur.

Les situations cliniques pouvant être qualifié « à risque » n'étaient communiquées que par 43% des médecins traitants et par 25% des psychiatres à l'autre membre du binôme soignant. Et seulement 40% de ces derniers notaient que l'information avait été transmise par son confrère.

Nous avons également examiné le suivi somatique et psychiatrique des patients de l'échantillon. Selon le dossier médical informatisé du Centre Hospitalier Le Vinatier 98 (76%) des 129 dossiers examinés identifiaient un médecin traitant et 84 (65%) un psychiatre traitant. Dans le cas où les deux professionnels étaient renseignés (61 patients soit 47% de l'échantillon initiale), ils ont tous été contactés par courriel ou téléphone afin de vérifier la qualité de ce suivi mixte.

Pour 17 patients (28%) un suivi actif somatique a pu être confirmé, pour 20 patients (33%) l'absence de suivi somatique a été démontrée. Pour les psychiatres un suivi actif était confirmé pour 21 patients (34%), l'absence de suivi a été démontrée pour 11 patients (18%). Les résultats sont cependant à pondérer du fait de l'absence de réponse d'un certain nombre de professionnels interrogés (soit 24 médecins traitants et 29 psychiatres).



**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1**  
Faculté de Médecine Lyon Est  
8 avenue Rockefeller  
69373 LYON Cedex 08

Faculté de Médecine Lyon Est  
<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER  
CRÉER  
PARTAGER

BERMAN COHEN  
(CC BY-NC-ND 2.0)

Certes, non significatifs, ces résultats montrent toutefois des tendances inquiétantes. Connaissant la sur-morbi-mortalité des patients atteints de maladies psychiatriques, un suivi effectif et global, réalisé en pluridisciplinaire, par au moins un médecin généraliste et un psychiatre, doit être la base de toute prise en charge.

De grands efforts sont déjà effectués pour améliorer la communication entre médecins traitants et psychiatres. 4 ans après la signature d'une charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie pour améliorer la coordination entre les deux secteurs<sup>1</sup>, les tendances dégagées par notre étude montrent que des progrès restent à accomplir.

De nombreuses études ont été menées sur ce sujet, mais les études quantitatives restent peu nombreuses et les échantillons trop restreints. Elargir ces études pourrait non seulement apporter des résultats significatifs, mais également contribuer à la sensibilisation des médecins traitants et des psychiatres à ce sujet. Seulement deux études sur le suivi actif des patients atteints de maladies psychiatriques ont pu retrouver, confirmant aussi cette tendance morbide. Une étude dédiée à ce sujet, idéalement multicentrique pourrait apporter des informations plus précises pour mieux prendre en charge ce problème par la suite.

**Le Président de la thèse,**  
*Nom et Prénom du Président*  
*Signature*

*Pr Yves Zerbib*



**Vu :**  
**Pour le Président de l'Université,**  
**Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



*Gilles Rode*  
**Professeur Gilles RODE**



Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le **16 AVR. 2019**

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1**  
Faculté de Médecine Lyon Est  
8 avenue Rockefeller  
69373 LYON Cedex 08

<sup>1</sup> « Charte de Partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur », mars 2014,  
<https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11417.pdf>.



## UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

### Ina Rachel BERMAN

La communication et la coordination entre médecins traitants et psychiatres dans le suivi complexe des patients présentant une double problématique somatique et psychiatrique

#### **RESUME**

**Objectifs :** Estimer le pourcentage de patients hospitalisés en unité médicale du C.H. « Le Vinatier » ayant un suivi actif avec un médecin généraliste (MG) et/ou un psychiatre. Evaluer la communication et la collaboration entre le médecin traitant et le psychiatre traitant dans le suivi chronique de leurs patients en commun.

**Matériel et méthodes :** Etude quantitative épidémiologique, mono-centrique, transversale avec un schéma observationnel réalisé sur 129 patients entrant aux services médicaux du Centre Hospitalier « Le Vinatier ». Vérification du suivi somatique et psychiatrique des patients dans le dossier patient et confirmation du suivi actif par contact avec le binôme MG / psychiatre. Evaluation de la communication entre MG et psychiatre par questionnaire, évaluation des connaissances du dossier patient.

**Résultats :** Parmi les 129 patients, 13% avaient un suivi actif somatique confirmé, et 16% n'en avaient pas. 16% avaient un suivi actif psychiatrique confirmé, 9% n'en avaient pas. Les MG libéraux connaissaient 53% des antécédents psychiatriques de leurs patients et 53% de leur traitement. Les psychiatres connaissaient 66% des antécédents somatiques et 55% des traitements de leurs patients. Des situations cliniques pouvant être qualifiées « à risque » n'étaient communiquées que par 43% des médecins traitants et par 25% des psychiatres à l'autre membre du binôme soignant.

**Conclusions :** Malgré des efforts, la communication et la collaboration entre médecin généraliste et psychiatre demeure insuffisante. Ce manque d'échange peut mettre en danger les patients atteints de doubles pathologies somatiques et psychiatriques, particulièrement vulnérables avec une sur-morbi-mortalité par rapport à la population normale.

**Mots clés :** médecine générale, soins primaires, santé mentale, psychiatrie, collaboration, coordination des soins, communication

#### **JURY**

Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Membres : Madame le Professeur Marie FLORI  
Monsieur le Professeur Mohamed SAOUD  
Madame le Docteur Léa FAU  
Madame le Docteur Aurélie BAILLY  
Madame le Docteur Françoise PILLOT-MEUNIER

**DATE DE SOUTENANCE :** 16 mai 2019

11 boulevard Pinel, 69003 Lyon

[inarberman@gmail.com](mailto:inarberman@gmail.com)

Faculté de Médecine Lyon Est  
<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER  
CRÉER  
PARTAGER