

**SOUTENANCE A CRETEIL**  
**UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE**  
**FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

\*\*\*\*\*

**ANNEE 2013**

**N° 1021**

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**  
**Discipline : Médecine Générale**

-----

**Présentée et soutenue publiquement le :**

**à : CRETEIL (PARIS XII)**

-----

**Par Océane GADROY-PIERRE**

**Née le 25 Février 1982 à Avignon**

-----

**TITRE : TAUX DE DECLARATION DE MEDECIN TRAITANT PARMIS 100  
PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE (GROUPE HOSPITALIER PAUL  
GUIRAUD) ET FACTEURS EXPLICATIFS**

**DIRECTEUR DE THESE :**  
**Dr Nadia CHAUMARTIN**

**LE CONSERVATEUR DE LA**  
**BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE**

**Signature du**  
**Directeur de thèse**

**Cachet de la bibliothèque**  
**universitaire**

**SOUTENANCE A CRETEIL**

**UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE**

**FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

\*\*\*\*\*

**ANNEE 2013**

**N°**

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT**

**DE**

**DOCTEUR EN MEDECINE**

**Discipline : Médecine Générale**

-----

**Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :**

**à : CRETEIL (PARIS XII)**

-----

**Par Océane GADROY-PIERRE**

**Née le 25 Février 1982 à Avignon**

-----

**TITRE : TAUX DE DECLARATION DE MEDECIN TRAITANT PARMIS 100  
PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE (GROUPE HOSPITALIER PAUL  
GUIRAUD) ET FACTEURS EXPLICATIFS**

**DIRECTEUR DE THESE :**  
**Dr Nadia CHAUMARTIN**

**LE CONSERVATEUR DE LA**  
**BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE**

**Signature du**  
**Directeur de thèse**

**Cachet de la bibliothèque**  
**universitaire**

## Résumé :

Depuis les années 80, de nombreuses études épidémiologiques montrent que les patients souffrant de maladie mentale sont plus fréquemment porteurs d'affections somatiques, souvent non prises en charge. Ils ont une espérance de vie diminuée de 10 à 20 ans par rapport à la population générale.

Suite à une hospitalisation en psychiatrie, les patients ont pour la plupart un suivi psychiatrique, qui est organisé et pris en charge par l'hôpital. En revanche, ils n'ont pas systématiquement de suivi somatique qui repose sur leur propre initiative.

Il serait intéressant de mettre en évidence des facteurs expliquant ce manque de suivi somatique, dont certains pouvant être modifiés, notamment par l'intervention d'un médecin traitant dont le rôle a été redéfini par la loi de 2005.

Une étude a donc été réalisée sur 100 patients hospitalisés en psychiatrie au sein du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, afin d'évaluer la fréquence de la déclaration de médecin traitant chez ces patients ainsi que les facteurs médicaux, psychiatriques, démographiques ou sociaux pouvant influencer cette déclaration.

Dans notre étude, 79 % des patients affirment avoir un médecin traitant déclaré à la sécurité Sociale.

Les facteurs tels que le sexe féminin, l'âge élevé, la présence d'un entourage, l'autonomie, un niveau d'étude supérieur et le diagnostic psychiatrique de trouble de l'humeur semblent liés à la déclaration de médecin traitant, sans être significatifs. Par ailleurs, bénéficier d'une prise en charge à 100 % dans le cadre d'une ALD est possiblement un facteur important de déclaration d'un médecin traitant, quelles que soient par ailleurs les caractéristiques démographiques et sociales de ces patients.

**Mots clés :** Comorbidité, psychiatrie, régulation de l'accès aux soins spécialisés, Soins de santé primaire, troubles mentaux.

**Abstract:**

Since the 1980s, according to many studies, patients with mental disease are more likely to suffer from somatic affections, often not treated. These patients have a life expectancy 10 to 20 years shorter than the rest of the population.

After a hospitalization in a psychiatric ward, most of the patients benefit of a psychiatric, planned and paid by the hospital. However, they do not automatically have a somatic follow-up, which has to be launched on their own initiative.

It would be interesting to highlight the factors explaining this lack of somatic follow-up, as some of them can be modified, especially by the action of a General Practitioner (GP), whom function has been re-defined by the Law in 2005.

A survey has been achieved on 100 patients hospitalized in psychiatry at Paul Guiraud hospital (Villejuif), in order to estimate the frequency to which these patients declare their GP as well as the medical, psychiatric, demographical and social factors that can influence patients in declaring a General Practitioner.

In this survey, 79% of the patients assert to have declared a GP to the Social security.

Factors such as the female gender, high age, presence of acquaintances, being in childless couple, high level of education and diagnosis of mood disorder seem to have a link with the declaration of the GP, without being statistically significant. Besides, having a long duration disease (LDD) is linked with a higher rate of GP declaration, regardless of the demographic and social characteristics of those patients.

**Key words:** Comorbidity, psychiatry, Gatekeeping, Primary health care, Mental disorder.

## Remerciements

**A Mesdames et Messieurs les membres du jury** : Je vous remercie de me consacrer une partie de votre temps et d'avoir accepté de juger mon travail.

**Au Docteur URREA** : J'ai le plaisir de travailler dans votre service où nous bénéficions de votre expérience dans la prise en charge à la fois somatique et psychiatrique des patients hospitalisés dans votre établissement. Votre compétence, votre dévouement à votre travail et votre gentillesse m'ont portée à me passionner pour votre discipline.

Soyez assuré de mon très grand respect.

**Au Docteur CHAUMARTIN** : Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser ce travail avec plaisir et confiance grâce à votre compétence, vos encouragements, votre disponibilité. Vous m'avez accompagnée et conseillée avec gentillesse, simplicité et aisance.

Je vous suis reconnaissante et vous exprime ma profonde considération.

**Au Docteur SHOJAIE** : Je vous remercie de votre disponibilité et de vos conseils avisés.

Soyez en très sincèrement remerciée.

A

Teddy, mon mari, pour son amour, son soutien et sa patience depuis toutes ces années, ainsi que pour son aide dans la mise en page de cette thèse.

A

Victoria, ma fille, pour ses sourires, sa gentillesse et sa joie de vivre qui me comblent de bonheur.

A

ma mère, avec toute mon affection et ma gratitude pour sa confiance en moi et son soutien

A

mes grands-parents

A

ma famille et belle-famille

A

toute l'équipe des spécialités médicales

## Préambule

Lors de mon stage de soins somatiques en psychiatrie au sein du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, j'ai pu découvrir et explorer les caractéristiques et les pathologies des patients porteurs d'un trouble psychiatrique, qui constituent une partie non négligeable de la patientèle de tout médecin généraliste installé.

L'importance des soins somatiques pour ces patients, très souvent porteurs d'une comorbidité somatique associée à leur pathologie psychiatrique, a attiré mon attention.

Ce semestre de fin d'internat m'a fait prendre conscience des difficultés et des enjeux de la prise en charge de ces patients qui, au sein de nos consultations au cabinet médical, ont parfois du mal à trouver leur place ou à répondre aux exigences d'un système de soin qui demande de bonnes compétences cognitives et sociales pour assurer sa propre santé.

J'ai donc voulu réaliser une étude qui renseigne sur l'existence d'un médecin traitant chez ces patients porteurs d'une pathologie chronique souvent lourde et dont l'isolement est péjoratif pour leur état de santé. En effet, il est particulièrement important pour ces patients d'avoir une prise en charge coordonnée qui ne peut être réalisée que par un médecin traitant.

## Table des matières

Introduction .....	10
1.1 Particularités sociales et économiques des patients présentant une pathologie mentale .....	10
1.2 Santé des patients présentant une pathologie psychiatrique .....	11
1.2.1 Comorbidité somatique chez les patients atteints de maladie psychiatrique .....	11
1.2.2 La santé mentale dans le système de soin.....	15
1.2.3 Le médecin traitant .....	15
1.2.4 L'accès aux soins somatiques pour les patients suivis en psychiatrie .....	16
2 Matériel et méthodes .....	19
2.1 Objectif.....	19
2.2 Méthodes .....	19
2.2.1 Type d'enquête.....	19
2.2.2 Population.....	19
2.2.3 Déroulement de l'étude .....	19
2.2.4 Questionnaire et modalités de recueil.....	20
2.2.5 Analyse statistique.....	20
2.2.6 Biais attendus .....	20
3 Résultats .....	21
3.1 Description de la population étudiée .....	21
3.1.1 Profil démographique .....	21
3.1.2 Profil socio-économique.....	23
3.1.3 Profil psychiatrique .....	29
3.1.4 Profil médical .....	31
3.2 Fréquence de Médecin traitant déclaré.....	34
3.2.1 Fréquence et spécialité .....	34
3.2.2 Lien entre la déclaration de médecin traitant et le suivi décrit par les patients .....	34

3.3	Facteurs associés à l'existence ou non d'un Médecin Traitant déclaré .....	36
3.3.1	Facteurs démographiques .....	36
3.3.2	Facteurs socio-économiques.....	36
3.3.3	Facteurs psychiatriques .....	42
3.3.4	Facteurs médicaux.....	44
4	Discussion .....	46
4.1	Forces et faiblesse de l'étude.....	46
4.1.1	Forces .....	46
4.1.2	Faiblesses.....	47
4.2	Description de la population étudiée .....	47
4.2.1	Profil socio-économique.....	47
4.2.2	Profil psychiatrique .....	49
4.2.3	Profil médical .....	50
4.3	Facteurs associés à l'existence ou non d'un Médecin Traitant déclaré .....	50
4.3.1	Facteurs démographiques .....	50
4.3.2	Facteurs socio-économiques.....	51
4.3.3	Facteurs psychiatriques .....	52
4.3.4	Facteurs médicaux.....	52
5	Conclusions .....	53
6	Annexes.....	55
6.1	Questionnaire de thèse.....	55
6.2	Tableaux récapitulatifs .....	57
6.2.1	Profils démographique et socio-économiques. (N=100).....	57
6.2.2	Profil médico-psychiatrique .....	58
7	Bibliographie.....	59

## Liste des abréviations utilisées

AAH : Allocation Adulte Handicapé  
ALD : Affection Longue Durée  
AME : Aide médicale d'Etat  
APL : Aide Personnalisée au Logement  
ASE : Aide Sociale à l'Enfance  
AVC : Accident Vasculaire Cérébral  
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive  
CAF : Caisse d'Allocations Familiales  
CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire  
HTA : Hypertension Artérielle  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MT : Médecin Traitant  
OR : Odds Ratio  
GHPG : Groupe Hospitalier Paul Guiraud  
RR : Risque Relatif  
SDF : Sans Domicile Fixe  
VHB : Virus de l'hépatite B  
VHC : Virus de l'hépatite C  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Introduction

### 1.1 Particularités sociales et économiques des patients présentant une pathologie mentale

Les patients présentant des troubles psychiatriques représentent une part importante de la population. En effet, le trouble bipolaire à une prévalence de 2 à 8 % de la population générale [18]. La schizophrénie quant à elle touche 0,3 à 0,7 % de la population générale.

Les patients atteints de troubles psychiatriques ont un niveau socio-économique et culturel plus bas que la population générale [9].

Ils sont 3 à 5 fois plus souvent sans-emploi, 17 à 20 % sans domicile [18] et 30 à 50 % vivent sous le seuil de pauvreté [14].

En France plusieurs solutions existent afin de protéger et aider les patients présentant un trouble psychiatrique dans le but de limiter ces retentissements sur leur qualité de vie. Il s'agit de la déclaration et la prise en charge en Affection Longue Durée (ALD), de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et selon le degré d'incapacité une mesure de protection des biens peut être mise en place.

L' ALD est un « dispositif mis en place afin de permettre une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale des soins délivrés aux patients souffrant d'une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (ce qui est le cas des pathologies psychiatriques sévères) »

Les protocoles d'ALD sont en principe rédigés par le médecin traitant. Néanmoins, lors d'une hospitalisation, ils peuvent être rédigés par un praticien hospitalier, afin de ne pas retarder la prise en charge à 100%. L'exonération du ticket modérateur sera effective durant 6 mois, dans l'attente d'une régularisation par le médecin traitant. Cette procédure dérogatoire peut cependant être renouvelée indéfiniment même en l'absence de médecin traitant d'autant que dans le cadre de cette prise en charge, les patients peuvent continuer à se rendre directement chez le spécialiste qui traite leur maladie. [7,23]

Quant à l'AAH, il s'agit d'une « prestation non contributive destinée à assurer un minimum de ressources aux personnes dont un handicap ou un état de santé empêche d'accéder à un emploi.». La demande doit être déposée auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).Le dossier doit contenir un certificat médical détaillé rempli par le médecin traitant ou le spécialiste [25].

D'autre part, selon la loi du 3 Janvier 1968, une mesure de protection des biens « doit être envisagée lorsque les facultés intellectuelles d'un adulte sont altérées par une maladie mentale (...) ». Ces mesures sont réversibles.

Il existe 3 types de mesure de protection des biens qui sont, de la plus légère à la plus lourde : la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle.

Les patients atteints de troubles psychiatriques sont vulnérables et nous avons exploré leurs particularités socio-économiques et juridiques. Nous allons à présent nous intéresser à leurs particularités somatiques qui ne font que renforcer leur fragilité faisant d'eux des patients nécessitant une prise en charge toute particulière.

## 1.2 Santé des patients présentant une pathologie psychiatrique

### 1.2.1 Comorbidité somatique chez les patients atteints de maladie psychiatrique

La surmortalité des patients souffrant d'une pathologie mentale est connue depuis longtemps. En effet, dès le 19ème siècle, les aliénistes avaient fait le constat d'une surmortalité résultant alors principalement de causes infectieuses en rapport avec la promiscuité dans les asiles. L'apparition des antibiotiques a fait baisser le taux de mortalité.

Néanmoins depuis les années 80, de nombreuses études épidémiologiques montrent que les patients porteurs de troubles psychiatriques souffrent plus fréquemment d'affections somatiques, le plus souvent non connues ou non prises en charge. Les études, plus nombreuses chez les patients schizophrènes, mettent en avant une espérance de vie réduite d'environ 20 % (soit 9 à 25 ans selon la méthodologie employée) par rapport à la population générale [2,10,16,18,21,22].

Le risque relatif (RR) de décès des suites d'une pathologie somatique dans la population psychiatrique se situe entre 1,5 et 4 selon les études [11,26]. Bien que les causes violentes (suicides, accidents de la voie publiques) sont à l'origine de près de la moitié des décès, il n'en demeure pas moins que les décès par cause naturelle sont 2.5 fois plus élevés que dans la population générale [8,9,11,21].

Dès lors, il paraît important de diagnostiquer la comorbidité somatique chez ces patients, d'autant qu'il a été mis en évidence que 30 % à 60 % des patients consultant ou hospitalisés en psychiatrie présenteraient une pathologie organique associée, méconnue dans

50 % des cas, et influençant l'évolution de la pathologie psychiatrique dans 50 à 70 % des cas. [2,16,21].

Nous allons donc ensuite présenter dans un premier temps la morbidité somatique en lien à la pathologie mentale, puis la morbidité somatique iatrogène des traitements de cette pathologie mentale.

De nombreux travaux ont montré que les troubles psychiatriques constituent un facteur de risque majeur de pathologie somatique. En effet, 50 à 90 % des patients présentant une maladie mentale grave ont au moins une pathologie somatique chronique [18].

Chez les patients atteints d'une pathologie mentale, le RR de pathologies cardio-vasculaires varie de 1,64 à 5 par rapport à la population générale et en fonction du type d'atteinte (infarctus, coronaropathies, dyslipidémies, HTA, AVC, troubles du rythme) [13,16,18,21].

Il existe aussi une prévalence importante des troubles métaboliques, l'obésité et le diabète (y compris chez les patients naïfs de tout traitement) étant, selon les études entre 1,3 et 4 fois plus élevé que dans la population générale [16,18,21]. Le syndrome métabolique concerne 28 à 60% des patients schizophrènes et 30% des patients bipolaires [26].

Les patients présentant une pathologie psychiatrique ont également un mode de vie favorisant les facteurs de risques cardio-vasculaires mais également d'autres (addictions, sexualité, mauvaise hygiène alimentaire...)

En effet ils sont plus souvent fumeurs (50 à 80 % des patients présentant les troubles mentaux sont fumeurs contre 25 % de la population générale) [10,16,18], avec pour conséquence des maladies pulmonaires (asthme et BPCO) 2 à 3 fois plus fréquentes que dans la population générale [18].

A la consommation tabagique s'ajoutent les consommations d'alcool ou de drogues. Plus de 60 % des patients présentant des troubles psychiatriques graves sont addictes[18],avec chez les schizophrènes une prévalence de l'abus d'alcool 3,3 fois plus élevée que dans la population générale et une prévalence de l'abus de substances illicites 6,6 fois plus importante que dans la population générale [10].

Ils sont également plus souvent sédentaires [18,26] avec un repli social lié aux symptômes négatifs de la pathologie psychiatrique.

Il a également été mis en évidence que ces patients ont une mauvaise hygiène alimentaire (alimentation grasse, déséquilibrée) [16,18,26].

Les conséquences sont que le risque d'obésité est multiplié par 3 par rapport à la population générale [16] entraînant à la fois une dégradation de l'image de soi et majorant les affections cardio-vasculaires (HTA, artériopathies), les troubles métaboliques (diabète de type 2, hypertriglycémie), les pathologies ostéo-articulaires, les cancers (utérins, coliques ou du sein) et les pathologies des voies biliaires, augmentant ainsi la morbidité et la mortalité [15].

D'autre part, les patients présentant une pathologie mentale ont également plus de conduites sexuelles à risque, qui associées aux conduites addictives favorisent les maladies infectieuses (VIH, VHB, VHC) qui sont entre 5 et 10 fois plus fréquentes que dans la population générale [18].

Nous pouvons noter que les patients souffrant de trouble bipolaire ont un risque 4 fois supérieure à la population générale de contracter le virus du sida.

Concernant les cancers, ils sont 1,2 à 2 fois plus fréquents chez les patients présentant des troubles de l'humeur que dans la population générale [16,18], en revanche, pour les patients schizophrènes, les études sont contradictoires.

Il paraît également important de mentionner une prévalence importante d'ostéoporose, d'origine multifactorielle (inactivité physique, malnutrition, hyperprolactinémie) [16].

La morbidité somatique iatrogénique est également très importante chez les patients atteints de troubles psychiatriques ; les anti psychotiques et stabilisateurs de l'humeur peuvent avoir d'importants effets secondaires pouvant contribuer à majorer le(s) trouble(s) somatique(s) [18] voire être à l'origine de morts subites [16]. Ces effets indésirables diffèrent selon le type de molécule.

Concernant les neuroleptiques : il a été constaté des neutropénies, des torsades de pointe par allongement de l'intervalle QT [28] et des cardiomyopathies [18].

Ils sont également à l'origine d'un ralentissement du transit pouvant entraîner une occlusion intestinale, de prises de poids et de troubles de l'équilibre glucido-lipidique allant jusqu'au syndrome métabolique [21,28].

Il faut également noter les troubles neurologiques (extrapyramidaux, dyskinésies, sédation) avec des conséquences graves telles que les risques de chute et de fausse-route [8,21].

Ces traitements sont également à l'origine d'une hyper prolactinémie pouvant majorer les risques de cancer du sein de même que les risques d'ostéoporose par hypogonadisme secondaire [21,28].

Pour ce qui est des stabilisateurs de l'humeur : des dysfonctions thyroïdiennes, rénales et hépatiques, [18] ainsi que des prises de poids importantes ne sont pas rares.

Quant aux antidépresseurs tricycliques et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine : ils sont principalement à l'origine d'une hyponatrémie parfois sévère voire mortelle [18] et de ralentissement du transit pouvant aller jusqu'à l'occlusion intestinale [16].

Nous avons donc pu constater que les pathologies psychiatriques sont fréquemment associées à une comorbidité somatique dont elles sont facteur de mauvais pronostic [13].

Cependant, il ne faut pas oublier que les troubles somatiques ne sont pas sans conséquences sur les troubles psychiatriques. En effet, Les patients présentant des troubles somatiques ont en moyenne 2 fois plus de troubles psychiatriques que la population générale [13].

Pour des raisons mal connues, les comorbidités somatiques influent sur l'évolution de la pathologie psychiatrique dans 50 à 70 % des cas et sont considérées comme un facteur causal dans près de 20 % des cas [2, 3,16].

Elles peuvent majorer ou aggraver la pathologie mentale, la chroniciser et être à l'origine d'une résistance aux traitements psychiatriques [13]. Néanmoins, parfois, un trouble somatique sévère peut entraîner un changement de comportement du patient présentant une pathologie mentale et en faire diminuer la symptomatologie.

Nous avons donc souligné l'importance du lien entre pathologies psychiatrique et somatique avec une aggravation mutuelle des deux pathologies, évoluant secondairement chacune pour son compte [13] et nécessitant donc une prise en charge à la fois psychiatrique et somatique. Aussi, il semble important de discuter de la prise en charge des patients présentant une pathologie mentale, dans le système de soin français.

### 1.2.2 La santé mentale dans le système de soin

En se séparant de la neurologie dans les années 70, la psychiatrie s'est orientée vers une prise en charge de l'esprit provoquant ainsi un éloignement de la plainte corporelle.

Ainsi, les psychiatres soucieux d'explorer les émotions et les pensées élaborées par les patients, pensent qu'il serait trop invasif de pratiquer l'examen somatique et d'assurer la prise en charge de la pathologie organique.

Il est donc habituel dans les hôpitaux psychiatriques français que le corps soit pris en charge par des médecins généralistes ou spécialistes, appelés somaticiens.

Concernant la prise en charge des patients en santé mentale, celle-ci a considérablement évolué ces dernières années, avec pour résultat une désinstitutionnalisation progressive des patients et une augmentation importante de la prise en charge en ambulatoire [6].

Cette prise en charge s'articule en secteurs permettant d'assurer un suivi au plus près du lieu de résidence, avec une coordination entre les différents professionnels.

La prise en charge psychiatrique n'est pas la seule à avoir évolué ces dernières années, en effet, il est indispensable d'évoquer la notion de médecin traitant qui représente un grand changement en médecine générale.

### 1.2.3 Le médecin traitant

Le parcours de soins coordonné a été mis en place suite à la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de centraliser les soins.

Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières.

Les assurés sont libres de choisir, avec son accord, leur médecin traitant. Quel que soit le mode d'exercice et la spécialité du médecin traitant, celui-ci est au centre de la prise en charge globale et a pour rôle de coordonner le dossier médical du patient et d'orienter celui-ci vers les professionnels les plus aptes à traiter sa situation spécifique (aides sociales, médecins spécialistes) [7].

Après avoir mis en évidence le lien entre comorbidités psychiatrique et somatique et posé les bases des prises en charge psychiatrique et somatique, il est nécessaire de comprendre les particularités de la prise en charge somatique si complexe des patients présentant une pathologie mentale.

#### 1.2.4 L'accès aux soins somatiques pour les patients suivis en psychiatrie

Le taux de pathologies somatiques sous diagnostiquées ou non traitées est plus élevé chez les patients présentant des troubles psychiatriques que dans la population générale [15]. Cela est d'origine multifactorielle et en lien avec les différents intervenants. La co-occurrence d'une pathologie somatique et d'un trouble psychiatrique confronte médecins (psychiatres et somaticiens) et malade à de multiples difficultés à commencer par celle du diagnostic [13].

Plusieurs raisons sont à l'origine des difficultés auxquelles doivent faire face les patients pour avoir accès aux soins somatiques.

D'une part, ils ne perçoivent pas leurs besoins en santé physique de la même façon que la population générale. En effet, il faut noter une anosognosie des patients et une relation biaisée avec leur corps : dans les pathologies psychotiques, les manifestations délirantes, le déni, les troubles de la perception et du cours de la pensée peuvent conduire le patient à négliger les symptômes physiques ou à les inclure dans la construction délirante [24,26,28]. Dans de nombreuses pathologies psychiatriques il existe également une altération du schéma corporel et de la perception de la douleur qui rendent le patient sourd aux signes d'appels somatique [18,28].

D'autre part, les patients psychiatriques présentent plus de difficultés à avoir un environnement et un emploi stable, ils sont plus souvent en situation précaire [16]. Une comorbidité somatique peut donc leur sembler secondaire par rapport aux soucis de la vie quotidienne [3,15,24].

Qui plus est, du fait des perturbations du comportement social, des troubles cognitifs et du repli, ils sont moins performants dans la recherche de soins médicaux appropriés [16,18,28]. Les patients présentant des troubles psychiatriques sévères ont de grande difficultés d'accès aux soins (OR : 2.5-7.0) [4].

Par ailleurs, de nombreuses études mettent en avant un fait important à prendre en compte : la prise en charge de ces patients est aussi altérée par la peur ; peur de ne pas être cru [15,18], voire que la consultation somatique se termine par une hospitalisation pour raison psychiatrique [18], peur également de la stigmatisation et de la discrimination [15,24]. A cela

s'ajoutent les sentiments de culpabilité et d'indignité notamment chez les patients dépressifs [26].

Enfin, lorsque le patient accède aux soins somatiques, ce sont les médecins qui peuvent être confrontés à des difficultés de prise en charge.

En effet, la prise en charge des patients psychiatriques est chronophage pour de nombreuses raisons.

Tout d'abord, le décodage de la plainte somatique du patient psychiatrique est ardu, car souvent atypique et potentiellement altéré par des thèmes délirants se fixant sur le corps. Les signes d'alerte peuvent être noyés dans un flot de plaintes somatiques chez le patient anxieux ayant tendance à somatiser. Par ailleurs, les patients ont des difficultés à rapporter leurs troubles et leurs antécédents [3,16,21,26,28].

A cela s'ajoute une ambiguïté sémiologique de certains symptômes qui peuvent aussi bien s'observer dans le cadre de la pathologie psychiatrique que dans le cadre d'une pathologie somatique [21], avec le risque de percevoir à tort des plaintes de nature médicales comme étant psychosomatiques et inversement.

Par ailleurs, la compliance et le consentement aux soins peuvent parfois être difficiles à obtenir [21,28].

Plus de la moitié des patients déclarent ne pas prendre leur traitement régulièrement [5,18], 75% des patients ne souhaitent pas ou ne sont pas capables de suivre des recommandations hygiéno-diététiques [12], pourtant traitement de première intention des troubles glucido-lipidiques, si prévalents chez ces patients.

Il est maintenant établi que dans les pathologies médicales, l'existence d'une souffrance psychique est un facteur de mauvaise observance thérapeutique [12].

Enfin, les patients présentent souvent une « labilité émotionnelle », des troubles cognitifs et une altération du jugement, à l'origine de changement d'avis et/ou de difficultés à aller en consultation [3,24,28].

En conséquence, en raison de manifestations de la maladie mentale pouvant obscurcir la démarche diagnostique, il découle des erreurs ou des retards diagnostiques préjudiciables et contribuant à altérer le pronostic de ces patients [6].

Alors qu'autorités sanitaires et psychiatres s'accordent sur l'importance d'un suivi somatique pour ces patients, il reste parfois difficile de leur trouver un médecin traitant quand ils n'en ont pas encore [24].

Dès lors, il paraît intéressant d'évaluer la fréquence de médecin traitant déclaré identifiable auprès de ces patients et d'analyser les facteurs explicatifs associés à l'existence ou non d'un médecin traitant (MT) déclaré, l'existence d'un médecin traitant déclaré étant la première étape d'une prise en charge somatique efficiente.

Notre étude décrira dans un premier temps, et en détail la population étudiée, puis les résultats observés quant à la déclaration d'un médecin traitant, et aux facteurs associés identifiés.

## 2 Matériel et méthodes

### 2.1 Objectif

L'objectif de cette étude est d'évaluer la fréquence de médecins traitants déclarés indentifiables auprès de 100 patients entrants à l'hôpital Paul Guiraud spécialisé en psychiatrie et d'essayer d'identifier les facteurs associés (facteurs démographiques, socio-économiques, familiaux, environnementaux, médicaux et psychiatriques).

### 2.2 Méthodes

#### 2.2.1 Type d'enquête

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle, quantitative et anonyme.

#### 2.2.2 Population

##### 2.2.2.1 Critères d'inclusion

122 patients admis consécutivement au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud ont été sélectionnés, dont 100 seront interrogés car répondant aux critères de non inclusion ou d'exclusion.

##### 2.2.2.2 Critères de non inclusion

Les patients hébergés hors secteur, c'est-à-dire non-résidents du Val de Marne ou des Hauts de Seine, ne sont pas inclus dans l'étude, de même que les patients de l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin pour les mêmes raisons.

Les patients âgés de moins de 16 ans sont aussi exclus car non concernés par la déclaration de médecin traitant.

##### 2.2.2.3 Patients exclus

Les patients sortis avant d'être vus, trop délirants ou refusant de répondre au questionnaire sont exclus.

#### 2.2.3 Déroulement de l'étude

L'enquête a été menée du 16 Janvier au 06 Février 2012.

La liste des entrants a été fournie par le bureau des admissions, au jour le jour.

Les patients ont été interrogés entre 24 heures et une semaine suivant leur entrée, par un seul enquêteur.

122 patients étaient éligibles, 22 ont été exclus (12 patients sortis avant d'être vus, 2 patients trop délirants et 8 refus), 100 patients sont interrogés et analysés dans ce travail.

## 2.2.4 Questionnaire et modalités de recueil

### 2.2.4.1 Les données recueillies

Un questionnaire simple et anonyme a été élaboré, reprenant les données démographiques (date de naissance, sexe, département de résidence), le mode de vie (situation familiale, entourage familial et amical, études et emploi), les conditions socio-économiques (mesure de protection des biens, logement, revenus, droits), l'état de santé (antécédents psychiatriques et médicaux, parcours de soin).

Les pathologies psychiatriques sont regroupées en trois catégories :

La schizophrénie (et autres troubles psychotiques), les troubles de l'humeur, et les autres troubles comprenant retard mental ou trouble du développement, trouble de la personnalité, trouble du comportement, troubles liés à la consommation de substance.

### 2.2.4.2 Modalités de recueil

Les patients, précédemment informés des modalités de l'étude afin de pouvoir donner leur consentement oral, ont été interrogés par un seul enquêteur, dans une salle de soin ou dans leur chambre, en présence d'un personnel soignant.

La durée de l'entretien était d'environ 20 minutes.

Les questionnaires ont parfois été complétés à l'aide du logiciel patient CIMAISE (dans lequel des informations ont été rentrées par les assistantes sociales), via des appels auprès des médecins traitants, des tuteurs/curateurs ou de la famille, à la demande du patient lorsque celui-ci ne pouvait répondre.

## 2.2.5 Analyse statistique

Notre enquête ne permet pas une analyse statistique poussée en raison de la faible taille de notre échantillon.

## 2.2.6 Biais attendus

Les patients recrutés en milieu hospitalier ne sont pas représentatifs de la population générale ni même de la population présentant une pathologie psychiatrique (biais de Berkson).

D'autre part l'étude est réalisée à partir des déclarations des patients. Il est possible que du fait de leur trouble cognitif et du caractère aigu de leur pathologie au moment de l'hospitalisation, certaines informations soient faussées.

### 3 Résultats

#### 3.1 Description de la population étudiée

##### 3.1.1 Profil démographique

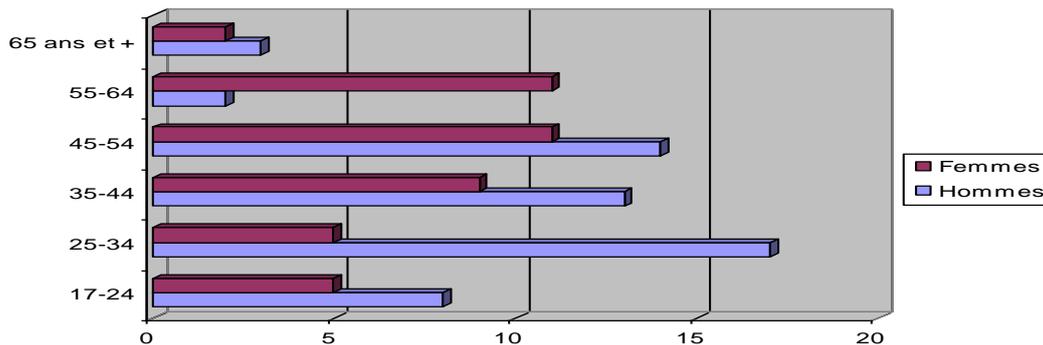
###### 3.1.1.1 Distribution de la population selon le sexe

Parmi les 100 patients interrogés 43 sont des femmes.

Le sex ratio homme/femme est de 1,33.

###### 3.1.1.2 Distribution de la population selon l'âge et le sexe

Figure 1: Répartition de la population en fonction de l'âge et du sexe



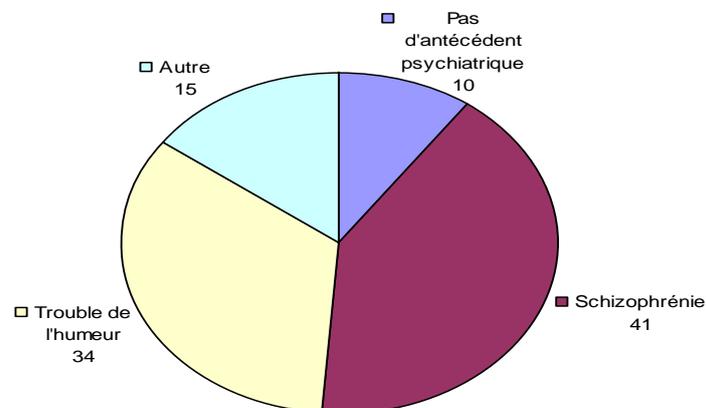
La figure 1 montre que pour les hommes, l'âge moyen est de 38,6 ans, l'âge minimal de 18 ans, l'âge maximal de 81 ans et la médiane est à 36 ans.

Pour les femmes, l'âge moyen est de 45,6 ans, l'âge minimal de 20 ans, l'âge maximal de 77 ans et la médiane est à 47 ans.

La répartition des hommes est plutôt concentrée entre les âges de 25 et 54 ans, tandis que celle des femmes se situe plutôt entre 35 et 64 ans.

###### 3.1.1.3 Distribution de la population selon la pathologie psychiatrique

Figure 2: Distribution de la population selon les antécédents psychiatriques

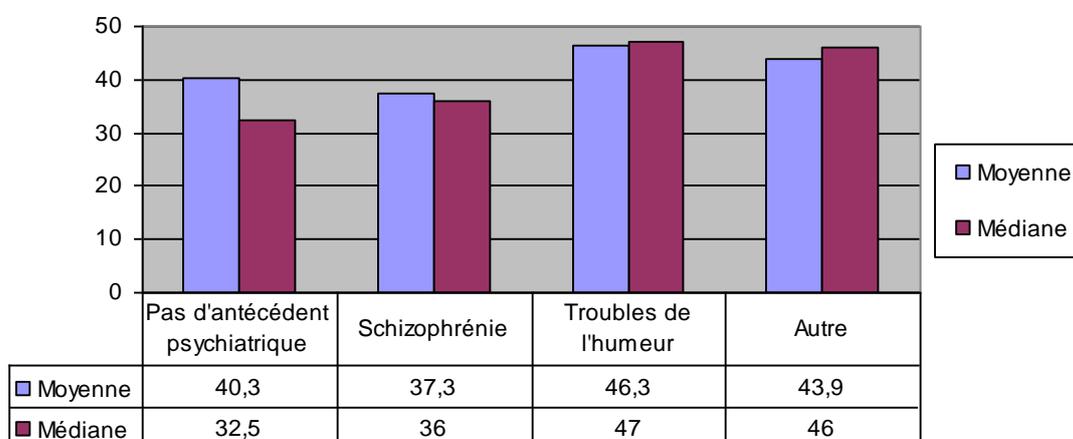


Pour 10 des 100 patients interrogés, aucun diagnostic psychiatrique n'est posé car il s'agit d'un premier épisode.

Pour les 90 autres patients : 41 patients sont porteurs de schizophrénie ou de troubles apparentés, 34 présentent des troubles de l'humeur et pour les 15 derniers, un diagnostic autre a été posé (8 patients présentent des troubles liés à la consommation de substances, 5 patients présentent un trouble du comportement, 1 patient présente un trouble de la personnalité et 1 patient souffre d'agoraphobie).

#### 3.1.1.4 Distribution de la population selon l'âge et la pathologie psychiatrique

**Figure 3** : Répartition des patients selon l'âge et la pathologie



Concernant les patients n'ayant pas de diagnostic psychiatrique, l'âge moyen est de 40,3 ans. L'âge minimal est de 18 ans, l'âge maximal de 81 ans et la médiane est à 32,5 ans.

Pour les patients présentant une schizophrénie, l'âge moyen est de 37,3ans. L'âge minimal est de 18 ans, l'âge maximal de 65 ans et la médiane est à 36 ans.

Pour les patients présentant des troubles de l'humeur, l'âge moyen est de 46,3 ans. L'âge minimal est de 20 ans, l'âge maximal de 77 ans et la médiane est à 47 ans.

Pour les patients présentant un autre diagnostic, l'âge moyen est de 43,9ans. L'âge minimal est de 20 ans, l'âge maximal de 71 ans et la médiane est à 46 ans.

L'âge moyen de notre échantillon est de 41,6 ans, l'âge minimum de 18 ans, l'âge maximal de 81 ans et la médiane est à 43 ans.

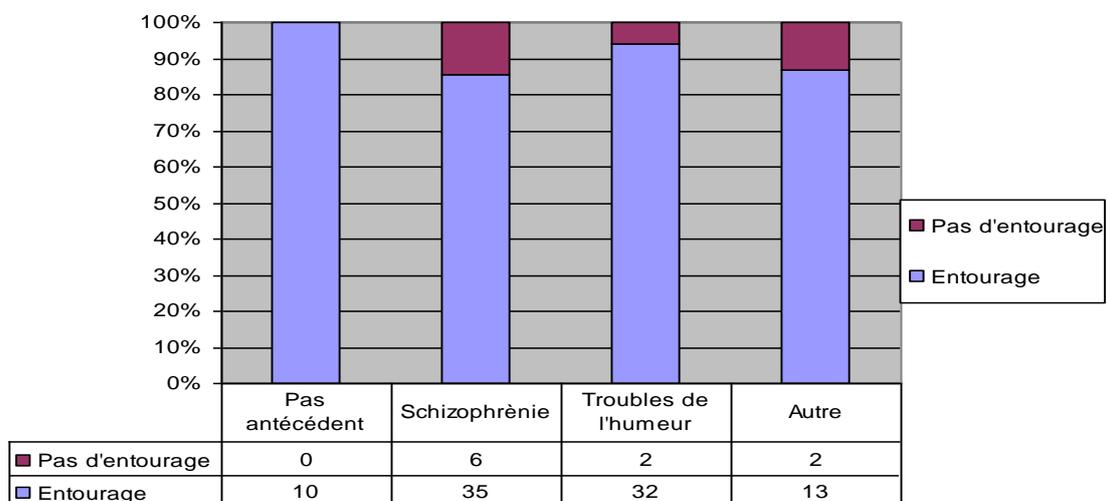
### 3.1.1.5 Distribution de la population selon le département d'habitation

Parmi les 100 patients interrogés, 55 résident dans les Hauts-de-Seine (92) et 45 dans le Val-de-Marne (94).

### 3.1.2 Profil socio-économique

#### 3.1.2.1 Présence d'un entourage

**Figure 4** : Description de la présence ou non d'un entourage en fonction de la pathologie psychiatrique



Parmi les patients interrogés, 90 déclarent avoir un entourage (amical ou familial) présent dans leur vie quotidienne.

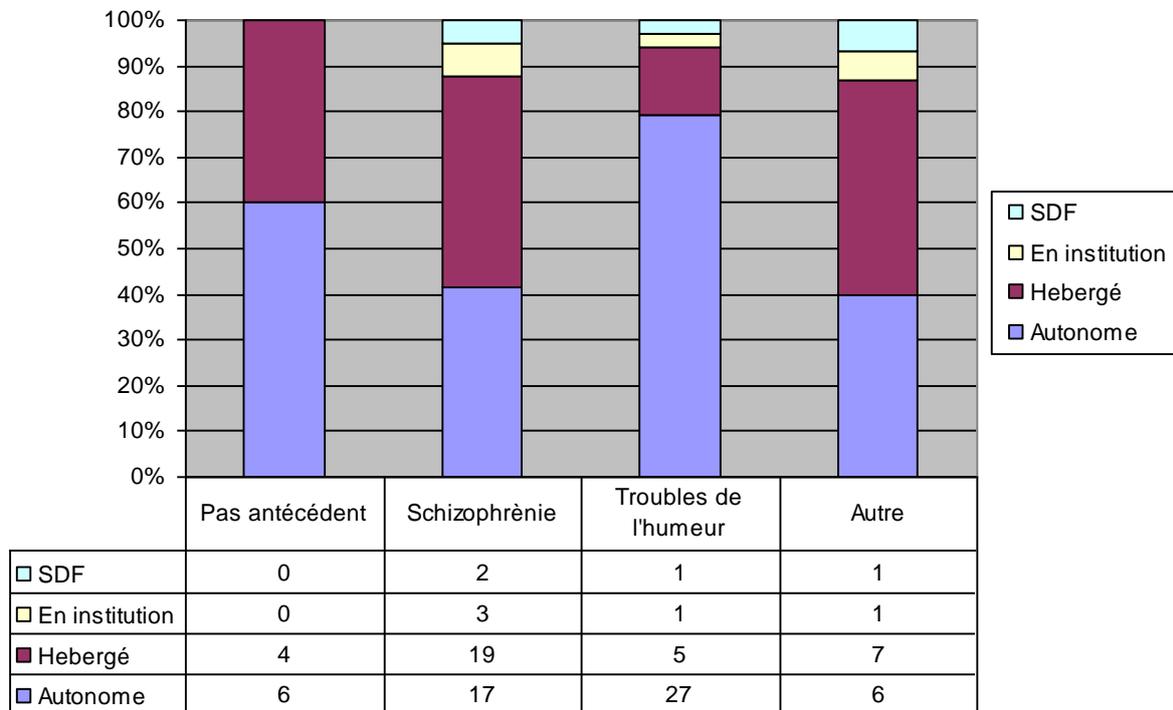
Nous remarquons que tous les patients sans antécédent psychiatrique ont un entourage. Concernant les patients présentant une schizophrénie, 35 (85,4%) ont un entourage tandis que 6 n'en ont pas.

Les patients présentant des troubles de l'humeur sont 32 (94,1%) à avoir un entourage contre 2 qui n'en ont pas.

Quant aux patients présentant une autre pathologie psychiatrique, 13 (86,7%) ont un entourage versus 2 (13,3%) qui sont isolés.

## 3.1.2.2 Logement

Figure 5 : Mode de logement en fonction de la pathologie psychiatrique



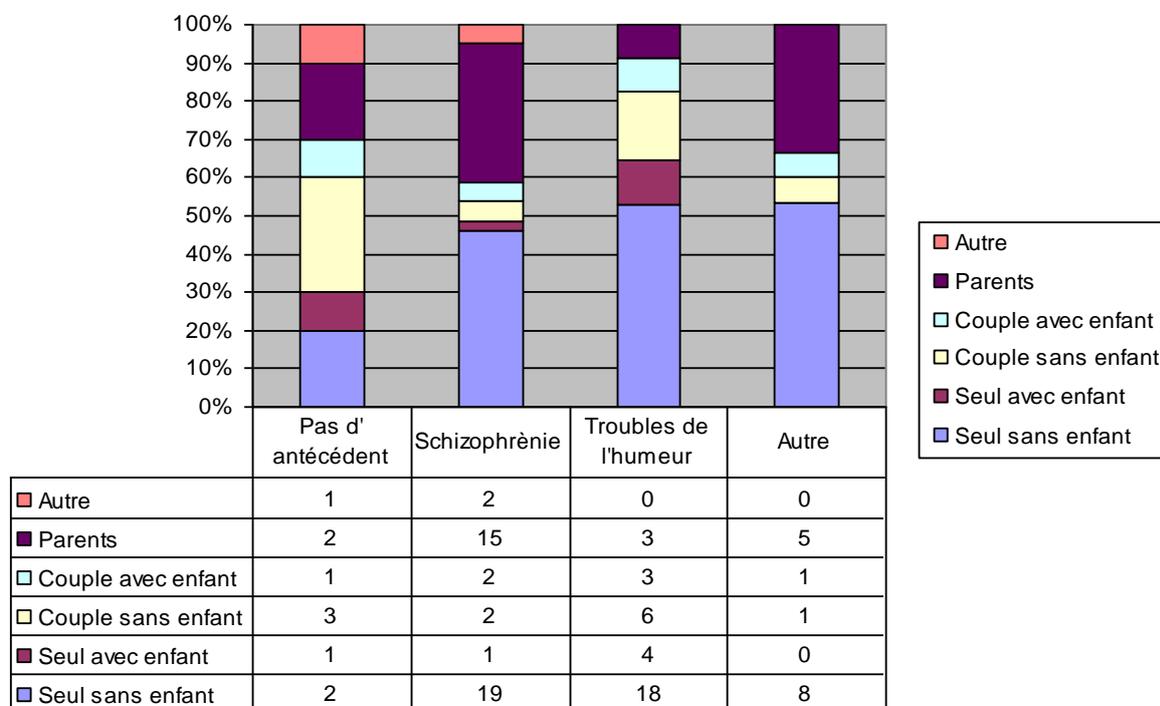
Sur les 100 patients interrogés, 56 sont autonomes, c'est-à-dire qu'ils paient eux-mêmes leur loyer ou participent à cette charge financière.

35 patients sont hébergés, majoritairement chez ou par leurs parents, 1 patient est hébergé par son frère et 1 par des amis.

5 patients vivent en institution (maison de retraite, foyer social, structure de moyen séjour) et 4 sont sans domicile fixe (SDF)

## 3.1.2.3 Situation familiale et entourage au domicile

Figure 6 : Existence et type d'entourage au domicile en fonction de la pathologie psychiatrique



Sur les 100 patients interrogés, 47 vivent seuls et parmi eux, 45 présentent une pathologie psychiatrique connue.

25 des 100 patients interrogés, vivent chez leurs parents dont 2 qui n'ont pas d'antécédent psychiatrique, et sont étudiants

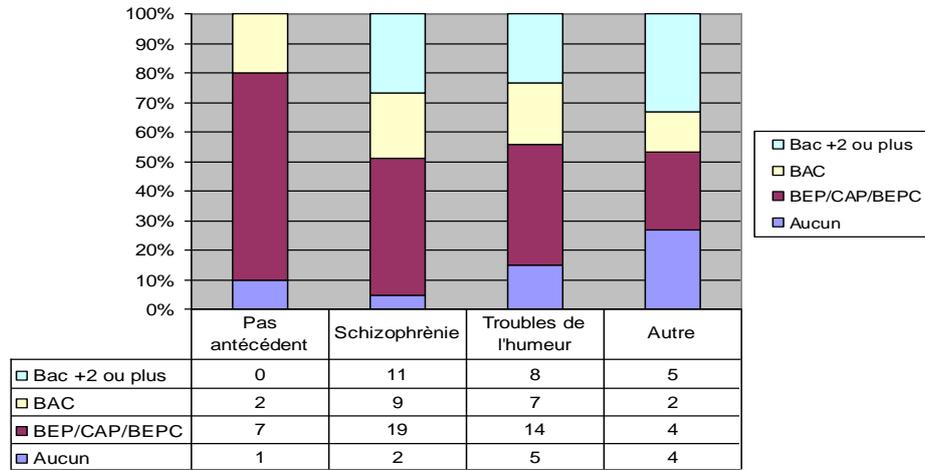
Sur les 100 patients interrogés, 20 patients vivent en couple (mariés, pacsés ou en concubinage).

Enfin 9 patients vivent avec un (des) enfant(s) ou avec un autre compagnon (1 patient vit en couple, avec enfant, hébergé chez ses parents et 2 patients sont célibataires sans enfant hébergés chez des amis et chez un frère.

Chez les patients ne présentant pas d'antécédent psychiatrique connu 40 % sont en couple tandis qu'ils sont 12,2% à 26,5 % chez les patients porteurs d'une pathologie psychiatrique.

3.1.2.4 Niveau d'études

Figure 7 : Répartition du niveau d'études en fonction du diagnostic psychiatrique

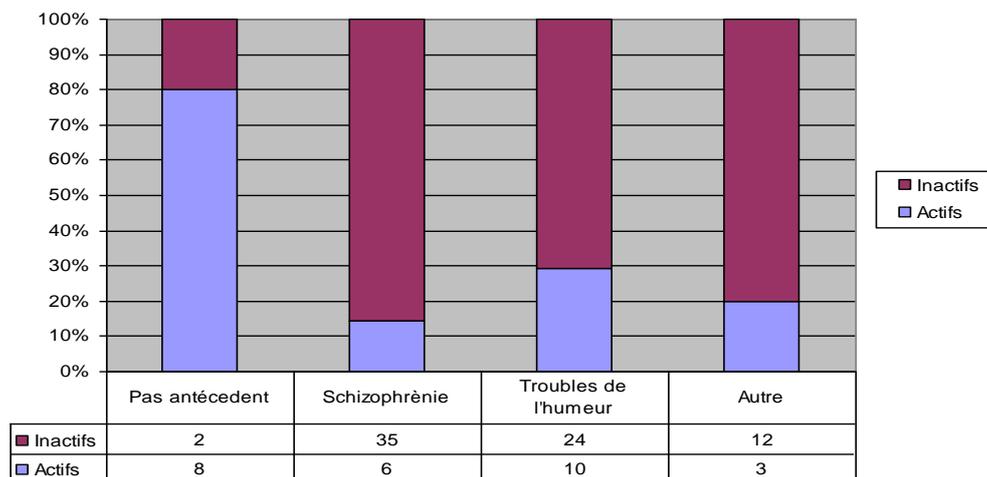


Pour cet item, nous avons considéré le niveau d'étude, que le diplôme ait été obtenu ou non.

Chez les patients porteurs d'une pathologie psychiatrique connue, 44% ont un niveau d'étude égal ou supérieur au bac. Alors que chez les patients sans antécédent connu, ce chiffre descend à 20 %.

3.1.2.5 Situation professionnelle

Figure 8 : Situation professionnelle en fonction de la pathologie psychiatrique



Parmi les 100 patients interrogés, 27 sont actifs.

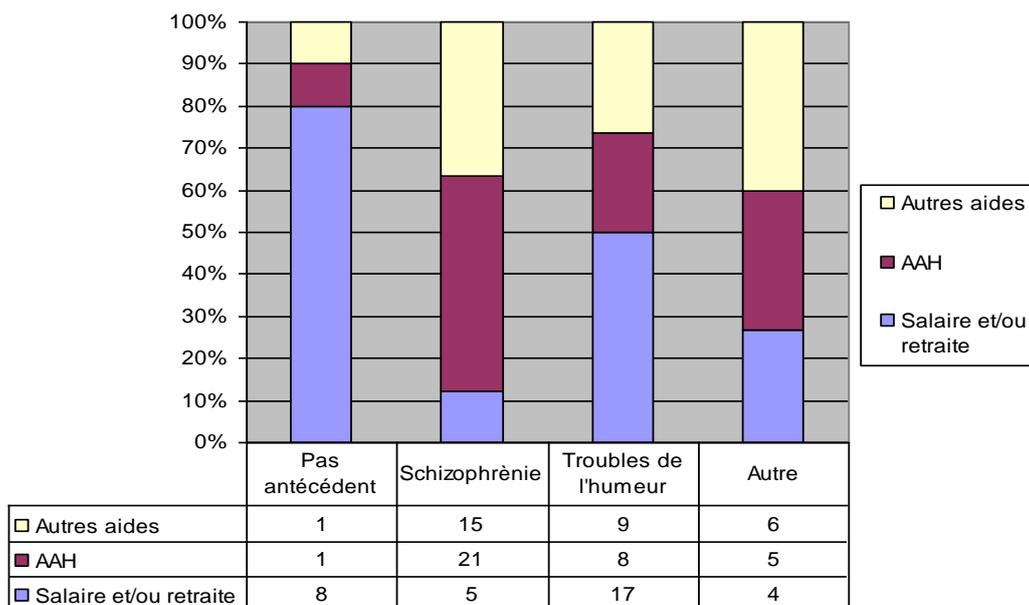
Le taux d'activité est de 80 % chez les patients sans antécédent.

Il varie entre 14 et 30 % chez les patients porteurs d'une pathologie psychiatrique connue.

### 3.1.2.6 Ressources financières

Nous avons interrogé les patients sur le montant de leurs revenus. Devant des réponses hésitantes et le nombre de patients sous mesure de protection des biens (22), les résultats n'ont pas été pris en compte en raison du manque de fiabilité. En revanche, le type de revenus a pu être identifié.

Figure 9 : Types de ressources financières en fonction de la pathologie psychiatrique



Parmi les 100 patients interrogés, 35 perçoivent l'AAH dont 17 ne touchent que celle-ci, 31 bénéficient d'autres aides sociales (RSA, APL, complément de ressource, allocation solidarité, CAF, chômage, complément tierce personne) ou familiales, 26 patients touchent un salaire et 8 patients perçoivent une retraite. Donc, 34 patients ont des revenus qui sont en rapport avec une activité professionnelle.

Chez les patients sans antécédent psychiatrique, 80 % des revenus sont en rapport avec une activité professionnelle (salaire ou retraite).

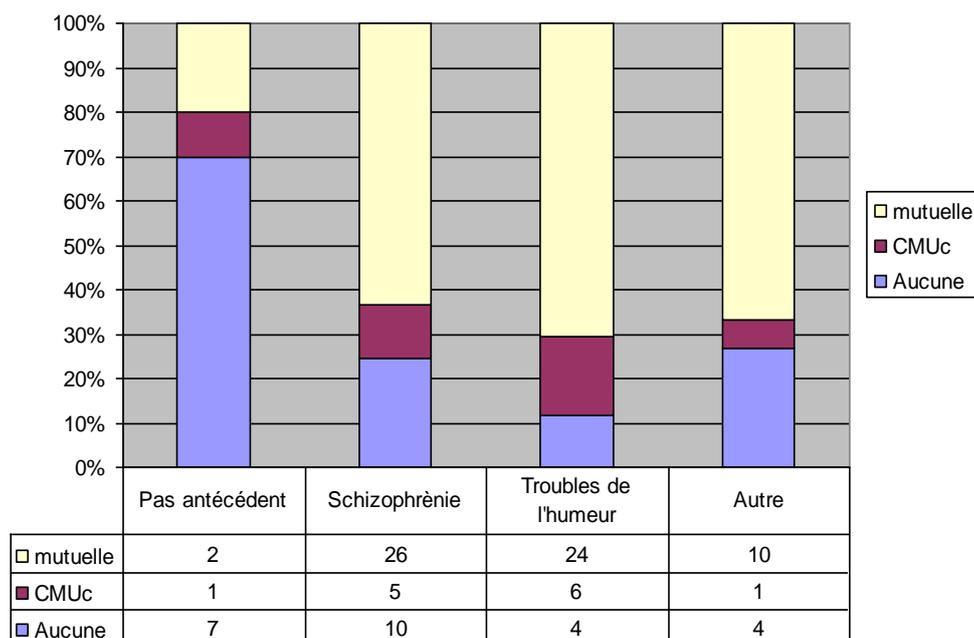
En revanche chez les patients schizophrènes, 51,2 % d'entre eux bénéficient de l'AAH, tandis que 36,6% perçoivent d'autres aides et 12,2% ont des revenus qui sont en rapport avec une activité professionnelle.

En ce qui concerne les patients présentant des troubles de l'humeur, 23,5% perçoivent l'AAH tandis que 26,5 % bénéficient d'autres aides et 50% ont des revenus qui sont en rapport avec une activité professionnelle.

Quant aux patients dont le diagnostic psychiatrique est différent, 33,3 % bénéficient de l'AAH, 40% perçoivent des aides et 26,7% ont un revenu en rapport avec une activité professionnelle.

### 3.1.2.7 Droits

Figure 10 : Type de couverture santé complémentaire en fonction de la pathologie psychiatrique



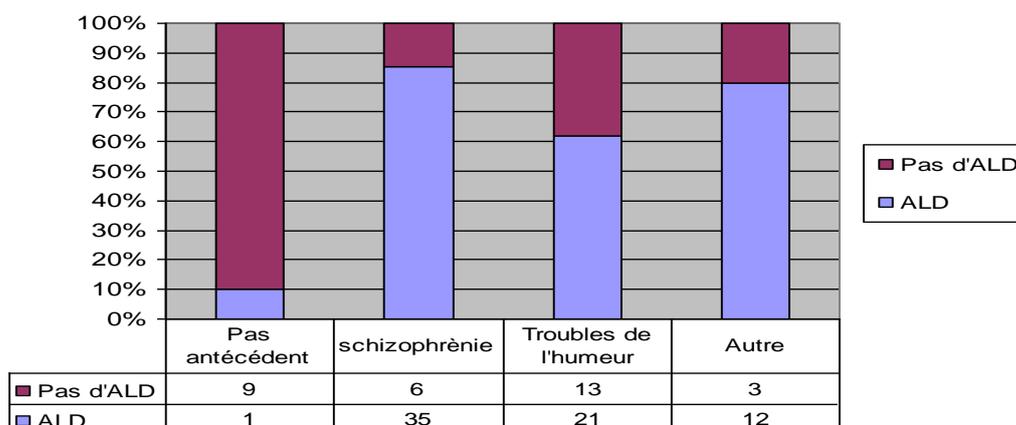
Ce tableau montre que parmi nos 100 patients, 75 ont une mutuelle ou la CMUc et ont donc la possibilité de consulter un médecin généraliste en étant remboursé. A noter qu'aucun patient ne bénéficie de l'AME.

Nous remarquons que parmi les patients sans antécédent psychiatrique 7 (70%) n'ont aucune couverture santé complémentaire, tandis qu'10 à 20 % d'entre eux sont détenteurs d'une mutuelle ou de la CMUc.

En revanche les patients ayant un antécédent psychiatrique connu n'ont pour 11,8 à 26,6 % aucune couverture complémentaire, 73,4 à 88,2 % d'entre eux une mutuelle ou la CMUc.

Il nous est également apparu que la déclaration ou non d'une ALD était un facteur important pour faire une analyse pertinente.

**Figure 11** : Taux d'ALD en fonction de la pathologie psychiatrique



Parmi nos 100 patients 69 bénéficient d'une prise en charge pour ALD.

Parmi les 10 patients sans antécédent psychiatrique, 1 est en ALD tandis que 9 (90%) n'en ont pas.

Parmi les 41 patients porteurs de schizophrénie, 35 (85,4%) sont en ALD.

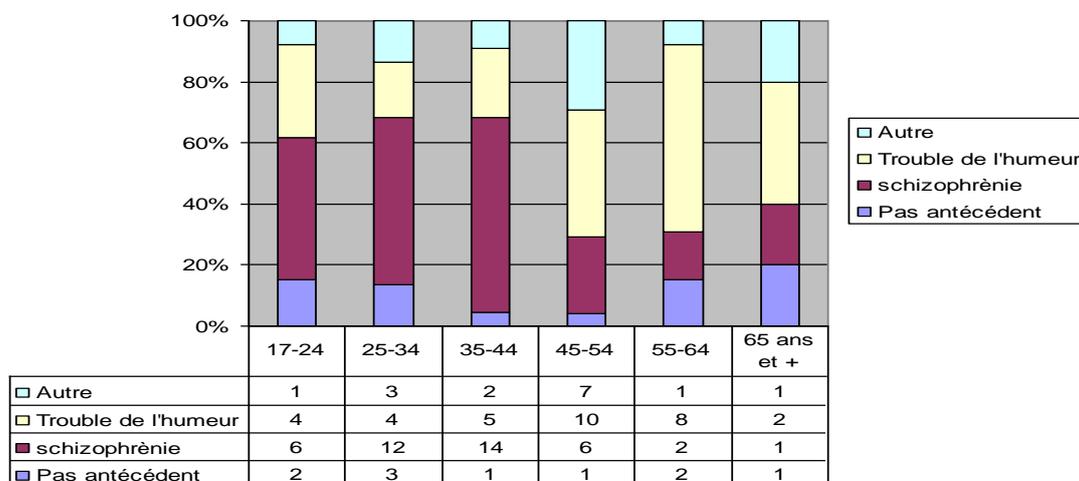
De même, parmi les 15 patients présentant un autre diagnostic, 12 (80%) sont en ALD.

En revanche, parmi les 34 patients présentant des troubles de l'humeur, 21 (61,8%) sont en ALD.

### 3.1.3 Profil psychiatrique

#### 3.1.3.1 Pathologies psychiatriques

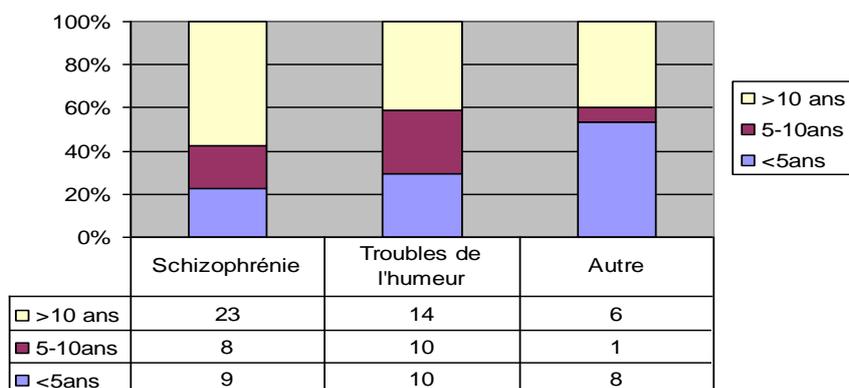
**Figure 12** : Répartition des pathologies psychiatriques en fonction de l'âge



Nous observons que la schizophrénie est particulièrement représentée dans les catégories 17 à 44 ans. Les troubles de l'humeur prennent le dessus pour les catégories suivantes.

### 3.1.3.2 Ancienneté du diagnostic psychiatrique

Figure 13 : Ancienneté du diagnostic psychiatrique

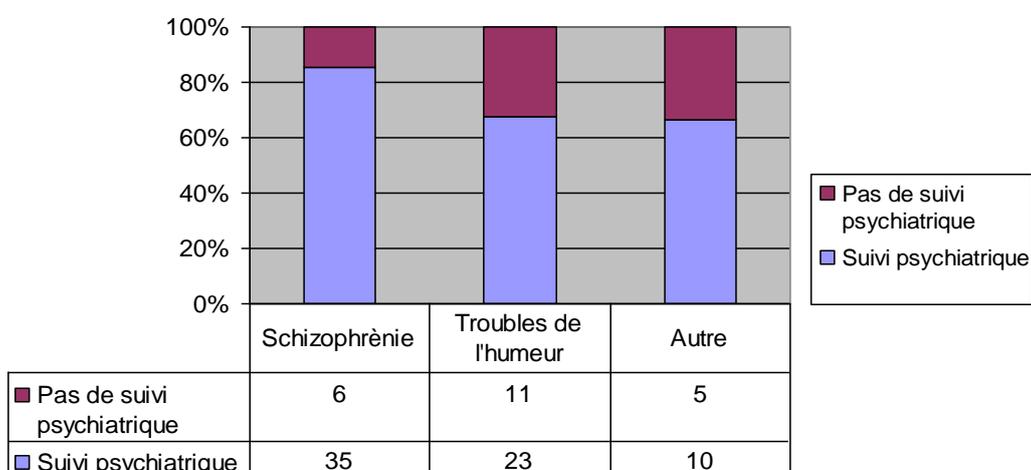


Parmi les 100 patients interrogés, 10 patients n'avaient jamais eu de troubles psychiatriques, chez 1 patient (schizophrène) l'ancienneté du diagnostic n'a pas pu être identifiée. L'analyse a donc porté sur 89 patients.

Nous observons que la pathologie psychiatrique évoluée depuis plus de 10 ans pour 43 patients (48,3 %), depuis 5 à 10 ans pour 19 patients (21,3%), depuis moins de 5 ans pour 27 patients (30,3%).

### 3.1.3.3 Suivi psychiatrique

Figure 14 : Evaluation du suivi psychiatrique en fonction de la pathologie mentale



Chez les patients porteurs de schizophrénie, 35 (85,4%) bénéficient d'un suivi psychiatrique tandis que 6 (14,6%) n'en ont pas.

Chez les patients présentant des troubles de l'humeur, 23 (67,6%) bénéficient d'un suivi par un psychiatre tandis que 11 (32,4%) n'en ont pas.

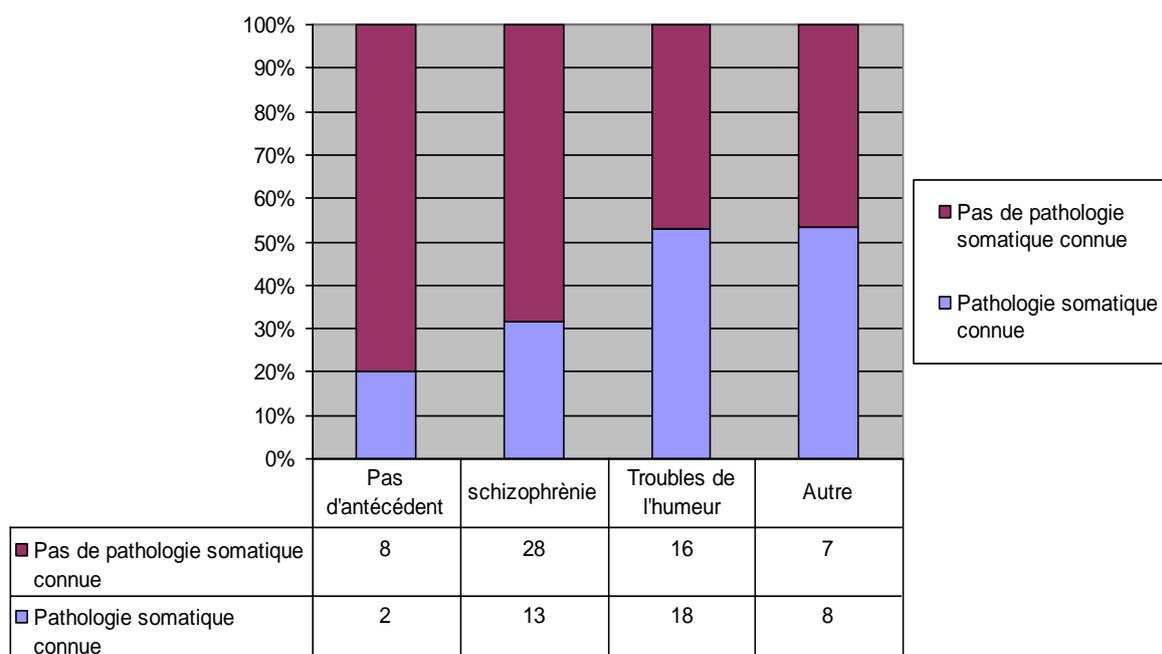
Quant aux patients dont le diagnostic psychiatrique est différent, 10 (66,7%) ont un suivi psychiatrique tandis que 5 (33,3%) n'en ont pas.

Au total 32 patients ne bénéficient d'aucun suivi psychiatrique dont 22 ayant une pathologie psychiatrique connue.

### 3.1.4 Profil médical

#### 3.1.4.1 Pathologie somatique connue

**Figure 15** : Répartition de la connaissance ou non d'une pathologie somatique avant l'hospitalisation en fonction de la pathologie psychiatrique



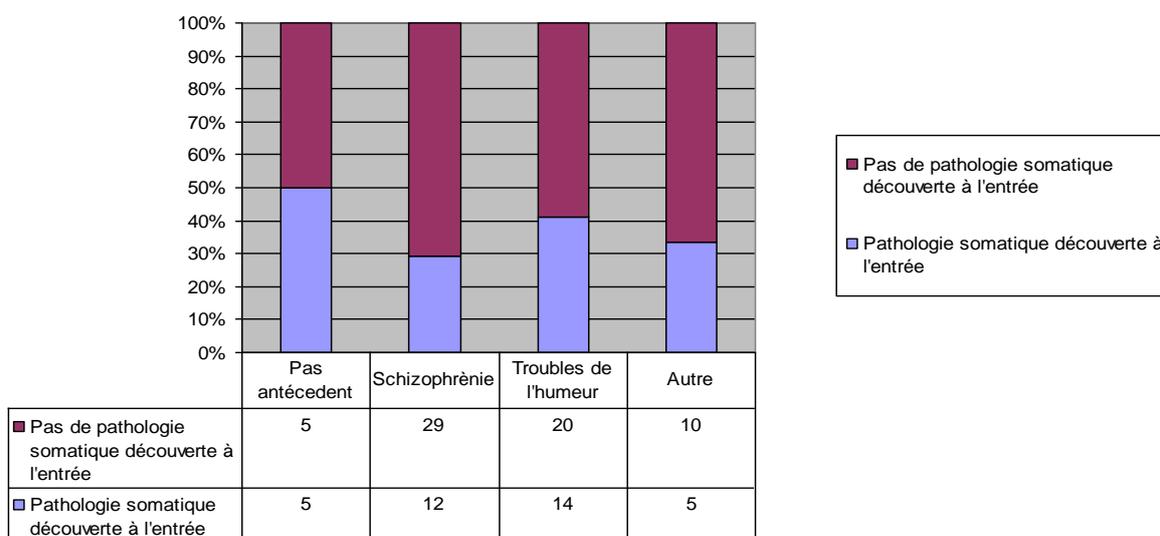
Parmi les patients interrogés, 41 avaient une pathologie somatique déjà connue. Il s'agissait pour 2 patients d'une pathologie aiguë tandis que pour les 39 autres il s'agissait d'une pathologie chronique.

Plus de 50 % des patients porteurs de troubles de l'humeur et autre troubles ont une pathologie somatique connue, ainsi que 31,7 % des patients schizophrène et 2 % des patients sans antécédent psychiatrique.

### 3.1.4.2 Pathologie somatique découverte lors du bilan d'admission

Il nous a semblé que la notion de pathologie somatique découverte à l'entrée avait un intérêt dans notre étude. Nous la définissons comme une pathologie non connue avant le bilan d'entrée, réalisé dans tous les services intra-hospitaliers (examen clinique complet, biologique et électro cardiographique).

**Figure 16:** Répartition de la découverte ou non d'une pathologie somatique en fonction de la pathologie psychiatrique



Nous avons diagnostiqué chez 36 des 100 patients interrogés, une pathologie somatique lors du bilan d'entrée. Pour 18 de ces 36 patients, une autre pathologie somatique était déjà connue, tandis que pour les 18 autres, il n'existait aucune pathologie somatique connue.

Chez les 10 patients sans antécédent psychiatrique, 5 (50%) ont eu une pathologie somatique découverte lors du bilan d'entrée.

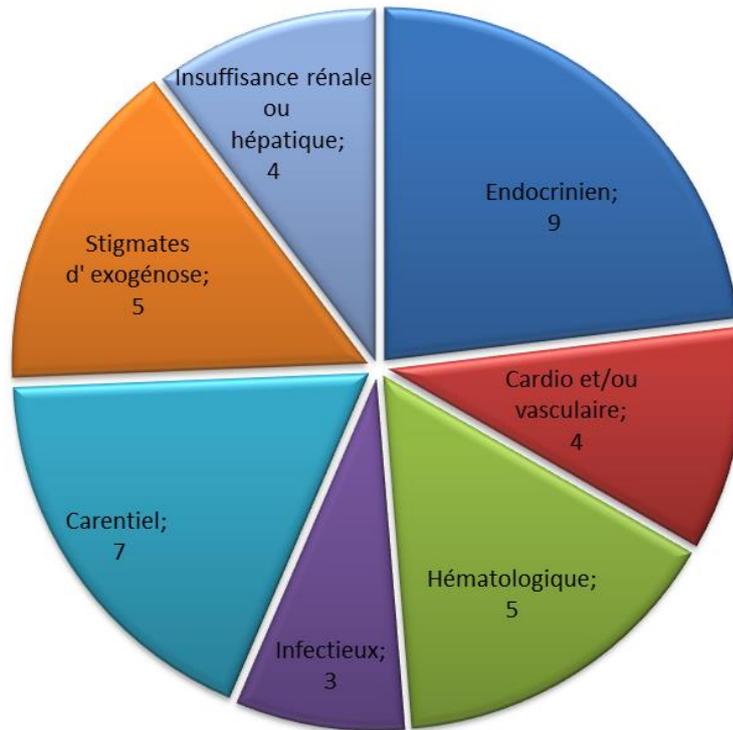
Parmi les 41 patients porteurs de schizophrénie, 12 (29,3%) ont eu une pathologie somatique découverte.

Quant aux 34 patients présentant des troubles de l'humeur, 14 (41,2%) ont eu une pathologie somatique découverte.

Parmi les 15 autres, chez 5 (33,3%) patients, une pathologie somatique a été découverte.

Au total 59 des 100 patients interrogés sont porteur d'une pathologie somatique.

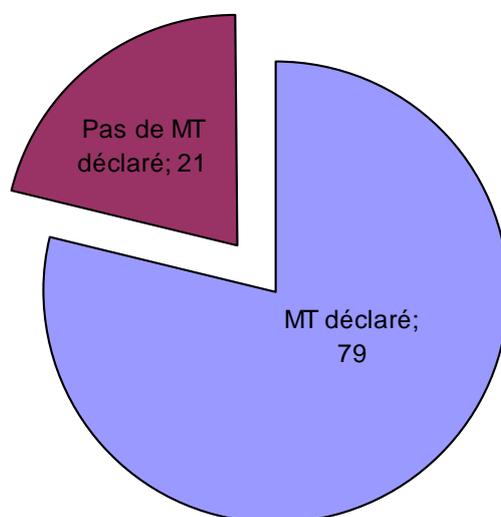
Figure 17 : Répartition du type de pathologie somatique découverte à l'entrée



### 3.2 Fréquence de Médecin traitant déclaré

#### 3.2.1 Fréquence et spécialité

**Figure 18** : Taux de médecin traitant déclaré identifiable

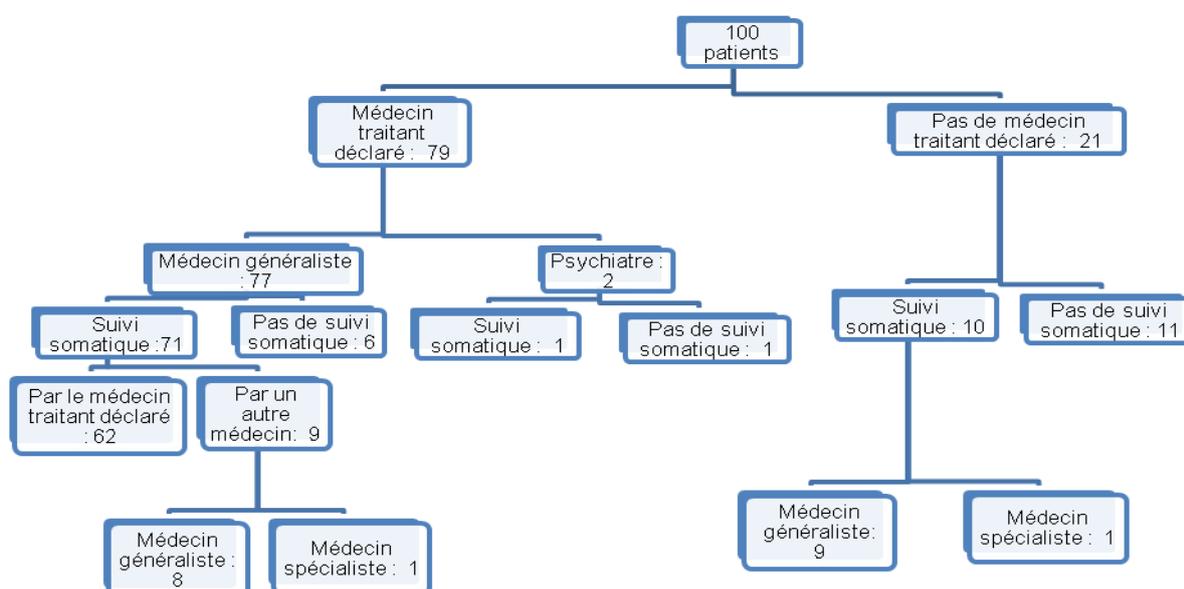


Notre étude fait apparaître que sur 100 patients entrant au sein de notre établissement psychiatrique, 79 ont un médecin traitant tandis que 21 n'en ont pas.

Il est intéressant de préciser que chez 77 (97,5%) patients, le médecin traitant est un spécialiste en médecine générale et que 2 patients ont déclaré leur psychiatre comme médecin traitant.

#### 3.2.2 Lien entre la déclaration de médecin traitant et le suivi décrit par les patients

**Organigramme 1** : Déclaration de médecin traitant et le suivi somatique déclaré par les patients.



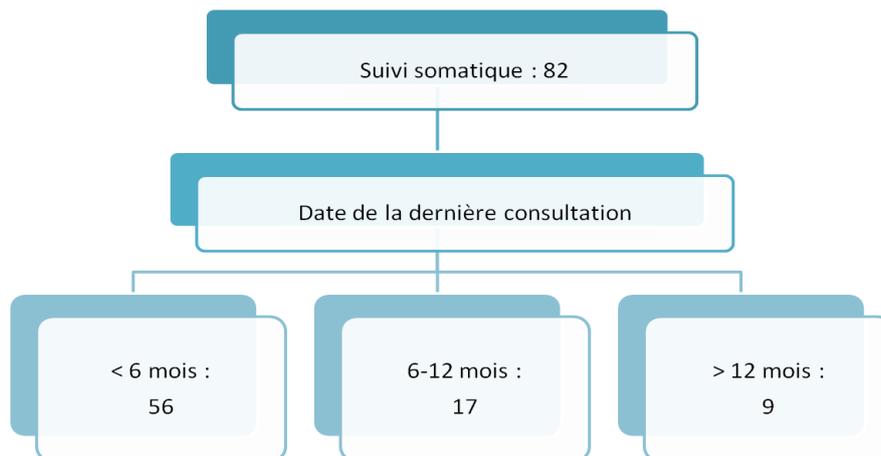
Sur 100 patients, 19 estiment ne pas avoir de suivi somatique.

Parmi les 79 patients ayant déclaré un médecin traitant, 62 estiment avoir un réel suivi somatique assuré par leur médecin traitant déclaré. Ils sont 9 à déclarer avoir un suivi somatique par un autre médecin que leur médecin traitant. Il s'agit dans 8 cas de médecins généralistes et pour le dernier, d'un pneumologue.

Dans les 2 cas où le médecin traitant est le psychiatre, l'un déclare avoir un suivi somatique par un médecin généraliste et l'autre déclare ne pas avoir de suivi somatique.

Il apparaît que chez les patients ayant déclaré un médecin traitant, 6 estiment ne pas avoir de suivi somatique, alors qu'ils sont 11 chez les patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant.

Organigramme 2 : Date de dernière consultation chez les patients estimant avoir un suivi somatique



Parmi les 82 patients estimant avoir un suivi somatique, 56 ont consulté dans les 6 derniers mois, et 17 dans les 6 mois précédents.

En revanche, 9 d'entre eux déclarent n'avoir pas consulté dans l'année.

### 3.3 Facteurs associés à l'existence ou non d'un Médecin Traitant déclaré

#### 3.3.1 Facteurs démographiques

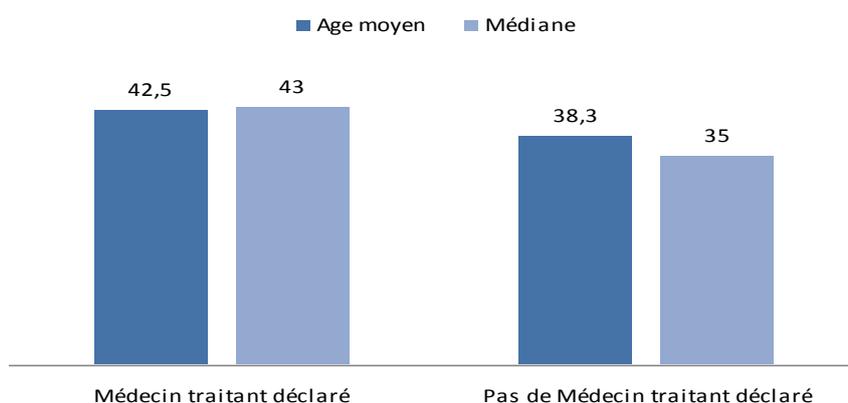
##### 3.3.1.1 Sexe

Parmi les hommes 75,4 % ont déclaré un médecin traitant.

Parmi les femmes 83,7 % ont déclaré un médecin traitant.

##### 3.3.1.2 Age

**Figure 19** : Distribution des moyennes et médianes d'âges en fonction de la déclaration de médecin traitant.



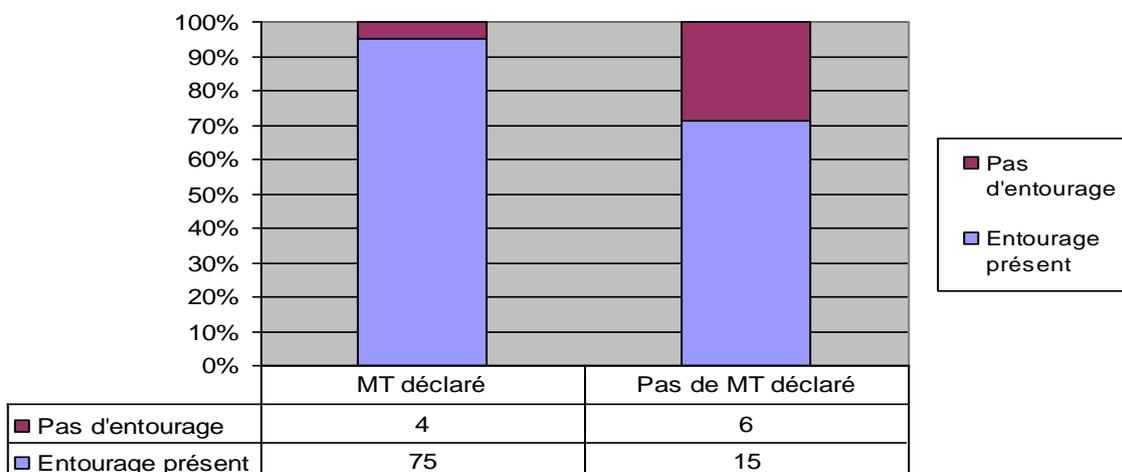
La moyenne d'âge des patients ayant déclaré un médecin traitant est de 42,5 ans et la médiane est de 43 ans.

La moyenne et la médiane de ceux qui n'ont pas déclaré sont de 38,5 ans et 35 ans.

#### 3.3.2 Facteurs socio-économiques

##### 3.3.2.1 Présence d'un entourage

**Figure 20** : Présence ou non d'un entourage en fonction de la déclaration de médecin traitant

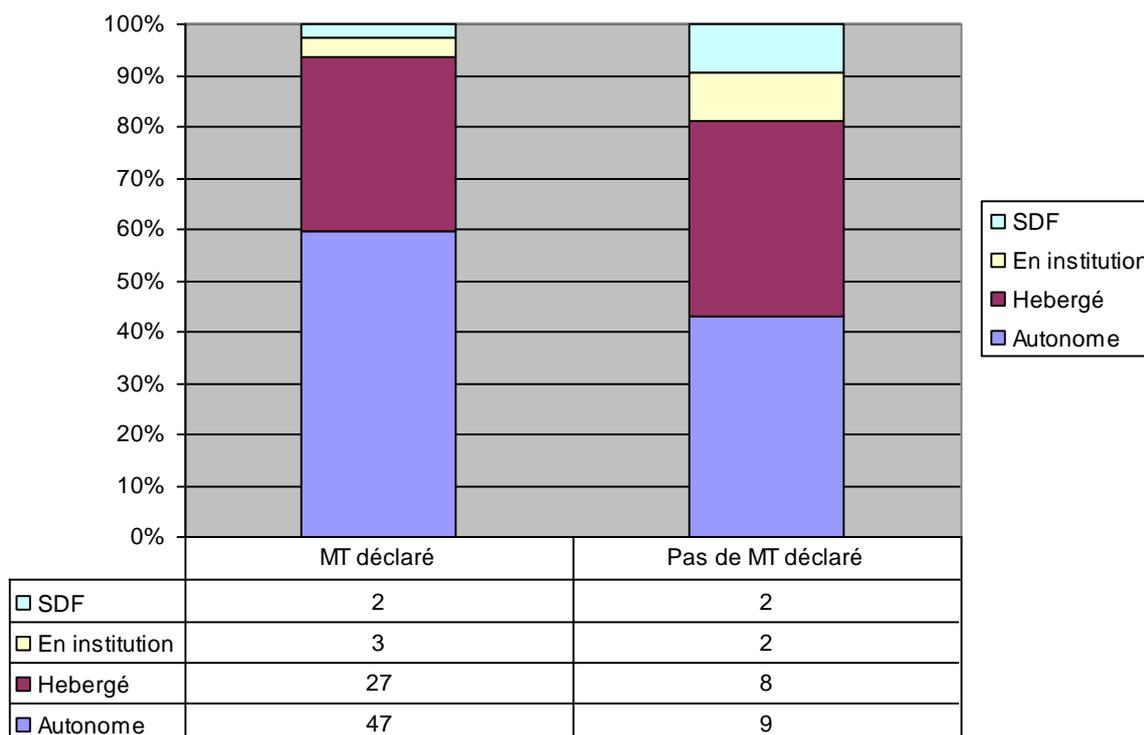


Ce graphique montre que parmi les patients ayant déclaré un médecin traitant, 75 (95 %) ont un entourage alors que 4 (5 %) n'en ont pas.

En revanche chez les patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré, nous remarquons que 15 (71,4 %) ont un entourage alors que 6 (28,6 %) n'en ont pas.

### 3.3.2.2 Mode de logement

**Figure 21** : Mode de logement en fonction de la déclaration de médecin traitant

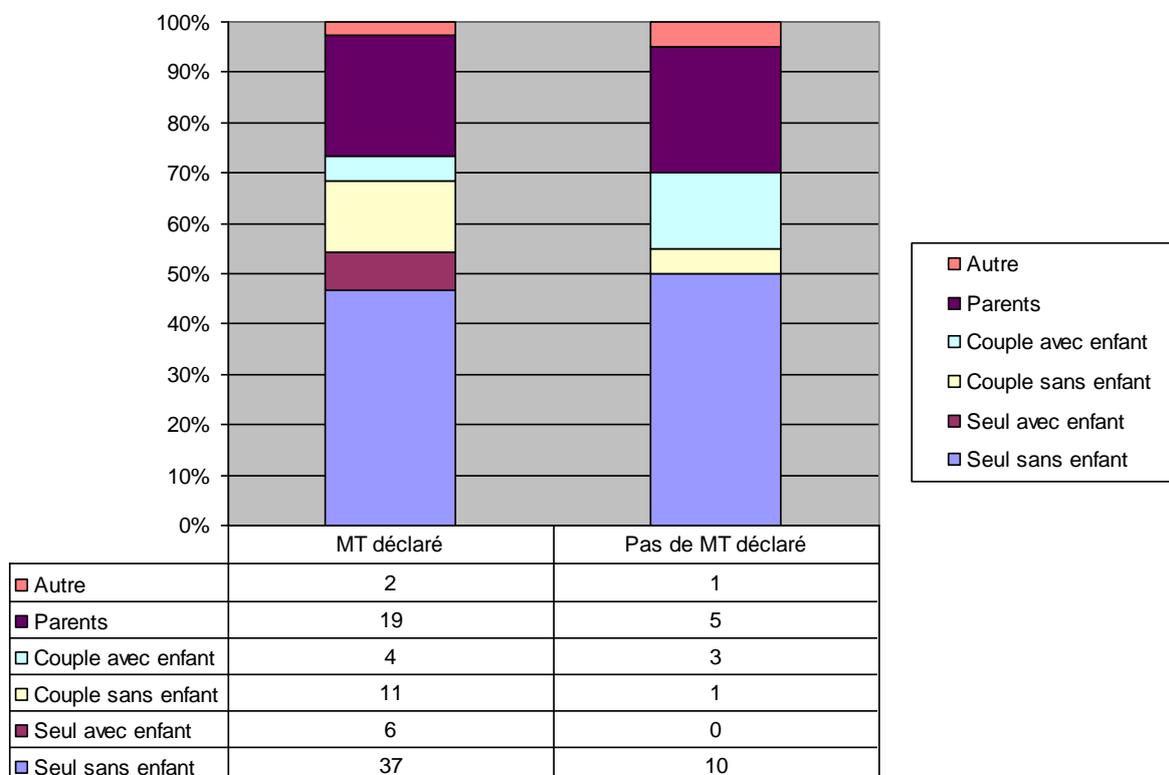


Nous observons que parmi les patients ayant un médecin traitant déclaré, 47 (59,5 %) sont autonomes alors que 27 (34,2 %) sont hébergés, 3 (3,8 %) vivent en institution et 2 (2,5 %) patients sont SDF.

Quant aux patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré, 9 (42,9 %) sont autonomes et 8 (38,1 %) sont hébergés tandis que 2 (9,5 %) vivent en institution et 2 (9,5 %) sont SDF.

## 3.3.2.3 Situation familiale et entourage au domicile

Figure 22 : Type d'entourage à domicile en fonction de la déclaration de médecin traitant



Il apparaît que chez les patients ayant un médecin traitant déclaré, 37 (46,8 %) vivent seuls sans enfant, alors que 6 (7,6 %) vivent avec enfants, 11 (13,9 %) vivent en couple sans enfant et 4 (5,1 %) sont en couple avec enfants alors que 19 (24,1 %) vivent chez leur parents et 2 (2,5 %) sont dans une situation différente.

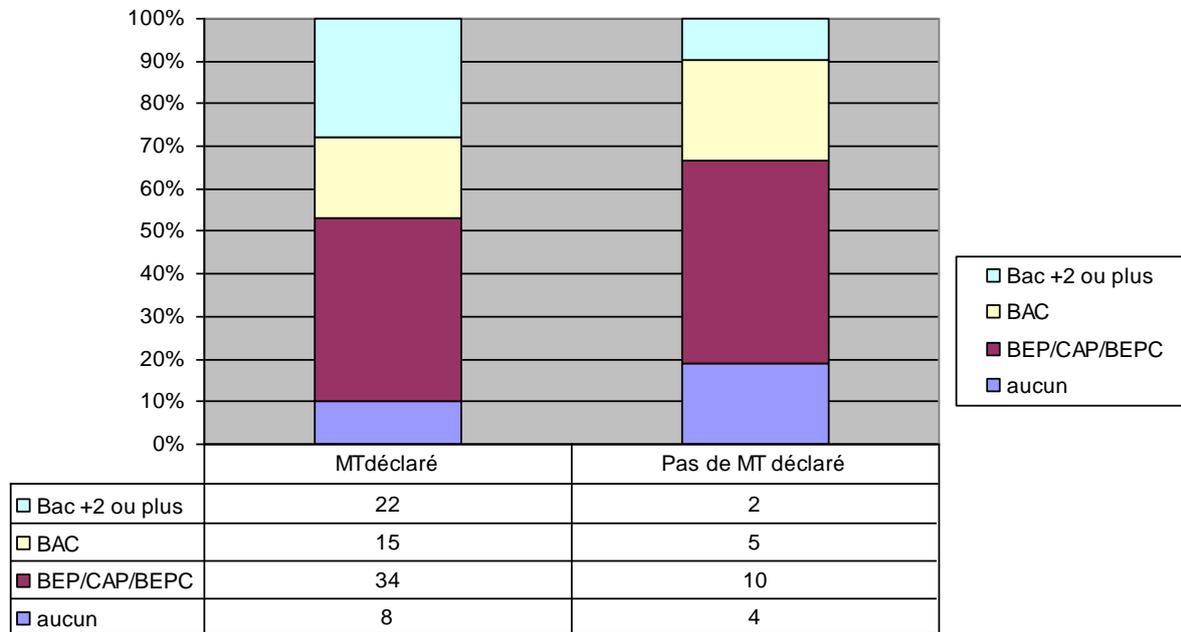
En ce qui concerne les patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré, 10 (47,6 %) vivent seul sans enfant tandis qu'aucun ne vit seul avec enfant. 1 (4,8 %) patient est en couple sans enfant alors que 3 (14,3 %) sont en couple avec enfants. Enfin, 6 (28,5%) patients vivent chez leurs parents et 1 (4,8 %) patients est dans une situation différente.

Parmi les patients ayant déclaré un médecin traitant, 81 % sont célibataires alors que 19 % sont en couple.

Concernant les patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré, 76,2% sont célibataires tandis que 23,8% sont en couple.

## 3.3.2.4 Niveau d'études

Figure 23 : Répartition du niveau d'étude en fonction de la déclaration de médecin traitant



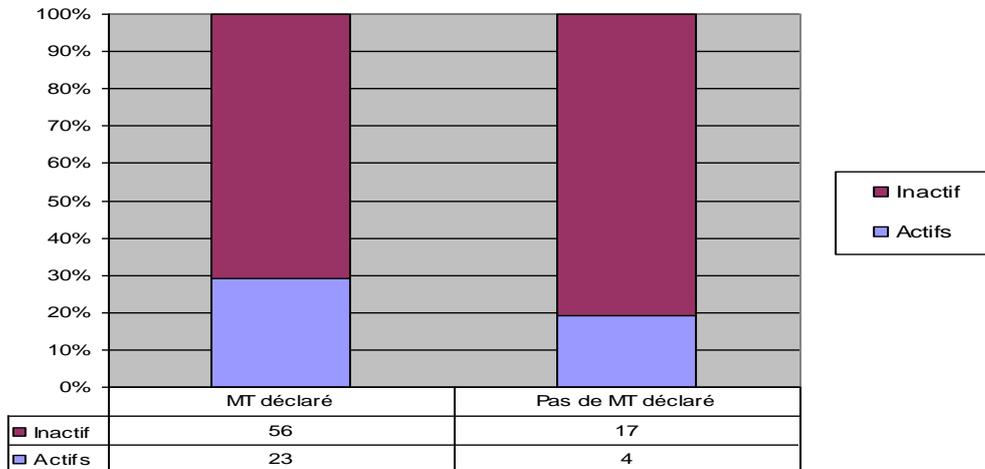
Dans la catégorie des patients ayant déclaré un médecin traitant, 27,9% ont fait des études supérieures. Dans l'autre catégorie, ils sont 9,5%.

Chez les patients ayant déclaré un médecin traitant, 62% ont un niveau BEPC/BEP/CAP. Chez ceux n'ayant pas de médecin traitant, cette catégorie représente 71,4% des patients.

Enfin, chez les patients ayant déclaré un médecin traitant, 10,1 % n'ont aucun diplôme du secondaire. Chez les patients n'ayant pas de médecin traitant, cette dernière catégorie représente 19,1 %

### 3.3.2.1 Situation professionnelle

Figure 24 : Situation professionnelle en fonction de la déclaration de médecin traitant

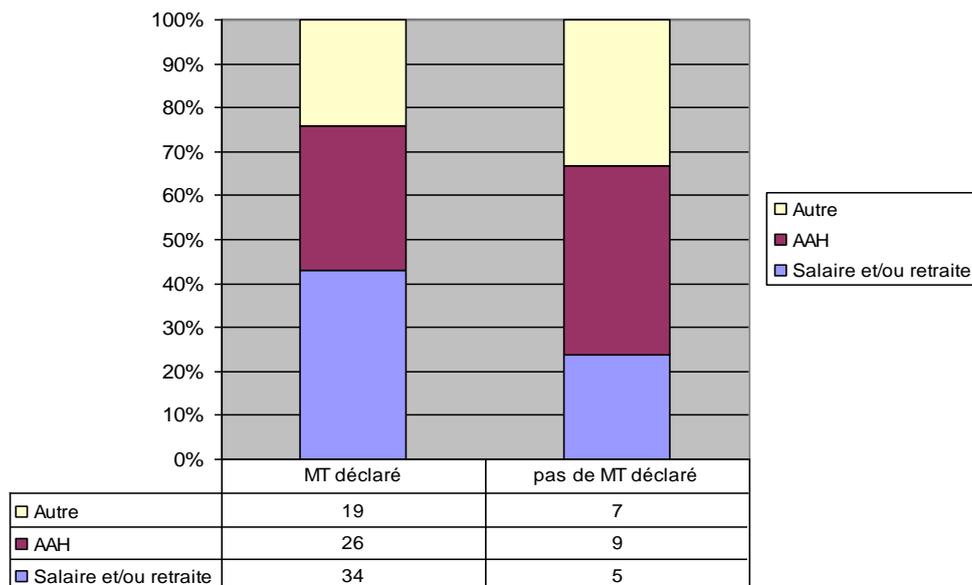


Parmi les 79 patients ayant déclaré un médecin traitant, 23 (29,1%) sont actifs et 56 (70,9%) sont inactifs.

Parmi les 21 patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant, 4 (19,1%) sont actifs et 17 (80,9%) sont inactifs.

### 3.3.2.2 Revenus

Figure 25 : Type de ressources financières en fonction de la déclaration de médecin traitant

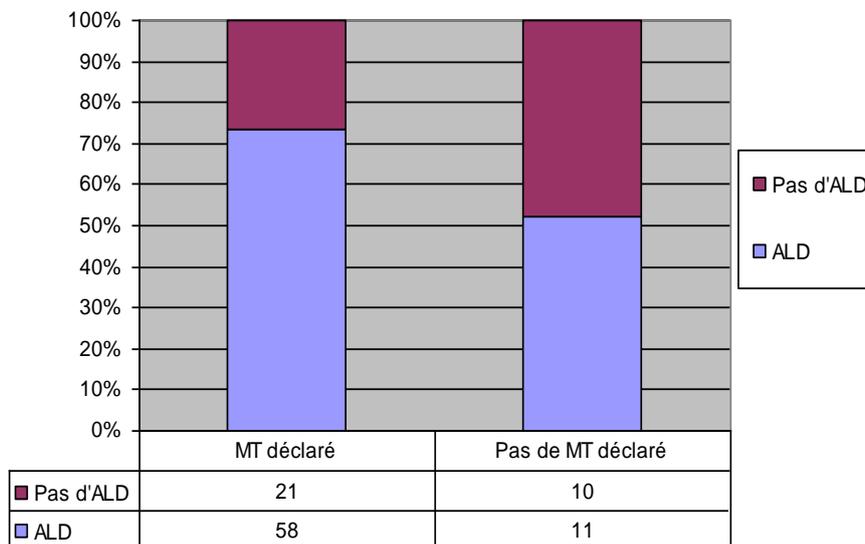


Nous observons que parmi les 79 patients ayant déclaré un médecin traitant, 26 (33%) perçoivent l'AAH, 19 (24%) bénéficient d'autres aides et 34 (43%) patients ont un revenu en rapport avec une activité professionnelle.

Parmi les 21 patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant, 9 (42,9%) perçoivent l'AAH, 7(33,3%) bénéficient d'autres aides, et 5 (23,8%) perçoivent un revenu en rapport avec une activité professionnelle.

### 3.3.2.3 Droits

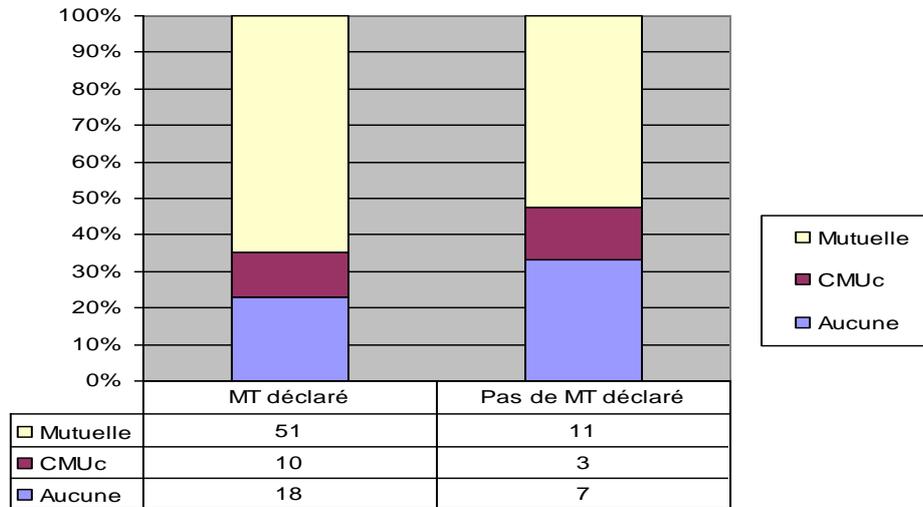
**Figure 26** : Répartition du taux d'ALD en fonction de la déclaration de médecin traitant



Ce graphique montre que parmi les patients ayant déclaré un médecin traitant, 58 patients (73,4 %) bénéficient d'une prise en charge pour une ALD alors que 21 (26,6 %) n'en bénéficient pas.

Concernant les patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré, 11 patients (52,4 %) bénéficient d'une prise en charge pour une ALD quand 10 (47,6 %) n'en bénéficient pas.

**Figure 27** : Type de couverture médicale complémentaire en fonction de la déclaration de médecin traitant



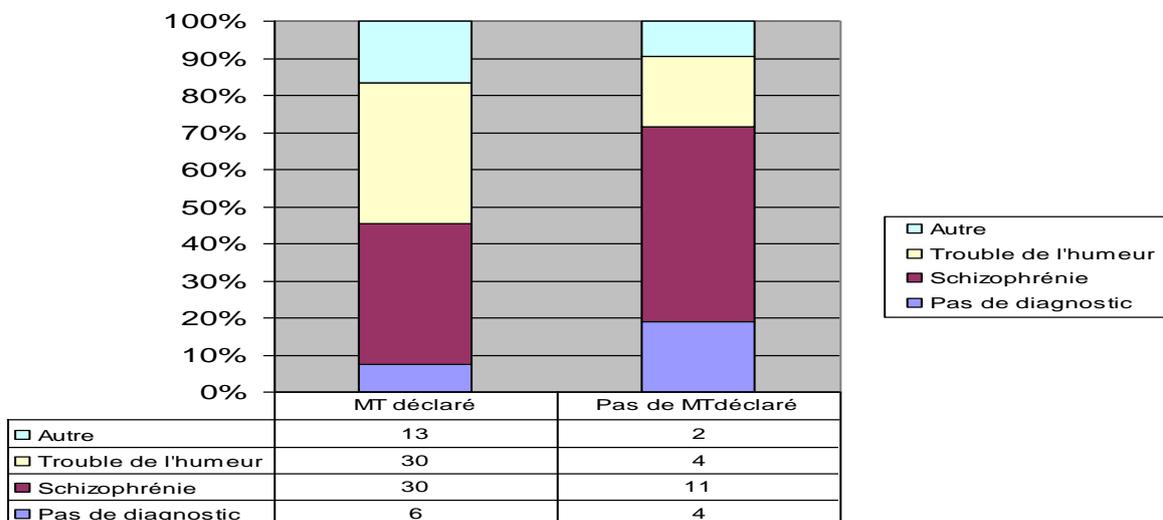
Nous constatons que parmi les patients ayant un médecin traitant déclaré 18 (22,8 %) n'ont aucune couverture santé complémentaire, 10 (12,7 %) ont la CMUc tandis que 51 (64,5 %) ont une mutuelle.

Concernant les patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré 7 (33,3 %) n'ont aucune couverture santé complémentaire, ils sont 3 (14,3%) à avoir la CMUc tandis que 11 (52,4 %) ont une mutuelle.

### 3.3.3 Facteurs psychiatriques

#### 3.3.3.1 Pathologie psychiatrique

**Figure 28** : Répartition des pathologies psychiatriques en fonction de la déclaration de médecin traitant

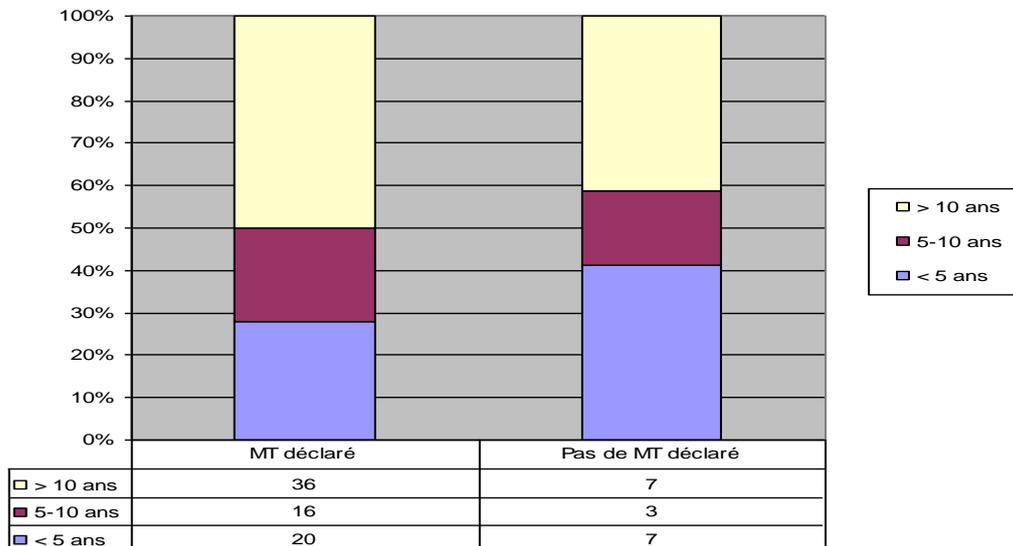


Parmi les 79 patients qui ont déclaré un médecin traitant, 30 (38%) présentent une schizophrénie ou un trouble associé, de même 30 (38%) présentent un trouble de l'humeur, 13 (16,4%) ont un diagnostic classé autre et aucun diagnostic n'est posé pour les 6 (7,6%) autres patients.

En ce qui concerne les 21 patients qui n'ont pas déclaré de médecin traitant, 11 (52,4%) présentent une schizophrénie ou un trouble associé, 4 (19%) présentent un trouble de l'humeur, 4 (19%) ont un diagnostic classé autre et aucun diagnostic n'est posé pour les 2 (9,6%) autres patients.

### 3.3.3.2 Ancienneté de la pathologie psychiatrique

**Figure 29** : Ancienneté de la pathologie psychiatrique en fonction de la déclaration de médecin traitant



90 patients ont un trouble psychiatrique diagnostiqué.

Pour l'un d'entre eux, l'ancienneté du diagnostic n'a pu être déterminée.

Aussi, ce tableau concerne 89 des 100 patients interrogés.

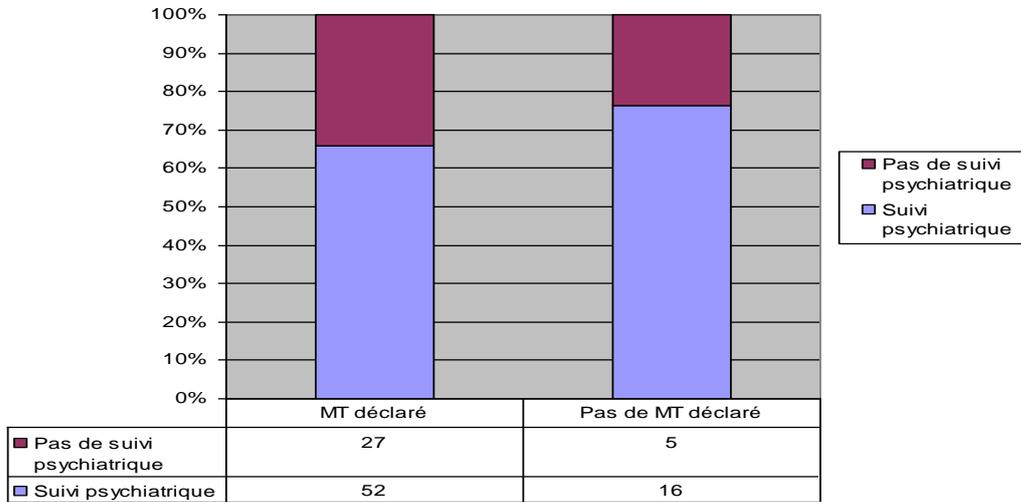
Pour les patients ayant un médecin traitant déclaré 50 % ont un diagnostic de plus de 10 ans. Ils sont 41,2 % parmi les patients n'ayant pas déclaré.

Chez les patients ayant un médecin traitant déclaré, 16 (22,2%) ont un diagnostic posé depuis 5 à 10 ans et ils sont 3 (17,6%) chez les patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré.

Pour les patients ayant un médecin traitant déclaré 20 (27,8%) ont un diagnostic datant de moins de 5 ans. Ils sont 7 (41,2%) parmi les patients n'ayant pas déclaré.

### 3.3.3.3 Suivi psychiatrique

**Figure 30** : Existence d'un suivi psychiatrique en fonction de la déclaration de médecin traitant

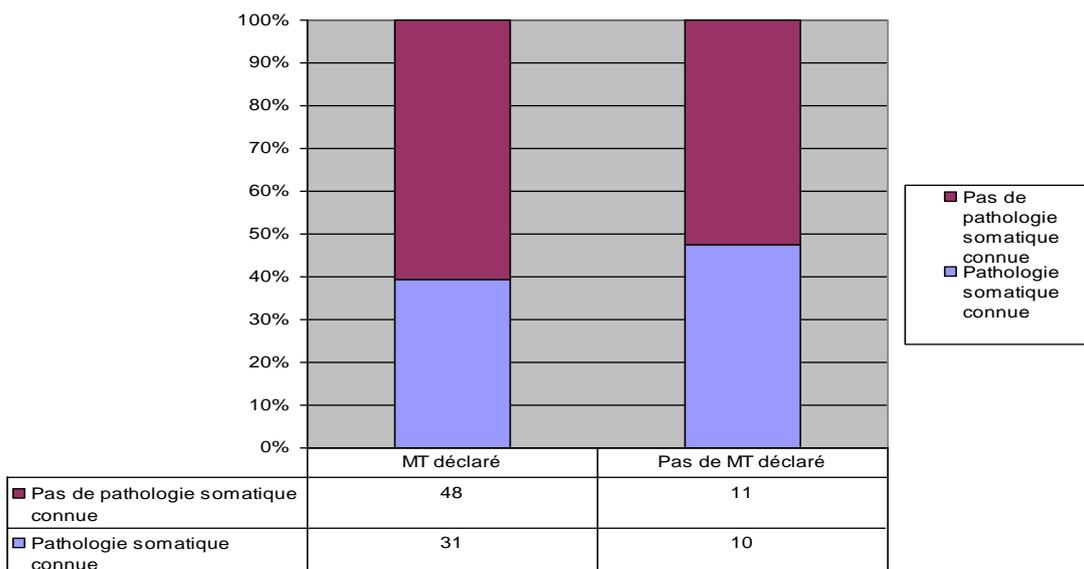


Nous observons que parmi les patients ayant un médecin traitant déclaré 52 (65,8%) ont un suivi psychiatrique tandis que 27 (34,2%) n'en ont pas.

Concernant les patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré 16 (76,2%) ont un suivi psychiatrique tandis que 5 (23,8%) n'en ont pas.

### 3.3.4 Facteurs médicaux

**Figure 31** : Existence d'une pathologie somatique connue en fonction de la déclaration de médecin traitant



Nous remarquons que chez les patients ayant déclaré un médecin traitant 31 (39,2 %) ont une pathologie somatique connue tandis que 48 (60,8 %) d'entre eux ne présentent aucune pathologie somatique connue.

En revanche chez les patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré, 10 (47,6 %) sont porteurs d'une pathologie somatique identifiée, quand 11 (52,4 %) patients n'en ont aucune.

## 4 Discussion

Notre étude fait apparaître que sur 100 patients entrant au sein de notre établissement psychiatrique, 79 ont un médecin traitant tandis que 21 n'en ont pas.

Le taux de déclaration de médecin traitant chez nos patients est donc inférieur à la population générale mais il n'est pas inquiétant.

La grande majorité de nos patients a déclaré un médecin généraliste comme médecin traitant. Seuls 2 d'entre eux ont choisi leur psychiatre. Ces chiffres sont cohérents avec la littérature [7].

Les patients ayant déclaré un médecin traitant sont nettement plus nombreux à déclarer avoir un suivi somatique, alors que nous constatons que pour un tiers des patients estimant avoir un suivi somatique, la dernière consultation est estimée à plus de 6 mois. Or selon les recommandations [26], ces patients devraient avoir un examen somatique tous les 6 mois. Et au total, environ la moitié des patients n'ont pas un suivi somatique à la fréquence estimée nécessaire dans le cadre de la pathologie psychiatrique. Ceci met en évidence soit une carence d'information des patients soit une mauvaise perception de ces derniers concernant leur état de santé physique, ou encore leurs difficultés à accéder au système de soin.

Enfin la moyenne d'âge de notre population est relativement basse, ce qui peut expliquer que les patients consultent peu un médecin généraliste.

### 4.1 Forces et faiblesse de l'étude

#### 4.1.1 Forces

Etudier le taux de déclaration de médecin traitant dans une population fragile, dont l'espérance de vie est diminuée par rapport à la population générale, permet d'évaluer son intégration dans un système de soin primaire dans lequel, depuis 2005, le médecin traitant est au centre d'une prise en charge coordonnée et efficiente. De plus, il s'agit de la première étude faite dans cette population depuis la nouvelle réforme de l'Assurance Maladie et les résultats sont inattendus et plutôt rassurants.

#### 4.1.2 Faiblesses

Outre les biais attendus, et décrits dans le chapitre 2, il ne nous a pas été possible, pour des raisons de confidentialité, de consulter les banques de données de l'Assurance Maladie, afin d'identifier de façon sûre l'existence d'un médecin traitant chez ces patients.

Par ailleurs, il est apparu que l'ALD est possiblement un facteur important de déclaration d'un médecin traitant, quelles que soient par ailleurs les caractéristiques démographiques et sociales de ces patients.

Enfin, la petite taille de notre échantillon, ne nous a pas permis une analyse statistique poussée. A savoir que des analyses statistiques classiques de recherche de corrélation ont été faites. Cependant, il n'a été retrouvé de relation statistiquement significative pour aucun des facteurs. Cette absence de significativité est liée à la petite taille de notre échantillon. Aussi, pour une meilleure lisibilité de ce travail, la discussion est présentée sans les résultats de ces analyses.

### 4.2 Description de la population étudiée

Pour les 90 patients ayant déjà eu un épisode de trouble psychiatrique, et pour qui un diagnostic était défini, la pathologie la plus représentée était la schizophrénie (et autres psychoses) suivie des troubles de l'humeur et des autres diagnostics responsables de troubles du comportement.

#### 4.2.1 Profil socio-économique

De façon générale, les patients sont très majoritairement entourés dans leur vie quotidienne. Ceci peut s'expliquer par la moyenne d'âge qui est relativement basse. En effet, l'isolement social résulte d'une usure progressive de l'entourage naturel après de nombreuses années d'évolution de la pathologie. Par ailleurs, il semblerait que la présence d'un entourage n'est pas toujours un facteur de bon pronostic, voire même il peut être un facteur délétère.

Parmi les patients interrogés, la majorité est autonome, ce qui diffère des données de la littérature [18] retrouvant 17 à 20 % de patients sans domicile. Ceci peut s'expliquer par le fait que ces études sont américaines et que le système français permet une meilleure insertion des patients présentant des troubles mentaux, même sévères. Cependant, on observe que malgré leur âge (41,6 ans en moyenne) 1 patient sur 4 vit chez ses parents, témoignant de leur précarité.

Concernant la situation conjugale, nous constatons que les patients porteurs d'un diagnostic psychiatrique ont tendance à être plutôt célibataires [9]. On ne peut cependant

conclure si c'est l'existence d'une pathologie psychiatrique qui réduit les chances de vivre en couple ou si c'est l'isolement du célibat qui entraîne un risque plus important de décompensation et donc d'hospitalisation. De plus, l'importance du célibat est d'autant plus notable que la moyenne d'âge des patients de notre étude est de 41,6 ans.

Nous remarquons également que les patients présentant des troubles de l'humeur ont moins de retentissements sur le plan social. En effet, ils sont plus nombreux à être en couple, à avoir des enfants et vivent moins chez leurs parents, ce qui correspond aux données de la littérature [17].

Pour ce qui est du niveau d'études, il apparaît que les patients ayant un antécédent psychiatrique ont un niveau plus élevé que les patients chez lesquels la maladie se déclare, témoignant que la pathologie psychiatrique n'est souvent un handicap qu'après l'âge des études, c'est-à-dire lors de l'acquisition de l'autonomie.

D'autre part, contrairement à ce qui est attendu, le niveau d'étude est quasiment similaire quelle que soit la pathologie. La taille limitée de notre échantillon ne permet pas une analyse fine de ce résultat.

Nos résultats concernant la situation professionnelle vont dans le sens des études réalisées en décrivant un taux d'inactivité plus important chez les patients porteurs de pathologie mentale que dans la population générale [18]. Parmi les facteurs socio-économiques étudiés, celui-ci donne les résultats les plus péjoratifs dans notre étude le révélant comme un facteur plus particulièrement précoce.

Il apparaît également que les revenus sont en rapport avec une activité professionnelle chez la majorité des patients sans antécédent psychiatrique, la moitié des patients présentant des troubles de l'humeur et chez une minorité des patients schizophrènes ou autre, ce qui témoigne d'un grand retentissement socio-économique de ces dernières pathologies et va dans le sens de la littérature [9].

La situation matrimoniale, l'entourage à domicile, le niveau d'étude, la situation professionnelle et les ressources financières, font apparaître le handicap lié à la maladie mentale.

Notre étude montre que les patients ayant des antécédents psychiatriques connus ont une couverture santé complémentaire relativement bonne, ce qui semble étonnant dans la mesure où cela nécessite des démarches parfois difficiles à réaliser pour ces patients. Néanmoins, cela peut s'expliquer par l'ancienneté du diagnostic, supposant que les patients ont déjà été mis en contact avec les assistantes sociales hospitalières. Néanmoins, environ un

quart des patients ont un risque d'avoir un accès aux soins limité par l'absence d'une telle couverture.

La fréquence élevée de l'ALD chez les patients porteurs d'une schizophrénie ou d'un diagnostic induisant un trouble du comportement est cohérent. En revanche, le taux élevé d'ALD chez les patients porteurs de troubles de l'humeur peut s'expliquer par le recrutement hospitalier dans notre étude, qui suggère une pathologie d'une certaine gravité.

Il est important de noter ici que l'ALD est possiblement un facteur important de déclaration d'un médecin traitant, quelles que soient par ailleurs les caractéristiques démographiques et sociales de ces patients.

Il faut noter que nous avons été dans l'impossibilité de préciser s'il s'agissait d'une ALD pour raison somatique ou psychiatrique.

#### 4.2.2 Profil psychiatrique

L'importance plus relative de la schizophrénie à un âge plus avancé peut être le reflet de la surmortalité de ces patients qui survient à des âges plus précoces que dans la population générale, comme en témoignent les taux de mortalité par causes violentes (suicide, accident, homicide) [8,9,11,21].

Les patients observés dans cette étude ont dans la grande majorité des cas une pathologie psychiatrique connue. Pour 69,6 % d'entre eux, cette pathologie évolue depuis plus de 5 ans, ce qui est un facteur de risque de précarité [9,14].

Nous remarquons également que les patients schizophrènes sont les plus jeunes, mais aussi ceux qui sont suivis depuis le plus longtemps, ce qui est cohérent avec l'âge connu d'apparition de la pathologie.

Certains patients qui ont une pathologie psychiatrique connue n'ont pas de suivi, ce qui témoigne d'une insuffisance du taux de prise en charge psychiatrique chez ces patients ou de la difficulté des patients à maintenir un suivi psychiatrique.

Par ailleurs, nous remarquons que les patients les plus suivis sur le plan psychiatrique sont les patients présentant une schizophrénie ou un trouble apparenté. Ceci peut s'expliquer par la gravité de cette pathologie.

#### 4.2.3 Profil médical

Nos résultats confirment la fréquente comorbidité organique et psychiatrique décrite dans la littérature [8,9,10,11,13,18,21,26].

Nos résultats confirment les données de la littérature mettant en évidence un nombre important de pathologies somatiques chez les patients présentant un trouble mental, et souvent méconnue. [2,16,18,21].

Par ailleurs, il apparaît que les patients schizophrènes sont ceux chez qui la découverte de pathologie somatique est moins fréquente. Cela peut s'expliquer par leur moyenne d'âge plus basse que pour les autres catégories mais également par le fait d'avoir déjà été hospitalisé et avoir été pris en charge sur le plan somatique lors de l'hospitalisation précédente.

#### 4.3 Facteurs associés à l'existence ou non d'un Médecin Traitant déclaré

Concernant la répartition du taux d'ALD en fonction de la déclaration ou non de médecin traitant, nos résultats appellent deux remarques :

La majorité des patients bénéficiant d'une prise en charge pour ALD ont un médecin traitant déclaré conformément aux données de la CPAM [7], ce qui apparaît cohérent avec les conditions de mise en place d'une prise en charge pour ALD. Ce facteur est donc apparu prépondérant et pouvant expliquer en grande partie le taux élevé de déclaration de médecin traitant chez nos patients.

Cependant plus de la moitié des patients n'ayant pas de médecin traitant sont néanmoins en ALD, suggérant qu'ils ne sont pas pris en charge sur le plan somatique.

##### 4.3.1 Facteurs démographiques

Dans notre étude le ratio homme/femme pour la déclaration de médecin traitant est cohérent avec celui de la population générale [7].

Nous constatons que dans notre échantillon, les patients ayant déclaré un médecin traitant sont plus âgés que ceux qui n'en ont pas déclaré, ce qui est cohérent avec le fait que les patients plus jeunes sont en meilleure santé et avec les chiffres d'AMELI, mettant en évidence que le taux de médecin traitant déclaré augmente avec l'âge des patients. Néanmoins, du fait de l'âge relativement jeune de notre échantillon, les chiffres ne sont pas superposables.

#### 4.3.2 Facteurs socio-économiques

Les patients ayant un entourage déclarent plus souvent un médecin traitant, ce qui paraît cohérent. En effet, on peut supposer que la présence d'un entourage est favorable à une bonne prise en charge de la santé des patients. L'entourage peut alors se substituer aux patients ayant de grandes difficultés, ou simplement être un facteur d'amélioration de l'état psychique.

Nos données suggèrent que le fait d'être autonome favoriserait la déclaration de médecin traitant.

En revanche, être célibataire ou en couple ne semble pas être une caractéristique associée à la déclaration de médecin traitant.

Par ailleurs, nous constatons que le fait de vivre chez ses parents ne favorise pas la déclaration de médecin traitant, alors que nous aurions pu penser, comme précédemment que les parents prenaient le relai de cette responsabilité.

Dans notre étude, il semblerait que les patients ayant fait des études supérieures déclarent plus souvent un médecin traitant, ce qui est contradictoire avec les données de la littérature [27].

En revanche, le fait d'être actif ou non ne semble pas être une caractéristique associée à la déclaration de médecin traitant.

En ce qui concerne le type de ressources, plusieurs raisons peuvent expliquer nos résultats en apparence contradictoires. Nous pourrions penser que plus la pathologie psychiatrique est grave, avec un retentissement socio-économique et somatique, [8,9] plus les patients déclarent de médecin traitant. Mais il n'est pas retrouvé de différence évidente. Cela peut-être dû, d'une part à un biais de recrutement et d'autre part, au fait que les patients hospitalisés l'ont déjà été à plusieurs reprises et ont donc bénéficié d'un suivi somatique en hospitalisation. Or cette prise en charge somatique en hospitalisation, pourrait leur laisser penser qu'un suivi supplémentaire en ville n'est pas nécessaire. Ou alors, cela est en rapport avec les données de la littérature montrant que les patients ayant un revenu salarié déclarent plus souvent un médecin traitant.

Les différences de répartition des complémentaires santé chez les patients ayant déclaré un médecin traitant et ceux qui ne l'ont pas fait ne sont pas majeures.

#### 4.3.3 Facteurs psychiatriques

Il semblerait que le type de diagnostic psychiatrique soit un facteur associé à la déclaration de médecin traitant. En effet, il apparaît que les patients présentant des troubles de l'humeur déclarent plus souvent un médecin traitant, et les patients présentant une schizophrénie ou un trouble associé déclarent moins souvent un médecin traitant.

Concernant l'ancienneté de la pathologie psychiatrique, nos résultats semblent cohérents dans la mesure où le fait d'être porteur d'une pathologie de longue date, devrait impliquer que les patients soient plus en ALD et aient donc plus de médecin traitant déclaré [7,23].

Par ailleurs, nous constatons que les patients ayant un suivi psychiatrique sont moins nombreux à avoir de médecin traitant déclaré. Cela indique peut-être le manque de prise de conscience des effets délétères de la maladie psychiatrique, et de son traitement, sur le somatique. Mais cela va aussi dans le sens de la littérature mettant en évidence un manque de communication entre médecin psychiatre et médecin généraliste [6,24] et ce, malgré la sectorisation.

#### 4.3.4 Facteurs médicaux

Paradoxalement, la présence d'une pathologie somatique connue ne semble pas être un facteur influençant la déclaration de médecin traitant. En pratique, ce résultat en apparence contradictoire, peut résulter de ce que l'on n'a pas précisé le type de pathologie. Mais, ce résultat est cohérent avec la littérature, mettant en évidence d'une part l'absence de lien entre pathologie somatique chronique connue et le taux de déclaration de médecin traitant [24] et d'autre part un manque de prise en charge somatique des patients porteurs d'une pathologie mentale.

## 5 Conclusions

Il existe un manque de suivi somatique des patients ayant une maladie mentale grave ou ayant nécessité une hospitalisation en psychiatrie alors que ces mêmes patients sont plus à risque de comorbidité et ont une espérance de vie diminuée par rapport à la population générale.

Le taux de déclaration de médecin traitant dans notre étude est de 79%, mais il n'en demeure pas moins qu'il existe un nombre important de pathologies somatiques découvertes lors des séjours hospitaliers. En outre, on retrouve au sein de cette population, des facteurs (démographiques, socio-économique) qui peuvent majorer ce manque de suivi.

Ce travail met en évidence l'importance du médecin traitant dont le rôle de coordination et d'orientation du patient en fonction de ses besoins a été redéfini en 2005, l'existence d'un médecin traitant étant la première étape pour un suivi somatique efficient.

Ce travail permet d'interpeler les psychiatres et les soignants des CMP quant à l'importance de rappeler à leurs patients la nécessité d'avoir un médecin somaticien qui les suive de façon régulière. Car en effet, en psychiatrie, la dissociation psyché-soma est nécessaire aux soins psychiatriques, aussi, il ne paraît pas souhaitable aux psychiatres d'assurer la prise en charge somatique de leurs patients, alors même que les traitements qu'ils prescrivent majorent les troubles somatiques.

Cette thèse permet également de mettre en avant l'importance de la communication entre médecins psychiatres et généralistes et patients atteints de maladie mentale et de promouvoir le rôle du médecin généraliste.

Néanmoins, il semblerait que certains patients préfèrent que leur médecin généraliste ignore leur pathologie psychiatrique (par peur de la stigmatisation, désir de normalité). Un travail important reste donc à faire quant à l'information des patients sur la nécessité d'un suivi somatique, puis sur la collaboration psychiatres-médecins traitants.

Afin d'améliorer cette prise en charge, faudrait-il envisager de créer un carnet de suivi des patients sous traitements psychotropes ? Celui-ci indiquerait la date du dernier rendez-vous somatique et psychiatrique, les derniers examens cliniques et paracliniques nécessaires, le traitement en cours, ...

Par ailleurs, il serait intéressant de savoir parmi les patients ayant une pathologie somatique connue, combien sont pris en charge de façon efficiente.

### Perspectives :

Selon la littérature, beaucoup de facteurs influençant la déclaration de médecin traitant ont été décrits, qui ne sont pas apparus évidents dans notre étude du fait de la faible puissance statistique.

Aussi, il semblerait pertinent d'interroger un plus grand nombre de patients afin d'avoir une puissance statistique suffisante puis faire une analyse multivariée, pour mieux explorer ces facteurs afin de mieux comprendre ce qui influence la déclaration ou non de médecin traitant et pouvoir mettre en place des actions de prévention et /ou d'amélioration.

Par ailleurs, il semblerait intéressant de savoir si les médecins traitants déclarés sont informés par les patients de leur pathologie psychiatrique et du traitement.

La publication d'un article à partir de cette thèse est envisageable.

## 6 Annexes

## 6.1 Questionnaire de thèse

<u>IDENTIFICATION</u>					
Initiales :					
DDN :					
Sexe :					
Département de résidence :					
Mode d'hospitalisation : HL <input type="checkbox"/> SDT <input type="checkbox"/> SDTu <input type="checkbox"/> SDRE <input type="checkbox"/> SDRE u <input type="checkbox"/>					
<u>MODE DE VIE</u>					
Situation familiale :					
Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/>					
Entourage Familial/amical :					
Conjoint <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Fratrie <input type="checkbox"/> Ami(s) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/>					
Mesure de protection des biens :					
Aucune <input type="checkbox"/> Sauvegarde De Justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/>					
Revenus :					
Quel type ?					
Salaire <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/>					
Quelle somme ?					
<500 € <input type="checkbox"/> 500-1000 € <input type="checkbox"/> 1000-1500 € <input type="checkbox"/> >1500 € <input type="checkbox"/>					
Études / emploi :					
Niveau d'études					
BEPC <input type="checkbox"/> CAP <input type="checkbox"/> BEP <input type="checkbox"/> Baccalauréat <input type="checkbox"/> Bac +2 <input type="checkbox"/> >Bac +2 <input type="checkbox"/>					
Emploi :					
Actif <input type="checkbox"/> n'a jamais travaillé <input type="checkbox"/>					
Ne travaille plus <input type="checkbox"/> Depuis : < 1 an <input type="checkbox"/> 1 à 5 ans <input type="checkbox"/> 5 à 10 ans <input type="checkbox"/> >10 ans <input type="checkbox"/>					

SANTE

« Aides » :

Sécurité sociale  mutuelle  CMU  CMUc  ALD 

Antécédents Psychiatriques :

Non  oui Si oui : Schizophrénie  troubles de l'humeur  Autres Et Depuis : < 1 an  1 à 5 ans  5 à 10 ans  >10 ans 

Pathologie Somatique connue ?

Non  oui Si oui : Aigue  chronique 

Pathologie Somatique découverte à l'entrée ?

Non  Oui Si oui : Aigue  Chronique 

Suivi médical :

Suivi psychiatrique ?

Non  Oui 

Suivi somatique ?

Non  Oui 

Si oui : Par qui ?

Médecin généraliste Autre Spécialiste Psychiatre Autre Déclaré à l'assurance maladie ? Non  Oui 

Date de dernière consultation :

< 6 mois  6 à 12 mois  >12 mois

## 6.2 Tableaux récapitulatifs

## 6.2.1 Profils démographique et socio-économiques. (N=100)

Sexe	Homme	57	Sex ratio : 1.33	
	Femme	43		
Age	Moyenne	41.6		
	Médiane	43		
	Age minimum	18		
	Age maximal	81		
Département d'habitation	92	55		
	94	45		
Entourage	Aucun	10		
	Présent	90		
Mode de vie	SDF	4		
	En institution	5		
	Hébergé	35		
	Autonome	56		
Entourage au domicile	Seul sans enfant	47	Couple	20
	Seul avec enfant	6		
	Couple sans enfant	12	Célibataires	80
	Couple avec enfant	7		
	Parents	25		
	Autres	3		
Niveau d'étude	Aucun	12		
	BEPC/CAP/BEP	44		
	Baccalauréat	20		
	> ou = Bac +2	24		
Activité Professionnelle	Actif	27		
	Inactifs	73		
Revenus	Salaire et/ou	34		
	AAH	35		
	Autres	31		
Couverture complémentaire	Mutuelle	62		
	CMUc	13		
	Aucune	25		
ALD	Non	31		
	Oui	69		

## 6.2.2 Profil médico-psychiatrique

Pathologie somatique connue (N=100)	non	59		
	oui	41	Aigue	2
			Chronique	39
Pathologie somatique découverte à l'entrée (N=100)	non	64		
	oui	36	Endocrinologique	9
			Infectieux	3
			Cardiovasculaire	4
			Carentiel	7
			Hématologique	5
			Stigmates d'exogénose	5
Insuffisance rénale ou hépatique	4			
Antécédent psychiatrique (N=100)	non	10		
	Oui	90		
Diagnostic psychiatrique et ancienneté (N=90)	Schizophrénie	41	< 5 ans	9
			5 à 10 ans	8
			>10 ans	23
			Non déterminée	1
	Troubles de l'humeur	34	< 5 ans	10
			5 à 10 ans	10
			>10 ans	14
	Autre	15	< 5 ans	8
			5 à 10 ans	1
			>10 ans	6
Suivi psychiatrique	non	32		
	oui	68		

## 7 Bibliographie

1. Ancelle T. Statistiques épidémiologie. 3ème édition. 2011. Maloine
2. Arlotto E., et al., Interêt du bilan d'entrée dans le dépistage de comorbidités chez les patients hospitalisés en psychiatrie, *l'encéphale*, 2008 , 34,61-65.
3. Beecroft N., et al., Physical health care for people with severe mental illness : the role of general practitioner, *Journal of Mental Health*, 2001, 10,1,53-61
4. Bradford, D.W., Access to Medical Care among Persons with psychotic and major affective disorders, *psychiatric services "ps.psychiatryonline"*, Aout 2008, vol. 59, n°8
5. Brown S., Inskip H., Barraclough B., Causes of excess mortality of schizophrenia, *British journal of psychiatry*, 2000, 177,212-217
6. Cabaret W., L'accès aux soins somatiques pour les patients en psychiatrie, *Soins psychiatrie*, n°268, mai-juin 2010, p34-36
7. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Mon parcours d'assuré. Le parcours de soins coordonnés. Qu'est-ce le parcours de soins coordonnés ? Comment le respecter ? Dans quels cas êtes-vous hors parcours et moins bien remboursé ? Consultez toutes les informations pratiques sur le parcours de soins coordonnés. [consulté le 15/02/2012] disponible sur <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/choisir-et-declarer-votre-medecin-traitant.php>,
8. Casadebaig F., Philippe A, Mortalité chez des patients schizophrènes, trois ans de suivi d'une cohorte, *L'encéphale*, 1999, p.329-37
9. Casadebaig F., Philippe A, l'accès aux soins somatiques, morbidité physique et mortalité des patients schizophrènes, *La revue française de psychiatrie et psychologie médicale*, Mars 1997, n°6, 44-49.
10. Casey DE (2005) Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med* 118:15S-22S.
11. Colton C W., Manderscheid R.W., Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states, *Preventing health disease, public health research, practice and policy*, avril 2006, vol.3, n°2
12. Corruble E., Hardy P., Observance du traitement en psychiatrie, *EncyclMédChir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie*, 37-860-A-60, 2003,6p.

13. Cottencin O., Dépressions sévères : comorbidités somatiques, L'encéphale (2009) Supplément 7, S272-S278
14. Cook JA, Employment barriers for persons with psychiatric disabilities : update of a report for the president's commission. Psychiatr Serv. 2006 ; 57 :1391-1405.)
15. De Hert M., et al., Physical illness in patients with severe mental disorders. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level, World psychiatry, Juin 2011, 10:138-151
16. Février R., Bryssine S., Valon D., Comorbidités somatiques en psychiatrie, Santé mentale, n°90, Septembre 2004, p.29-35
17. Gasman I., Allilaire J.-F., Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, Masson, 2003, Paris.
18. Gold K.J., Kibourne A.M., Primary care of patients with severious mental illness : Your chance to make a difference, The journal of family practice, Aout 2008, vol.57, n°8, p 515-525.
19. Hilico C., Poulos D., Les départements métropolitains : similitudes et oppositions socio-économiques, INSEE première, n° 943, Janvier 2004, 4p.
20. Hippisley-Cox J., Vinogradova Y., Coupland C., Parker C., Risk of malignancy in patients with schizophrenia or bipolar disorders, arch gen psychiatry/vol 64, n°12, Décembre 2007.
21. Mantelet S., Sabran-Guillin V., Hardy P. (1998). Epidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques, EMC, psychiatrie [37-402-A-10] ,1998.
22. Meyer J, Nasrallah H. Medical illness and schizophrenia. American Psychiatric Publishing, 2003
23. Ministère de la Santé et des Sport. Règles de facturation des soins dispensés dans un établissement de santé. Parcours de soins coordonnés. [8pages]. [modifié le 15/09/2009] ; en ligne   
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_1\\_hopital-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_1_hopital-2.pdf)consulté le 15/01/2012
24. Montariol P and al. (2006). Les patients hospitalises en psychiatrie ont-ils un médecin traitant? L'information psychiatrique Vol.82, N°10 – Décembre 2006
25. Santé et Social. Infos-Conseils-Droits face à la maladie. [modifié le 23/02/2013]   
<http://www.sante-et-social.com/complement-aah.html> consulté le 23/02/2013

26. Saravane D., et al. Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère, l'Encéphale, 2009, doi : 10.1016/j.encep.2008.10.008
27. Vannier E., Etudes des facteurs médicaux et sociaux influençant l'absence de médecin traitant chez des patients consultant en médecine générale de ville et hospitalière, thèse de doctorat en médecine, spécialité : médecine générale, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, année 2009.
28. Vial-Cholley E., les troubles psychiatriques et les pathologies somatiques, Soins psychiatrie, n°268, mai-juin 2010, p.16-19

## SOUTENANCE A CRETEIL

ANNEE : 2013

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : GADROY-PIERRE OCEANE

DIRECTEUR DE THESE : DR CHAUMARTIN NADIA

### **General Practitioner declaration rate among 100 patients hospitalized in psychiatry (groupe hospitalier Paul Guiraud) and explanatory factors.**

Since the 1980s, according to many studies, patients with mental disease are more likely to suffer from somatic affections, often not treated. These patients have a life expectancy 10 to 20 years shorter than the rest of the population.

After a hospitalization in a psychiatric ward, most of the patients benefit of a psychiatric, planned and paid by the hospital. However, they do not automatically have a somatic follow-up, which has to be launched on their own initiative.

It would be interesting to highlight the factors explaining this lack of somatic follow-up, as some of them can be modified, especially by the action of a General Practitioner (GP), whom function has been re-defined by the Law in 2005.

A survey has been achieved on 100 patients hospitalized in psychiatry at Paul Guiraud hospital (Villejuif), in order to estimate the frequency to which these patients declare their GP as well as the medical, psychiatric, demographical and social factors that can influence patients in declaring a General Practitioner.

In this survey, 79% of the patients assert to have declared a GP to the Social security.

Factors such as the female gender, high age, presence of acquaintances, being in childless couple, high level of education and diagnosis of mood disorder seem to have a link with the declaration of the GP, without being statistically significant. Besides, having a long duration disease (LDD) is linked with a higher rate of GP declaration, regardless of the demographic and social characteristics of those patients.

#### MOTS-CLÉS :

- Comorbidity,
- psychiatry,
- Gatekeeping,
- Primary health care,
- Mental disorder.

ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL  
94010 CRETEIL CEDEX

## SOUTENANCE A CRETEIL

ANNEE : 2013

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : GADROY-PIERRE OCEANE

DIRECTEUR DE THESE : DR CHAUMARTIN NADIA

### **Taux de déclaration de médecin traitant parmi 100 patients hospitalisés en psychiatrie (groupe hospitalier Paul Guiraud) et facteurs explicatifs.**

Depuis les années 80, de nombreuses études épidémiologiques montrent que les patients souffrant de maladie mentale sont plus fréquemment porteurs d'affections somatiques, souvent non prises en charge. Ils ont une espérance de vie diminuée de 10 à 20 ans par rapport à la population générale.

Suite à une hospitalisation en psychiatrie, les patients ont pour la plupart un suivi psychiatrique, qui est organisé et pris en charge par l'hôpital. En revanche, ils n'ont pas systématiquement de suivi somatique qui repose sur leur propre initiative.

Il serait intéressant de mettre en évidence des facteurs expliquant ce manque de suivi somatique, dont certains pouvant être modifiés, notamment par l'intervention d'un médecin traitant dont le rôle a été redéfini par la loi de 2005.

Une étude a donc été réalisée sur 100 patients hospitalisés en psychiatrie au sein du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, afin d'évaluer la fréquence de la déclaration de médecin traitant chez ces patients ainsi que les facteurs médicaux, psychiatriques, démographiques ou sociaux pouvant influencer cette déclaration.

Dans notre étude, 79 % des patients affirment avoir un médecin traitant déclaré à la sécurité Sociale.

Les facteurs tels que le sexe féminin, l'âge élevé, la présence d'un entourage, l'autonomie, un niveau d'étude supérieur et le diagnostic psychiatrique de trouble de l'humeur semblent liés à la déclaration de médecin traitant, sans être significatifs. Par ailleurs, bénéficier d'une prise en charge à 100 % dans le cadre d'une ALD est possiblement un facteur important de déclaration d'un médecin traitant, quelles que soient par ailleurs les caractéristiques démographiques et sociales de ces patients.

#### MOTS-CLES :

- Comorbidité,
- Psychiatrie,
- Régulation de l'accès aux soins spécialisés,
- Soins de santé primaire,
- Troubles mentaux.

ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL  
94010 CRETEIL CEDEX