

**THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'État
DES de médecine générale

PAR
BURDIN Jean-Baptiste
Né le 27 mars 1989 à Roanne

Quel suivi somatique en ambulatoire pour les patients psychotiques chroniques ?

Étude qualitative sur des secteurs psychiatriques de l'Eurométropole de Strasbourg.

Président de thèse :

Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Abdelghani SADOON

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- **(1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- **(1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- **(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- **(3.10.01-7.02.11)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition JANVIER 2019
Année universitaire 2018-2019

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlogie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie: transfusion

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02	Neurochirurgie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01	Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02	Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur		

MO112	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
-------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03 Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01	Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCO Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRp6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLŒCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury, merci d'avoir pris le temps de relire mon travail et d'y avoir apporté des réflexions pertinentes. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Madame la Professeur Élisabeth QUOIX,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, recevez l'expression des mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Jean-Christophe WEBER,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, recevez l'expression des mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Abdelghani SADOUN, directeur de thèse,

Merci pour vos conseils précieux, votre accompagnement tout au long de ce travail de thèse.

Aux psychiatres, aux infirmiers et aux cadres infirmiers de l'EPSAN,

Merci de votre temps accordé pour réaliser les entretiens de ce travail.

À tous les médecins, infirmiers des différents services où je suis passé lors de mon cursus et qui ont contribué à ma formation pratique.

À Véronique Eli, merci pour ta relecture minutieuse, et ton exceptionnelle disponibilité.

À mes parents, merci pour votre soutien, pour tout ce que vous m'avez appris et donné. Avec toute ma reconnaissance.

À mon frère, pour toutes ces années. Tu es un exemple pour moi.

À mes amis ligériens, alsaciens et d'ailleurs, merci pour tous ces moments passés ensemble, pour avoir toujours été là.

À tous mes co-internes. Sans vous l'internat aurait été bien plus compliqué.

À Loïc, pour tout et bien plus encore.

Sommaire

<u>I. Introduction</u>	19
I. A) Choix du thème	19
I. B) État de santé des patients psychotiques chroniques	20
1) Une problématique de santé publique	
2) Co-morbidités	22
2. a) Pathologies cardio-vasculaires	22
2. b) Obésité et syndrome métabolique	23
2. c) Anomalie glycémique et diabète	23
2. d) Pathologies respiratoires, tabagisme et autres addictions	24
2.e) Pathologies infectieuses	25
2. f) Effet iatrogène des psychotropes	25
2. g) Pathologies bucco-dentaires	26
3) Déficit de soins somatiques	27
I. C) Le Système de santé Français	29
1) L'organisation de la psychiatrie	29
2) Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné	31
3) Le Dossier Médical Partagé (DMP)	32
 <u>II. Problématiques</u>	 34
 <u>III. Méthodes</u>	 36
III. A) Étude auprès des professionnels de santé de la psychiatrie	36
1) Choix de la méthode	36
2) Matériel	36
3) Inclusion	37
4) Recueil de données	37
5) Méthode d'analyse	38
III. B) Étude auprès des médecins généralistes	38
 <u>IV. Résultats</u>	 40
IV. A) Enquête qualitative auprès des professionnels de santé de la psychiatrie	40
1) Population	40
2) Résultats	40
2.a) <i>Le somatique en psychiatrie</i>	40
2.a.1) Le somatique vu par les psychiatres	40
2.a.2) Prescription et suivi (biologique, clinique et para-clinique) des traitements neuroleptiques	41
2.a.3) Le suivi des consultations de médecine générale	42
<i>Figure 1 : Le somatique en psychiatrie.</i>	43
2.b) <i>Le médecin généraliste</i>	44
2.b.1) Tous ont-ils un médecin traitant déclaré ?	44
2.b.2) Rôle du médecin généraliste	45
2.b.3) La pratique des médecins généralistes	46
<i>Figure 2 : Le médecin généraliste : rôle et pratiques.</i>	48
2.b.4) Relation entre psychiatre et médecin généraliste	48
<i>Figure 3 : Les relations entre psychiatres et médecins généralistes.</i>	50

2.c) <i>L'impact de la pathologie du patient dans la prise en charge somatique</i>	50
2.c.1) Les plaintes somatiques chez le patient psychotique	50
2.c.2) Le refus de consulter chez le médecin généraliste	51
2.c.3) La stigmatisation du patient psychotique	52
<i>Figure 4 : L'impact de la pathologie du patient sur sa prise en charge.</i>	54
2.d) <i>L'impact du niveau socio-économique</i>	54
<i>Figure 5 : Faible niveau socio-économique et accès aux soins.</i>	57
2.e) <i>Mode de vie et éducation thérapeutique</i>	57
2.e.1) Pourquoi et comment aborder ce sujet ?	57
2.e.2) Les limites rencontrées	58
2.e.3) Le tabac	58
2.e.4) Alimentation et sédentarité	60
<i>Figure 6 : Mode de vie et éducation thérapeutique.</i>	62
2.f) <i>Les solutions pour améliorer la prise en charge somatique des patients psychotiques chroniques</i>	62
2.f.1) La formation (des internes et des médecins généralistes)	62
2.f.2) Les consultations de médecine générale au CMP	63
2.f.3) L'accompagnement par des infirmiers en consultations	65
2.f.4) Développer le lien entre intra et extra-hospitalier	66
2.f.5) Développer le travail en réseau	66
<i>Figure 7 : Solutions pour améliorer la prise en charge.</i>	67
<i>Figure 8 : Les consultations de médecine générale au sein du CMP.</i>	68
IV. B) Enquête auprès des médecins généralistes	68
1) État des lieux	68
2) Suivi somatique des patients psychotiques chroniques	70
3) Relation avec les psychiatres	71
4) Solutions pour améliorer la prise en charge	72
<u>V. Discussion</u>	74
V. A) Limites	74
V. B) Résultats marquants	75
1) Le somatique en psychiatrie	75
2) Relations entre psychiatres et médecins généralistes	77
3) L'Éducation Thérapeutique du Patient	80
4) Solutions pour améliorer la prise en charge	84
<u>VI. Conclusion</u>	
Glossaire	91
Annexes	92
Bibliographie	94

I. Introduction

I. A) Choix du thème :

Le choix de cette thème s'est fait lors de mon stage de 6^{ème} semestre d'internat de médecine générale. Ce stage se déroula au Pôle de Médecine Générale et de Gériatrie de l'hôpital psychiatrique EPSAN à Brumath (Établissement Public de Santé Alsace Nord).

L'une des missions de ce pôle est la prise en charge somatique des patients hospitalisés. Cela correspond aussi bien aux bilans et examens d'admission, au dépistage et suivi de pathologies chroniques ainsi qu'à la prise en charge des pathologies somatiques aiguës.

Ce stage fut extrêmement enrichissant à de multiples niveaux : découverte et prise en charge des spécificités des pathologies psychiatriques, familiarisation avec l'utilisation des psychotropes, travail en collaboration avec les psychiatres...

De plus, ce stage m'a permis de prendre conscience de la fragilité au niveau de la santé somatique des patients psychotiques chroniques et m'a également permis de réaliser l'absence et le déficit de suivi somatique ambulatoire pour certains de ces patients.

En effet, au cours de l'hospitalisation la prise en charge sur le plan somatique était assurée, l'hospitalisation permettant souvent de faire le point sur des situations complexes évoluant pour certaines depuis de nombreux mois, voire années. De nombreux patients psychotiques chroniques à leur admission déclaraient ne pas être suivis par un médecin généraliste et leur suivi sur de nombreuses pathologies chroniques étaient plus que précaires. Ainsi, si sur le plan psychiatrique leur suivi était assuré avec des consultations régulières dans les structures ambulatoires, le suivi somatique était pour certains totalement inexistant. De même, lors de leur sortie d'hospitalisation, se posait la question de la poursuite de la prise en charge sur le plan somatique : certains traitements devaient être réévalués, des examens complémentaires devraient

encore être réalisés ou des résultats étaient en attente, et rien ne garantissait ce suivi en ambulatoire.

C'est ainsi que à la suite de ce constat, ainsi qu'à la confirmation de la fragilité des patients psychotiques chroniques décrite dans la littérature, je décidais de réaliser ma thèse sur ce thème : *«le suivi somatique ambulatoire des patients psychotiques chroniques»* avec pour objectif de mettre en lumière les freins à cette prise en charge et de réfléchir aux solutions qui permettraient d'améliorer cette situation.

I. B) État de santé des patients psychotiques chroniques :

1) Une problématique de santé publique :

La santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être. La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme : «un état de complet bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (1).

De par leur fréquence et leurs répercussions tant sur le plan de la santé qu'au niveau socio-économique, les pathologies mentales représentent un véritable enjeu de santé publique. En effet, selon l'OMS, les troubles mentaux sont responsables d'une part majeure de la morbidité dans le monde : «25% de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental. Les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires» (2).

Dans le monde, 121 millions de personnes souffrent de dépression, 700 millions de problèmes liés à l'alcool, 24 millions de schizophrénies et 37 millions de démence. (3).

En France, la schizophrénie concerne près de 600 000 personnes (4), au niveau des ALD (Affections de longue durée), les pathologies psychiatriques concernent 1,2 millions de

personnes soit 13% des ALD (quatrième rang en terme de bénéficiaires d'ALD (5)).

Devant ces constats, les pouvoirs publics ont créé des programmes d'actions multi-disciplinaires pour améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies mentales. Au niveau international, l'OMS a adopté en 2013 *Le Plan d'action pour la Santé Mentale 2013-2020* qui définit quatre objectifs principaux (1) :

- *«Parvenir à un leadership et à une gouvernance plus efficaces dans le domaine de la santé mentale,*
- *Fournir des services de santé mentale et des services de protection sociale complets, intégrés et répondant aux besoins dans un cadre communautaire,*
- *Mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention,*
- *Renforcer les systèmes d'information, réunir davantage de données factuelles et développer la recherche.»*

Au niveau européen on retrouve également des initiatives en faveur de la santé mentale rapportées dans *Le pacte européen pour la santé mentale et le bien-être* (signé en 2008 par la France). Ce pacte fait de la santé mentale une priorité au niveau européen et détermine cinq domaines prioritaires (6) :

- *«Prévention de la dépression et du suicide,*
- *La santé mentale chez les jeunes et dans le système éducatif ,*
- *La santé mentale sur le lieu de travail,*
- *La santé mentale des personnes âgées,*
- *La lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale.»*

En France, plusieurs programmes ont été créés ces dernières années. C'est dans *Le plan santé mentale 2011-2015*, développé autour de quatre axes qui reprennent les grandes thématiques des plans de l'OMS et de l'Union Européenne, que l'on retrouve la volonté de développer l'accès aux soins somatiques et de favoriser la continuité des soins (7):

- «Axe 1 : Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne
- Axe 2 : Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires
- Axe 3 : Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal»
- Axe 4 : Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs».

Tous ces plans insistent sur l'importance de la prise en charge des pathologies somatiques associées, sur l'importance des soins primaires dans cette prise en charge et précisent la nécessité d'une coopération inter-professionnelle efficace (psychiatres, médecins généralistes, infirmiers...) pour assurer une prise en charge de qualité des patients psychiatriques.

De plus, ces plans insistent sur l'importance de décloisonner la pratique psychiatrique afin de l'intégrer dans le système de santé global et de lutter contre la stigmatisation dont peuvent souffrir ces patients.

2) Co-morbidités :

De nombreuses études ont mis en évidence une surmortalité des patients psychotiques chroniques dont l'espérance de vie est réduite de 13 à 30 ans selon les études comparée à la moyenne de l'espérance de vie de la population générale (8). Cette surmortalité est liée de façon prépondérante à la fréquence élevée de pathologies somatiques (les patients psychiatriques ont notamment un risque deux fois plus important de mourir précocement d'une pathologie cardiovasculaire (8)).

2. a) Pathologies cardio-vasculaires :

Une des premières causes de mortalité chez les malades mentaux, outre l'augmentation du risque de suicide, est l'augmentation du risque de maladie cardiaque : en effet, «40 à 45 % des décès naturels sont d'origine cardiaque» (9). On note notamment une très nette augmentation du taux

de pathologies coronariennes comparée à la population générale, une étude américaine en 2003 a montré qu'un «patient schizophrène a en moyenne un risque 1,6 fois plus élevée de développer une maladie coronarienne» (9).

Cette surmortalité peut s'expliquer notamment par les très nombreux facteurs de risque cardio-vasculaire détaillés dans les paragraphes suivants : dyslipidémie, diabète, tabagisme, sédentarité, obésité, alcool...

2. b) Obésité et syndrome métabolique :

Le surpoids et l'obésité sont un enjeu de santé publique étant donnée la fréquence des patients concernés. Cette comorbidité est encore plus présente chez les patients psychotiques. En effet, le risque d'obésité chez les schizophrènes est multiplié par un «facteur de 2,8 à 3,5» (10) .

Le syndrome métabolique est défini comme une association d'au moins trois des facteurs suivants : augmentation du périmètre abdominal, élévation du taux de triglycérides, taux d'HDL cholestérol faible, hypertension artérielle, élévation de la glycémie à jeun. Ce syndrome représente un fort risque de survenue de pathologies cardio-vasculaires (risque multiplié par un facteur 2 à 4) et de diabète de type 2 (risque multiplié par un facteur de 5 à 10). Or ce syndrome est «deux à trois fois plus fréquent chez les patients psychiatriques» que dans la population générale (11). De plus, à la fois cause et conséquence de ce surpoids, on note une plus grande sédentarité avec une activité physique très souvent légère voire inexistante.

2. c) Anomalie glycémique et diabète :

Le diabète est l'une des comorbidités la plus fréquemment retrouvée chez ces patients : «30 % des patients présentant une symptomatologie psychiatrique sévère développent une anomalie glycémique (pré-diabète et diabète)» (8). Ceci serait dû en partie aux traitements neuroleptiques. En effet, une étude américaine a révélé que la prise des antipsychotiques de nouvelle génération,

notamment la Clozapine, l'Olazapine et la Quiétapine, favorisaient de façon significative le développement d'un diabète comparé aux antipsychotiques de première génération (12). Les facteurs liés au mode de vie (la sédentarité et le manque d'activité physique) sont là aussi à prendre en compte.

2. d) Pathologies respiratoires, tabagisme et autre addictions :

Le tabagisme est plus fréquent chez les schizophrènes que dans la population générale avec une prévalence du tabagisme variant de 50 à 80 % selon les études, avec une dépendance nicotinique plus élevée et un taux d'arrêt du tabac beaucoup plus faible que dans la population générale (13). Cette prévalence élevée du tabagisme serait liée en partie aux symptômes négatifs et cognitifs de la schizophrénie qui semblent avoir un effet sur la consommation de nicotine (14).

Ce fort tabagisme est responsable, en partie, du taux élevé de pathologies respiratoires chez les patients psychotiques chroniques (Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive ou BPCO, emphysème, surinfection pulmonaires entre autre) avec des conséquences majeures sur le plan de la morbi-mortalité. En effet, les pathologies respiratoires représentent une cause de mortalité importante chez les patients schizophrènes en étant responsables de 17 % des décès (15). Selon une étude espagnole de 2004, elles sont la deuxième cause d'hospitalisation pour une maladie somatique des patients psychotiques chroniques : elles représentent 14,7 % des cause d'hospitalisations chez ces patients, soit 2 fois plus que pour la population générale (la première cause étant les Intoxications Médicamenteuses Volontaires (IMV) et les actes auto-agressifs qui représentent 19,5% des causes d'hospitalisations selon cette étude) (16) .

Outre le tabagisme, les patients psychotiques présentent une addiction à l'alcool plus élevée que dans la population générale (la dépendance à l'alcool était de 33 % chez les schizophrènes, 3,3 fois plus que dans la population générale), ainsi qu'aux substances illicites (la prévalence de l'abus de substances illicites est six fois plus élevée que dans la population générale (13)). De

ces addictions découlent des complications (cirrhose hépatique, hépatites, cancer ORL...) engageant le pronostic fonctionnel et vital de ces patients.

2.e) Pathologies infectieuses :

Selon une étude américaine de 2008, la prévalence de l'infection au VIH chez les patients schizophrènes est au moins doublée par rapport à celle de la population générale (17) .

Les causes de cette prévalence élevée seraient la fréquence plus forte de toxicomanie intraveineuse chez les patients schizophrènes ainsi que d'un plus fort taux de comportements sexuels à risques. De plus, cette étude note également l'existence d'un manque d'information relative au VIH (notamment son mode de transmission) chez les patients psychotiques.

En revanche, cette étude ne met pas en évidence de différence significative quand à la prévalence du VHC chez les schizophrènes comparée à la population générale.

2. f) Effet iatrogène des psychotropes :

Lors de la prescription des neuroleptiques, traitements de base et indispensables dans le cadre de la prise en charge des psychoses, il convient de garder en mémoire les nombreux effets secondaires de ces traitements et donc d'assurer une surveillance de la bonne tolérance de ces traitements.

En effet, les patients recevant les antipsychotiques de nouvelle génération risquent davantage de développer une obésité, un diabète de type II et une dyslipidémie (12). De plus, ces traitements ont également des effets secondaires au niveau cardio-vasculaires (allongement de l'intervalle QT à l'électrocardiogramme avec toutes les conséquences que cela implique).

Ainsi, un bilan pré- thérapeutique et un suivi clinique et biologique régulier doit être réalisé :

Recommandations de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de santé (ANSM) (18) pour le suivi des patients avec un traitement neuroleptique au long cours :

	<i>T0</i>	<i>1er mois</i>	<i>3eme mois</i>	<i>Trimestriellement</i>	<i>Annuellement</i>	<i>Tous les cinq ans</i>
Poids et IMC	X	X	X	X		
Périmètre Abdominal	X					
Glycémie à jeun	X		X		X	
Pression artérielle	X		X		X	
Bilan lipidique	X		X			X

2. g) Pathologies bucco-dentaires:

Outre ces pathologies décrites, on note de plus un état bucco-dentaire préoccupant pour de nombreux patients psychotiques chroniques avec une fréquence plus élevée comparée à la population générale de caries, parodontopathies et mycose buccale notamment (19). Cet état est expliqué, entre autre, par un manque d'hygiène bucco-dentaire, et comme décrit précédemment, une exposition plus importante au tabac et à l'alcool, ainsi qu'aux effets secondaires des psychotropes (hyposialorrhée et sécheresses buccales). Cet état bucco-dentaire précaire a pour répercussion de perturber ou aggraver l'état psychique (en particulier avec des troubles de la communication et une douleur qui peuvent en découler (20)). Cet état bucco-dentaire est aussi responsable de troubles de l'alimentation (carences, fausse routes). De plus par l'image qu'il véhicule, un état bucco-dentaire dégradé contribue à la stigmatisation de ces patients aux yeux de la population générale.

3) Déficit de soins somatiques :

Malgré ce tableau alarmant, les patients psychotiques ont un suivi par un médecin généraliste plus faible que la population générale (21). Le plus souvent, ils consultent lorsque les symptômes sont devenus majeurs (notamment sur le plan de la douleur), or une pathologie, telle que le diabète par exemple, peut évoluer de façon asymptomatique pendant de nombreuses années alors que des lésions se développent de manière irréversible (rétinopathie, insuffisance rénale entre autre dans l'exemple du diabète).

De plus, la difficulté de prise en charge de ces patients tient également au fait que les symptômes qu'ils expriment peuvent être considérés dans de nombreux cas comme des manifestations psychosomatiques inhérentes à leur pathologie psychiatrique, avec le risque de non diagnostic et donc de non prise en charge. Dans une étude aux États-Unis, le pourcentage de cas de maladies physiques majeures non diagnostiquées par des médecins autres que des psychiatres était de «33 % chez les hommes et de 31 % chez les femmes» (22).

Par ailleurs, les patients psychotiques, de par la nature de leur pathologie psychiatrique, ont des difficultés pour décrire précisément leurs symptômes comme l'a montré une étude aux États-Unis en 2002 : «23 % des patients suivis dans l'unité de soins médicaux aigus d'un hôpital psychiatrique pouvaient correctement décrire la nature et l'origine de leur douleur ou de leur maladie» (23).

Les patients psychotiques présentent un rapport à la douleur altéré comparé à la population générale, rendant plus difficile le diagnostic de certaines pathologies de part l'expression même de la manifestation douloureuse de cette pathologie. Une autre étude de 2005 aux États-Unis a montré une différence de plaintes douloureuses face à des situations aiguës : «79 % des patients schizophrènes ayant fait une perforation aiguë d'ulcère et 63 % de ceux qui avaient une appendicite aiguë se sont plaints de douleurs, contre 95 % des sujets non schizophrènes (...) seuls 18 % de ces patients se sont plaints de douleurs pendant une attaque cardiaque, contre 90 % des

sujets dans la population générale» (24).

Ainsi le diagnostic de pathologies somatiques est rendu plus difficile et complexe que pour le reste de la population générale impliquant une attention accrue lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Il convient également d'accorder aux plaintes exprimées par ces patients une attention et un intérêt majeurs pour ne pas les considérer trop rapidement comme des manifestations psychosomatiques.

De plus lorsque les pathologies et facteurs de risque cardio-vasculaires sont diagnostiqués, on note un déficit de mise en place des thérapeutiques comme l'a prouvé l'étude européenne METEOR en 2011. Ainsi selon cette étude, 70% des patients présentant une dyslipidémie, 39% des patients hypertendus et 26% des patients présentant une hyperglycémie ne bénéficiaient pas du traitement indiqué pour leur pathologie somatique (25).

Ce déficit de prise en charge somatique s'observe également lors d'hospitalisation. Une étude américaine de 2006 a mis en évidence que les patients psychotiques hospitalisés en service de médecine ou de chirurgie ont plus de risques de développer des complications médicales (notamment d'infections nosocomiales, de détresses respiratoires et d'infections post opératoires et d'accident thrombo-emboliques) que le reste de la population générale (23).

Devant ces difficultés de prise en charge et l'état de santé préoccupant de cette population, les pouvoirs publics ont réagi et proposé plusieurs pistes pour améliorer la prise en charge, en mettant notamment l'accent sur le rôle des médecins généralistes.

Ainsi, l'OMS rappelle le rôle primordial des médecins généralistes dans la prise en charge de ces patients et précise dans son *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020* que la base de la prise en charge des pathologies de santé mentale repose sur les soins primaires (3).

De même, le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) dans son analyse du « *Plan Santé mentale 2011-2015* » relève que sur la prise en charge des soins somatique des patients

psychiatriques «des efforts notables ont été faits dans plusieurs régions et des dynamiques nationales semblent s’amorcer. Toutefois, globalement les professionnels de santé (hors champ psychiatrique) ne sont pas suffisamment formés à une approche adaptée à ces troubles» (7). Dans cette optique la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré en juin 2015 une recommandation sur la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique avec comme priorité de renforcer la coopération entre psychiatres et médecins généralistes, ainsi qu'un guide avec les examens biologiques, cliniques et para cliniques à réaliser de façon systématique.

I. C) Système de santé Français :

L'OMS définit un système de santé comme : «l’ensemble des moyens organisationnels, structurels, humains et financiers destinés à réaliser les objectifs d’une politique de santé. Sa fonction est la promotion de la santé et son objectif est l’amélioration de la santé».

Ce système de santé s'organise en trois niveaux distincts :

- *Niveau I ou soins primaires* : soins de premier recours, essentiellement ambulatoires, dont la médecine générale constitue le pivot.

- *Niveau II ou secondaire*: regroupe des services spécialisés dans le diagnostic et la prise en charge d’un domaine pathologique donné

- *Niveau III ou tertiaire*: constitué de centres de référence, offrant les services de soins les plus spécialisés, souvent à vocation d’enseignement et de recherche.

1) L'organisation de la psychiatrie:

L'organisation de la psychiatrie en France repose sur le principe de sectorisation initié dans les années 1960 et défini par les lois de juillet et décembre 1985.

La sectorisation repose sur trois principes fondamentaux :

- Le refus de ségrégation du malade,
- Favoriser l'accès aux soins,
- La continuité des soins.

Le territoire Français est découpé en secteurs, chaque secteur correspondant à une zone géographique d'une population de 70 000 à 80 000 habitants environ rattachée à un Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de référence. Le secteur est doté d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, infirmiers, assistants sociaux, psychologues...) qui interviennent en intra-hospitalier et en extra-hospitalier, ceci pour garantir la continuité des soins. Ainsi la sectorisation, permet de développer l'offre ambulatoire et propose des alternatives à l'hospitalisation.

Cette offre ambulatoire de secteur se compose de plusieurs acteurs :

- *Les Centres Médico-psychologiques (CMP)* : Ils représentent l'organe central du secteur en ambulatoire et coordonnent les soins au sein d'équipe pluridisciplinaire.

- *L'hospitalisation à domicile (HAD)* : Elle offre des soins hospitaliers (soins lourds et intensifs) au domicile du patient.

- *La psychiatrie de liaison* : Elle correspond à une équipe de psychiatrie (infirmière, médecin) qui répond aux demandes d'avis psychiatriques des unités d'hospitalisation non psychiatrique notamment aux services d'accueil des urgences.

- *L'hôpital de jour (HDJ)* : Il propose des soins polyvalents et intensifs durant la journée, un ou plusieurs jours par semaine.

- *Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)* : Il propose des activités thérapeutiques (sport, peinture, musique...) ayant pour but de développer l'autonomie et la réadaptation sociale.

En 2015, selon les chiffres de La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) près de deux millions de patients ont été suivis en ambulatoire. Concernant ces patients, il s'agit de patients relativement jeunes : «un sur quatre est âgé de 16 ans ou moins et un sur deux a moins de 40 ans (...) La majorité des actes (60%) est réalisée en centre médico-psychologique (CMP). Le reste des actes est réparti entre les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP, 13 %), le domicile du patient (6 %), les unités d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence, 5 %), les établissements pénitentiaires (4 %), et dans d'autres lieux non spécifiés (12 %)» (26).

2) Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné :

Le parcours de soins a pour objectif une prise en charge globale et coordonnée des patients. En France, le parcours de soins coordonné repose sur le niveau de soins primaires avec le rôle central du médecin traitant, institué par loi de réforme de l'assurance maladie de 2004. Tout patient doit, pour pouvoir bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie, déclarer un médecin traitant qui coordonne les soins et oriente le patient vers les spécialistes si besoin. L'immense majorité des médecins traitants est représentée par les médecins généralistes (92,7% des médecins traitants selon les chiffres de l'assurance Maladie de 2016). En effet, de par sa proximité et sa facilité d'accès le médecin généraliste est le recours médical le plus fréquent pour l'ensemble des problèmes de santé, et ce pour l'ensemble de la population.

L'étude de la DREES en 2014 sur *L'organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale* confirme l'aspect central des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles de santé mentale: «Dans notre pays, les médecins généralistes, étant donnée leur place centrale dans le dispositif d'accès aux soins, sont souvent en première ligne dans la prise en charge des troubles de santé mentale». Cependant, cette étude indique également que les médecins généralistes ont «une mauvaise connaissance de la schizophrénie (prévalence, gravité,

comorbidités...))» (27).

La complexité du parcours de soins des patients psychiatriques tient, outre la problématique liée à la pathologie du patient, au nombre important d'acteurs et au cloisonnement de leurs interventions. Par sa définition, le parcours de soins coordonné implique une coopération des dispositifs de soins entre eux et une bonne collaboration des différents professionnels impliqués. Pour que la prise en charge de ces patients soit optimale, il faut que chaque acteur remplisse correctement ses missions, qu'il puisse s'appuyer sur les compétences complémentaires des autres acteurs et que la communication entre eux soit présente et de qualité.

3) Le Dossier Médical Partagé (DMP) :

Le dossier médical personnel a été instauré en 2004 par la loi relative à l'Assurance Maladie. Opérationnel depuis 2011, le dossier médical personnel a été un échec si bien que la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé l'a redéfini et rebaptisé «Dossier Médical Partagé» (DMP) afin de donner une nouvelle impulsion à ce dispositif. Il s'agit d'un carnet de santé numérique personnel, sécurisé, accessible gratuitement sur internet. Il a été conçu pour permettre aux professionnels de santé, autorisés par le patient, de partager les informations de santé utiles et ainsi améliorer la coopération entre professionnels de santé dans le cadre du parcours de soins coordonné. Le patient est acteur de ce dossier, il peut le consulter, l'enrichir en y ajoutant des documents et en contrôler l'accès en autorisant ou non les professionnels à le consulter ou à l'alimenter. De plus, le patient peut quand il le souhaite fermer son DMP, ou masquer certaines informations.

Le DMP contient notamment les antécédents du patient, l'historique des remboursements, les éventuelles allergies, les traitements en cours, le volet médical de synthèse, les lettres de liaison de séjours hospitaliers, les comptes-rendus d'hospitalisations et de consultations, les résultats d'examens (radios, analyses biologiques...), la mention du don d'organes, les directives

anticipées...

En 2015, selon le ministère de la santé on compte (28):

- Près de 600 000 DMP,
- 6 000 médecins libéraux utilisateurs,
- 210 Millions d'euros investis dans la mise en place et le déploiement du DMP.

Ainsi, on réalise qu'une faible proportion aussi bien de patients que de professionnels de santé utilise le DMP, malgré l'investissement déployé, rendant ainsi son usage encore marginal.

II. Problématiques

Cette revue de littérature a permis de mettre en évidence la fragilité sur le plan somatique des patients psychotiques chroniques. On note la présence de multiples co-morbidités, notamment de nombreux facteurs de risque cardio-vasculaires, amputant l'espérance de vie de ces patients de nombreuses années.

Notre première problématique portera donc sur l'état de santé somatique de ces patients. Leur suivi sur le plan somatique est-il assuré ? Comment se déroule leur prise en charge par leur médecin généraliste ? Quel peut être l'impact de la pathologie psychiatrique sur la prise en charge somatique ? Comment peut-on améliorer la prise en charge somatique de ces patients ?

Le mode et l'hygiène de vie (alimentation, activité physique régulière, tabagisme et consommation de toxique) représentent des facteurs de risque importants et influent directement sur la qualité et l'espérance de vie.

Notre étude s'intéressera à la problématique de la prévention et de la prise en charge du mode et de l'hygiène de vie. Comment aborder cette question ? Quelles limites peuvent être mises en évidence ? Quels sont les moyens d'action et les pistes d'amélioration possibles ?

Comme décrit précédemment, le médecin généraliste est au centre du système de soins primaire, il est le coordonnateur de la prise en charge globale du patient dans le cadre du parcours de soins personnalisé. Or, pour ces patients psychotiques chroniques, le psychiatre référent peut également avoir ce rôle de coordonnateur des soins.

Notre étude s'intéressera à la question de la relation entre généralistes et psychiatres. Plus

précisément, quel rôle pour chacun de ces deux acteurs de santé dans le parcours de soins personnalisé et plus particulièrement dans la prise en charge somatique de ces patients ? Quand est-il de la communication entre généralistes et psychiatres ? Le DMP peut-il améliorer la collaboration interprofessionnelle ?

III. Méthodes

Afin de réfléchir à cette problématique du suivi somatique ambulatoire des patients psychotiques chroniques, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative :

- D'une part, auprès des professionnels de santé de psychiatrie (médecins, cadre de santé, infirmiers) exerçant dans les structures psychiatriques ambulatoires.

- D'autre part, auprès des médecins généralistes installés dans les zones géographiques correspondantes aux mêmes secteurs de psychiatrie.

L'objectif est d'obtenir une réflexion, des idées et des pistes d'améliorations de la part de ces différents acteurs intervenant dans la prise en charge somatique des patients psychotiques chroniques sur un même secteur.

III. A) Étude auprès des professionnels de santé de la psychiatrie :

1) Choix de la méthode :

Pour étudier la problématique du suivi somatique ambulatoire des patients psychotiques chroniques, nous avons donc réalisé une étude qualitative auprès des professionnels de santé de psychiatrie avec pour méthode de recherche celle de la théorie ancrée. Cette méthode peut se définir comme «la conceptualisation de données empiriques» (29). Elle a pour objectif de «formuler des théories permettant de comprendre un phénomène complexe» (29) et ceci en partant du recueil de données empiriques qualitatives.

2) Matériel :

Cette étude s'est déroulée sur une période de quatre mois, du 1^{er} mars 2018 au 21 juin 2018.

Les critères d'inclusion des professionnels interrogés sont définis par leur expérience de la

situation afin d'obtenir des idées et une réflexion issues de leur compétence professionnelle. Ainsi, l'échantillon comprend des psychiatres de l'EPSAN exerçant dans les structures ambulatoires des secteurs du G04, du G07 et du G08 ainsi que les infirmiers et cadres de santé exerçant dans ces même structures.

Le nombre de sujets constituant l'échantillon est déterminé par l'analyse des données effectuée au fur et à mesure de l'étude. La collecte des données s'arrête lorsque n'apparaît plus de nouvelle idée, c'est ce qu'on appelle la saturation des données.

3) Inclusion :

Il a été convenu de s'intéresser aux secteurs psychiatriques de l'Eurométropole de Strasbourg rattachés à l'EPSAN : secteurs du G 07, G 04 et du G 08 (représentant un bassin de population d'environ 240000 habitants). Une demande par mail ou verbale a été faite aux différents acteurs susceptibles de répondre à la question de recherche. S'ils étaient intéressés, nous fixions un rendez-vous pour réaliser l'entretien.

Au final, ont été inclus :

- 5 psychiatres
- 6 infirmiers
- 1 cadre de santé

4) Recueil de données :

Toutes les données ont été obtenues par des entretiens individuels. Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants avec un dictaphone numérique. Avant chaque entretien, une explication était donnée sur les grands principes de la recherche qualitative et de cette étude. L'anonymat des propos était assuré.

Le recueil des données a été réalisé lors d'entretiens semi-dirigés au moyen d'une grille d'entretien servant de guide pour pouvoir aborder tous les aspects du sujet.

Cette grille comportait 4 parties :

- Tout d'abord, la prise en charge somatique des patients du point de vue des psychiatres
- puis une deuxième partie sur les médecins généralistes (rôles et missions dévolus, coopération avec les psychiatres...)
- une troisième partie pour identifier les freins à la prise en charge somatique
- et la dernière partie sur les solutions permettant d'améliorer la prise en charge.

Chaque entretien recueilli par fichier audio numérisé a été retranscrit mot pour mot sur des fichiers textes informatiques anonymisés.

5) Méthode d'analyse :

L'analyse a été effectuée par codage ouvert. Cette analyse consiste à extraire l'ensemble des données exploitables de l'échantillon, en identifiant des unités de sens nommées «verbatim». Puis, dans un second temps, l'analyse thématique rassemble les verbatims en concepts, pour expliquer le phénomène étudié. Le codage a été réalisé à l'aide d'un fichier Open Office Classeur. Chaque entretien est stipulé dans l'étude sous la forme (E + n° de l'entretien).

III. B) Étude auprès des médecins généralistes :

En complément de cette étude qualitative chez les professionnels de santé de la psychiatrie, un questionnaire à destination des médecins généralistes a été envoyé. Il s'agit d'un questionnaire d'étude qualitative comportant des questions à réponses fermées avec possibilité de laisser des commentaires pour chaque question, ainsi qu'un espace d'expression libre à la fin du questionnaire.

Ce questionnaire s'articule en quatre parties concordantes avec les thèmes apportés lors des entretiens avec les psychiatres :

- Tout d'abord un état des lieux de chaque médecin sur sa patientèle de patients psychotiques chroniques,
- Une deuxième partie portant sur les soins somatiques,
- La troisième partie s'intéressant aux relations avec les psychiatres,
- Enfin la dernière partie, portant sur les solutions envisageables pour améliorer la prise en charge de ces patients.

L'ensemble des cabinets de médecins généralistes domiciliés sur les secteurs de psychiatrie sélectionnés a reçu le questionnaire accompagné d'un courrier expliquant le travail de thèse et l'objectif de la recherche. Le questionnaire était anonyme, les médecins pouvaient renvoyer la réponse sous un mois (une date limite de réception des questionnaires leur ayant été communiqué) par mail, fax ou courrier postal. L'analyse de ces questionnaires a ensuite été réalisée avec un fichier Open Office Classeur. Les valeurs numériques ayant été converties en pourcentage (valeur arrondie à l'unité) pour plus de clarté.

IV. Résultats

IV. A) Enquête qualitative auprès des professionnels de santé de la psychiatrie :

1) Population :

Douze entretiens ont été réalisés du 1er mars 2018 au 21 juin 2018. Tous les entretiens ont été inclus dans l'étude.

Leur durée varie de 15 minutes 18 secondes à 36 minutes 50 secondes, avec une durée moyenne de 25 min et 43 secondes. L'effet de saturation lors de l'analyse per opératoire a été obtenu après onze entretiens.

2) Résultats :

2.a Le somatique en psychiatrie :

2.a.1 Le somatique vu par les psychiatres :

Si certains considèrent que les questions somatiques «ce n'est pas la priorité, on a beaucoup d'autres plaintes et soucis à prendre en charge» (E2) et qu'il est également nécessaire de séparer les champs d'action entre psychiatrie et somatique «on essaie d'être rigoureux en disant : ici c'est la psychiatrie , le somatique c'est dehors» (E4). Cette répartition n'est pas forcément respectée «on est amené à faire des concessions là dessus quand l'urgence prime, je fais l'examen que j'arrive à faire en tant que psychiatre» (E4).

Pour d'autres, les plaintes et questions en rapport avec un problème somatique sont inhérentes à leur travail :

- «Ça arrive très régulièrement» (E1),
- «Oh oui, très souvent, souvent ça commence par des plaintes somatiques» (E11).

Ainsi face à ces nombreuses demandes, les réactions diffèrent selon les médecins :

- là où certains n'estiment pas avoir le choix «par la force des choses, on est obligé, moi y a certains patients dont je suis l'unique prescripteur de tous les

traitements, dont je suis obligé de coordonner le suivi somatique» ; tout en reconnaissant que cette situation concerne «une minorité de patients» (E6).

- d'autres essaient d'évaluer la réelle origine de ces plaintes : «Alors ça dépend comment on connaît le patient. On peut savoir que chez certains patients ça peut être plus psy. Donc on commence par un entretien» (E7), tout en reconnaissant la difficulté qu'il peut exister de caractériser ces plaintes «là où c'est difficile pour moi c'est de faire la différence entre une cause somatique et une cause plus psychosomatique ou hallucinatoire» (E9) avec le risque de «banaliser ces plaintes» (E9)
- pour d'autres ces plaintes sont un prétexte et un moyen pour «créer du lien» (E12).
- Certains refusent de prendre en charge ces questions somatiques pour ne pas brouiller les champs de compétence «Je ne veux pas parce qu'après c'est un cercle vicieux, ça s'auto-entretient, ils ne vont plus chez leur médecin traitant, donc non il faut souligner l'importance de la distinction» (E5).
- Pour d'autres, «Je fais le tri.» (E1), «on débroussaille le terrain» (E10) et dans un second temps «réoriente vers le généraliste» (E10), tout ayant l'objectif également de «les éduquer aussi à aller chez le généraliste ça fait partie de l'éducation thérapeutique» (E6) en leur expliquant «que moi je suis le psychiatre mais qu'il ne faut pas négliger les soins généraux et qu'il y a un spécialiste pour cela et c'est le médecin généraliste» (E6).

2.a.2) Prescription et suivi (biologique, clinique et para-clinique) des traitements neuroleptiques :

Sur le plan thérapeutique, un certain nombre de ces patients sont traités par des anti-

psychotiques retard avec des injections régulière (mensuelle, hebdomadaire...). Ces traitements neuroleptiques présentent de nombreux effets secondaires avec notamment «plein d'effets métabolique» (E6).

Ainsi il est indispensable d'effectuer une surveillance clinique, biologique et para-clinique régulière. Et si cette surveillance «c'est de la responsabilité du psychiatre» (E5), elle «n'est pas organisé de façon codifiée, ce n'est pas très régulier. Ça devrait être une fois par an mais c'est moins» (E6), et on reconnaît que «c'est un peu noyé dans le dossier de chaque patient» (E3).

Outre ce suivi aléatoire, il n'existe pas de carnet de suivi des injections ce qui peut conduire à des erreurs d'administration : «C'est déjà arrivé que le patient ait deux fois l'injection» (E1). De plus, «ce déficit d'information» (E4) fait que «le médecin généraliste ne connaît pas le traitement de son patient, ce qui peut poser problème quand même...» (E4).

Pour palier ce manque d'information des solutions ont été évoquées, «on avait dit de mettre en place un récap avec antécédents psy, traitement, fréquence du suivi» mais c'est «resté en projet» (E6) alors que comme le résume ce psychiatre : «on aurait beaucoup à gagner si chacun connaissait la dernière ordonnance» (E5).

2.a.3) Le suivi des consultations de médecine générale :

Comme évoqué dans le paragraphe précédent, les psychiatres réorientent fréquemment les patients vers le médecin généraliste lorsqu'il existe une plainte d'ordre somatique.

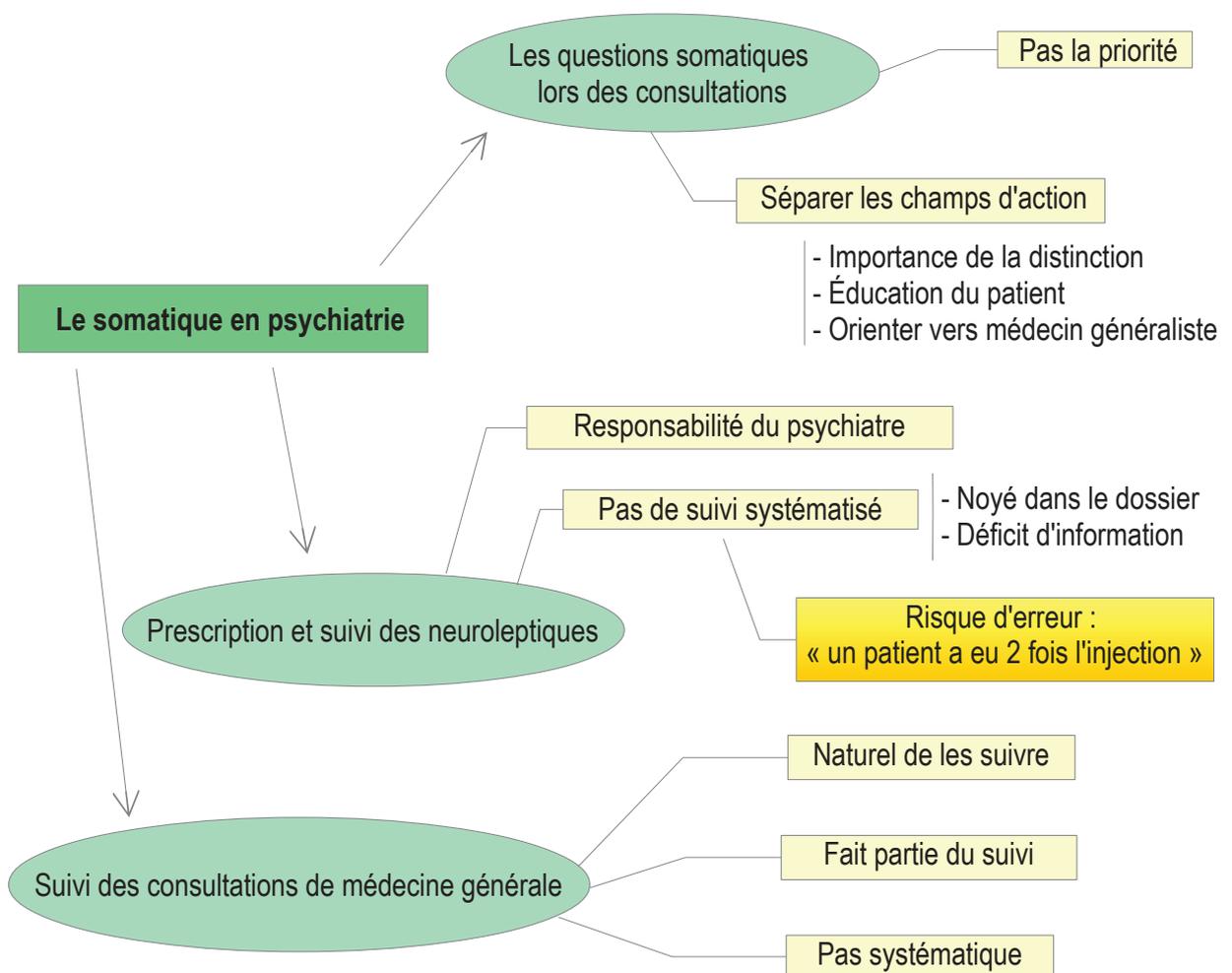
Si pour certains, il est important de le notifier dans le dossier «Oui oui oui, en général j'essaie de le noter dans le dossier» (E1) pour que lors de la prochaine consultation il puisse «voir s'ils se sont aussi occupés du souci somatique» (E1).

Ainsi pour un infirmier «c'est assez naturel» (E8) de s'assurer du suivi des consultations chez le médecin généraliste, ainsi que pour un psychiatre «je questionne lors de l'entretien

suisant» (E5).

Cette pratique n'est pas partagée par tous «oh non, je ne le fais pas toujours» (E9), «c'est loin d'être systématique» (E2).

Figure 1 : Le somatique en psychiatrie.



2.b) Le médecin généraliste :

2.b.1) Tous ont-ils un médecin traitant déclaré ?

A la question de savoir si des patients psychotiques chroniques n'ont pas de médecin traitant déclaré les réponses sont alarmistes «mmh y en a pas mal qui n'en ont pas» (E9), «trop n'en ont pas» (E5). Un psychiatre tempère en notant que, en effet certains patients n'ont pas de médecin traitant déclaré mais cela touche «une minorité de patients» (E6).

Quant à savoir si le psychiatre s'enquiert de la présence d'un médecin généraliste déclaré pour chaque patient :

- si pour certains cela fait partie de l'interrogatoire de base : «Ouais moi ça fait partie de mon interrogatoire systématique : antécédents psy, somatique, et l'existence d'un médecin traitant» (E6), «c'est une question que je leur pose systématiquement quand je les vois la première fois» (E4).
- Pour un psychiatre, cela ne se fait pas de façon systématique «pas toujours mais j'essaie de le faire» (E5) et reconnaît «qu'il faut être vigilant là dessus.» (E5).
- Un psychiatre ne pose pas cette question car cela est fait en amont «c'est la secrétaire à l'accueil qui demande en remplissant le dossier, et je ne m'en soucis pas après» (E3).

Et pour ceux qui en ont un, ils ne le consultent pas forcément régulièrement... :

- «il ne l'avait pas consulté depuis longtemps» (E8)
- «il y a un médecin traitant mais qui n'est pas consulté régulièrement, il n'y a pas de bilans réguliers avec des dépistages des facteurs de risque et des comorbidités. C'est même assez rare.» (E1),

... ou spontanément :

- «il y en a d'autres où je suis obligée de rappeler que pour le renouvellement d'ordonnance somatique il faut y aller.» (E7),
- «et des fois il faut 2-3 mois avant que le patient aille voir son médecin traitant parce que je reviens à la charge.» (E1)

2.b.2) Rôle du médecin généraliste :

Dans la suite des entretiens était posée la question sur ce qu'était le rôle et la fonction du médecin généraliste selon eux.

Dans les réponses on reconnaît le rôle central du généraliste dans la prise en charge du patient psychotique :

- « il coordonne l'ensemble, il s'occupe plus de la santé somatique» (E1)
- «il prend en compte l'état de santé global du patient» (E3)
- «c'est un pivot ... et s'il y a plusieurs pathologies il va adresser vers les spécialistes» (E12)

On note aussi la séparation des rôles et des aptitudes qui existent avec le psychiatre : «chacun doit garder son champ de compétence» (E4), «les psychotropes "c'est mon rayon" . . . il ne faut pas être pris dans des prescriptions qu'on ne maîtrise pas. Et c'est normal, on ne peut pas tout faire» (E5), toute cette distinction dans le but que «chacun travaille de manière confortable et dans le champ de ses compétences. Il faut respecter cela» (E3).

De façon schématique cela peut se résumer ainsi : «Alors je leur dis il y en a un pour la tête et un pour le corps et comme ça c'est clair» (E7).

2.b.3) La pratique des médecins généralistes :

Lors de l'entretien, on s'intéressait à la question de la pratique des médecins généralistes et sur le fait de savoir si cette pratique est adaptée ou non aux patients psychotiques.

A cette question, si la plupart considère que cela dépend et varie en fonction des médecins :

- «C'est vraiment au cas par cas. Il y a des médecins on va se rendre compte qu'ils sont vraiment au fait de la pathologie psychiatrique» (E1),
- «ça dépend, il y en a qui ont de bonnes connaissances et un bon feeling, il y en a qui ont du bon sens même si leur notion en psychiatrie ne sont pas top et il y en a d'autres . . .» (E4),
- «c'est dur de généraliser, mais sur le secteur je trouve qu'on n'a pas trop de difficultés avec les généralistes» (E6),
- «c'est vraiment fonction du médecin. Il y en a qui sont plus à l'aise que d'autres» (E7).

D'autres psychiatres et infirmiers en psychiatrie notent une pratique pas forcément adaptée à la prise en charge des patients psychotiques chroniques :

- «Devant ces malades qui souffrent de troubles psychiques lourds ils sont dépassés (...) Alors ça peut être sur les deux champs : la clinique psychiatrique et les prescriptions»(E5),
- «Il y a certains médecins où c'est plus problématique avec des prescriptions pas hyper adaptées» (E9),
- «C'est très variable mais on a certains médecins qui clairement ont, comment dire, un manque d'affinités avec la psychiatrie et voilà . . .» (E11),
- avec par conséquent «des divergences de point de vue sur la prise en charge» (E12).

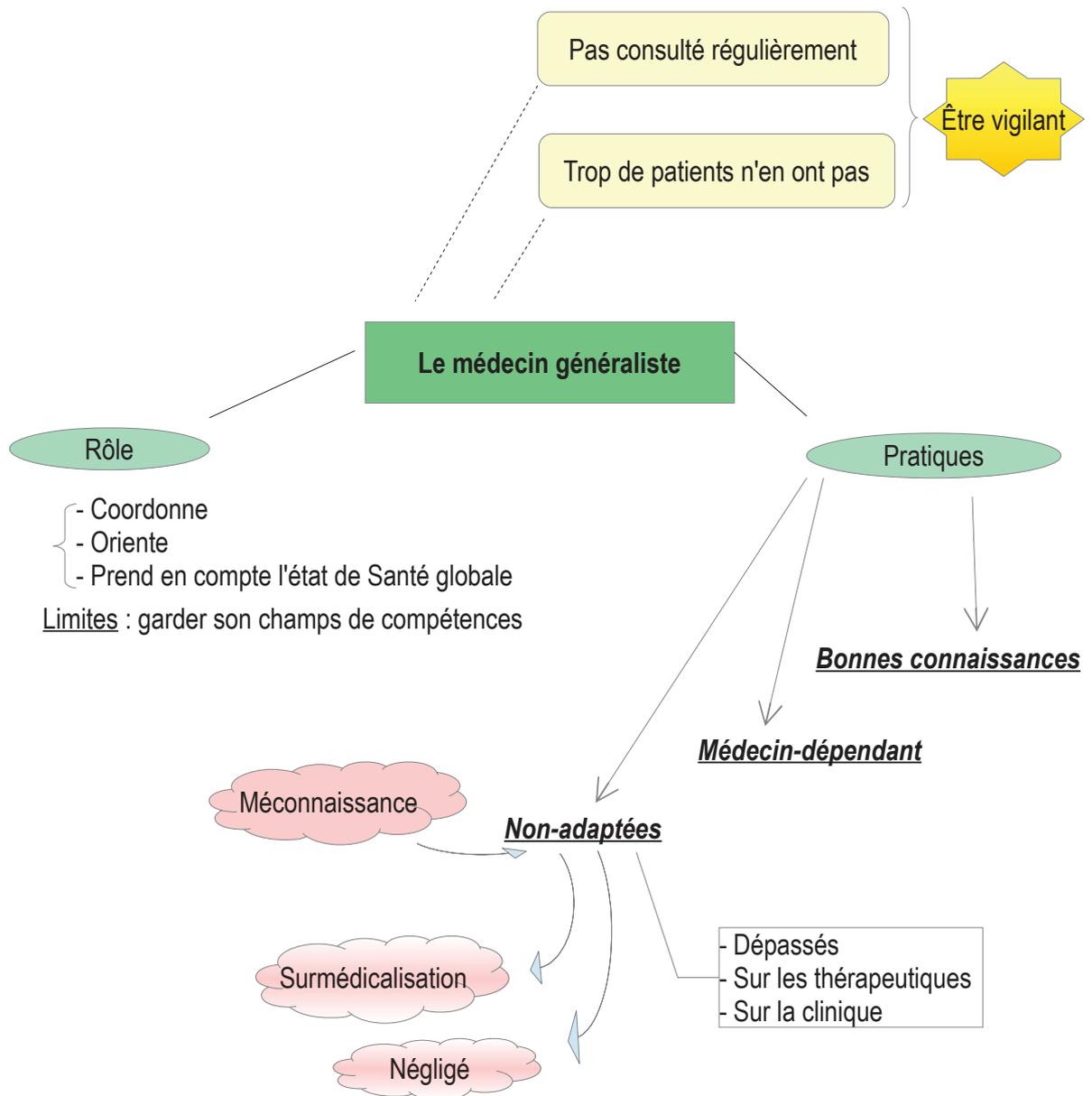
Dans cette pratique peu ou non-adaptée, il est noté que du fait d'une «méconnaissance . . . ils ne sont pas forcément rassurants» (E1), ou «le patient à l'air bizarre et il est mis de coté et il n'y pas de suite qui sont données à la consultation. Alors on se dit réticences, non-connaissances, on ne sait pas trop» (E4).

Ou à l'inverse, cette pratique non-adaptée conduit à une surmédicalisation : «une plainte est prise au pied de la lettre version somatique et non psychiatrique ; et on fait des examens invasifs» (E4). Pour ce psychiatre, il est important de faire «la différence entre un discours manifeste et un discours latent : "j'ai mal à la tête", le discours latent c'est peut être "écoutez moi parler"». Donc oui, je pense que cela pourrait aider des généralistes de ne pas prendre un discours manifeste toujours pour ce qu'il est, savoir temporer, s'adresser vers un collègue» (E4).

En revanche, un infirmier remarque que «oui, ils avaient une bonne connaissance du patient aussi avec des limites comme nous» (E8) et il notait également «une évolution favorable» (E8) sur le plan des pratiques des généralistes. Les médecins généralistes reconnaissent et connaissent «leurs limites et savent nous solliciter» (E6).

De plus, si on ne note pas de problèmes c'est «parce que finalement avec le temps, on travaille avec certains généralistes qui sont plus dispos, donc oui ça se passe plutôt bien» (E10).

Figure 2 : Le médecin généraliste : rôle et pratiques.



2.b.4) Relation entre psychiatres et médecins généralistes :

Était ensuite abordée la question des relations entre psychiatres et médecins généralistes. Si comme pour la pratique adaptée, les réponses donnent un résultat très médecin-dépendant: «Là aussi c'est très variable. Globalement j'arrive à les contacter assez facilement.» (E1), tout en reconnaissant souvent que «le premier contact est difficile à établir, et le lien est difficile à établir»(E2).

Pour un médecin, il n'y a pas de soucis dans la relation professionnelle avec les généralistes «je pense que ça se passe plutôt bien de mon expérience» (E6) tout en admettant que s'il y a un défaut d'information «le défaut de transmission venait de la psychiatrie vers les généralistes, c'est une plainte récurrente et c'est une réalité» (E6).

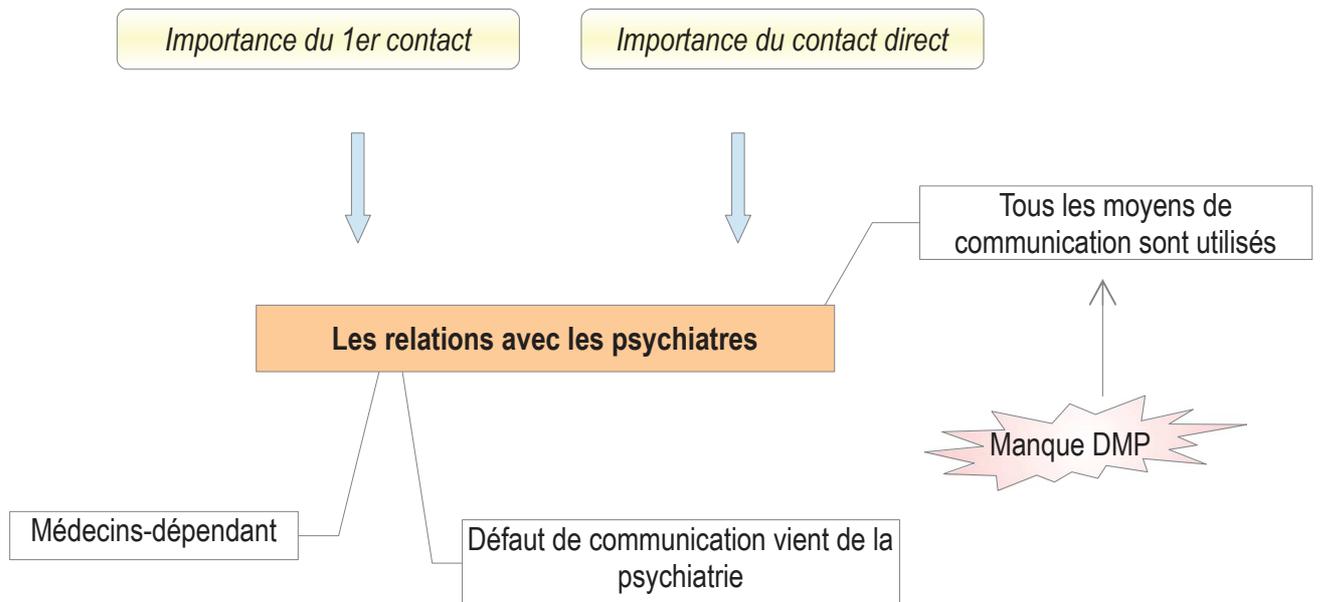
En effet, comme le confirme ce psychiatre, il n'y a pas de courrier systématique après chaque consultation « pas de retour juste pour dire "ça va, il est bien suivi".» (E1), «en routine on a un manque de communication, c'est clair»(E10).

Concernant les modalités de communication, différents moyens sont utilisés «je fais comme ils veulent, comme ils préfèrent. Certains c'est par coup de fil, d'autres c'est par mail, d'autres par courrier» (E3), «Mais après, en aiguë les généralistes n'ont pas de réticence à nous appeler et moi pareil» (E6).

Un médecin déplore néanmoins le manque d'un outil de communication et de coordination majeur : «Et il manque le plus important : le DMP. Un outil qui pourrait simplifier la vie de tout le monde » (E5), outil dans lequel on retrouverait «si le patient est d'accord, on met les ordonnances, le diagnostic, les points de vigilance...»(E5). En effet, comme confirmé lors des entretiens suivants, le DMP n'est absolument pas utilisé ni même connu pour certains : «Pas du tout utilisé» (E3), «Franchement je ne sais pas du tout où on en est» (E6), «moi je ne m'en suis jamais servi et je n'ai jamais été formé» (E12).

Quant à un psychiatre, il précise que même avec tous les moyens de communication, il est important d'avoir «un contact direct» (E4) car selon lui, «les moyens de communication indirect comme le téléphone ont tendance à augmenter les représentations indirectes que l'on a de l'autre "ah c'est le généraliste il ne connaît rien à la psy, ou c'est un psy il est un peu fou. . ." et le fait d'avoir des contacts directs ça diminue ces phénomènes et ça aide pour avoir un partenariat.» (E4).

Figure 3 : Les relations entre psychiatres et médecins généralistes.



2.c) L'impact de la pathologie psychiatrique du patient dans la prise en charge somatique :

2.c.1) Les plaintes somatiques chez le patient psychotique :

Comme constaté par ce psychiatre, «La plupart (des patients psychotiques) ne sont pas conscients de leur état de santé somatique et ils ne s'inquiètent pas» (E11).

Ceci peut s'expliquer par différents mécanismes :

- Les patients psychotiques ont un rapport au corps et donc aux manifestations somatiques différentes comparé à la population générale. Ainsi, «la douleur est moins bien exprimée, les patients ne vont pas se plaindre de la même façon du fait de leur pathologie» (E1).
- ces patients peuvent également avoir à cause «des représentations que peuvent avoir les maladies pour eux (. . .) des craintes somatiques» (E1).
- Et même si «c'est difficile de généraliser parce que même à ce niveau là il y a des

différences» (E6) , on retrouve cette notion que «c'est le patient lui même par sa pathologie le premier frein par ce rapport au corps détaché, cette sensibilité à la douleur qui est moindre» (E6).

- De plus, il peut également avoir une part de rationalisme psychotique qui entrave ou perturbe encore plus ce rapport au corps «car la perception de la réalité peut être altérée avec un rationalisme différent» (E8),

Ce détachement vis à vis de son corps implique de la part des psychiatres «de surveiller davantage et de faire une prise en charge individuelle au cas par cas.» (E6).

2.c.2) Le refus de consulter chez le médecin généraliste :

Outre les limites liées à la pathologie psychotique expliquées dans le paragraphe précédent, certains patients refusent de consulter leur médecin généraliste pour des raisons diverses. Refus de consulter qui apparaît souvent «on est assez souvent confronté à ce Non» (E8).

Si pour certains, il s'agit d'un problème de communication «c'était par réticence, par peur de ne pas savoir comment s'exprimer» (E1), «la crainte de ne pas bien se faire comprendre» (E12).

Pour d'autres, cela tient au fait d'être mal à l'aise avec l'acceptation de sa pathologie psychiatrique «certains ne vont pas y aller parce qu'ils ne veulent pas expliquer leur pathologie psychiatrique». (E10)

On peut retrouver aussi derrière ce refus de «l'appréhension» surtout chez «des patients fortement ritualisés pour qui il ne faut pas changer leur quotidien avec la peur qu'on doive changer le traitement.» (E8).

Enfin, pour certains patients «ça n'a pas de sens» (E9) de voir deux médecins différents.

Comme résumé par cet infirmier, «c'est assez multiforme finalement ce qui se cache

derrière le Non» (E8). Ainsi, il apparaît important de «laisser exprimer le refus du patient quitte à revenir et être dans un travail de compréhension» (E3), de «préparer le patient» (E7) à accepter cette consultation.

2.c.3) La stigmatisation du patient psychotique :

A cette question, avez-vous perçu un sentiment de stigmatisation envers ces patients quand à leur prise en charge ? Les réponses affirmatives sont nombreuses :

- «Oui la stigmatisation existe, je l'ai entendu au téléphone "ce patient n'a qu'à se trouver un autre généraliste"» (E1).
- «Ça peut arriver, c'est dommage» (E5)
- «Oui ça peut arriver, voilà ils ne font pas trop d'effort pour les prendre en charge» (E11)
- «Il y a des médecins de ville qui sont un peu réfractaires» (E10)
- «Il y a la stigmatisation : patient dangereux, patient bête, patient pas cohérent, son discours n'a aucune valeur.» (E4)
- «Dès qu'on dit psychiatrie, certains se refroidissent directement» (E2)

Quand d'autres n'ont pas noté de sentiment de stigmatisation à l'encontre de ces patients :

- «Non pas du tout, je n'ai pas remarqué ce problème» (E6),
- «Non pas par les médecins généralistes. Je l'ai plus ressenti en soins généraux à l'hôpital» (E8).

Ce sentiment de stigmatisation peut s'expliquer en partie par la présentabilité de certains de ces patients :

- «Oui on a des patients qui ne sentent pas très bons, qui ont plusieurs couches de

vêtements, ils font un peu peur»(E4),

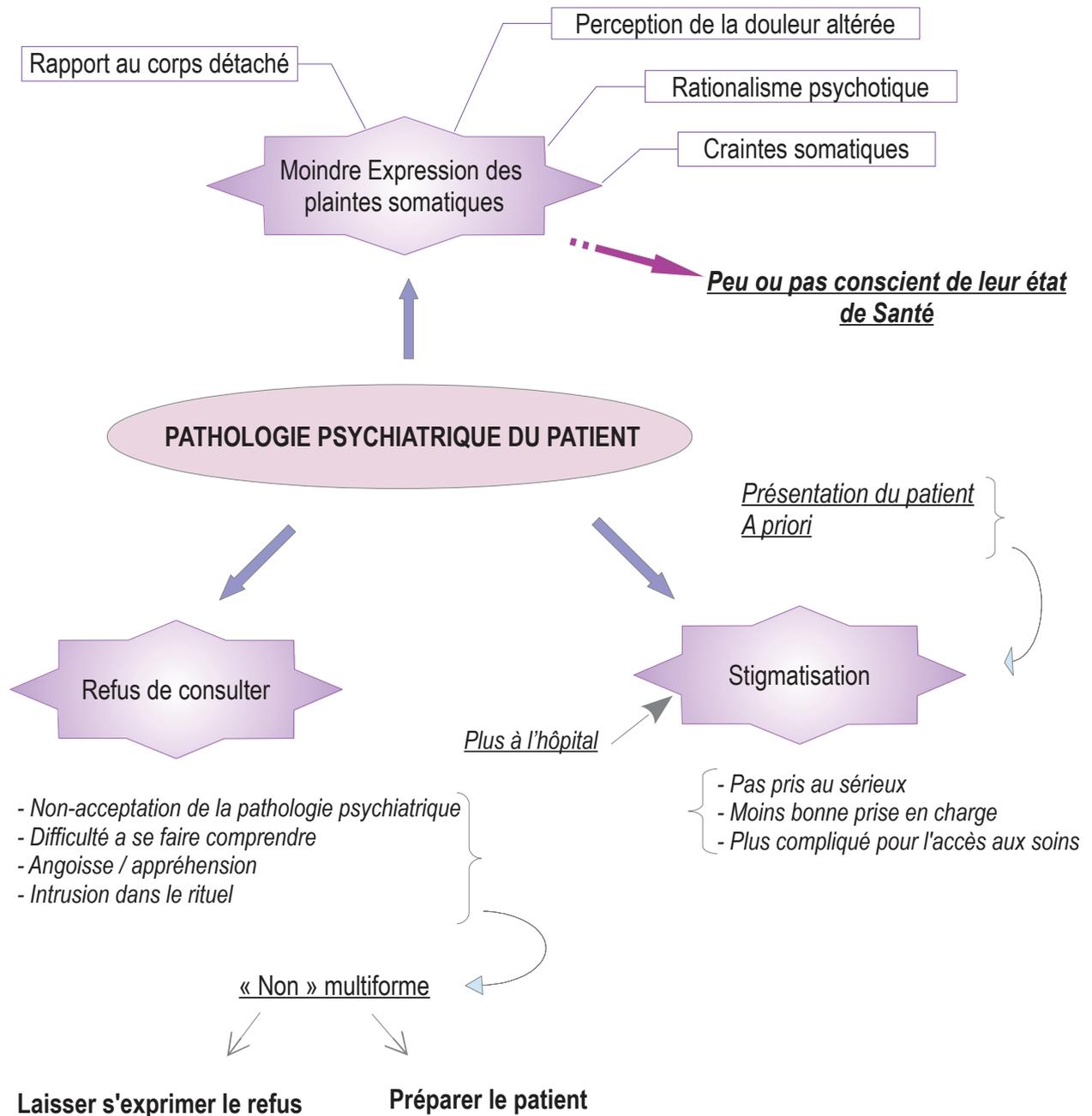
- «Un schizophrène dans une salle d'attente, ça peut poser problème pour certains médecins. . .» (E11),
- «Il faut le dire, si on se retrouve en salle d'attente en ville avec un patient psychotique qui a des problèmes d'incurie, d'odeur et tout ça . . . voilà c'est concret mais ça pose problème» (E10).

Par conséquent, de cette stigmatisation résulte une prise en charge de moins bonne qualité :

- «Le patient à l'air bizarre et il est mis de côté et il n'y pas de suite qui sont données à la consultation» (E4),
- «Souvent quand les patients délirent, ils ne les prennent pas du tout au sérieux, alors qu'ils peuvent vraiment avoir un truc, c'était une prise en charge au rabais parce qu'elle est psy» (E2),
- «Si on ne dit pas que c'est pour un psy on a un rdv plus rapide» (E2)
- «Oui, ils sont moins bien pris en charge» (E1).

Face à ce constat, certains psychiatres «contourne le problème... on va chez les médecins avec qui on a nos habitudes» (E7), «Les médecins avec qui on a l'habitude ça se passe plutôt bien» (E9).

Figure 4 : L'impact de la pathologie psychiatrique du patient sur sa prise en charge somatique.



2.d) L'influence du niveau socio-économique :

De nombreux patients psychotiques chroniques présentent des difficultés financières. On s'est donc interrogé : Le niveau socio-économique influence-t-il la prise en charge au niveau somatique ?

A cette question, un psychiatre reconnaît que «oui l'argent joue, c'est sûr» (E4) en précisant que «S'il y a des avances de soins, ils n'y vont pas» (E4). Cet aspect financier influençant de manière indirecte la prise en charge notamment avec le problème du transport «s'il faut prendre les transports, il suffit qu'ils n'aient pas rempli leur carte "Badgéo" et ils n'y vont pas» (E4).

Quand un autre psychiatre, il est plus circonspect sur cet aspect «Peut-être, mais je me demande pourquoi ?» (E5), expliquant que «chez les généralistes ce n'est pas entendable» (E5) car «on a la chance d'avoir des généralistes qui ne coûtent pas chers. . .» (E5).

Pour d'autres, l'aspect financier ne rentre pas en compte grâce aux mesures de protection sociale :

- «à partir du moment où ils sont suivis par nos services, ils ont la CMU et peuvent tous aller consulter» (E6),
- «non ça va, en général, ils ont la CMU-C, ils sont en ALD donc pour les soins de base, il n'y a pas de problèmes» (E2),
- « je n'ai pas l'impression que ce soit un frein [...] les généralistes pratiquent le tiers payant, la CMU, donc pour ma part je n'ai pas relevé de soucis de ce coté là» (E1)
- «on a les structures d'aides pour les patients en grande difficulté: La Boussole, les consultations de précarité...»(E11).

Une raison est aussi donnée sur la méconnaissance du patient sur le système de soins, et par conséquent sa crainte d'avoir des frais à sa charge : «Oui, oui on l'entend et on explique aussi que leur inquiétude est légitime mais qu'ils seront remboursés» (E8), «comme les patients sont méfiants, l'argent peut jouer» (E4). Crainte qui peut également s'inscrire dans

un rationalisme psychotique : «On peut avoir des patients avec des idées de ruine. C'est encore une contrainte en plus» (E8).

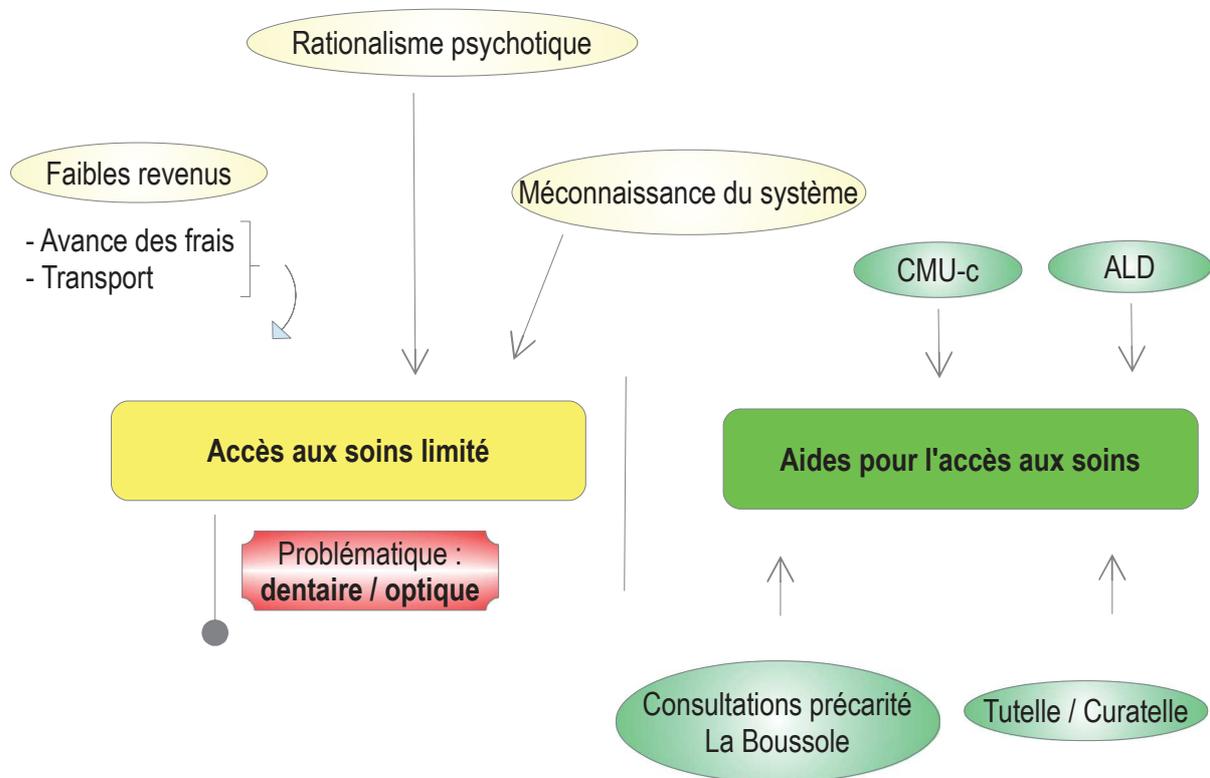
Les mesures de protection (tutelle, curatelle) «sont aidantes pour l'accès aux soins» (E4), car s'ils ont une tutelle «on arrive toujours à s'arranger avec le professionnel» (E7) même «en fractionnant la facture en dix fois si besoin» (E7), le professionnel sait «qu'il sera payé par la tutelle» (E12).

Et même si cet argument financier est avancé pour ne pas aller consulter, il ne représente pas «un problème» (E12) car «la première difficulté c'est l'adhésion aux soins» (E11).

En revanche, la plupart s'accorde pour reconnaître une réelle difficulté d'accès aux soins concernant l'optique et la prise en charge dentaire, même si leur «état dentaire est lamentable» (E3) ce qui «peut induire plein d'autres pathologies» (E7) :

- «Après, au niveau des dents, c'est autre chose, et vous avez vu l'état de leur dents...» (E2),
- «Le dentiste malgré l'état bucco-dentaire précaire de nos patients, c'est compliqué» (E5),
- «Bon au niveau dentaire et optique c'est autre chose» (E6),
- «Alors il y a des gens pour les lunettes et les dents.... ça reste un problème» (E7),
- «Il y a eu des difficultés avec des dentistes qui ne voulaient pas les prendre en charge à cause de la CMU» (E9),
- «Ce devis sera mis à la poubelle et il fera sans dents» (E12).

Figure 5 : Faible niveau socio-économique et accès aux soins.



2.e) Mode de vie et éducation thérapeutique :

2.e.1) Pourquoi et comment aborder ce sujet ?

Avec des patients dont «beaucoup sont fumeurs» (E5), ce qui représente «un énorme facteur de risque» (E3), avec une alimentation dont «franchement des fois c'est n'importe quoi» (E2), il paraît «évident que ça fait partie du suivi psy, d'une part les comorbidités somatiques et d'autre part, le tabagisme, les addictions et la mauvaise hygiène de vie» (E6).

En effet, «on ne peut pas se satisfaire d'une espérance de vie amputée d'une vingtaine d'année comparée à la population générale, et c'est en partie à cause du tabac, alcool, toxiques et mauvaise hygiène de vie» (E8), «ils ne vont pas mourir de la folie, ce qui les

tuent c'est le cancer du poumon , les maladies cardiovasculaires, les infarctus, l'AVC (Accident Vasculaire Cérébral) etc» (E8). Alors «Pourquoi est-ce qu'on banaliserait ces comportements ?» (E9).

Cette question de l'hygiène et du mode de vie est donc abordée lors de l'entretien psychiatrique et infirmier car «cela fait partie de mon travail d'éducation» (E11). On essaie «de recueillir l'information pour savoir où ils en sont, on essaie d'en parler» (E5), «C'est toujours quelque chose que l'on prend en compte» (E10).

Même si ces questions ne sont pas nécessairement prioritaires «on essaie de hiérarchiser en fonction de nos interventions» (E4).

2.e.2) Les limites rencontrées :

Cette question d'éducation thérapeutique sur le mode de vie (alimentation, sédentarité) et les consommations de toxiques (tabac, alcool, cannabis...) rencontre plusieurs limites.

On note notamment des limites qui peuvent être liées à la pathologie du patient « ça dépend de la pathologie, et de leur capacité s'ils enregistrent les choses et peuvent rebondir dessus» (E10), «il faut donner des informations adaptées en fonction de la pathologie et de la façon dont elle peut les recevoir» (E12), et avec par conséquent des résultats «très patient-dépendant au niveau de l'adhésion» (E7).

De plus, la manière d'aborder ces questions est extrêmement importante pour la suite de l'adhésion et donc de la prise en charge :

- «Quand on a des propositions trop paternalistes, ça risque de les braquer» (E4),
- «On ne peut pas être des coachs avec ce coté supérieur-inférieur ou maître-élève,

- vécu par le patient comme une persécution» (E3),
- «Certains oui quand on insiste trop se sentent persécutés» (E7),
 - «des gens dans des états psychologiques très fragiles, ils ne sont pas prêts à entendre ce discours» (E11).

Outre ces limites, les objectifs escomptés sont moindres : «les critères (...) peuvent être différents. Des choses et objectifs pas aussi hauts que ce à quoi on pourrait s'attendre» (E9), il ne faut pas «mettre la barre trop haute» (E10), car «quand on voit la difficulté au niveau de la population générale de se faire entendre raison, alors imaginer sur les patients psychiatriques, il faut être modeste» (E8).

Si certains patients sont «réceptifs» (E10) aux messages délivrés, notamment «quand cela vient d'eux et là ils sont en demande de conseils» (E6). La plupart ne sont «souvent pas réceptifs du tout» (E6), les psychiatres et infirmiers ayant l'impression de «souvent parler dans le vide» (E9), «on a l'impression de parler dans le vent» (E7).

Une autre difficulté serait liée au lien entre thérapeutes et patients «patient au long cours avec des infirmiers au long cours, donc on se côtoie sur une longue durée et on a moins d'impact» (E8).

Une des limites de cette éducation thérapeutique serait «la compréhension et la volonté du patient de faire quelque chose» (E7) et qu'«il faudrait limiter un effet bénéfique immédiat pour se rendre compte des bienfaits de la modification» (E12) .

2.e.3) Le tabac :

De très nombreux patients sont fumeurs avec le constat que «la cigarette en psychiatrie c'est tout à fait particulier» (E8), «c'est souvent la cigarette qui calme, apaise la tension,

permet la discussion»(E8).

Ce sujet du tabac est abordé très fréquemment : «J'essaie de recueillir l'information» (E5), «j'en parle systématiquement» (E10), notamment lors d'une plainte somatique «une toux, un essoufflement, ça permet d'aborder le sujet sans être intrusif» (E12). Mais les discours et les actes ne sont «pas clairs» (E8) : «vous faites de l'éducation thérapeutique sur le tabagisme mais jusqu'à présent vous êtes des dealer parce qu'on va faire des sorties en Allemagne où le tabac est moins cher» (E8), «on parle de diminution et pas d'arrêt complet parce qu'on sait qu'on romprait le lien» (E9).

Malgré ce constat, il est important de garder en mémoire que le sevrage tabagique est «un travail de longue haleine» (E5), un «travail hyper difficile» (E7) et que «cet objectif d'arrêter de fumer, c'est très long, ça se fait sur du très long terme» (E11), en se rappelant qu'«il ne faut jamais désespérer (...) il y en a qui arrêtent» (E5).

Un psychiatre note ses limites : «je n'ai pas une approche addicto très spécifique là-dessus (...), je ne connais pas grand chose» (E5) et regrette l'absence «de suivi structuré sur le secteur» (E5). Impression confirmée par cet infirmier «avant on avait une infirmière tabacologue ça aidait bien» (E11).

2.e.4) Alimentation et sédentarité :

L'un des aspects de l'éducation thérapeutique concerne l'hygiène alimentaire. En effet, les patients psychotiques chroniques peuvent avoir «une alimentation complètement déstructurée» (E6), «ils ont une alimentation très déséquilibrée : ils boivent de l'alcool, ils mangent que des produits très très sucrés, ils n'ont aucune idée d'équilibre alimentaire» (E10).

La question de l'alimentation peut être abordée, notamment par les infirmiers, lors de

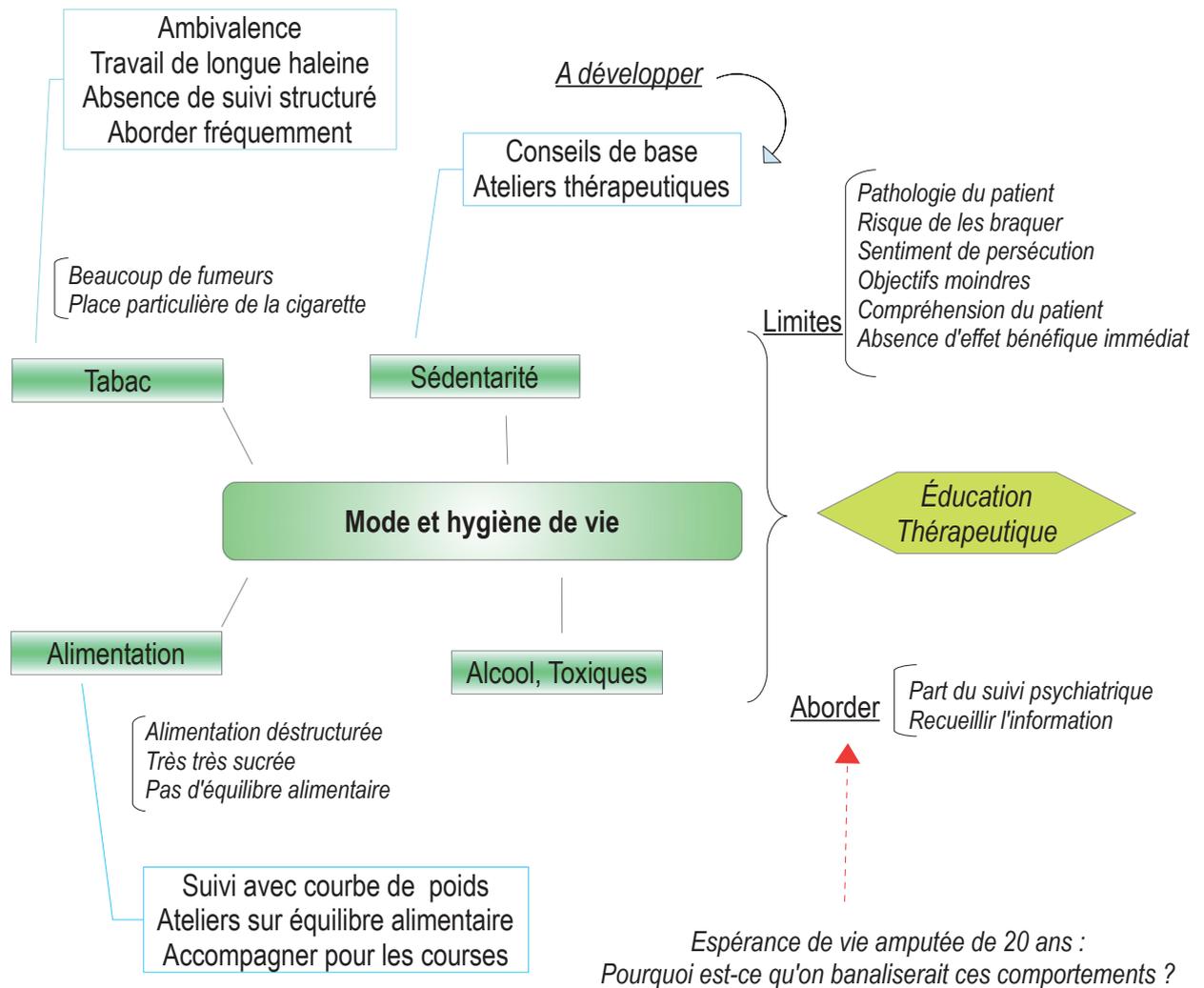
l'injection de neuroleptique retard «on fait une pesée avec une courbe de suivi du poids et ça nous permet de parler de ça: de l'alimentation» (E10), «je pose toujours des questions de base sur la nutrition» (E12). Pour traiter ce sujet, il existe «des activités, des ateliers diététiques, cuisine on essaie de bosser ça, et puis on a des programmes d'éducation thérapeutique en HDJ» (E6). En effet, les patients suivis en HDJ bénéficient «d'ateliers sur l'équilibre alimentaire» (E8) avec une «adhésion très patient-dépendante» (E8).

Pour certains patients, on les «accompagne faire les courses» (E9), mais on «ne peut pas tout contrôler ce qui se passe chez eux» (E7) avec toujours l'impact de la pathologie psychiatrique qui intervient «il y a de l'apragmatisme, cuisiner des légumes ça veut dire cuisiner et ne pas aller au kebab» (E9).

De la même façon, la question de la sédentarité et de l'activité sportive est abordée même si comme le reconnaît ce psychiatre «je devrai plus en parler» (E6). Des conseils de base sont donnés «prenez les escaliers, essayez de marcher plus» (E9) ou bien les patients sont «orientés vers les ateliers thérapeutiques où des activités sportives sont proposées» (E12).

Ainsi, si «des changements de comportement» (E11) ont été notés, les résultats «dépendent en grande partie de chaque patient» (E6).

Figure 6 : Mode de vie et éducation thérapeutique.



2.f) Les solutions pour améliorer la prise en charge somatique des patients psychotiques chroniques :

2.f.1) La formation des internes de médecine générale et des médecins généralistes :

A la question de savoir si les médecins généralistes sont suffisamment formés aux spécificités de la psychiatrie et sur la prise en charge des patients psychotiques, le constat est mitigé.

Si ce psychiatre note qu'il faut qu'il y ait «une vigilance à former les généralistes à la santé

mentale» (E5), un autre précise «que la formation devrait être plus étoffée» car il est noté un déficit de formation pour certains médecins généralistes : «On sent que des fois ce n'est pas très clair» (E9) et qu'ils sont en «demande d'infos» (E4) notamment sur l'organisation du système psychiatrique «il y a une méconnaissance des secteurs et des choses simples sur l'approche diagnostique et thérapeutique» (E5)

Cette formation se déroule en partie pendant l'internat avec la proposition d'avoir un «stage obligatoire en psychiatrie d'au moins trois mois» (E1), proposition partagée par ce médecin «pour les stages d'interne, tu vois que c'est essentiel de passer en psychiatrie» (E4).

Une formation suffisante paraît dès lors nécessaire «parce que je ne vois pas comment un généraliste peut passer à côté de patients psychotiques chroniques dans sa carrière» (E4), «les patients psychiatriques iront vers eux dans tous les cas» (E3), et ce d'autant plus que «là on parle des psychoses, mais les troubles de l'humeur, les patients anxieux, je crois que 50% de ces pathologies ont un premier contact avec le généraliste»(E6).

Ainsi, même si «c'est dur de généraliser» (E6), le constat est qu'«ils pourraient être davantage formés» (E7), «dans les FMC (Formation médicale continue) [...] ils sont intéressés» (E5) avec bien évidemment un biais de sélection «c'est toujours ceux qui s'intéressent à la psy qui veulent être formés, les autres...» (E1).

2.f.2) Les consultations de médecine générale au CMP :

Comme solution pour améliorer la prise en charge somatique de ces patients, il est évoqué la réalisation de consultations de médecine générale au CMP.

Solution déjà existante au CMP du secteur du G04, avec un médecin généraliste qui «intervient une fois tous les 15 jours» (E10) et donc c'est vers «ce somaticien qu'on

adresse nos patients psychotiques pour lesquels il y a un problème et qui n'ont pas de médecin généraliste en ville» (E10). Ce généraliste devient «leur médecin traitant déclaré» (E10) avec toutes les fonctions qui lui sont propres.

Avoir un généraliste sur place au CMP «c'est beaucoup plus simple pour amener les patients réfractaires aux soins, ils ont l'habitude de venir ici, ils ont moins peur et c'est une transition plus facile» (E11), ainsi pour «les grosses pathologies psychiatriques c'est un plus et une aide précieuse» (E12). De plus, ce médecin n'a pas «les mêmes contraintes» (E10) qu'un médecin en cabinet surtout au niveau du temps pour chaque consultation car «avec un psychotique ça demande beaucoup plus de temps qu'une consultation classique»(E10).

Quand cette solution est évoquée dans les autres secteurs (G07-G08) qui ne disposent pas d'un généraliste dans leur CMP, les avis favorables sont nombreux «ça serait un plus» (E1), «ça serait super oui» (E5), «oui ça serait bénéfique» (E9), «ça faciliterait les choses» (E6), notamment pour «des problèmes aigus» (E7).

Des nuances sont néanmoins apportées «il ne faudrait pas le généraliser, mais le proposer pour des solutions difficiles» (E5), ce médecin pourrait «servir d'accroche en premier lieu pour les patients réticents» (E1).

Cette présence d'un généraliste au CMP serait «en premier lieu bénéfique pour le patient» (E8) et permettrait «de décroiser ça et de sortir du système binaire psychiatre-somatique» (E8).

A l'inverse, certains pensent que la consultation de médecine générale au CMP n'irait pas «vers un objectif de réhabilitation où les gens de psychiatrie vont vers le dehors et les gens du dehors vont vers ces patients» (E4).

De plus la question pratique et économique est évoquée «c'est une question de coûts aussi

(...), on organise cela comment : payer à l'acte, avec un forfait, ils seraient salariés ?» (E4)

2.f.3) L'accompagnement par des infirmiers en consultations :

Une autre solution est que les patients soient accompagnés par des infirmiers du CMP en consultation chez le généraliste ou chez le spécialiste.

Cette solution existe «oui ça arrive» (E2), «c'est des choses que les infirmiers font régulièrement» (E6) mais n'est pas systématique «on essaie de les laisser faire (...), si on voit qu'ils n'y arrivent pas, on peut proposer une aide supplémentaire jusqu'à l'accompagnement, oui» (E5). Même si pour ce psychiatre «c'est assez difficile à mettre en place en extra-hospitalier, alors que ça se fait beaucoup en intra» (E1).

Plusieurs raisons expliquent la nécessité de cet accompagnement :

- «ils ont besoin d'être rassurés» (E2), «il y a des gens qui n'ont pas les ressources psychiques nécessaires ou sont paralysés par l'angoisse» (E9), et les patients «nous font confiance» (E8),
- «pour coordonner et pour avoir un retour fiable aussi» (E6), quand le «suivi et la prise en charge risque d'être altérés par leur pathologie» (E11).

Cet accompagnement se fait aussi beaucoup lors «de la première consultation avec le généraliste» (E7), pour «présenter le patient notamment» (E7), «je dis s'ils sont sous tutelle, comment ils vivent» (E11). Consultation qui est d'autant plus importante que «la première rencontre avec le généraliste, c'est primordial pour assurer les soins par la suite. Si ça ne marche pas là, tout le reste est foutu» (E2). Et puis pour certains «on sait que si on ne les accompagne pas, ils n'iront pas consulter» (E8).

2.f.4) Développer le lien entre intra et extra-hospitalier :

Comme préciser par ce psychiatre, en intra-hospitalier «il y a des médecins généralistes, qui voient les patients donc là le suivi est optimal» (E6).

En revanche lors de la sortie d'hospitalisation le lien sur le versant somatique est déficient «c'est quelque chose à développer, parce que dans les courriers de sortie on ne met jamais les bilans biologiques alors que le médecin généraliste ça pourrait l'intéresser» (E1), et de s'interroger «Est-ce quand on fait une prise en charge somatique, on pourrait intégrer dans le courrier de sortie une partie somatique ?» (E1). Et même si «quelqu'un de l'extra vient en réunion en intra et on en profite pour faire le lien et parler des examens qui restent à faire» (E3), il reste encore «un gros à travail à développer» (E6) et ce pour éviter que «des informations se perdent lors de sortie» (E1).

2.f.5) Développer le travail en réseau :

Pour obtenir une prise en charge globale de qualité, il paraît indispensable de favoriser le travail en réseau entre les différents professionnels de santé concernés. En effet, «chacun doit agir en fonction de ses possibilités mais on ne doit surtout pas travailler chacun dans son coin» (E12).

Pour développer ce travail en réseau, il est évoqué la possibilité de réaliser des «réunions d'informations avec les généralistes au CMP» (E5), ce qui permettrait d'avoir «une connexion» (E5) car «les rencontres directes tant qu'on peut les privilégier, c'est mieux» (E4).

Un point important dans cette prise en charge somatique c'est «le rôle clé des infirmiers libéraux» (E6). Les patients avec des pathologies somatiques lourdes et qui sont des gros psychotiques ont souvent des IDE libéraux à domicile, et «ils nous aident beaucoup, ils assurent la surveillance à ce niveau là, le suivi de diabète ou d'hypertension» (E6), on

communique «beaucoup avec les infirmiers libéraux, plus qu'avec les généralistes» (E2). Et dans ce travail de réseau, il est rappelé le rôle des «pharmacies (...) qui nous appellent et nous sollicitent. C'est important pour lutter contre le nomadisme médical et la surconsommation de médicaments» (E2).

S'il paraît indispensable de «décloisonner»(E3) la psychiatrie, et que «c'est beaucoup plus facile avec une nouvelle génération de soignants et de médecins» (E8), «il y a encore du boulot à faire» (E9).

Ainsi, il faut «continuer ces initiatives, ouvrir nos portes, communiquer» (E8).

Figure 7 : Solutions pour améliorer la prise en charge.

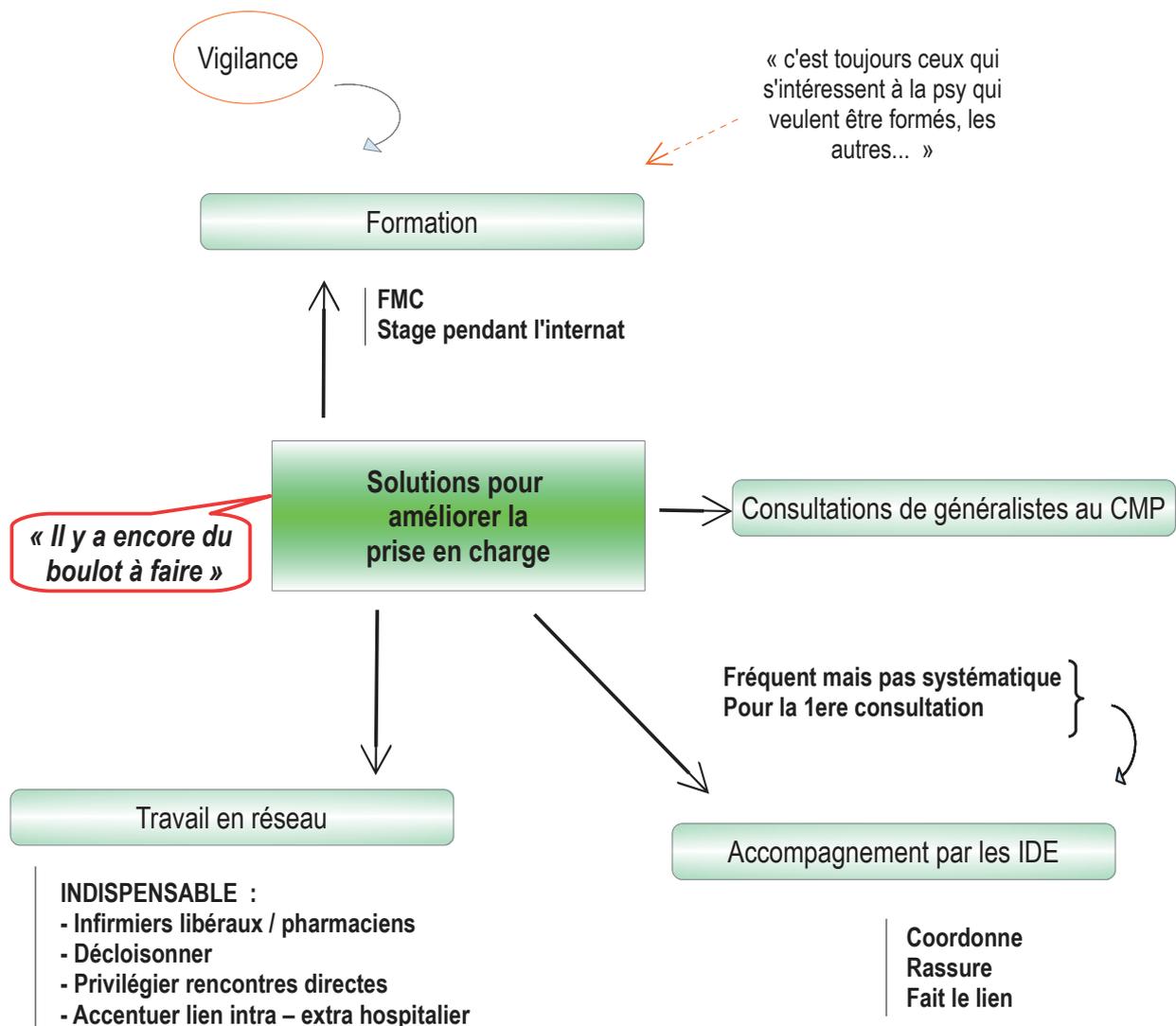
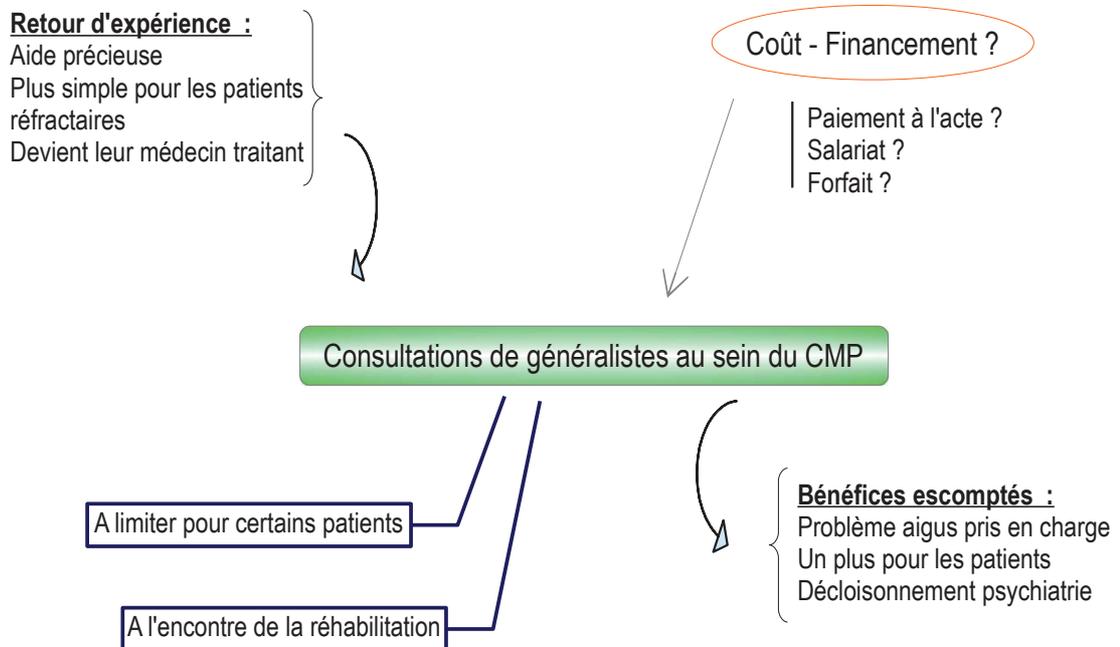


Figure 8 : Les consultations de médecine générale au sein du CMP.



IV. B) Enquête auprès des médecins généralistes :

A la suite de l'envoi des questionnaires, nous avons reçu 29 réponses sur 310 questionnaires envoyés ce qui correspond à un taux de réponse de 9,8 %. Plus précisément par secteur, on note un taux de réponse de 4 % pour le secteur G 04 (5 réponses pour 121 médecins), 13 % pour le secteur G 07 (12 réponses pour 90 médecins) et 12 % pour le secteur G 08 (12 réponses pour 99 médecins).

1) État des lieux :

Concernant l'état des lieux, la première question portait sur le secteur psychiatrique dont

dépendait le cabinet du médecin généraliste. Les réponses montrent que seulement 28 % des généralistes connaissent exactement leur secteur psychiatrique de rattachement, 31 % ne savent pas et 41 % répondent Brumath ou EPSAN-Brumath. Ceci illustre la faible connaissance de l'organisation de la psychiatrie par les généralistes qui sont au fait sur le centre hospitalier de référence dont ils dépendent mais ne connaissent pas ou peu l'organisation sectorielle.

Ensuite, concernant le nombre de patients psychotiques chroniques dans leur patientèle, la majorité des médecins généralistes (59 %) compte moins de 10 patients psychotiques, 38 % des généralistes ont entre 10 et 50 patients psychotiques et enfin 3 % des généralistes ont plus de 50 patients psychotiques dans leur patientèle. Ces patients consultent majoritairement (69 %) une fois par mois, 28% consultent une fois par trimestre et 3% consultent une fois par semaine. Les motifs de consultations se répartissent entre le renouvellement d'ordonnance (72 % des motifs), une pathologie aiguë (34 %) et un motif autre non précisé (7%).

A une très large majorité (86 %), les médecins généralistes ont le sentiment d'être le médecin traitant dans la prise en charge de ces patients, c'est à dire, comme le précisait le questionnaire, d'occuper un rôle central dans leur prise en charge. Ces médecins sont également à l'aise dans cette prise en charge pour 72 % d'entre eux. Les 28 % peu ou pas à l'aise dans la prise en charge de ces patients l'expliquent par une méconnaissance des traitements psychotropes et une faible pratique de la psychiatrie.

La dernière question de cette première partie portait sur les difficultés financières qui pourraient limiter l'accès aux soins des patients psychotiques. 30 % des médecins

généralistes n'ont pas noté de difficultés financières (l'explication des patients bénéficiaires de l'ALD étant donné par certains médecins, ainsi que de la Couverture Maladie Universelle CMU). En revanche, 18 % des médecins ont fréquemment constaté des difficultés financières pour ces patients (notamment pour les soins dentaires, et chez certains spécialistes pratiquant le dépassement d'honoraires). 52 % des médecins n'ayant constaté que rarement des difficultés financières qui limiteraient l'accès aux soins.

2) Suivi somatique des patients psychotiques chroniques :

La première question de cette deuxième partie portait sur la difficulté de diagnostic de pathologies que peut rencontrer le médecin généraliste : 62 % des généralistes ont exprimé ne pas avoir de difficultés de diagnostic, quand 38 % exprimaient en avoir. Ces difficultés étant liées à des difficultés de communication (explication des symptômes, interrogatoire difficile, plaintes banalisées de la part du patient).

Concernant la problématique de la réalisation des examens complémentaires et consultations chez des médecins spécialistes (cardiologue, endocrinologue...), 42 % des généralistes n'avaient pas de difficulté à réaliser et organiser ces actes, quand 52 % des généralistes rencontraient des difficultés liées notamment à des problèmes d'organisation, au manque d'adhésion, à la non-compliance ou au refus des patients, ainsi qu'à des difficultés liées au médecin spécialiste (manque de compréhension de ces spécialistes, dépassement d'honoraires).

Pour la réalisation des dépistages organisés des pathologies cancéreuses (cancer du sein, colo-rectal, col utérin...), ces dépistages étaient réalisés dans 17 % des cas, partiellement réalisés à 76 % et pas réalisés dans 7% des cas.

La question portant sur la constatation d'effets liés à la iatrogénie a montré qu'à 86 % des effets avaient été constatés.

Enfin sur la problématique de la stigmatisation dont peuvent être victimes ces patients, 48 % des médecins généralistes ont noté un sentiment de stigmatisation et 52 % n'en ont pas relevé.

3) Relation avec les psychiatres :

Dans cette troisième partie, est donc abordée la question des relations entre médecins généralistes et les psychiatres des CMP. Tout d'abord, il s'agissait de définir de manière globale la qualité de la relation entretenue avec les psychiatres selon quatre possibilités. 45 % des médecins ont un avis favorable quand à cette relation avec néanmoins 0 % des généralistes qui la considèrent comme optimale et 45 % qui la jugent correcte. Ainsi une majorité des médecins (55 %) sondés ont un avis défavorable sur cette relation : 10 % jugent cette relation inexistante et 45 % la jugent insuffisante.

Sur le traitement psychiatrique en cours, 52 % des généralistes en sont informés, 48 % ne le sont pas. 3 généralistes indiquant être au courant par l'intermédiaire du patient qui les informe oralement et non par le psychiatre.

Concernant les moyens de communication à privilégier, le choix se porte sur le contact direct par téléphone à 62 %, le courrier manuscrit à 51 % et les mails à 42 %.

Cette partie a donc mis en évidence une réelle carence au niveau de la communication et de la relation interprofessionnelle entre les psychiatres et les médecins généralistes avec une conséquence sur la qualité de la prise en charge globale des patients.

4) Solutions pour améliorer la prise en charge :

La dernière partie du questionnaire s'intéressait aux solutions qui pourraient être mises en place pour améliorer la prise en charge somatique des patients psychotiques.

58 % des médecins généralistes sont favorables à la création de consultations de médecine générale au sein du CMP. Les 42 % non favorables expliquant que la médecine générale devait rester indépendante vis à vis de la psychiatrie, qu'il était important d'avoir un accès au médecin généraliste pour tous les patients dans un endroit non connoté «psychiatrie», et que ce type de consultations au CMP pourrait renforcer l'isolement médical de ces patients.

De même, 68 % des généralistes sont favorables à l'accompagnement de ces patients lors des consultations de médecine générale par un infirmier du CMP, les 32 % qui s'y opposent évoquent comme argument une lenteur du système et une problématique d'organisation.

Concernant la communication et la relation avec les psychiatres, une large majorité des généralistes (80 %) sont favorables à l'instauration de réunion d'information ponctuelle par les psychiatres et les équipes pluridisciplinaires de psychiatrie (infirmiers, psychologues...). Les 20 % restants estiment que cette solution serait une perte de temps, ou évoquent un emploi du temps trop chargé pour permettre de réaliser des réunions en plus. Toujours dans cette optique d'améliorer la communication et la collaboration avec les psychiatres, 80 % des généralistes estiment que le développement du DMP serait bénéfique.

Enfin, la dernière question portait sur la formation des médecins généralistes à la psychiatrie. 90 % sont favorables au renforcement de la formation durant l'internat avec un stage obligatoire en psychiatrie et 93 % souhaitent une formation accrue lors de leur

pratique professionnelle par le biais de la Formation Médicale Continue (FMC).

On note ainsi chez les médecins ayant répondu, un désir de formation, pour eux ainsi que pour les futurs médecins en cours de formation, sur la psychiatrie et les subtilités de la prise en charge de ces patients en médecine générale.

V. Discussion

V. A) Limites :

La totalité des psychiatres des secteurs concernés n'a pu être interrogée, néanmoins il y avait une tendance à la saturation des données sur les deux derniers entretiens. De même, un seul cadre de santé a été interrogé. S'agissant de la première étude qualitative de l'investigateur un manque d'expérience peut s'en dégager. De plus, la relation entre l'investigateur et les psychiatres interrogés a pu être un peu biaisé du fait que l'investigateur a pu être considéré comme un somaticien.

L'EPSAN n'est pas forcément représentatif de ce qui se fait en France dans le domaine de la prise en charge somatique en milieu psychiatrique, notamment en regard des prises en charge dans le secteur libéral. De la même façon, tous les patients psychotiques chroniques ne sont pas suivis par des psychiatres de CMP mais également par des psychiatres libéraux avec là aussi, une prise en charge qui peut être différente.

Concernant l'analyse des questionnaires des médecins généralistes, on peut noter un manque de puissance de l'étude avec un taux de réponse de seulement 10 %, avec par conséquent un avis peu ou pas forcément représentatif de l'opinion des médecins généralistes. De plus, les médecins ayant répondu peuvent avoir un intérêt plus marqué pour la psychiatrie que la majorité des médecins généralistes ce qui crée un biais de sélection et peut fausser là aussi les résultats.

Il a été décidé de réaliser cette étude sur les trois secteurs de l'Eurométropole de Strasbourg qui dépendent du CHS EPSAN de Brumath. Ces secteurs ont été choisis car ce sont des secteurs urbains avec une densité médicale forte (généralistes et spécialistes)

avec des plateaux techniques hospitaliers et ambulatoires présents. En effet, selon les données de l'Eurométropole de Strasbourg, on compte 136 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans l'Eurométropole (contre 115.3 dans le Bas-Rhin et 102.1 pour la France métropolitaine). De plus, près des trois quarts (72%) des spécialistes recensés dans le Bas-Rhin sont installés dans l'Eurométropole (30). Ainsi, l'argument du manque de moyens médicaux, notamment humains (délai de prise de rendez-vous, difficulté à trouver un médecin généraliste ou un spécialiste), peut difficilement être mis en avant comme raison du déficit de suivi somatique de ces patients.

V. B) Résultats marquants :

1) Le somatique en psychiatrie :

L'époque où psychiatrie et médecine somatique étaient deux entités distinctes avec peu ou pas de relations entre elles semble partiellement résolue. En effet, devant le constat alarmant sur l'état de santé somatique notamment des patients psychotiques chroniques (espérance de vie amputée de plusieurs années comparée à la population générale, nombreuses comorbidités, addictions, déficit de prise en charge somatique), une prise de conscience tant au niveau des instances nationales et supra-nationales (Plan Santé Mentale notamment (7)) qu'au niveau des structures hospitalières et ambulatoires de psychiatrie s'est faite avec la volonté de développer les soins somatiques en psychiatrie. Comme constaté par Michel Laforcade dans son *Rapport relatif à la santé mentale* paru en 2016, il y a une «multiplication des rapports concernant la psychiatrie et la santé mentale : 15 de 2000 à 2009» avec malheureusement une «réurrence de constats identiques» (31). Notre étude partage ce constat, les acteurs de santé de la psychiatrie ont conscience de l'état de santé somatique des patients psychotiques, de leur nombreuses co-morbidités. La question

du manque de suivi par les médecins généralistes est là aussi constatée par les psychiatres, malheureusement malgré ce constat qu'ils déplorent, un certain fatalisme quant à cette situation a pu être constaté, quand d'autres s'impliquent fortement pour améliorer la prise en charge somatique de leur patient, considérant que cela va de pair avec l'amélioration de la santé psychique.

Ainsi le constat est sans appel : si la question somatique ne peut et ne doit pas être occultée, sa prise en charge est encore bien trop souvent insuffisante, et dépendante de l'implication de chaque professionnel de santé.

Si les médecins généralistes ont noté des problèmes dans la prise en charge somatique de ces patients, cela concerne surtout la réalisation d'examens complémentaires, de consultations chez des spécialistes et la réalisation des dépistages organisés des pathologies cancéreuses. La pathologie psychiatrique du patient représente l'une des difficultés pour la prise en charge somatique. On peut noter une responsabilité partagée quand à la mauvaise réalisation de ces examens de dépistage, comme décrite dans une étude de 2011 par les psychiatres de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale du Nord Pas de Calais : «une part est du côté du patient eu égard à son peu d'implication dans sa santé et une altération des fonctions cognitives ; une autre est du côté du médecin somaticien qui rencontre des difficultés à proposer à son malade les mêmes dépistages, repérages et suivis médicaux qu'en population générale» (32).

La stigmatisation dont peuvent être victimes les patients psychotiques chroniques, peut également expliquer ce déficit de prise en charge au niveau des examens complémentaires et des consultations chez des médecins spécialistes. Ainsi, une amélioration de la coordination interprofessionnelle, en s'appuyant sur tous les acteurs de santé concernés (infirmiers libéraux, pharmaciens notamment), est nécessaire pour permettre la prise en

charge globale de ces patients.

Comme décrit dans le guide de la HAS de septembre 2018, *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux* (33), il paraît indispensable de développer le travail en réseau avec tous les professionnels concernés (infirmiers libéraux, pharmaciens...), de favoriser la communication, de faire du patient et de ses proches un acteur à part entière de sa prise en charge, et de développer les initiatives au niveau local. Les conclusions de ce rapport sont concordantes avec les résultats obtenus par notre étude.

L'aspect financier n'a pas été relevé comme un frein à la prise en charge somatique, que ce soit du point de vue des médecins généralistes ou des psychiatres. Ceci est possible grâce aux dispositifs d'aides à l'accès et aux remboursements des soins (ALD, CMU-C). En revanche, il existe un réel obstacle financier pour la réalisation des soins dentaires et l'appareillage optique, avec les conséquences, parfois désastreuses, qui peuvent en découler. La prise en charge à 100% des frais dentaires et optiques prévue en 2020 devrait permettre d'améliorer cette situation.

2) Relations entre psychiatres et médecins généralistes :

Pendant de nombreuses années, médecine somatique et psychiatrie ne se comprenaient pas et surtout ne communiquaient pas, avec évidemment comme conséquence une altération de la prise en charge des patients.

Actuellement, de nombreux efforts ont été réalisés des deux cotés pour faciliter et encourager la collaboration. Cependant, notre étude a révélé que le manque de communication (pas de compte-rendu de consultation systématique, déficit d'information sur le traitement en cours...) persistait et venait majoritairement de la part de la

psychiatrie. Ce constat est concordant avec plusieurs conclusions d'autres études, notamment l'étude *Place de la santé mentale en médecine générale* réalisée conjointement par le Centre collaborateur de l'OMS (Lille) et le Centre hospitalier de La Chartreuse (Dijon) en 2014 qui rapporte que : «Les modalités de lien et de communication avec les services de santé mentale sont beaucoup plus décriées : si 97 % des médecins généralistes disent envoyer un courrier au médecin psychiatre lorsqu'ils orientent leur patient vers un service de psychiatrie, 74 % déclarent ne recevoir aucun retour [...] Le manque de communication et d'échange d'informations à propos du patient représentent une critique majeure envers la psychiatrie, faite par l'ensemble des généralistes» (34).

Il en résulte bien évidemment, des conséquences sur la santé des patients mais également sur la qualité de la relation entre médecins généralistes et psychiatres.

La charte de partenariat entre le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés en 2014 (35), ciblait quelques points précis où l'information entre médecins généralistes et psychiatres était indispensable pour obtenir une prise en charge de qualité :

- «Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant un accès téléphonique direct à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque (article 3)[...]
- La transmission d'information de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement de ces modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable (article 4).
- Le médecin généraliste traitant est informé systématiquement et dans les délais les meilleurs, des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé

de son patient, tant à son entrée qu'à sa sortie (article 5)».

Plusieurs pistes d'amélioration sont possibles. La réalisation de réunions pluridisciplinaires au sein du CMP par exemple, permettrait de créer du lien entre les médecins de faciliter le dialogue, de lutter contre les stéréotypes et idées pré-conçues que peuvent avoir le somatique et la psychiatrie l'un sur l'autre et de mettre en place des outils de travail adaptés. Notre étude a ainsi révélé la volonté tant des médecins généralistes que des psychiatres de développer leur relation, notamment par le biais de réunions d'informations. Ceci a également été constaté par l'étude du Centre collaborateur de l'OMS (Lille) et le Centre hospitalier de La Chartreuse (Dijon) qui précise que plus de la moitié des médecins généralistes interrogés «souhaiterait des rencontres régulières avec les équipes de psychiatrie» (34).

Pour faciliter la communication entre psychiatrie et médecine générale, le DMP semble être l'une des solutions. Comme précisé par le ministère de la Santé (30), le DMP sera proposé prioritairement «aux patients ayant un recours fréquent au système de santé (malades chroniques et personnes âgées), pour lesquels les besoins de coordination des soins sont les plus importants».

Ainsi, sa généralisation, en cours de développement, devrait permettre de simplifier la prise en charge de ces patients : chaque médecin, psychiatre, généraliste ou spécialistes, connaîtrait la date des différentes consultations, aurait accès aux compte-rendus mis en ligne et surtout connaîtrait le traitement en cours prescrit par chaque médecin. Cela éviterait les interactions médicamenteuses délétères et permettrait de lutter plus efficacement contre la iatrogénie médicamenteuse.

3) L'éducation thérapeutique :

A l'heure où les politiques de santé publique mettent l'accent sur la prévention et l'importance d'avoir un mode de vie plus sain, cet aspect est encore trop peu développé pour les patients psychotiques chroniques, et ce malgré les très nombreux facteurs de risque, en particulier cardio-vasculaires, engendrés par leur hygiène de vie. Cette prévention se matérialise notamment par des programmes d'éducation thérapeutique.

Comme défini par la HAS, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) consiste en «un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient»(36). L'ETP est encadrée sur le plan juridique et est inscrite dans le code de santé publique par la *Loi portant réforme à l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)* de juillet 2009 : «l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient et a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie» (37). L'ETP nécessite un programme structuré et autorisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ce programme peut être mis en place par un établissement de soins, en médecine de ville, par un réseau ou par une association. Le programme ne peut être mis en œuvre qu'avec autorisation de l'ARS, cette autorisation étant valable pour 4 ans. En 2017, selon les données de l'ARS du Grand-Est (38) : «328 programmes d'ETP étaient autorisés en région Grand Est, dont 309 programmes actifs». Concernant le Territoire de Santé n°10 (Basse-Alsace Sud-Moselle) qui couvre le territoire géographique de notre étude, on compte 61 programmes d'ETP. Au niveau de la répartition des programmes d'ETP en fonction des spécialités médicales concernées, la psychiatrie compte 5 programmes soit 1,6% des programmes d'ETP existant sur la région Grand-Est.

L'ETP doit prendre en compte «l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une éducation thérapeutique du patient» (36) . Ainsi, tous les patients ne sont pas forcément prêts à entreprendre une démarche. L'ETP ne consiste pas en un simple message d'information délivré par le professionnel de santé, il s'agit d'un programme personnalisé faisant appel à différents outils tels que des entretiens individuels, des séances collectives avec l'utilisation de carnet de suivi, de supports vidéos ou audios par exemple.

Un programme d'ETP consiste en plusieurs étapes :

- «- Élaborer un diagnostic éducatif,
- Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient,
- Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique du patient collectives et/ou individuelles,
- Réaliser une évaluation individuelle» (36).

Notre étude a mis en évidence que les acteurs de santé de psychiatrie prenaient en compte la question de l'hygiène de vie et des conduites addictives dans leurs entretiens, en revanche la prise en charge et la lutte contre ces facteurs de risque sont encore insuffisantes. En effet, on ne trouve pas de programme coordonné au niveau de chaque secteur de psychiatrie permettant à la fois d'évaluer ces aspects et de proposer une prise en charge adaptée. S'il existe des activités sportives, des ateliers thérapeutiques sur l'alimentation notamment, cela reste des actions épisodiques et la prise en charge globale du mode de vie reste insuffisant.

Un programme d'ETP a été créé par l'EPSAN, intitulé "*Améliorer la qualité de vie des patients nécessitant un traitement psychotrope*". Il a pour objectif de permettre à la personne sous

antipsychotiques d'être capable de «mobiliser les ressources nécessaires pour lutter contre le surpoids et d'améliorer sa qualité de vie». Pour cela, il doit permettre à chaque patient «d'identifier les antipsychotiques et leurs effets, d'identifier et de définir les groupes d'aliments pour pouvoir réaliser des repas équilibrés (règles hygiéno-diététiques), d'avoir une prise de conscience de son propre comportement alimentaire et de sensibiliser et d'encourager le patient à pratiquer une activité physique régulière». Sur le plan pratique, ce programme se déroule en 8 séances dont 2 individuelles. Il est animé par une équipe pluri-professionnelle composée de médecin, pharmacien, diététicien, professeur de sport adapté et infirmiers. Malgré l'existence de ce programme, un seul acteur de santé de psychiatrie interrogée lors de notre étude l'a cité.

Ceci est concordant avec l'analyse des psychiatres de la Fédération régionale de recherche en santé mentale du Nord Pas de Calais dans leur étude de 2011 : «les comportements individuels potentiellement néfastes à la santé comme la consommation de tabac, de cannabis ou d'alcool sont encore trop peu pris en compte dans les observations cliniques. Quand ils le sont, ils ne bénéficient pas de l'expérience acquise par les spécialistes de l'addictologie car ni les entretiens, ni les aides proposées ne sont standardisés» (32).

La question du tabac est centrale en psychiatrie. En effet, on note une présence importante du tabagisme au sein des structures psychiatriques. Une étude allemande en 2007 décrit que «concernant le tabagisme passif à l'hôpital psychiatrique, 87 % des personnels et usagers d'un hôpital sont exposés à la fumée de tabac» (39).

Si tous les professionnels de santé de psychiatrie reconnaissent la nocivité et la toxicité du tabac, leur attitude vis à vis du tabagisme est plus complexe. Si certains font du sevrage tabagique un objectif à atteindre en proposant aux patients des aides au sevrage, d'autres

montrent un certain fatalisme et finalement semblent accepter l'idée que ce patient fumera toute sa vie. De plus, la cigarette est également perçue par certains comme un allié thérapeutique permettant d'apaiser les tensions, de favoriser l'échange et la discussion.

Outre cette ambivalence dans la lutte contre le tabagisme, les patients psychotiques auraient plus de difficultés que la population générale pour arrêter de fumer. En effet, selon une étude suisse de 2005, Le taux d'arrêt du tabac est environ «deux fois plus faible chez les patients schizophrènes qu'en population générale»(40). Les difficultés pour obtenir ce sevrage pourraient «être liées aux troubles cognitifs existant dans la schizophrénie» ainsi qu'aux «faibles motivations au sevrage», de plus «les rechutes extrêmement fréquentes nécessitent une prise en charge psychothérapique rapprochée et au long cours» (41).

Ainsi, la place de la cigarette en psychiatrie, avec une ambivalence dans le discours et les actes des soignants et médecins est révélatrice du travail qu'il reste à mener.

On note que dans la population générale une politique de santé publique de prévention efficace, avec comme résultats des modifications du comportement individuel, est difficile à mettre en œuvre. Pour des patients psychotiques qui peuvent présenter un rationalisme et une perception de leur corps différents ces objectifs d'amélioration de l'hygiène de vie globale sont d'autant plus compliqués à mettre en œuvre.

Un développement de la prise en charge du mode de vie et de l'ETP semble nécessaire pour améliorer significativement la santé de ces patients.

Cette responsabilité incombe tout autant aux acteurs de la psychiatrie qu'aux médecins généralistes. Une coordination des mesures à développer et à mettre en place dans le cadre d'un programme personnalisé de soins avec le patient acteur et au cœur de sa Santé, semble indispensable.

4) Solutions pour améliorer la prise en charge :

L'un des objectifs de notre étude consistait à réfléchir à des solutions qui permettraient d'améliorer la prise en charge somatique ambulatoire des patients psychotiques chroniques. Plusieurs solutions ont donc été proposées, aucune ne créant évidemment l'unanimité quand à sa mise en œuvre.

Concernant le suivi somatique et l'accès aux médecins généralistes pour tous les patients, notamment pour les patients les plus réfractaires à cette prise en charge, la possibilité de réaliser des consultations de médecine générale au sein même du CMP apparaît comme une solution. Lorsque cela est réalisé, notre étude a permis de mettre en évidence que ces patients bénéficient d'un suivi et d'une prise en charge somatique corrects. Pour les CMP dépourvus de médecin généraliste sur place, cela semble être une solution désirée par l'ensemble des professionnels de santé. En effet, ceux-ci se sentent démunis et n'ont pas de solution à proposer lorsqu'un patient refuse de consulter un médecin généraliste en ambulatoire. Cependant, il semble important de ne pas généraliser cette pratique qui risquerait de renforcer le cloisonnement de la psychiatrie.

L'accompagnement par des infirmiers de psychiatrie en consultation somatique pour certains patients anxieux, réfractaires ou peu à même d'exprimer correctement leurs plaintes ou demandes se fait de façon assez fréquente permettant ainsi d'assurer une communication efficace et surtout un suivi des soins. Cette démarche, reconnue comme positive dans notre étude aussi bien par les médecins généralistes que par les acteurs de santé de la psychiatrie, est à encourager et développer. Ces deux premiers points sont concordants avec l'idée du renforcement de la collaboration inter-professionnelle.

L'une des solutions mise en avant tant par les médecins généralistes que par les psychiatres concernent la formation. Pour tous, il apparaît indispensable de développer la formation des médecins généralistes à la psychiatrie. En effet, certains médecins peuvent passer toutes leurs études sans avoir réalisé un stage ou la moindre formation pratique en psychiatrie. Il en découle une méconnaissance des pathologies et des patients psychiatriques, une pratique peu adaptée à certaines subtilités de la prise en charge du patient psychotique.

Le *Plan Santé mentale 2011-2015* mettait l'accent sur l'importance de la formation aux spécificités psychiatriques pour les médecins généralistes. En effet, selon le constat décrit dans ce plan, les médecins généralistes reçoivent une formation en psychiatrie insuffisante au cours de leur parcours universitaire : «pas de stage hospitalier obligatoire au cours du deuxième cycle d'études médicales, une occasion très réduite de réaliser un stage en psychiatrie au cours de leur internat» (42) . Le rapport du HCSP dans son *Évaluation du Plan Santé mentale 2011-2015* préconise, en accord avec les attentes des médecins généralistes : «d'approfondir la formation clinique et relationnelle, en complément de la préparation à l'examen classant national (ECN), ainsi que d'augmenter les possibilités de stage en psychiatrie des internes de médecine générale» (7) .

Toujours dans l'optique d'améliorer la prise en charge au niveau somatique, une charte a été signée entre le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME des CHS. Cette charte recommande de développer une plus grande coopération et une communication accrue entre les psychiatres et les médecins généralistes ainsi que de développer «la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles lors de la formation des internes de psychiatrie et de médecine générale» (35). Cependant, lors de la réforme de l'internat de médecine générale

(mise en place à la rentrée universitaire de l'année 2017), il n'est pas fait mention de la réalisation d'un stage en psychiatrie. De plus, le développement des stages ambulatoires, salubre pour les internes de médecine générale, limite la possibilité de réaliser des stages en établissement hospitalier et donc en centres hospitaliers psychiatriques.

De même, si la FMC est une obligation spécifiée dans le Code de Déontologie Médicale (article 11), chaque médecin est libre de l'organiser à sa convenance. Ainsi, il peut persister un déficit de formation au niveau de la psychiatrie pour certains médecins généralistes.

VI. Conclusion

Dans les structures hospitalières psychiatriques, des services de Médecine Générale ont été créés, l'hospitalisation en psychiatrie permettant ainsi de faire le bilan sur des pathologies ou des symptômes somatiques qui pour certains évoluent depuis plusieurs mois. En revanche, dans les structures ambulatoires (CMP, hôpital de jour...) qui prennent pourtant en charge la majorité des patients psychiatriques, le suivi somatique apparaît comme plus précaire.

L'objectif de ce travail était de réaliser un état des lieux sur les raisons et les causes du déficit de prise en charge somatique des patients psychotiques chroniques au niveau ambulatoire, ainsi que de réfléchir aux solutions qu'ils seraient possible de mettre en place pour remédier à cette situation.

Pour ce faire une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés a permis d'interroger cinq psychiatres, six infirmiers et un cadre de santé travaillant dans les CMP des trois secteurs psychiatriques de l'Eurométropole de Strasbourg dépendant de l'EPSAN de Brumath,(représentant un bassin de population d'environ 240000 habitants). En parallèle, un questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes de ces secteurs (310 médecins généralistes, soit 125 médecins pour 100 000 habitants, 29 réponses).

Ces deux travaux complémentaires ont permis de réfléchir quant à la place du somatique en psychiatrie, au rôle du médecin généraliste, à l'organisation des soins et à la communication entre professionnels de santé ainsi qu'à l'aspect essentiel de l'éducation thérapeutique et du mode de vie de ces patients.

Le médecin généraliste représente le pivot central de la prise en charge globale du patient en tant que coordonnateur des soins dans le cadre du parcours de soins coordonné. En tant qu'acteur principal du système de soins primaire, il a pour mission la prévention, le dépistage, l'orientation vers des spécialistes et la réalisation des examens complémentaires si nécessaire. Cependant, malgré ce rôle central, notre étude a révélé que les médecins généralistes connaissent peu, ou mal, l'organisation sectorielle de la psychiatrie et plus particulièrement les structures ambulatoires. Il ressort également un problème de communication du côté des psychiatres.

Concernant les professionnels de santé de la psychiatrie, il y a une réelle prise de conscience et une préoccupation majeure quant à l'importance des soins somatiques. Mais leur attitude vis à vis du somatique reste ambivalente et leur implication dans la prise en charge somatique est très variable d'un médecin à l'autre. On note également l'absence de médecin traitant déclaré pour certains patients avec dans ces cas-là, une quasi absence de prise en charge au niveau somatique avec les conséquences désastreuses qui peuvent en résulter.

De plus, un développement de la prise en charge du mode et de l'hygiène de vie semble nécessaire pour améliorer significativement la santé de ces patients.

Que ce soit les médecins généralistes ou les professionnels de santé de la psychiatrie, les avis concernant les solutions à mettre en place se recourent. Ainsi, dans notre étude, chacun insiste sur l'importance de la formation des médecins généralistes, que ce soit pendant leur internat avec la réalisation par exemple d'un stage en milieu psychiatrique, et également par la suite par le biais de la Formation Médicale Continue. De plus, pour

améliorer le travail en réseau et décloisonner les pratiques de chacun, la réalisation de réunions entre acteurs de la psychiatrie et généralistes semblent être une solution. L'utilisation du Dossier Médical Partagé et sa généralisation pourraient être un moyen d'améliorer la communication, notamment sur le plan des thérapeutiques et lutter ainsi contre la iatrogénie médicamenteuse. De même, réaliser des consultations de médecine générale au sein même du CMP permettraient pour certains patients réfractaires de bénéficier d'une prise en charge somatique. Il apparaît en tout cas indispensable de parvenir à un travail en réseau de qualité avec tous les acteurs intervenant dans la prise en charge de ces patients

Même si de nombreuses avancées ont été faites depuis quelques années dans la prise en charge somatique des patients psychotiques chroniques, les efforts à fournir restent importants. Il est primordial de dépasser le clivage entre psychiatrie et somatique et proposer, comme pour chaque patient, une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Il est à souligner que l'engagement des psychiatres et des médecins généralistes, même s'ils ne sont pas encore nombreux, est exemplaire.

L'éducation thérapeutique, incluant notamment la prévention primaire et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires, ainsi que le mode et l'hygiène de vie est l'un des axes majeurs de la prise en charge et reste encore largement à développer. Un travail de recherche complémentaire pourrait être réalisé rien que sur ce sujet complexe.

VU

Strasbourg, le 18 janvier 2019

Le président du Jury de Thèse

Professeur Pierre VIDAILHET

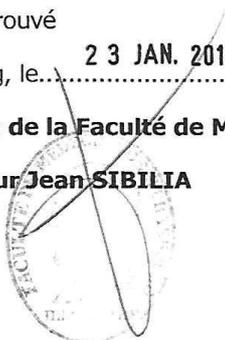


VU et approuvé

Strasbourg, le... **23 JAN. 2019**

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA

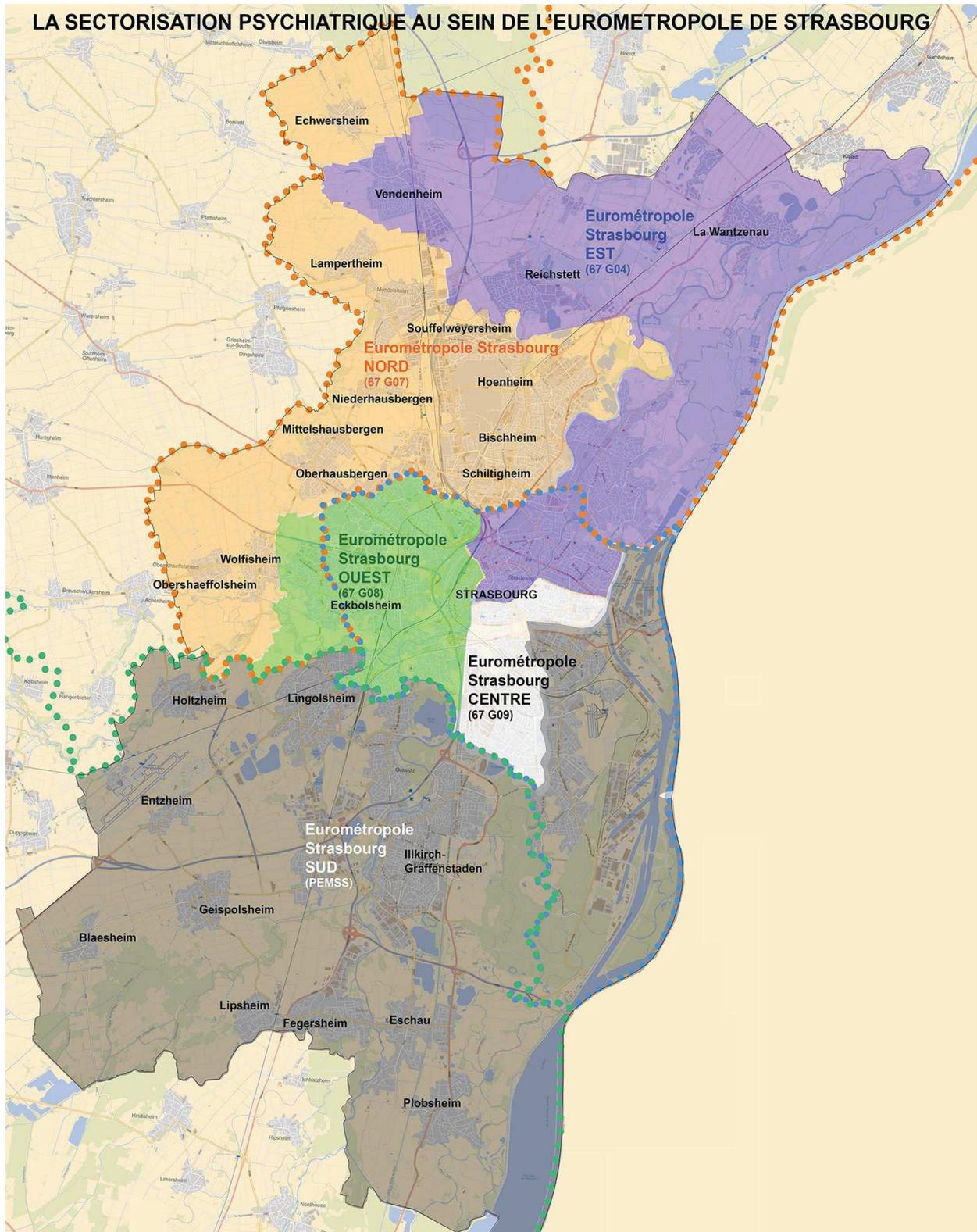


Glossaire

ALD : Affection de Longue Durée
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de santé
BPCO : Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CME : Commission Médicale d'Établissement
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMU-c : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
DMP : Dossier Médical Partagé
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECN : Épreuves Classantes Nationales
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
EPSAN : Établissement Public de Santé Alsace Nord
FMC : Formation Médicale Continue
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
HDJ : Hôpital De Jour
HDL-cholestérol : High Density Lipoproteins cholestérol
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IMC : Indice de Masse Corporelle
IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Annexes

Les secteurs psychiatriques de l'Eurométropole de Strasbourg :



Guide HAS : "Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux" : Des repères et outils pour aider les professionnels (33).



* Et autres acteurs de proximité potentiellement impliqués dans la prise en charge du patient (urgentistes, infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, laboratoires de biologie médicale, etc.)

Bibliographie

1. mondiale de la Santé O. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Organisation mondiale de la Santé; 2013.
2. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Mental health: new understanding, new hope. repr. Geneva: World Health Organization; 2002. 178 p. (The world health report).
3. Funk M, Benradia I, Roelandt J-L. Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):331.
4. Gourier-Frery C, Chan Chee C, Beltzer N. Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *Eur Psychiatry*. 1 nov 2014;29(8, Supplement):625.
5. ameli.fr - Affection de longue durée (ALD) [Internet]. [cité 7 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/index.php>
6. Politique de l'UE - Santé publique - European Commission [Internet]. Santé publique. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: [/health/mental_health/policy_fr](http://health/mental_health/policy_fr)
7. HCSP. Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>
8. Ohaeri JU, Akanji AO. Metabolic Syndrome in Severe Mental Disorders. *Metab Syndr Relat Disord*. avr 2011;9(2):91-8.
9. Lawrence DM, Holman CDJ, Jablensky AV, Hobbs MST. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *Br J Psychiatry*. 2 janv 2003;182(1):31-6.
10. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Nutritional Assessment of Patients With Schizophrenia: A Preliminary Study. *Schizophr Bull*. 1 janv 2003;29(2):393-7.
11. Alberti KGM, Zimmet P, Shaw J. The metabolic syndrome—a new worldwide definition. *The Lancet*. sept 2005;366(9491):1059-62.
12. Sernyak MJ, Leslie DL, Alarcon RD, Losonczy MF, Rosenheck R. Association of Diabetes Mellitus With Use of Atypical Neuroleptics in the Treatment of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1 avr 2002;159(4):561-6.
13. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 15 juill 2005;76(2):135-57.
14. Leonard S, Mexal S, Freedman R. Smoking, Genetics and Schizophrenia: Evidence for Self Medication. *J Dual Diagn*. 1 nov 2007;3(3-4):43-59.
15. Capasso RM, Lineberry TW, Bostwick JM, Decker PA, St Sauver J. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: an Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005. *Schizophr Res*. janv 2008;98(1-3):287-94.
16. Bouza C, López-Cuadrado T, Amate JM. Hospital admissions due to physical disease in people with schizophrenia: a national population-based study. *Gen Hosp Psychiatry*. avr 2010;32(2):156-63.
17. De Hert M, Wampers M, Van Eyck D, Peuskens J, Franic T, Vidovic D, et al. Prevalence of HIV and hepatitis C infection among patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. mars 2009;108(1-3):307-8.
18. Stupéfiants et psychotropes - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Produits-de-sante/Stupefiants-et-psychotropes>
19. Denis F. Santé bucco-dentaire des patients en institution psychiatrique. *Soins Psychiatr*. janv 2014;35(290):40-4.

20. Lacoste-Ferré M-H, Olivès E, Labat C, Kolli-Calvo M-CE, Despax G, Pouyadou A-C, et al. Soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique en psychiatrie : Expérience du CHS du Gers. 1. Constat préliminaire, Oral Hygiene and Dental Care in Psychiatry: experience of the Gers Psychiatric Hospital. 1. Preliminary report. *Inf Psychiatr.* 4 nov 2016;me 92(8):649-56.
21. Monduit de Caussade L. Perception et vécu de la maladie somatique selon les formes cliniques de schizophrénie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2013;171(2):65-71.
22. Nicholson WK, Frick KD, Powe NR. Economic burden of hospitalizations for preterm labor in the United States. *Obstet Gynecol.* juill 2000;96(1):95-101.
23. Daumit GL, Pronovost PJ, Anthony CB, Guallar E, Steinwachs DM, Ford DE. Adverse Events During Medical and Surgical Hospitalizations for Persons With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1 mars 2006;63(3):267-72.
24. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Kotzalidis GD, Tatarelli R. Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med.* août 2005;12(4):169-78.
25. Falissard B, Mauri M, Shaw K, Wetterling T, Doble A, Giudicelli A, et al. The METEOR study: frequency of metabolic disorders in patients with schizophrenia. Focus on first and second generation and level of risk of antipsychotic drugs. *Int Clin Psychopharmacol.* nov 2011;26(6):291-302.
26. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/spip.php>
27. Ministère des Solidarités et de la Santé - organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale [Internet]. [cité 24 mars 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
28. Chantier n°3 : Accélérer le virage numérique [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 22 mars 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante/article/accelerer-le-virage-numerique>
29. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée: illustration des apports et des limites de la méthode. *Rech Qual Hors-sér.* 2013;15:435-452.
30. L'observation sociale et de santé [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/observation-sociale-sante>
31. Rapport de Michel Laforcade relatif à la santé mentale [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 7 janv 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-michel-laforcade-relatif-a-la-sante-mentale>
32. Danel T, Deconstanza P, Deprince J, Elouahi F, Ethuin C, Haddouche A, et al. La santé physique des personnes souffrant de schizophrénie : implication du dispositif de soins psychiatriques. *Inf Psychiatr.* 2011;Volume 87(3):215-22.
33. Haute Autorité de Santé - Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. [cité 5 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration
34. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):311.
35. Documents lecmg [Internet]. [cité 7 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.lecmg.fr>

36. Haute Autorité de Santé - Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
37. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
38. Programmes d'Education Thérapeutique du Patient en région Grand Est - Analyse des données 2017. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/programmes-deducation-therapeutique-du-patient-en-region-grand-est-analyse-des-donnees-2017>
39. Bouvet C. Tabagisme et psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2007;Volume 83(1):41-7.
40. Aguilar MC, Gurpegui M, Diaz FJ, de Leon J. Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex interactions. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mars 2005;186:215-21.
41. Hajbi M, Tahri ST. Comorbidité - schizophrénie - tabagisme : caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Inf Psychiatr.* 2010;Volume 86(2):171-9.
42. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):319.

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BURDINPrénom : JEAN-BAPTISTE

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A Strasbourg, le 21/01/2019

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.