

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Olivien SASSIAT

Né le 03/05/1995 à SAINT-DENIS (974)

Vécu des patients souffrant d'un trouble mental sévère concernant l'accès aux soins en médecine générale

Présentée et soutenue publiquement **le 12 Décembre 2024** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Pierre-Guillaume BARBE, Psychiatrie – Tours

Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale – La Croix-en-Touraine

Docteur Boris SAMKO, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine – Tours

RÉSUMÉ

Vécu des patients souffrant d'un trouble mental sévère concernant l'accès aux soins en médecine générale

Introduction : Les personnes souffrant de troubles mentaux sévères présentent de multiples comorbidités somatiques requérant une surveillance accrue et des soins somatiques croissants avec la sévérité de leurs troubles. Paradoxalement, une surveillance insuffisante des maladies somatiques chroniques ainsi qu'un plus faible accès aux soins en médecine générale ont été décrits. L'objectif de cette étude était d'explorer leur vécu de l'accès aux soins en médecine générale.

Méthode : Étude qualitative exploratoire menée de novembre 2023 à juin 2024. Échantillonnage raisonné homogène constitué de 10 patients souffrant d'un trouble psychiatrique sévère suivis en hôpital de jour. Analyse intégrative selon une approche inspirée de la phénoménologie interprétative.

Résultats : Les patients vivaient de manière différente l'accès aux soins tel un labyrinthe à multiples entrées s'articulant autour du médecin généraliste : porter son fardeau et parcourir le chemin dédaléen en direction du MG, s'en détourner en suivant la voie rebelle, se diriger passivement vers la route de l'insouciance, accéder au passage secret en adhérant aux soins, ou bien participer à ses soins et emprunter le sentier privilégié.

Discussion : Le vécu des patients fait apparaître l'accès aux soins tel un parcours d'obstacles entre souffrance, handicap et stigmatisation. En réponse à cette difficulté d'accès, les patients ont développé une forme de réflexivité aboutissant à une projection dans leurs soins, leur donnant l'occasion de chercher un équilibre et d'accéder à soi-même. La relation de confiance établie avec le médecin généraliste apparaît comme un guide à l'accès aux soins et le positionne comme un acteur central dans les soins somatiques. La collaboration interprofessionnelle MG-psychiatre apparaît comme une nécessité pour les patients afin d'améliorer leur accès aux soins primaires. Leur vécu souligne la nécessité de les intégrer dans une prise en charge globale en favorisant leur empowerment pour leur capacité d'agir dans le cadre d'une décision partagée des soins.

Mots clés : Médecine générale – Psychiatrie – Troubles mentaux sévères - Accès aux soins - Soins somatiques

ABSTRACT

Patients' with Severe Mental Disorders' Experiences with Access to General Medical Care

Introduction: Individuals with severe mental disorders often present with multiple somatic comorbidities that require close monitoring and an increasing level of physical healthcare as their mental health conditions worsen. Paradoxically, these patients experience insufficient monitoring for chronic physical diseases and reduced access to general medical care. The objective of this study was to explore patients' with severe mental disorders' lived experiences regarding access to general medical care.

Method: Exploratory qualitative study conducted from November 2023 to June 2024. Involved a purposive, homogenous sample of ten patients with severe psychiatric disorders who were receiving day care at a hospital. Integrative analysis performed, inspired by an interpretative phenomenological approach.

Results: Patients lived access to care differently as a maze with multiple entry points centered around the general practitioner: carrying their burden and traveling the maze-like journey towards the GP, turning away by following the rebellious route, passively heading towards the carefree road, accessing the secret passage by adhering to care, or participating in their care and taking the privileged path.

Discussion: The patients' experiences show that access to care is an obstacle course between suffering, disability and stigmatization. In response to the challenges in accessing healthcare, patients developed a form of self-reflection that led to a sense of personal agency in their healthcare, giving them the opportunity to seek balance and connect with themselves. The relationship of trust established with the general practitioner appears as a guide to access to care and positions him as a central actor in somatic care. Interprofessional collaboration between MG and psychiatrist appears to be a necessity for patients in order to improve their access to primary care. Their experiences underscore the need to integrate them into a comprehensive care framework, empowering them to take an active role in healthcare decisions through shared decision-making.

Keywords: General Medicine – Psychiatry – Severe Mental Disorders - Access to Healthcare - Physical Healthcare

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor Anatomie || MALLET Donatien | Soins palliatifs |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophthalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans 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 le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

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

REMERCIEMENTS

À MON JURY DE THESE

À Monsieur le Professeur Vincent CAMUS, je vous remercie d'avoir accepté la présidence de mon jury de thèse. Je n'ai pas eu l'occasion de travailler à vos côtés, mais j'ai pu bénéficier de la richesse de vos enseignements au travers de votre Manuel de sciences humaines en médecine et de vos cours d'UE 7 Santé - Société - Humanité et d'UE 12 - Psychiatrie. J'ai aimé votre vision de la relation de soin et pris conscience des compétences relationnelles et des valeurs professionnelles du médecin s'inscrivant dans les dimensions légale, éthique et déontologique. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Alice PERRAIN, je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, ainsi que de l'intérêt que tu as porté à ce sujet. J'ai eu la chance de profiter de tes enseignements lors des groupes d'échanges et d'analyse de pratique, de travailler à tes côtés à la MSP de La Croix-en-Touraine et d'effectuer divers séminaires et rencontres grâce à toi. Je tiens également à te remercier pour ta confiance, ta gentillesse, ton accompagnement tout au long de ce travail, ta disponibilité et ton accueil chaleureux aussi bien dans ta maison qu'à ton cabinet.

À Monsieur le Docteur Boris SAMKO, je te remercie d'avoir accepté de codiriger ce travail de thèse, de m'avoir encadré, orienté et conseillé. J'ai grandement apprécié nos discussions et digressions lors de nos téléconférences ou lors de mes venues au DUMG. Je tiens également à te remercier pour ta bienveillance, ta disponibilité, ton investissement, pour ton aide dans l'analyse, la rédaction et pour tes remarques toujours justes afin d'améliorer mon mémoire de D.E.S.

À Monsieur le Docteur Pierre-Guillaume BARBE, je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ QUI M'ONT ACCOMPAGNÉ

À Monsieur le Docteur Jérôme GRAUX, à Monsieur le cadre de santé Nicolas DIDIER et à toute l'équipe de l'hôpital de jour « La Chevalerie », je vous remercie de votre accueil et de m'avoir aidé à effectuer ce travail de thèse.

À tous mes maîtres de stages universitaires, collègues et enseignants, je vous remercie pour le partage de vos expériences, vos conseils et votre pédagogie. J'ai énormément appris et grandi grâce à vous. À tous j'exprime ma reconnaissance.

À MON PREMIER MÉDECIN GÉNÉRALISTE

À Monsieur le Docteur Patrick ALLERT, sans le vouloir vous avez été la petite graine qui a fait germer en moi l'idée de devenir « quand je serai grand » médecin de famille. Votre pratique s'inscrivait dans une médecine paternaliste chaleureuse. Au fur et à mesure que votre retard s'installait dans la salle d'attente, mes maux s'estompaient miraculeusement. Rien ne pouvait me faire plus plaisir après le douloureux vaccin que le bonbon salvateur caché dans le tiroir de votre bureau. C'est cette image du médecin généraliste que je veux véhiculer, celle d'un médecin bienveillant et rassurant.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AAH	Allocation aux adultes handicapés
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMP	Centre médico-psychologique
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
COPsyCAT	Collaboration patient-soignant pour une meilleure prise en charge des troubles cardiovasculaires des patients souffrant de Troubles psychiques au long cours
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research = Critères consolidés pour les rapports de recherche qualitative
CoReSo	Consultation et Réseau Somatique
Covid-19	Coronavirus infection disease 2019 = Maladie à Coronavirus 2019
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ERERC	Espace de réflexion éthique de la région Centre-Val de Loire
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de jour
HTA	Hypertension artérielle
IDE	Infirmier (ère) diplômé(e) d'État
JUMG	Journée Universitaire de Médecine Générale
MG	Médecin généraliste
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P1, P2, etc...	Patient 1, Patient 2, etc ...
SAS	Syndrome d'apnée du sommeil
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SMD	Severe Mental Disorder = Trouble mental sévère
SMI	Serious Mental Illness = Maladie mentale grave
SSATP	Spectre de la schizophrénie et les autres troubles psychotiques
TS	Tentative de suicide

TABLE DES MATIERES

I – INTRODUCTION	15
II – MÉTHODE	17
1 – Type d'étude	17
2 – Population d'étude	17
3 – Recueil des données	18
4 – Analyse des données	19
5 – Aspects éthiques et réglementaires	19
III – RÉSULTATS	20
1 – Caractéristiques de la population étudiée	20
2 – Approche conceptuelle	21
A – Un accès aux soins compliqué pour un patient souffrant	21
Je suis contraint, laissé de côté, et fragile	21
Je vais bien, je me soigne tout seul et ça ne regarde que moi	23
Je suis souffrant, j'ai un mal-être et des idées suicidaires !	25
B – Un accès aux soins divisé pour un patient ambivalent	25
Je suis opposant : je n'ai pas confiance et plus envie de voir le docteur	25
Je suis indifférent : Je ne sais pas et je n'ai pas d'espoir particulier	28
Je suis partisan : Je me sens en confiance et je suis satisfait du MG	28
C – Un accès aux soins facilité pour un patient acteur de sa santé	31
J'ai beaucoup d'aide, j'ai un bon suivi et un ange gardien	31
Je me dois d'être actif, je planifie et j'honore mes rendez-vous	33
Je cherche un nouvel équilibre et je veux vivre normalement	34
D – Un accès aux soins en constante évolution	36
3 – Résultat principal	38

IV – DISCUSSION.....	40
1 – Forces et limites.....	40
2 – Comparaison avec la littérature.....	41
Un parcours d’obstacles.....	41
Un chemin vers soi-même.....	43
Une relation secrète.....	45
Un décloisonnement des frontières MG-psychiatre.....	46
V – CONCLUSION.....	48
VI – BIBLIOGRAPHIE.....	51
VII – ANNEXES.....	56

I – INTRODUCTION

Les récentes données de l'OMS considèrent qu'une personne sur 8 dans le monde présente un trouble mental et majoritairement des troubles anxieux et dépressifs (1). En France, les troubles mentaux concernent une personne sur 5 soit 13 millions de Français. Ils représentent avec l'ensemble des traitements psychotropes le premier poste de dépense de l'Assurance Maladie (2).

La santé mentale apparaît alors comme un enjeu prioritaire (2). Elle peut se définir comme l'équilibre psychique dynamique d'un sujet apte à développer harmonieusement sa personnalité et à participer de manière constructive à la vie sociale (3). La santé mentale est également définie par l'OMS comme « un état de bien-être par lequel l'individu reconnaît ses capacités, est capable de faire face au stress normal de la vie, travaille de manière productive et fructueuse et apporte une contribution à sa communauté » (4).

Par ailleurs, les troubles psychiatriques également appelés troubles psychiques ou troubles mentaux, désignent une « altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu associée habituellement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles » (5).

La grande majorité des études (6-11) s'accordent pour inclure les troubles psychotiques telles que la schizophrénie ainsi que les troubles de l'humeur comme les troubles bipolaires parmi les troubles mentaux sévères, mais au-delà de ces deux groupes il y subsiste des divergences. Dans la littérature on peut retrouver les termes de « severe mental disorder » (SMD) ou bien « serious mental illness » (SMI) qui se rapportent aux troubles mentaux sévères (7, 10).

Les patients atteints de troubles mentaux sévères et chroniques sont associés à de multiples comorbidités somatiques qui impactent de manière considérable la qualité de vie des individus (10). Ils sont source de souffrance et de handicap psychique (12). Ceux-ci sont également associés à un recours à la médecine générale diminué, une surveillance insuffisante des maladies somatiques chroniques, à un risque accru de complications et une diminution de l'espérance de vie (12).

Selon le rapport gouvernemental on retrouve un plus faible accès aux soins des personnes suivies pour des troubles psychiques et par ailleurs un recours aux soins somatiques courants croissant avec la sévérité de leurs troubles (13). En effet, des obstacles à cet accès liés à la fois aux patients, aux professionnels et au système de santé ont été identifiés dans cette population (14).

De nombreuses études effectuées auprès des professionnels de santé ont mis en lumière plusieurs pistes de réflexion : la nécessité d'une amélioration de l'accès aux soins somatiques, une promotion de recommandations de bonnes pratiques, un renforcement des connaissances et une meilleure collaboration entre médecins généralistes et psychiatres (15-21). Cependant, peu d'études exploratoires qualitatives abordent le vécu des patients ayant des troubles mentaux sévères chroniques de l'adulte (troubles du spectre de la schizophrénie, troubles bipolaires et apparentés, troubles dépressifs sévères) concernant l'accès aux soins primaires (Annexes 1 et 2).

Les soins de santé primaires comme défini par l'OMS, font appel aux professionnels de santé « préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé de la collectivité » (22). En France, ceux-ci ont été précisés par la loi de 2009 (23) qui met l'accent sur le médecin généraliste de premier recours en lui attribuant différentes missions dont celle de contribuer à l'offre de soins ambulatoires et l'orientation de ses patients, en collaboration organisée avec les services médico-sociaux (24).

L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des patients souffrant d'un trouble mental sévère concernant l'accès aux soins primaires en médecine générale.

II – MÉTHODE

1 – Type d'étude

Ce travail a été mené sous la forme d'une étude qualitative exploratoire dont l'analyse a été effectuée selon une approche inspirée de la phénoménologie interprétative, issue de la philosophie. Cette approche s'avérait la plus judicieuse pour l'exploration du vécu des patients car elle permettait de mettre en lumière le sens des propos que chaque participant donne à son expérience vécue (25). Avant le commencement de l'étude, les a priori de l'investigateur principal ont été exposés par la méthode des sept questions (25) (Annexe 3). Un journal de bord présente les différentes étapes du travail mené (Annexe 4).

2 – Population d'étude

Les participants ont été sélectionnés par un échantillonnage raisonné homogène. Il s'agissait de prendre des patients ayant vécu le même phénomène, à savoir la consultation avec un médecin généraliste (MG), en faisant varier l'âge, le genre et la pathologie. Le recrutement a été réalisé auprès de patients au sein de l'hôpital de jour psychiatrique situé à Tours-Nord, par convenance et jusqu'à suffisance des données. Les participants ont été contactés par l'investigateur principal en présentiel afin de convenir d'un rendez-vous à l'horaire de leur choix. Il n'y avait aucune relation antérieure entre l'investigateur principal et les participants avant l'inclusion dans l'étude.

Les critères d'inclusion étaient d'être un patient majeur, stable sur le plan psychiatrique, suivi par un psychiatre de l'Indre-et-Loire, ayant ou non un médecin généraliste traitant et être atteint d'au moins un trouble psychiatrique sévère parmi les troubles du spectre de la schizophrénie, les troubles bipolaires et les troubles dépressifs sévères. Les critères de non-inclusion étaient les patients mineurs, sous mesure de protection juridique, non stabilisés, n'ayant jamais consulté de médecin généraliste et ceux dont un membre de la famille proche était leur médecin traitant.

3 – Recueil des données

Le recueil des données a été obtenu au moyen d'entretiens individuels à l'aide d'un canevas d'entretien semi-structuré (Annexe 5) préalablement testé sur des patients n'ayant pas été inclus à l'étude.

Le guide d'entretien composé de questions ouvertes était évolutif et propice pour favoriser la liberté d'expression des participants et permettait d'aborder les thèmes d'intérêts suivants : les souvenirs de consultation avec un médecin généraliste, la présence d'un médecin traitant, les représentations du médecin généraliste, les pratiques de consultation et l'accès aux soins.

Lors des entretiens, l'investigateur principal a utilisé de techniques de relance, de reformulation, de clarification et de silences pour faciliter l'expression des participants. Un recueil sociodémographique a également été rempli lors de chaque entretien.

Les participants étaient interrogés une seule fois. L'ensemble des entretiens a été réalisé en face à face, dans un des bureaux de consultation de l'hôpital de jour connu de tous les participants afin de les mettre en confiance et de permettre le dialogue au calme sans interruption. La prise de notes durant les entretiens était réduite au minimum pour ne pas perturber le rythme du recueil.

Les entretiens ont été enregistrés simultanément à l'aide d'un smartphone et d'un dictaphone, puis retranscrits mot à mot intégralement avec le logiciel Word® en incluant les temps de réflexions, les hésitations, les silences et le langage non verbal, avant d'être anonymisés. Le recueil s'est terminé lorsque le chercheur a considéré que le phénomène étudié était suffisamment décrit et caractérisé, soit jusqu'à suffisance des données obtenue après 10 entretiens.

4 – Analyse des données

L'analyse des données réalisée à l'aide du logiciel Sonal® a été effectuée de manière indépendante pour chaque entretien selon une démarche idiographique. L'investigateur principal a procédé à un étiquetage expérientiel des verbatims qu'il a transposé en thèmes puis regroupé en thèmes superordonnées. L'articulation des thèmes superordonnées entre les différents entretiens a permis de mettre en lumière le sens du discours des participants sous la forme de concepts « supérieurs ».

L'étiquetage a bénéficié d'une triangulation des données par la confrontation des résultats entre le chercheur (SO) et son co-directeur de thèse (SB) pour l'ensemble des entretiens.

5 – Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement éclairé a été recueilli auprès de chaque participant qui a signé un formulaire de non-opposition après lecture d'une lettre d'information explicitant ses droits et lui garantissant l'anonymat et la confidentialité (Annexe 6).

L'anonymisation a été garantie par la numération non nominative des entretiens, la suppression de tous les noms propres et la destruction des enregistrements.

Le comité ERERC a donné un avis favorable à la conduite de cette étude sous le numéro 2023_077 (Annexe 7). La déclaration à la CNIL n'a pas été nécessaire pour cette catégorie de recherche hors loi Jardé, après avis auprès de la coordinatrice de la cellule « Recherches Non Interventionnelles » du CHU de Tours.

III – RÉSULTATS

1 – Caractéristiques de la population étudiée

Lors de cette étude, 21 patients ont été contactés parmi lesquels 11 ont été interrogés et 10 ont refusé de participer. Une patiente interrogée a finalement été exclue de l'étude car elle présentait un critère de non-inclusion défini a posteriori. Aucun participant n'a souhaité se retirer de l'étude.

Au total, 10 entretiens ont été réalisés entre novembre 2023 et juin 2024 dans un seul établissement de l'Indre-et-Loire. La majorité des participants rapportaient être schizophrène. Dans cette étude tous les participants avaient un médecin généraliste qu'ils consultaient en moyenne 3 fois par an (de 0 à 8 fois). La durée moyenne des entretiens était de 82 minutes (entre 40 à 106 min). Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

Patient	Sexe	Âge	Pathologie psychiatrique déclarée	Pathologie psychiatrique suivie	Comorbidités	Moyen de locomotion	Temps domicile/cabinet	Cohabitation	Nombre de consultation MG/an	Durée de l'entretien
P1	Homme	46 ans	Schizophrénie	Schizophrénie	SAS	Voiture Transport en commun	15 à 30 min	Vit avec un autre adulte	0 à 1	80 min
P2	Homme	40 ans	Schizophrénie	Schizophrénie	Tabac	Transport en commun À pied	15 à 30 min	Vit avec un autre adulte	1 à 2	50 min
P3	Homme	53 ans	Schizophrénie + Dépression	Bipolaire	Tabac Alcool SAS	Voiture	> 30 min	Vit seul	4 à 6	47 min
P4	Femme	58 ans	Schizo-affectif	Bipolaire	Tabac Alcool Cancer du sein	À pied	< 5 min	Vit avec un autre adulte	4 à 5	60 min
P5	Homme	55 ans	Schizophrénie	Schizophrénie	Spondylarthrite ankylosante	À pied	< 5 min	Vit seul	1	40 min
P6	Femme	53 ans	Bipolaire	Bipolaire	Tabac HTA Diabète Dyslipidémie	Tierce personne : VSL	15 à 30 min	Vit seule	7 à 8	76 min
P7	Homme	25 ans	Schizophrénie	Schizophrénie	Tabac Alcool	À pied	15 à 30 min	Vit avec un autre adulte	0 à 1	55 min
P8	Homme	53 ans	Bipolaire	Bipolaire	Tabac Alcool HTA Dyslipidémie Obésité SAS	Transport en commun Vélo	15 à 30 min	Vit seul	3 à 4	106 min
P9	Homme	23 ans	Schizophrénie	Schizophrénie	Tabac Alcool	Tierce personne : Voiture	5 à 15 min	Vit avec un autre adulte	1 à 3	67 min
P10	Femme	55 ans	Dépression	Schizophrénie	Tabac	À pied	< 5 min	Vit seule	2 à 3	78 min

2 – Approche conceptuelle

A – Un accès aux soins compliqué pour un patient souffrant

Je suis contraint, laissé de côté, et fragile ...

Les patients se sentaient **assujettis** « *Oui je suis contraint, c'est imposé [...] parce que si je refuse [...] Je pense qu'ils vont me forcer* » (P1) ; « *je suis sous LEPONEX [...] J'ai fait la demande de l'arrêter, il veut pas le psychiatre. Il m'a dit c'est à vie* » (P10), à des soins qui les **déstabilisaient** « *Le fait d'avoir des traitements [...] Ah, ça me plaît pas [...] ça me déstabilise. Après, je suis ne suis plus moi-même quand je le prends le soir* » (P10).

Ils ressentait une **perte de contrôle** de leur vie « *je ne suis pas moi-même et je n'arrive pas à le contrôler [...] Je peux très bien avoir des moments de joie immense et là j'arrête pas de rigoler [...] Et des fois quand ça va pas je pleure* » (P6), et une **instabilité** « *Des fois, je suis dépressif, je suis bipolaire, ce n'est pas simple [...] J'ai pas une maladie régulière* » (P3), entraînant une **hospitalisation** en lien avec leur maladie « *J'ai fait une bouffée délirante donc j'ai été hospitalisé [...] et j'ai eu un référent psychiatrique direct* » (P9), qu'ils vivaient comme une **détention** « *C'est dur d'être enfermé [...] en tant qu'être humain* » (P2) ; « *C'était un peu la prison [...] t'as des gens qui sont attachés puis t'as des heures de sortie* » (P3).

Les patients s'estimaient **limités** dans leur quotidien « *je fais beaucoup moins d'activité* » (P7) ; « *je suis moins capable, je suis plus fatigué, je m'essouffle beaucoup plus vite* » (P9), **entravés pour agir** « *ça s'appelle l'apragmatisme, le fait d'avoir du mal à se décider à agir* » (P7), **pour se déplacer** « *mes déplacements sont limités* » (P6), **pour communiquer** « *quand je vais la voir je ne sais pas trop comment lui dire ce que j'ai en fait* » (P10), **pour sociabiliser** « *avec mon anxiété sociale j'ai du mal à passer des appels* » (P7), accentué par leur « **handicap** » (P8) ; « *c'est le psychique qui va pas. J'ai des soucis au niveau mental, j'ai du mal à m'exprimer avant j'étais plus ouverte* » (P10).

Ils étaient entravés pour la prise de rendez-vous, **gênés par le télésecrétariat** « *obligé de téléphoner dix fois de suite [...] pour avoir le médecin ou le secrétariat [...] Provoque un frein voire peut provoquer un abandon à la consultation* » (P1), **par l'informatique** « *je ne sais pas utiliser Internet* » (P2) ; « *moi j'ai pas internet [...] On ne peut pas me laisser des messages, parce que je ne sais pas les lire* » (P10), mais **dépendant** de ce dernier « *Malheureusement, le téléphone c'est indispensable si tu veux avoir un suivi médical* » (P3).

Les patients se sentaient **stigmatisés au niveau professionnel** « j'ai eu des difficultés au niveau du travail [...] même en situation de handicap, on n'a jamais voulu de moi » (P2), **médical** « on m'a situé bipolaire et schizophrène [...] je suis sous une petite étiquette psychiatrie » (P4), **sociétal** « c'est surtout le regard des autres. Ça y est vous êtes suivie par un psychiatre ah bah là attention » (P6), et **médiatique** « Après il y a des faits divers sur les schizophrènes comme quoi ils sont malades, ils sont fous, ils tuent des gens tout ça » (P9).

Ils se trouvaient **différents des autres** « je vois bien que je suis pas normal » (P10) ; « je me comporte pas comme tout le monde » (P4), **souffraient de discrimination** « Tout de suite quand vous parlez aux gens [...] vous leur dites psychiatrique ça y est vous avez un gros gros problème. Il ne faut pas vous parler » (P6), du **jugement** « Être jugé tout le temps, ça m'angoisse. Le jugement je n'aime pas ça » (P10), et cela les **blessaient** « la façon dont il me l'a dit [...] je m'en suis pris plein la tête » (P4).

Les patients exposaient **être mal compris** par leur MG « je peux parler plus largement à mon psychiatre du fait qu'il comprend mieux mon handicap » (P2) ; « j'ai dit : " non, je suis pas schizophrène, vous pouvez pas comprendre " » (P6), **être mal informés** « j'ai pas eu les bonnes informations » (P6), et **mal suivis** « il jouait au psychiatre [...] Ce n'était pas le bon médicament [...] ça m'a fait hospitaliser. Ça m'a fait complètement péter les câbles [...] il n'y a pas eu un suivi correct » (P3). Une **pénurie médicale** était déploré « ils ne sont pas assez de médecins » (P5), entraînant un **suivi tardif** « J'ai pas eu un généraliste tout de suite » (P10) ou bien une **interruption du suivi** « le parcours médical est interrompu » (P8).

Ils vivaient « dans une **solitude** quasi extrême au quotidien » (P2) ; « c'est dur pour moi [...] La solitude ça pèse » (P10), souffraient **d'abandon** « je n'ai pas vu de soutien du médecin généraliste [...] je ne l'ai pas vu intervenir [...] D'être laissé à l'abandon, d'être laissé tomber » (P1) ; « elle m'avait dit qu'elle pouvait rien faire » (P4), car ils **suscitaient de la peur** « on n'a pas beaucoup d'amis quand on est schizophrène parce que le handicap psychique fait peur » (P2). Ils se sentaient **marginalisés**, déclaraient être « laissé un peu de côté justement » (P1), **négligés** « j'ai tellement vu de docteurs qui sont là, mais qui ne sont pas là [...] ils sont pas à l'écoute » (P4) ; « je le revois au mois de mai je vais pas lui dire un mot [...] Il s'en fout » (P6), **refoulés** « j'ai été voir mon ancien médecin généraliste [...] Et il m'a dit, je suis plus votre médecin [...] il voulait se débarrasser de moi » (P3), **brusqués** par un **MG débordé** « il a 36 000 choses à faire, il a beaucoup de travail » (P1) ; « il n'a pas beaucoup de temps non plus » (P7), et **pressé** « J'ai trouvé qu'il avait été expéditif » (P6).

Les patients enduraient une **précarité financière** « *je n'avais pas assez de sous pour payer le médecin* » (P1), étaient parfois **miséreux** « *Je suis rentré chez moi [...] il n'y avait plus rien [...] J'étais malade psychiatriquement et j'avais l'huissier qui était à la porte* » (P3) et pour vivre « *Il faut se priver* » (P3). Ils subissaient une **précarité d'emploi** du fait de leur pathologie « *Je ne suis pas capable de travailler* » (P3), et étaient au **chômage** « *j'ai dû arrêter de travailler pour raison de santé* » (P2), ou « *en invalidité [...] catégorie 2* » (P6).

Leur **santé** était **impactée** par cette précarité multiple « *Quand tu as des problèmes financiers [...] la santé elle ne suit pas. Tu fais un burn-out, tu fais une dépression* » (P3), ils étaient **vulnérables** « *Les problèmes de santé des fois ça arrive comme tout un chacun, on n'est pas non plus invulnérable* » (P2), **fragiles** « *je suis quelqu'un de fragile* » (P9), et **polypathologiques** « *J'ai l'apnée du sommeil, je suis insomniaque [...] l'asthme* » (P3) ; « *cancer du sein* » (P4) ; « *diabète, cholestérol et du Irbe pour la tension* » (P6).

Je vais bien, je me soigne tout seul et ça ne regarde que moi ...

Les patients interrogés avaient des **conduites à risque** « *J'étais mal parce que je savais pas, je m'enfonçais, je me droguais* » (P6). Ils **s'exposaient au danger** à cause d'**addiction** « *j'ai eu un accident [...] j'ai perdu le permis à cause que j'ai trop bu* » (P9), ou d'**automédication** « *J'ai pas été voir le médecin, je me suis soignée toute seule [J'avais] le bras qui était tendu et je pouvais plus me déshabiller, je pouvais plus rien faire* » (P10).

Les patients confiaient **se sentir en bonne santé** « *Voir un médecin généraliste alors qu'on n'est pas malade à quoi ça servirait ?* » (P1) ; « *je m'estime être en bonne santé* » (P8) ; « *Bah j'ai une belle santé physique* » (P7), d'autres la mettaient « *de côté [...] Parce que tout va bien. Là je me sens bien oui, oui, impeccable* » (P9). Ils étaient **inobservants** « *J'ai pas tout le temps en fait pris mon traitement médical et du coup ma maladie a évolué* » (P2) ; « *je ne l'ai pas écouté [...] Des fois j'ai arrêté mes médicaments* » (P6), et **ne se rendaient pas compte** de leur pathologie « *Je n'ai pas de troubles psychiques* » (P4) ; « *je me détruisais sans m'en apercevoir en fait* » (P6).

Ils se **distinguaient des malades** « *je ne me sens pas bien en psychiatrie, je ne me pense pas dans mon élément. Par rapport à d'autres patients que je vois je me dis il y a un problème. C'est pas méchant mais je ne me sens pas à ma place* » (P6), et affirmaient être « *comme tout le monde* » (P5), **normal** « *Non je ne me trouve pas bizarre* » (P10).

Les patients **exposaient savoir** « *Non mais moi j'ai compris toute seule que c'était dû à quoi les maux de ventre* » (P10), **avaient des a priori** sur les médecins généralistes « *en fin de carrière, ils ont bourlingué [...] ils parlent plus d'eux que je parle plus de moi quoi* » (P4), ou envers des malades « *bon la schizophrénie [...] c'est pire que la dépression. C'est des gens qui sont vraiment bizarres, malsains* » (P10). Certains **s'identifiaient au médecin** « *comme j'ai été aide-soignante, ben je peux que comprendre [...] je reste une collègue* » (P4) ; « *On a le même âge à peu près en plus. Il est du mois de juin aussi. On a des points communs [...] Et puis on se rejoint sur pas mal de choses* » (P6), et étaient investis d'une **mission** « *Ça fait partie de moi. J'aide plus facilement les autres que je m'aide moi* » (P1) ; « *j'épaule plus le médecin qu'il m'épaule en fait [...] à mon écoute et à mon regard envers lui* » (P4).

Les patients déclaraient que « *Se confier, c'est pas facile* » (P4), ils ne **se confiaient pas** « *non je la mets pas trop dans la confiance* » (P10), et **se cachaient** du MG « *que je parle avec lui ou pas de ma vie ça ne va pas changer grand-chose* » (P7) ; « *non je ne lui ai jamais parlé par rapport à la psychiatrie [...] Parce que ça ne regarde que moi, c'est important comme truc* » (P9). Cette dissimulation était parfois liée à une **honte de parler** « *j'aurais souhaité en parler avec lui [...] Peut-être la honte [...] j'ai tendance des fois à moins parler de mon vécu en tant que tel* » (P1), une **honte de leur comportement** « *j'ai mis des personnes dans l'embarras* » (P5) ; « *j'ai fait trois appels au secours [...] les TS au médicament [...] Enfin ce n'est pas quelque chose auquel je me [livre]* » (P8), ou un **sentiment de culpabilité** « *c'était de ma faute* » (P9).

Les patients vivaient avec la « **peur** avec tout ce que je vois, tout ce que j'entends » (P6) ; « *J'ai souvent peur de me faire agresser* » (P7) ; « *Tous les jours je suis en panique [...] Je suis pas tranquille et j'ai peur [...] je me calfeutre* » (P10). Ils **réprimaient leurs sentiments** face au médecin « *Et moi je m'efface [...] ça m'empêche de parler, de dire vraiment ce que j'ai au fond du cœur* » (P4), du fait d'une « **omerta dans le milieu psychiatrique** » (P8), **étaient méfiant** vis-à-vis de lui « *je trouve qu'il y a toujours justisprudence à avoir, toujours être sur ses gardes* » (P4), et « *hésité à consulter [...] Oui, pour les petites pathologies* » (P5). Ils exprimaient également **se méfier de la téléconsultation** « *par vidéo [...] c'est moins bien qu'en présentiel* » (P9), et **des médicaments** « *il y a toujours plein d'effets secondaires [...] des fois quand je suis pas bien je me dis ça se trouve c'est à cause du médicament* » (P8).

Je suis souffrant, j'ai un mal-être et des idées suicidaires !

Les patients vivaient une profonde **souffrance** « *je suis souffrante [...] J'ai des problèmes de santé [...] c'est mon moi intérieur qui va pas* » (P10), et un **mal-être** « *j'étais mal dans ma peau* » (P6), majorés par un **vécu douloureux** « *c'est le passé qui colle à la peau tout simplement [...] C'est mon âme qui a pris* » (P4). Leur **vie** était **altérée** par leur pathologie « *j'ai eu une bouffée délirante, j'entendais des voix, je me suis séparé de mes amis* » (P9), et ils se sentaient **désespérés** « *J'arrive pas à faire face [...] ça va pas, ça m'angoisse et puis je trouve pas de solution [...] on peut pas m'aider [...] Je ne vois pas d'avenir pour moi non plus* » (P10)

Ils se sentaient **en** « **difficultés**, *on a tous des hauts et des bas [...] c'était pas facile à gérer* » (P8) ; « *J'ai fait une TS en 2012, j'ai fait trois jours de coma [...] j'ai plein de trucs qui me sont tombés dessus quoi* » (P3), **se méprisaient** « *Ne pas s'aimer, c'est se détester. En fin de compte je ne m'aime pas si vous voulez. Je m'accepte pas* » (P10), et **pensaient à la mort** « *J'avais des idées suicidaires* » (P5) ; « *j'ai eu ma défenestration* » (P6).

B – Un accès aux soins divisé pour un patient ambivalent

Je suis opposant : Je n'ai pas confiance et je n'ai plus envie de voir le docteur ...

Le médecin était perçu comme un **somaticien** « *quand j'ai mal au ventre ou je ne me sens pas bien, quand j'ai quelque chose de physique qui me gêne, je vais directement la voir* » (P10) ; « *son travail c'est de traiter les problèmes physiques [...] traiter les affections somatiques* » (P7), un **soignant de la bobologie** « *ce qu'on a au quotidien, les allergies ou les brûlures [...] des coupures, mal à l'estomac ou mal au crâne [...] un rhume* » (P9). Ils associaient le médecin à un **prestataire de soins** « *il détecte la maladie et il file les médicaments* » (P7) ; « *C'est juste prescrire des médicaments parce qu'on a un rhume [...] C'est juste des DOLIPRANE tout ça* » (P9) ; « *S'il ne me donne pas de médicaments, bah eh je ne suis pas soigné* » (P3). Ils avaient une **vision segmentée des soins** « *je le vois que quand je suis malade ou la maladie secondaire [...] et j'ai ma maladie primaire qui est la schizophrénie* » (P9), et distinguaient une **divergence entre la médecine générale et la psychiatrie** « *Je trouve qu'il y a un vide, il y a un décalage entre la médecine générale et la médecine spécialisée en psychiatrie* » (P1) ; « *il y a un détachement quand même entre le milieu psychiatrique et le médecin* » (P8).

Le **soignant était choisi** selon les « circonstances. En fait, s'il s'agit du handicap j'en parle plus au psychiatre, après si c'est autre chose ou quoi que ce soit j'en parle directement à mon médecin » (P2) ; « je suis sélective dans mes fréquentations » (P6), et certains **privélaient le suivi par le psychiatre** « Mon psychiatre c'est quelqu'un de très important pour moi déjà [...] mon psychiatre il me sert à ma santé aussi mais mon état psychique [...] le médecin généraliste il est moins important [...] que les autres médecins je trouve [...] Parce que c'est pas le suivi psychiatrique ni rien » (P9). Les patients avaient le sentiment que leur **médecin était incompétent en psychiatrie** « Qu'il ne connaissait pas le sujet donc il ne m'en a pas parlé plus que cela » (P1) ; « il n'a pas fait d'étude de psychiatrie » (P7), **incompétent en médecine** « moi, je trouve qu'elle n'est pas très compétente » (P10) et n'avaient « **pas confiance** en elle » (P10).

Les patients envisageaient de **consulter ailleurs** par **envie** « je peux dans ce cas-là choisir un autre médecin » (P1), par **nécessité** « Si c'est en urgence, je vais aller à côté de chez moi. Si j'ai vraiment pas le choix » (P3), ou de **changer de médecin** « j'attends plus grand chose du médecin en fait. Je suis très déçu [...] des médecins généralistes en général. C'est pour ça que j'ai changé de médecin aussi » (P4). Un **désir d'être indépendant** était exprimé « j'aime pas trop qu'on s'occupe de moi » (P10) ; « j'aimerais bien être indépendante. Là je dépends de pas mal de gens, ça m'agace » (P6). Ils étaient **détachés de leur médecin** « je ne suis pas attaché à mon médecin traitant » (P7), et certains **ne le connaissaient pas** « je sais pas comment il s'appelle et j'ai jamais été le voir encore » (P9).

Un **attardement à consulter** se dévoilait « j'aurais été au médecin traitant plus tôt [...] J'aurais pas une ostéonécrose à l'épaule [...] j'ai attendu, j'avais mal [...] je ne pensais pas que c'était grave » (P3), associée à une **abstention** « Tant que je n'en ai pas besoin je m'en passe » (P5) ; « je le vois jamais parce que il n'y a pas besoin je suis pas malade » (P9), et une **orientation vers d'autres soignants** « Je me sentais mal alors j'ai décidé d'aller voir un psy » (P7), ou d'autres **médecines alternatives** « j'ai deux choix, soit l'acupuncture, soit l'hypnothérapie » (P2) ; « j'avais été voir un magnétiseur à la place » (P4).

La **relation médicale** était **dépréciée** par certains « *elle n'a pas envie de répondre en fait mais elle vous répond quand même [...] L'accent qu'elle prend pour parler [...] Je trouve que c'est pas normal* » (P10), et ils **se détournaient** du MG « *Je suis restée sans médecin pendant cinq ans [...] J'avais plus envie de voir le docteur* » (P4) ; « *si il consulte aussi vite que ça , non je ne le veux pas comme médecin* » (P6), en lien avec un **sentiment d'insatisfaction** « *c'est moi qui ai demandé qu'elle m'ausculte avec le télescope, stéthoscope sinon elle ne l'aurait pas fait. [...] c'est pas à la patiente de formuler la demande d'auscultation* » (P10).

Une attitude **contestataire** face à leur diagnostic « *parce que je ne suis pas d'accord avec le diagnostic* » (P1) ; « *Je ne cherche pas à me faire plaindre, pas me porter en victime, mais mon diagnostic est complètement faux quoi* » (P4), et une **opposition** étaient présents « *Quand vous êtes sûr que vous n'êtes pas schizophrène [...] j'exprimerais pas ça comme une maladie. Des états d'humeur* » (P6).

Les patients étaient **impatients** « *lorsqu'il s'agit d'un sujet important ou justement qui doit être traité assez rapidement, attendre le prochain rendez-vous, là je ne suis pas d'accord* » (P1), et **dépréciaient le retard** « *j'attends dans la salle d'attente, souvent il est en retard* » (P7) ; « *C'est sûr que ça agace. On est dans l'attente dans la salle [...] Il faut attendre quoi* » (P10). **L'erreur médicale était dépréciée** des patients « *il y avait une faute grave. Il y avait une faute du médecin pour moi* » (P3) ; « *on s'est toujours trompé sur mes synthèses* » (P4) ; « *se tromper de diagnostic non* » (P6), qui se **sentaient** « **trahis** [...] *Juste de la trahison* » (P9), et avaient un **sentiment d'injustice** et « *des points de désaccord évidemment et c'est là où ça bloque [...] Il y a une forme d'injustice ou alors il faudrait que je voie d'autres psychiatres pour contredire [...] c'est comme un combat quand même* » (P1).

Une **interruption du « traitement** pour l'asthme [...] puis j'avais arrêté, et puis là, je voulais refaire du vélo, je n'arrivais plus à en faire » (P3), un **refus des soins** « *non, je vais pas à l'hôpital* » (P6), et un **refus d'être aidé** étaient formulés « *Arrêter le tabac non* » (P9) ; « *Non, non il ne m'aide pas pour l'anxiété [...] Non pas envie d'aide* » (P10). Les patients **niaient leur maladie** « *Ça s'est mal passé pour moi parce que j'ai refusé de voir que j'étais malade* » (P5) ; « *ça a été compliqué parce que je n'admettais pas ma pathologie* » (P6) ou **se justifiaient** « *Les choses se justifient si vous voulez je peux les justifier dans ce qui s'est passé [...] Pensées qui ne sont pas justement les symptômes d'une maladie schizophrénique* » (P1).

Je suis indifférent : Je ne sais pas et je n'ai pas d'espoir particulier ...

Les patients étaient **ignorants** de leur pathologie « *Je ne sais pas d'où ça vient, tout ça [...] Je ne sais pas trop en fait ce que j'ai* » (P10), **novices** « *au début moi je savais pas trop [...] on manque un peu d'expérience par rapport au milieu médical et par rapport à soi-même [...] je ne suis pas spécialiste* » (P8), **résignés** « *c'est pas grave, c'est arrivé c'est arrivé. Ce serait arrivé après, mais ça s'est déclenché avant* » (P9), et **distracts** « *J'y pense pas* » (P6) ; « *j'ai tendance des fois à oublier à cause de mon handicap* » (P2).

Un **sentiment d'incompréhension** se manifestait « *je n'ai pas compris tout de suite [...] je me demandais ce que je faisais [...] dans ce sas* » (P10), combiné à un **besoin de réponse** « *on attend si vous voulez un avis pour aussi se rassurer [...] avoir un éclairage médical* » (P1), et une **volonté de savoir** « *j'aime bien qu'on m'explique longtemps* » (P6) ; « *Une explication un petit peu de ce qui peut y avoir comme problème* » (P8).

Les patients étaient **passifs** dans leurs soins « *j'ai la flemme moi* » (P7) ; « *rien n'avance dans mon sens puisque je ne fais pas la démarche* » (P1) ; « *je sais pas moi, c'est au médecin traitant de rebondir aussi [...] mais je demande rien moi* » (P6), et étaient **indifférents** face à leur MG « *Moi ça me dérangerait pas de lui dire [...] Alors j'ai pas d'espoir particulier* » (P7) ; « *je suis indifférente avec elle* » (P10).

Je suis partisan : Je me sens en confiance et je suis satisfait du MG

Le **médecin généraliste** était **placé au centre** des soins « *C'est le b.a.-ba, c'est les premiers [...] sur la liste qui font que c'est eux qui s'occupent de notre santé donc ça doit être eux avant tout* » (P9) ; « *Pour moi ça a commencé par le médecin généraliste puis [...] il y a tout le corps médical qui se greffe autour, c'est un noyau central* » (P8), un réel **pivot** pour les soins « *C'est la première pièce du puzzle [...] Tout part du généraliste et après, il t'envoie vers des spécialités* » (P3).

Les patients appréciaient avoir un MG « *très humain je pense qu'il est important qu'il y ait justement cette humanité, cet humanisme présent* » (P1), plein d'« **empathie** » (P5) ; « *gentil, à l'écoute, bienveillant, discret [...] attentionné* » (P2) ; « *Il s'intéresse aux gens* » (P7), **désintéressé** « *il tient à ses anciens clients [...] il n'a pas l'air motivé par l'argent* » (P5).

Leur MG était **arrangeant** « *Souple sur le paiement* » (P1) ; « *il m'a quand même pris* » (P7) ; « *Il m'a toujours aidé, il était toujours à mon sens* » (P9), **disponible** « *il s'arrange toujours pour nous voir* » (P5) ; « *le médecin était ouvert* » (P1), et **compréhensif** « *Il aurait pu me dire : « bon bah je vous vois plus ». Non il a compris, il savait très bien* » (P6). Ils se **sentaient considérés** par leur MG « *Il me connaît très bien, il connaît ma vie [...] Je peux tout lui dire [...] il me conseille sur tout* » (P6) ; « *précieux pour moi. Il a su prendre en compte ma souffrance* » (P8), **écoutés** et **compris** car « *Quand je dis qu'il y a un médicament qui convient pas, lui il m'écoute* » (P6).

Leur MG était **ordinaire** « *ça reste un médecin, ce n'est pas non plus un super professionnel qui peut arranger tout en claquant des doigts* » (P2) ; « *il nous apporte une aide [...] il ne peut pas tout résoudre [...] un médecin il ne peut pas tout non plus, c'est un être humain avant tout* » (P8), il s'agissait d'un « **bon médecin de famille** » (P1), qui était **prudent** « *Quand je lui parle de ça il me dit : "oui, mais faut voir avec votre médecin psychiatre, moi je peux pas". Il émet quand même une certaine réserve [...] il prend des gants* » (P6).

Il s'agissait d'un professionnel de santé **bienfaisant** « *C'est quelqu'un qui soigne et qui aide les gens à aller mieux tout simplement* » (P2) ; « *donner les mots qu'il faut au moment où on a besoin [...] d'avoir une oreille attentive pour nous aider à traverser une épreuve difficile* » (P8), **bienséant** « *Si j'ai quelque chose de grave, il va prendre le temps, il va passer une demi-heure avec moi [...] Il y a quand même le serment d'Hippocrate* » (P3) ; « *elle est agréable, elle ne s'énerve jamais* » (P10), ayant la **bonne distance** dans la relation de soin « *sans rentrer dans la vie personnelle des patients mais au moins avoir cette proximité* » (P8) ; « *C'est-à-dire se préoccuper du patient en lui parlant avec compassion, avec familiarité mais toujours avec cette distance [...] médecin-patient* » (P1).

Ils confiaient avoir « *une complicité* » (P6), parfois même étaient **familiers avec le MG** « *des fois on rigole, oh bah je suis à l'aise quoi, je suis détendu [...] on rebondit à chaque fois sur ce qu'on dit, des bêtises qu'on peut raconter* » (P6), tout en conservant une **réciprocité dans la relation médecin-malade** « *une complicité interne et extérieure, qu'on confronte à chaque fois des rendez-vous* » (P4) ; « *C'est réciproque, au fil des années on a une proximité [...] parce qu'on a plus d'affinité avec son médecin généraliste* » (P8).

Une **relation authentique** et bien **réelle** était entretenue avec « *Un médecin généraliste normal, c'est quelqu'un qui est en face de toi. C'est pas l'appareil que tu rentres et puis [...] tu mets ta carte vitale [...] pas une machine* » (P3) ; « *j'ai un peu plus confiance au corps qu'à l'image* » (P5). Certains l'**assimilaient à un proche** avec qui il y a « *un lien, je ne sais pas, pseudo amical* » (P1), à un **membre de la famille** « *parce que c'est quelqu'un de proche [...] et puis ça fait partie de la, comme faisant partie de la famille [...] une figure paternelle un petit peu* » (P8) ; « *un chef de famille numéro deux* » (P1), voire **plus proche encore** « *Après c'est vrai que c'est plus qu'un médecin [...] c'est une personne même plus proche que la famille, ça fait partie de la famille plus proche que la famille* » (P8).

Les patients exprimaient leur **estime pour leur MG** par « *respect dû à sa profession [...] mais il y a aussi la personne derrière comme nous* » (P8), il était « *apprécié par les enfants* » (P5), et ils l'**appréciaient** « *En fait moi mon médecin il est bien [...] puis je l'aime bien quoi. C'est surtout ça, je l'apprécie beaucoup* » (P6) ; « *je me sens bien avec elle [...] Moi elle me plaît assez quand même* » (P10). Une **fidélité** envers leur MG se révélait « *ça s'est toujours bien passé. C'est pour ça que je n'ai pas changé moi. J'ai toujours gardé le même depuis que je suis arrivé en France* » (P9), ils **souhaitaient le conserver** « *d'où l'importance de garder son médecin, le même médecin ça permet de suivre le patient pendant toute son évolution* » (P8) ; « *pour moi il est très bien. J'ai pas envie qu'il parte d'ailleurs* » (P6), car ils se sentaient en **confiance** « *Si vraiment j'ai besoin pour un souci de santé, je sais que je peux compter sur lui* » (P2) ; « *Moi j'ai confiance en lui* » (P7).

Cette confiance était en lien avec la **formation médicale** « *j'ai toujours eu confiance avec mes médecins [...] Ils sont instruits* » (P5) ; « *je lui fais confiance. Parce que c'est des gens qui ont fait les études pour* » (P9), la **compétence** du MG « *il est compétent [...] quand je vais les voir pour un problème, ce qu'il fait pour moi ça marche* » (P7), et était **proportionnelle aux prescriptions** « *il donne [...] Les bons médicaments [...] il fait ses ordonnances. C'est un bon médecin* » (P2). Leur MG apparaissait être **expert du corps humain** « *qu'il ait bien compris mon corps médicalement parlant* » (P1), **expert de leur santé** « *Parce qu'il me connaît. Il me suit, j'ai un suivi avec lui [...] il sait très bien ce qui m'est arrivé, il connaît mon dossier* » (P6), et ils reconnaissaient son rôle de **professionnel de santé** « *mieux vaut se fier aux conseils d'un professionnel de santé* » (P2) ; « *Ça témoigne d'un professionnalisme enfin c'est sa profession* » (P8).

Certains exprimaient le **préférer** aux autres médecins « *quand j'ai un problème vraiment, je préfère voir mon médecin traitant quand même. C'est lui qui me suit* » (P3), et souhaitaient d'ailleurs qu'il soit leur **réfèrent pour la psychiatrie** « *j'avais le choix entre continuer mes rendez-vous, mes suivis avec le médecin psychiatre ou le médecin traitant. Et j'ai choisi le médecin traitant [...] je voudrais que ça soit le médecin traitant qui me suive pour tout* » (P6).

Une **satisfaction** était présente **envers leur MG** « *ça s'est toujours bien passé avec lui [...] j'en suis plutôt satisfait* » (P7), et **ses soins** « *moi j'ai pas à me plaindre des médecins de Tours, j'ai un bon suivi à Tours* » (P3) ; « *on est plutôt bien traité* » (P5), ou envers le **médecin** « **remplaçant** [...] *Ça ne me pose aucun problème* » (P2) ; « *J'ai aussi confiance aux jeunes médecins qu'aux plus âgés* » (P5). Une **satisfaction envers le secrétariat** de leur MG était confiée « *La personne qui est à l'accueil est vraiment gentille, accueillante* » (P2), d'autant plus quand il s'agissait d'une personne physique « *secrétariat sur place [...] C'est bien* » (P8).

C – Un accès aux soins facilité pour un patient acteur de sa santé

J'ai beaucoup d'aide, j'ai un bon suivi et un ange gardien ...

Les patients exprimaient être **aidés socialement, financièrement** « *c'est très important parce que j'ai beaucoup d'aide. Je touche l'AAH du fait de ma maladie* » (P9) ; « *je ne pouvais plus payer, ben ma mère elle m'a avancé puis je l'ai remboursée après quoi* » (P3), et **être dispensés de payer** « *Je ne paye pas les consultations [...] Parce que j'ai l'aide médicale* » (P10). Ils confiaient **être aidés humainement par leurs proches** « *je suis venu habiter chez mes parents parce que j'avais des problèmes de santé* » (P3) ; « *mes parents, c'est tout [...] ils me soutiennent beaucoup. Ils ont toujours été là pour moi* » (P9) ; « *Ma famille heureusement qu'elle est là* » (P10), **par les soignants** « *Par l'hôpital de jour oui et les médecins aussi* » (P9) ; « *je relance un petit peu l'assistante sociale pour savoir où ça en est* » (P2), et **par le parcours de soins** « *c'est sûr que si j'étais livré à moi-même sans parcours de soins sans quoi que ce soit ce serait difficile* » (P8).

Le MG était assimilé à un **guide** « *S'il ne m'envoie pas voir un spécialiste, je ne vais pas savoir où aller* » (P3), qui les « **oriente** à temps, il oriente bien pour chaque pathologie. Quand il y a besoin d'un spécialiste » (P5), qui les **protège** « *protecteur [...]* Oui en quelque sorte il me protège » (P8), voire « un **ange gardien** » (P5) qui les **sauve** « *J'ai fait des TS. Si il n'y avait pas eu de médecin, je serais mort* » (P3) ; « *c'est un peu grâce au médecin généraliste si je suis toujours vivant* » (P8). Ils étaient **protégés par le savoir** « *Suffit juste de bien l'écouter du fait que c'est un professionnel de santé pour bien prendre son traitement* » (P2), et **par les traitements** « *je peux vivre normalement quasiment comme tout le monde grâce à cette injection* » (P2) ; « *avoir une stabilité psychiatrique [...]* C'est l'hospitalisation sinon, si je n'ai pas mon injection, [...] s'il me manque un cachet » (P3).

Leur MG **prenait** « *soin de nous et qui [fait] attention à notre santé [...]* regarde si on n'a pas d'autres problèmes et si tout se passe bien quoi » (P9), ils le consultaient « *pour récupérer sa santé [...]* pour me soigner, pour plus être malade » (P5), et se sentaient véritablement « **soigné** c'est aider le corps à vivre [...] normalement [...] c'est que l'état d'âme soit en bon état » (P10), permis grâce au « *bon suivi. Être soigné c'est guérir d'une matière étrangère qu'on aurait dans le corps* » (P4). Les patients rapportaient **être examinés** par leur MG qui « *fait les aspects cliniques de l'auscultation* » (P1), qui « *prend la tension, il prend la pesée* » (P3), qui **inspecte** « *Il a regardé ma cicatrice, et en plus, j'avais une trachéite* » (P4), qui **palpe** « *il fait des explo, enfin il teste vous voyez ce que je veux dire* » (P7).

Ils avaient le sentiment d'**avoir un suivi réussi** « *je trouve qu'il y a un bon suivi médical* » (P3), **protecteur** « *pendant un an et demi, j'ai pas eu de problèmes, tout allait bien parce que j'étais suivie par mon médecin traitant* » (P6), **régulier et durable** « *En fait depuis que je suis né j'ai toujours eu le même médecin généraliste [...]* il me suit depuis toujours » (P7), par un MG qui **connait ses patients et leurs familles** « *il sait ma pathologie, il sait mes problèmes de santé [...]* il connaît ma vie privée. Il connaît mes parents » (P6).

Les patients confiaient **être conseillés** car il « *donne son avis sur la maladie en question ou quoi que ce soit* » (P2) ; « *Il a été de bon conseil* » (P8) ; « *c'était mon médecin généraliste qui m'a donné le nom du psychiatre en ville* » (P5), **être accompagnés** et « **Rassuré.** Ça rassure en fait. On se sent pris en main en fait [...] il y a l'impression d'être accompagné » (P1), et **être soutenus** « *Une aide, un soutien, et mon médecin traitant ça lui il l'a* » (P6) ; « *le fait qu'il y ait un soutien on ne se sent pas seul au final* » (P8).

Ils déclaraient « **se confier**, on peut dire tout ce qu'on veut » (P9) ; « Des fois c'est la première personne à qui on se confie » (P2), **se livrer** et « discuter avec lui et pas uniquement de maladie [...] mais sur d'autres sujets aussi [...] un médecin qui va toucher à tous les sujets, dont la psychiatrie justement » (P1), avec **transparence** « je lui cache rien » (P5), **honnêteté** « j'ai toujours dit la vérité » (P9), et « c'est comme si je m'étais confessé [...] Je peux tout lui dire [...] c'est quand même quinze ans de confession. Je lui ai dit des trucs privés » (P6). **Parler au MG les aidait** « c'est important qu'il y ait quelqu'un au moins pour les secourir même si c'est juste pour parler » (P4), car se cacher « c'est grave si on fait ça. Il ne pourra pas nous aider quoi » (P9), et ils étaient **libérés par la parole** « Ça aide de parler. Dans la vie quotidienne en fait quand on parle à quelqu'un, ça aide, ça libère » (P2).

Je me dois d'être actif, je planifie et j'honore mes rendez-vous ...

Les patients étaient **compliants** « on me fait ma piqûre. Je prends mon traitement » (P4) ; « refuser un soin ou des médicaments prescrits [...] je vois pas pourquoi je l'aurais fait. Étant donné qu'en général ça marche » (P7), et **observants** « j'ai bien suivi son traitement [...] je suis tout le temps à chaque fois à la lettre d'ordonnance qu'il me fait » (P2). Ils confiaient « **être actif** » (P1) dans leurs soins, **autonomes** « J'ai jamais rien demandé à personne. Je me suis toujours débrouillé » (P6) ; « se soigner tout seul ouais c'est pas mal aussi, c'est de l'autonomie » (P9), **indépendants pour la prise de rendez-vous** « On peut appeler le secrétaire pour prendre rendez-vous ou voir se déplacer si on n'est pas à côté » (P1) ; « Je prends un rendez-vous sur Doctolib » (P9), et **pour les déplacements** « je me suis toujours déplacé [...] pour aller voir le même médecin » (P8).

Les patients exprimaient **être organisés pour consulter** « moi je planifie mes rendez-vous à long terme [...] J'essaie d'être prévoyant quoi, d'être organisé » (P3), et **assidus** « J'ai toujours honoré mes rendez-vous. J'ai jamais été en retard » (P2) ; « je pense que c'est plus digne quand même. Quand on a rendez-vous on doit aller à la consultation » (P4). Ils étaient **patients** « je prends sur moi. Je prends un doliprane et puis j'attends que ça passe » (P3), **temporisaient** la consultation médicale « je me soigne toute seule et j'attends qu'il revienne » (P4), et **alertaient** si besoin « Les urgences, les pompiers ou le 15, le Samu en cas d'urgence médicale » (P1) ; « Si c'est vraiment une urgence absolue, comme un internement, là je préviens directement les pompiers [...] ou sinon j'appelle les urgences [...] mais faut vraiment que ce soit extrême » (P2).

Une certaine **facilité pour trouver un MG** était rapportée « *les infirmières d'ici qui m'ont donné le nom [...] Je l'ai appelé puis j'ai pris rendez-vous puis voilà. J'ai demandé qu'il soit mon médecin généraliste* » (P3), et **pour consulter** « *j'ai forcément un rendez-vous si j'appelle* » (P4) ; « *Je préfère tomber directement sur lui. J'ai plus facilement un rendez-vous* » (P5). Ils recherchaient la **praticité** « *j'ai la psychiatrie à Tours, je vais pas prendre un médecin généraliste en Sarthe. Il faut que tout soit ensemble [...] c'est plus pratique* » (P3), avaient des **habitudes de consultation** « *je note quand j'ai besoin de trucs, je vais avec ma petite liste chez mon médecin* » (P6), et préféraient **consulter sans rendez-vous** « *Ça permet d'être traité tout de suite [...] moi je préférais quand il y avait de l'accès libre. Pour la facilité* » (P5).

L'accès à la consultation était facilité par la **proximité avec leur MG** « *J'aime pas trop le côté distance, pour la santé c'est pas évident* » (P4) ; « *C'est pour ça que je la garde [...] elle est près de chez moi* » (P10), **qui les rassurait** « *Non c'est à côté [...] c'est pratique [...] ça m'apaise* » (P4) ; « *C'est une certaine sécurité et c'est réconfortant. De savoir qu'on a toujours un médecin à proximité* » (P2).

Les patients **consultaient si nécessaire** « *Si tu vas au médecin c'est que t'as quelque chose de grave. Tu vas pas y aller pour un petit bobo* » (P3) ; « *maintenant c'est vraiment pour une cause vraiment bien précise. Je vais pas chez le docteur pour rien* » (P4), **par nécessité** « *pour l'instant, je le vois pour mon protocole de soins* » (P2), ou **pour de l'administratif** « *il faudrait que je le fasse par rapport à la CPAM* » (P1) ; « *J'y vais parce que des fois c'est surtout administratif* » (P6).

Je cherche un nouvel équilibre et je veux vivre normalement

Les patients **s'adaptaient au changement de soignant** « *Ça me dérange pas [...] Je sais m'adapter, je suis multifonction* » (P4) ; « *faut que je redonne ma confiance, que je me réhabitue un petit peu [...] mais bon faut que je m'adapte* » (P8), **aux outils informatiques** « *S'adapter, c'est-à-dire [...] prendre son téléphone portable ou son ordinateur et pianoter pour prendre rendez-vous* » (P1), **à leur pathologie** « *Je m'adapte un petit peu parce qu'en plus je peux pas conduire* » (P6), et **évoluaient** « *on mûrit un petit peu par rapport aux problèmes de santé auxquels on peut être confronté. On essaye de faire avec* » (P8).

Les patients étaient **en quête d'apprendre** « J'ai à apprendre à utiliser Internet » (P2) ; « on apprend sur soi-même, on apprend à gérer avec le soutien des équipes soignantes » (P8), ils **s'informaient** « Je lis la NR » (P5), et parvenaient à **accéder à la compréhension de leur pathologie** « bien comprendre ses pathologies et puis continuer à vivre [...] il y a une certaine maturité » (P8), **grâce au MG** « je préfère plutôt aller demander conseil, aller le voir, plutôt que de rester comme ça et de continuer [...] dans la maladie » (P2).

Un **équilibre** était recherché par les patients « je me suis dit que la priorité était plutôt que je retrouve [...] une stabilité » (P1) ; « Moi c'est ça que je cherche. C'est un nouvel équilibre » (P4), qui souhaitaient « aller mieux déjà [...] Me sentir mieux dans ma peau » (P10), et **priorisaient la stabilité de leur pathologie** « Les choses prioritaires c'était gérer mon état psychique, état psychologique » (P8). Ils étaient en quête d'une **stabilité pérenne** « j'arrive quand même à trouver une stabilité avec [le psychiatre] et mon généraliste » (P3) ; « tout le monde me trouve mieux alors c'est moi qui ait passé un cap [...] je suis mieux je veux dire je suis plus suivi, je suis plus stabilisé » (P8), étaient **transformés par le traitement** « maintenant là ça va je suis stable depuis quelques années [...] Grâce à mon médicament » (P9), et **par le** « **suivi** moi c'est dans mon épanouissement personnel en fait, qu'il y ait vraiment un meilleur équilibre aussi bien médicamenteux que psychologique, psychique et mentalement » (P4).

Les patients aspiraient à **avoir une vie normale** « Le plus important pour moi, c'est d'être stabilisé, d'avoir une vie quasi normale [...] pouvoir faire ses courses, faire du sport, bouger, faire les activités de la vie quotidienne normalement comme tout le monde » (P2). De ce fait ils aimaient **se divertir** comme tout le monde, avaient différents **loisirs** tels que les « **jeux de société** avec l'hôpital » (P10) ; « la **peinture**, je suis artiste pastelliste. Je m'occupe, j'ai beaucoup d'occupations » (P4), la **lecture** « des livres de recettes [...] C'est ce que j'étudie pendant mon temps libre » (P2), le **sport** « Je marche beaucoup [...] Ça me détend et ça me fait du bien » (P10), le **jardinage** « jardin familial [...] Ça me sert à extérioriser, être dans la nature, profiter des moments simples [...] C'est très Important pour moi [...] Un plaisir au quotidien » (P9). Ils déclaraient « Alors je pense à moi » (P6), vouloir « **prendre soin de soi** » (P8), à travers une **amélioration de leur alimentation** « j'ai pas mal supprimé le sucre, le café » (P6), et une **réduction des toxiques** « J'étais un gros fumeur [...] j'ai choisi la vapote. J'économise quasiment 200 euros par mois » (P2).

Les patients étaient **résiliants** « *une forme de résilience* » (P8), faisaient une **introspection** pour **reprendre confiance** en eux « *j'ai travaillé aussi sur quelque chose personnelle [...] j'ai réfléchi, j'ai tourné en rond [...] Voilà, ça a été un travail de quinze ans* » (P6), ils **méditaient** « *je philosophe [...] je prends du recul* » (P8), et certains **arrivaient à positiver** « *Je pratique la pensée positive. Et ça, ça m'aide au quotidien [...] une bouée de sauvetage par rapport à mon vécu* » (P2).

Les patients témoignaient leur ambition d'**aller de l'avant** « *on arrive à passer le cap [...] faut l'acceptation puis après faut oui continuer à vivre avec* » (P8) ; « *maintenant je fais ma vie, j'avance et voilà* » (P6), pour **se** « **reconstruire** si vraiment elle était très déséquilibrée comme je l'ai été » (P4), **se relever** « *J'avais perdu confiance en moi [...] je me suis vraiment enfoncée [...] mais bon aujourd'hui j'ai réussi [...] ça va beaucoup mieux* » (P6) et **se libérer de leur condition** « *Ça ne fait pas longtemps que j'en suis sorti quoi mais j'arrive à avoir un train de vie à peu près correct quoi* » (P3).

D – Un accès aux soins en constante évolution

Les patients se sentaient intégrés dans un « *processus de soin* » (P8), dans un tout « *C'est la globalité qui compte. C'est l'assemblage* » (P3). Un **parcours de soins coordonnés** « *J'ai le médecin du travail [...] qui me suit aussi. Elle a demandé un rapport du psychiatre et un rapport du neurologue [...] j'ai une assistante sociale qui me suit aussi de la CARSAT [...] Et là mon médecin traitant normalement il a fait un courrier pour le médecin conseil de la CPAM pour me mettre en invalidité permanente* » (P6), et un **suivi pluridisciplinaire** étaient décrits « *le psychiatre qui me donne des ordonnances [...] une infirmière libérale qui vient chez moi [...] je me fais suivre par un addictologue à Bretonneau* » (P9).

Une continuité des soins préservée grâce aux **permanences des médecins généralistes** « *au cabinet médical là où je vais [...] le samedi matin ils sont ouverts. Ils prennent toutes les urgences le samedi matin* » (P6) ; du fait d'un « *manque de médecin donc ce serait bien [...] de faire des astreintes au niveau des médecins et puis à la limite voir [...] les médecins le week-end plutôt que de passer par le 15* » (P8), et grâce aux **visites médicales à domicile** étaient souhaités « *Et t'avais aussi le médecin qui se déplace à domicile, ça c'était bien ça* » (P3) ; « *c'est bien qu'il puisse se déplacer quoi quand la personne est dans l'impossibilité de se déplacer* » (P10).

Les patients voyaient la nécessité d'une continuité du suivi médical avec par exemple la **visite de leur MG pendant l'hospitalisation** en psychiatrie « *j'aurai bien aimé un suivi en cas d'hospitalisation [...] quand on se fait hospitaliser on peut voir un médecin à l'intérieur de l'établissement [...] ce serait plus judicieux que l'on puisse voir son propre médecin généraliste* » (P8), et proposaient une **amélioration de l'offre de psychiatrie de secteur** via la présence de l' « *infirmière de secteur* » (P4) ; qui « *pourrait venir à la maison* » (P6), ou via l'essor de « *l'hôpital de jour [...] ça aurait été peut-être mieux, ça m'aurait plus aidé je pense si il y avait eu ça à ce moment-là* » (P8).

Ils souhaitaient « **redonner un centrage au médecin généraliste** » (P1), avoir des **soins personnalisés** « *qu'elle s'adapte à moi* » (P10), pour se protéger des complications « *prendre en charge pour éviter que ça s'aggrave, pour éviter qu'il y ait des complications* » (P8), et bénéficier d'une **meilleure prévention médicale** « *il aurait peut-être détecté ma maladie beaucoup plus tôt [...] Cette prévention ça aurait été de m'ausculter* » (P9). Ils souhaitaient pour cela que leur médecin généraliste **améliore ses connaissances médicales en psychiatrie** « *il faut aussi qu'il soit formé [...] et qu'il ait envie de se former* » (P1), **s'intègre davantage dans les discussions** en psychiatrie « *Je regrette qu'il n'avance pas plus à se mettre en contact avec le psychiatre* » (P6), et **dans leur prise en charge** « *être plus au cœur de la médecine psychiatrique* » (P8).

Les patients souffraient du manque de **dialogue** interdisciplinaire et souhaitaient « *que le médecin généraliste soit au courant des médocs que je prends [...] en étant en contact avec les psy* » (P7), par « *un petit coup de téléphone au psychiatre* » (P6), ou par **courrier** « *envoyer les résultats au psychiatre pour voir où ça en était* » (P10). Ils soumettaient l'idée d'« **une réunion** avec son médecin traitant et le médecin psychiatre en face à face ou en visioconférence » (P1) ; « *ça peut être pas mal, déjà pour qu'ils vous parlent de notre maladie* » (P9), qu'elle soit **collaborative et triangulaire** « *médecin de famille, psychiatre et patient [...] qui y ait une réunion à trois au minimum* » (P1) ; « *que je sois au courant. Bon après s'ils se voient sans moi [...] On m'appelle, on me fait un résumé, on m'envoie un mail, un texto* » (P9), afin de **favoriser une alliance** au profit du patient « *il y aurait deux avis médicaux [...] le point de vue du patient et on avance [...] ensemble en équipe* » (P1).

Les patients évoquaient « *qu'il y ait mutuellement un **passage d'informations*** » (P1), qui « *serait une bonne chose pour pas qu'il y ait des barrières [...] et puis qu'il y ait un rapprochement entre le corps médical et le soignant* » (P8), afin d'**améliorer la surveillance médicale** « *ça lui éclaire sa lanterne [...] Ça assure plus facilement la veille, la vigilance* » (P5), d'**améliorer le suivi** médical [...] suivre l'évolution de la maladie, si le traitement est bien correctement utilisé [...] pour la meilleure prise en charge des patients » (P8), « mieux connaître [...] les traits de personnalité du patient [...] C'est un apport complémentaire pour **améliorer les diagnostics psychiatriques** » (P1), et de **guider les médecins** « Le médecin de famille permettrait justement d'arrondir les angles [...] d'éclairer les médecins psychiatres » (P1).

Différents axes d'amélioration d'accès aux soins basés à la fois sur l'usage de la **téléconsultation** « *C'est utile pour [...] tout ce qui est administratif [...] pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer* » (P6), le **recours au secrétariat** « *le fait que je la vois en visuel c'est bien parce que on peut tout de suite prendre un rendez-vous si il faut et voilà pas attendre* » (P6), l'**augmentation du nombre de MG** « *faudrait qu'il y ait plus de médecins [...] Ils ont été trop strict sur les numerus clausus* » (P5), et la **majoration des tarifs conventionnels** étaient proposés « *qu'ils gagnent un peu mieux leur vie* » (P3).

3 – Résultat principal

Cette étude qualitative a exploré le vécu des patients atteints d'un trouble mental sévère concernant l'accès aux soins en médecine générale. À travers leur discours, il apparaît que les patients vivaient de manière différente l'accès aux soins tel un labyrinthe à multiples entrées s'articulant autour du médecin généraliste (Figure 1).

Tout au long de leur périple, leur vécu oscillait en dehors et au sein du labyrinthe. Cela expliquait la démarche fluctuante du patient souffrant d'un trouble mental sévère qui peut à tout moment changer de direction : porter son fardeau et parcourir le chemin dédaléen en direction du MG, s'en détourner en suivant la voie rebelle, se diriger passivement vers la route de l'insouciance, accéder au passage secret en adhérant aux soins, ou bien participer à ses soins et emprunter le sentier privilégié.

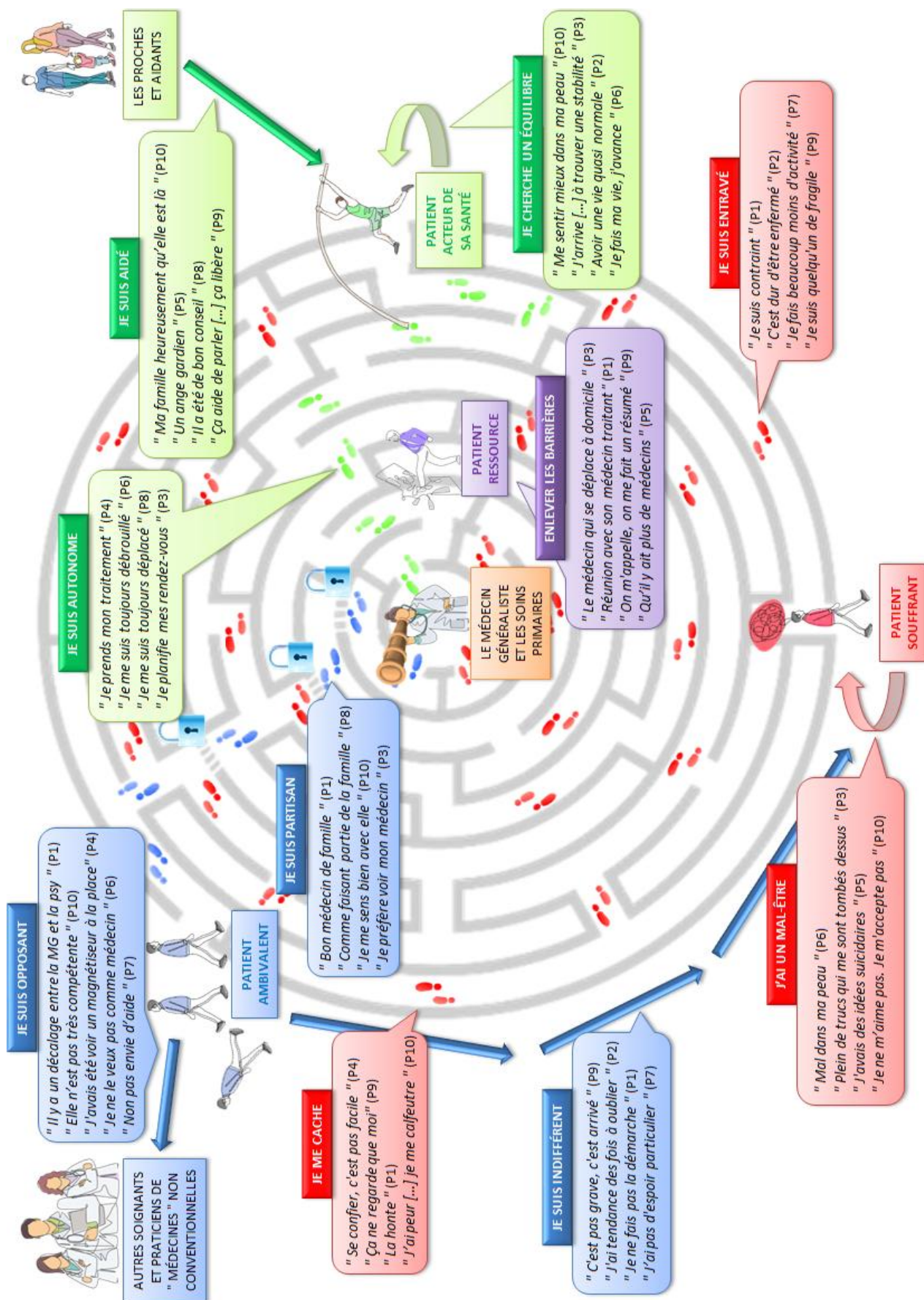


Figure 1 : Le labyrinthe d'accès aux soins

IV – DISCUSSION

1 – Forces et limites

Notre étude qualitative concernant spécifiquement les patients souffrant d'un trouble mental sévère, fait apparaître des concepts inédits de leur vécu à travers l'approche par interprétation phénoménologique. De plus, elle permet d'enrichir la littérature médicale existante en donnant la parole à ces patients peu interrogés jusqu'alors.

L'expérience des co-auteurs, la lecture d'un ouvrage sur la recherche qualitative (25) et la triangulation des données ont permis de limiter un biais d'investigation éventuel par absence d'expérience antérieure de l'investigateur principal en recherche qualitative. L'investigateur principal a exposé ses a priori par la méthode des 7 questions (Annexe 3) afin d'accroître la cohérence de l'étude.

Le choix des participants a été effectué dans un secteur restreint au sein d'un site unique. Il s'agissait d'un hôpital de jour d'Indre-et-Loire qui est une unité psychiatrique en lien direct avec le MG de chaque patient. Cette décision a permis à l'investigateur principal de provoquer un maximum de rencontres avec les patients dans le but de créer un sentiment de familiarité. De même, le choix d'un lieu familier pour les patients a permis de favoriser un climat de confiance permettant la libération de la parole aussi bien lors du recrutement que lors des entretiens.

Plus de la moitié des patients interrogés étaient recrutés après la prise d'un traitement (ZYPADHERA) nécessitant une surveillance espacée sur au moins 3 heures. Cette disponibilité spécifique expliquait la prédominance de patients avec un trouble du spectre de la schizophrénie lors du recrutement. La molécule administrée n'occasionnait aucun effet secondaire précoce, ce qui n'entraînait aucune modification des fonctions cognitives des patients lors des entretiens.

Il existait une inadéquation entre le diagnostic déclaré par les patients et celui pour lequel l'équipe de l'HDJ les suit. Bien qu'il puisse subsister des signes de dépressions subsyndromiques chez les patients schizophrènes, cette étude n'a pas permis d'interroger des patients souffrant d'une dépression sévère.

Lors de cette étude la parité homme-femme n'était pas respectée. Sachant qu'il existe des inégalités de santé selon le sexe dans la prise en charge des pathologies cardiovasculaires (26), y aurait-il un effet similaire dans le cas des maladies mentales ?

Un potentiel biais de volontariat a été limité par l'actualisation répétée de la liste des participants afin de représenter la population visée. La désirabilité sociale a également été limitée par la discrétion de l'investigateur principal sur ses intentions, par l'explication orale et écrite du caractère anonyme et confidentiel des résultats, par une discussion préliminaire prônant la liberté d'opinion et par le choix de questions ouvertes lors de l'entretien.

Il n'y a pas eu de retour aux participants pour vérifier la cohérence du modèle explicatif par rapport à leur vécu, cependant l'ensemble des critères de scientificité restant de la grille COREQ ont été respectés (30/32).

2 – Comparaison avec la littérature

Un parcours d'obstacles

En s'intéressant au vécu des patients, il apparaissait une souffrance dans leur vie quotidienne et une vulnérabilité en lien avec leurs polypathologies. Le recueil socio-démographique et le récit des patients témoignaient des conduites à risque et comorbidités qui se surajoutaient à leur maladie mentale et les entravaient pour accéder aux soins comme l'illustre le chemin laborieux. De nombreux troubles physiques sont identifiés comme étant plus prévalents chez les individus souffrant d'un trouble mental sévère, notamment les maladies cardiovasculaires et les cancers (10), qui représentent les deux premières causes de décès, devant les causes externes (suicides, accidents de transport et chutes) (27). Une prévention et un repérage plus précoce des comportements à risque et des pathologies somatiques chez ces patients permettraient-ils de leur ouvrir la voie d'accès aux soins somatiques ?

Les patients exposaient une forme de fragilité en lien avec leur maladie, associée à une faible reconnaissance des troubles et une méfiance des soins. Cette défiance se traduisait par des comportements d'évitement, d'inobservance, de dissimulation d'informations et de culpabilité. Ces comportements sont décrits dans la littérature et constituent des barrières personnelles à l'accès aux soins (28). Une étude qualitative récente interrogeant des patients suivis ou ayant été suivis en psychothérapie, retrouve un déni et une forme d'agnosie des patients face à leur trouble, en lien avec des représentations sociales frénatrices (culpabilisation, préjugés, estime de soi, expériences antérieures, image de la psychiatrie, stigmatisation et vécu d'une forme de rejet socio-familial) (29). Des médecins généralistes interrogés en 2018, confirment une faible compliance et une faible adhérence aux soins associées à des freins à la consultation du MG (méfiance, souhait de garder le généraliste en dehors de la dimension psychiatrique, peur de violation du secret médical, pudeur). Des difficultés de communication sont rapportées avec les patients psychotiques n'exprimant pas leurs plaintes qui sont soit non identifiées soit noyées dans des demandes multiples, pouvant conduire à un suivi et des soins de moindre qualité (30). Une revue de littérature identifie les effets secondaires, la peur de la dépendance médicamenteuse et le manque de prise de conscience de sa maladie comme principales raisons de non-observance aux médicaments des malades en psychiatrie (31). Le médecin généraliste, tout au long de la vie des patients, à l'occasion de consultations pour différents motifs, explore souvent le vécu de la maladie. Aborder plus souvent le diagnostic de maladie psychiatrique avec les patients pourrait permettre de mieux lever leurs freins personnels à l'accès aux soins.

Le discours des patients soulignait un mal-être associé à leur handicap, parfois marqué par une vulnérabilité et une précarité pouvant limiter l'accès aux soins. Ils vivaient leur accès aux soins avec le sentiment d'être en marge d'une société et d'un système de soins qui les stigmatisaient et les abandonnaient. Les psychiatres Younès et Lemogne étayaient que les troubles mentaux sont source de souffrance et de handicap psychique et sont associés à une diminution du recours au système de soins (12). Ce recours aux soins amoindri par rapport à la population générale est également souligné par une étude qualitative décrivant la présence de nombreux obstacles à leur accès aux soins tels que les barrières socio-économiques, leurs expériences, la stigmatisation liée à la santé mentale, la pression temporelle et le manque de soins collaboratifs et interdisciplinaires (14). Une perception des maladies mentales marquée par la stigmatisation est décrite dans la

population française (32). Par ailleurs, plusieurs études montrent que la stigmatisation par les professionnels de santé somatique entrave l'accès aux soins des patients atteints de troubles psychiatriques sévères (33). Cet accès à la santé mentale est également compliqué pour les patients en situation de vulnérabilité pour qui plane le risque de désaffiliation sociale (34). Lutter contre la stigmatisation au sein de la population générale et des professionnels de santé en particulier, en passant par la création de supports visuels (brochures, bandes dessinées, affiches pédagogiques) et d'événements publics autour de la santé mentale (conférences, ciné-débat, rencontres sportives), pourrait permettre un franchissement des barrières liées aux patients afin qu'ils puissent accéder à des soins justes et égaux. Des initiatives sont déjà développées telle que la Semaine d'Information sur la Santé Mentale ou Psycom (35), elles doivent pouvoir toucher tous les publics.

Un chemin vers soi-même

Le discours des patients faisait apparaître leur vécu de l'accès aux soins comme l'occasion de chercher un équilibre et d'accéder à une vie normale. L'exploration de leur vécu retrouvait des éléments qui définissent le modèle du *recovery* (ou rétablissement), utilisé dans le programme national « Un Chez-soi d'abord ». Celui-ci vise à expérimenter un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire médico-sociale, pour les personnes sans-abri atteintes de troubles psychiatriques sévères, en leur proposant un accès direct à un logement ordinaire (36). Un des objectifs de ce programme est le décroisement des prises en charge médico-sociales, en addictologie et du logement (37). Le rétablissement est un concept à plusieurs définitions, qui part de l'expérience vécue, consistant à la formation d'une nouvelle manière de se penser et de se projeter dans l'avenir (36). Ces patients relatant l'importance de leurs activités et loisirs du quotidien exprimaient-ils le besoin inconscient que leur MG les oriente et les aide à accéder à eux-mêmes ? L'exploration de l'équilibre de la maladie sous l'angle biopsychosocial, quotidien du médecin généraliste, pourrait aider le patient à se retrouver dans sa globalité et se projeter dans son avenir.

Les patients abordaient spontanément les concepts de résilience, d'autonomie, de marche en avant ou de reconstruction de soi. Ils confiaient procéder à une introspection pour reprendre confiance et ressentaient le besoin de prendre soin d'eux. En 2020, avec le projet « COPsyCAT », un programme *d'empowerment* (ou autonomisation) est développé pour améliorer le bien-être et la qualité de vie des patients (38). Ce programme basé sur le dialogue ouvert avec les professionnels de santé et l'information du patient, renforce mutuellement la capacité d'agir individuelle et la construction d'un contexte favorable à sa santé pour une meilleure résilience de chacun (38). Aider les patients vivant avec un trouble psychique à accéder à leur autonomisation, à incarner et défendre leurs droits, est un levier afin de lutter contre l'auto-stigmatisation (39). L'amélioration du partage de l'information médicale peut être mis en lien avec la volonté des usagers à dialoguer et collaborer avec les soignants et les instances sanitaires, telle que définie par la démocratie participative en santé (40). Celle-ci a pour but de permettre aux individus de développer une conscience critique et leur capacité d'agir, supposant les dimensions du vouloir et du pouvoir agir. La capacité d'agir du patient est au centre du *self-care* (ou auto-prise en charge) définie par l'OMS (41) qui regroupe l'auto-assistance, l'autogestion et le rétablissement (42). Cette faculté d'auto-assistance est présente mais déficiente chez les patients atteints de troubles mentaux graves (43). Dans une démarche d'autonomisation des patients, il apparaît essentiel de créer un environnement propice (éducation, intégration de la famille et la communauté, soutien du personnel soignant, entraide d'un pair), de favoriser le rétablissement (fixer des objectifs personnalisés et atteignables au patient, l'aider à accepter sa maladie, l'éduquer à prendre le contrôle sur ses symptômes, améliorer ses connaissances des comportements et stratégies d'auto-assistance), et de les impliquer dans les soins (prise de décision partagée, engagement dans des activités communautaires) afin qu'ils retrouvent leur auto-assistance (42-45). Leur résilience et leur volonté de prendre soin d'eux traduiraient une forme d'accès à soi et de réflexivité semblant nourrir ce qu'ils souhaiteraient vivre prochainement et les amenant à une projection dans les soins.

Une relation secrète

À travers leurs discours, le MG était perçu à la fois comme la première porte d'entrée aux soins et un guide les orientant dans le parcours de santé. Il apparaissait à la fois comme un expert de la santé possédant la connaissance médicale, comme un fidèle allié avec qui ils dialoguaient et comme une figure paternelle qu'ils écoutaient. Les patients vivaient leur accès aux soins au côté d'un MG humain, bienveillant et attentif avec lequel ils entretenaient une précieuse relation de confiance et de confiance. Ce lien singulier semblait favoriser la complicité, la fidélité, l'adhérence aux soins et était les prémices d'un accès aux soins caché, comme illustré dans notre labyrinthe. En France, le MG est un interlocuteur privilégié pour la prise en charge de premier recours en santé mentale (33, 46). Il est également un acteur de santé reconnu comme fiable par les patients en difficulté psychiatrique, grâce à la création d'une relation de confiance (47, 48). Cette relation de confiance permet au MG de pratiquer efficacement la psychothérapie et de favoriser l'alliance thérapeutique par son empathie et sa bienveillance (47). Une récente étude montre que les patients préfèrent choisir un médecin de santé primaire ayant un comportement accessible et authentique, faisant preuve d'écoute, d'empathie et de compassion (49). La relation médecin-malade dans l'approche sociologique comprend une position triple du patient : obéissant, disciple ou partenaire selon la position du médecin. Lorsque cette relation est basée sur un dialogue bilatéral et collaboratif, il s'agit d'une approche négociée (50). À chacun des rendez-vous, médecin généraliste et patient construisent un colloque singulier basé sur la confiance faisant naître une relation secrète, invisible à l'œil nu et indispensable à l'accès aux soins. Adopter une posture d'éducateur à la santé, adapter la stratégie thérapeutique au savoir et à la volonté des patients tout en favorisant un espace de négociation pourrait aider les patients à mieux s'impliquer dans leurs soins.

Un décloisonnement des frontières MG-psychiatre

Les patients confiaient vivre un accès aux soins clivant. Ils percevaient un vide séparant le MG des soignants en psychiatrie, dichotomisaient leur santé, érigeaient une cloison entre le psychique et le somatique, et creusaient un fossé entre le MG et le psychiatre. Ils réprouvaient le vide qui s'était installé et recherchaient une proximité rassurante avec le MG. Ils souhaitaient simultanément rétablir l'alliance thérapeutique avec leurs soignants et favoriser le dialogue afin de lever les barrières interdisciplinaires. Ils proposaient un meilleur partage de l'information médicale au travers de dialogues par téléphone ou par courriers et de réunions pluriprofessionnelles intégrant le patient. Dans le système de soins en France, la médecine de ville est en première ligne de l'offre de soins de santé mentale et s'articule autour des médecins généralistes, des psychiatres et des psychologues libéraux (51). Un cloisonnement entre l'offre de soins primaires et spécialisés (52) et entre l'offre de soins somatiques et psychiatriques (53) est présent dans la prise en charge des troubles psychiques. Une étude qualitative de 2024 retrouve l'adressage par le médecin comme élément facilitateur de la relation thérapeutique entre patient et psychothérapeute (29). Une autre étude qualitative montre le rôle facilitant du MG dans l'adhésion à la consultation du psychiatre assurant une approche psychothérapique complémentaire (54). Toutefois, cette collaboration est décrite comme insuffisante (55), et les origines sont mixtes (56) : difficultés d'orientation des patients, stigmatisation et coût élevé des prises en charge en psychothérapie (17). Pour les troubles psychiatriques sévères, un modèle de collaboration bidirectionnelle est proposé : vers le psychiatre en cas de crises et interventions précoces et vers le MG pour le suivi durable des patients stabilisés (28).

Les courriers échangés sont un des leviers proposé pour optimiser la coopération entre MG et psychiatre, en s'inscrivant dans une démarche de recommandation « MG-Psy » (19, 57) secondairement labellisée par la HAS (36). On peut donc questionner l'adressage direct aux psychologues dans le dispositif MonSoutienPsy depuis juin 2024, sans courrier du médecin généraliste (58). Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors de la téléexpertise sont également des occasions pour le MG d'améliorer ses compétences en santé mentale (59). L'amélioration de la communication et de la formation en santé mentale des soins premiers (17) est un second levier. En Indre-et-Loire, le réseau « MG et psy 37 » a pour but d'améliorer l'accès aux soins psychiatriques en proposant des formations autour de la santé mentale, des réunions de concertation pluriprofessionnelles

pour des patients dont le suivi somatique est complexe et des avis psychiatriques afin d'améliorer le lien MG et psychiatres (60). D'autres leviers pour le décroisement des professions et des pratiques sont formulés dont celui d'échanges proactifs bilatéraux, au travers d'outils communicants largement partagés (61). Dans ce sens, le réseau « CoReSo Somapsy » dans le secteur lyonnais est créé pour aider le patient à réintégrer des soins somatiques ambulatoires libéraux pour un suivi au long cours (62). Un patient n'ayant pas de MG peut - après orientation par un psychiatre - accéder à des consultations médico-infirmières, avant d'être réorienté vers un MG collaborateur de proximité qui reçoit une synthèse médicale servant de base à une prise en charge globale et coordonnée du patient. Un modèle de consultation-liaison avec un psychiatre privé au sein d'une MSP française a permis de montrer la position centrale du couple médecin généraliste-psychiatre dans les soins de santé mentale. Dans cette étude, une plus grande proximité géographique des soins, une interaction accrue entre les médecins généralistes et les professionnels de la santé mentale, ainsi qu'une participation des patients à cette collaboration interprofessionnelle sont des leviers évoqués pour l'amélioration du système de soins (63). Développer ces collaborations pluriprofessionnelles rapprocherait les acteurs de soin afin que les patients puissent bénéficier de soins somatiques minimums et être correctement guidés dans leur parcours de soins coordonnés.

V – CONCLUSION

La santé mentale est un droit fondamental et un enjeu prioritaire. Pourtant, les patients ayant un trouble mental sévère ont des difficultés d'accès à des soins primaires leur garantissant cet état de bien-être. Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de 10 patients dans un HDJ psychiatrique de la Région Centre-Val-de-Loire afin de répondre à la question suivante : Comment les patients atteints d'un trouble mental sévère vivent-ils l'accès aux soins en médecine générale ?

Chez les patients en psychiatrie, la présence d'un trouble mental sévère est associée à une souffrance, une vulnérabilité et une fragilité sources d'handicap et de stigmatisation. La maladie mentale signe une rupture dans leur équilibre de vie déjà précaire, entrave leur autonomie et affecte leur comportement, leur représentation de la pathologie, leur façon de concevoir et de consommer les soins. Cette distorsion cognitive prenant source dans leur culpabilité et leur honte est à l'origine d'un rejet d'eux-mêmes, de la pathologie et des soins répondant en miroir à leur sentiment de discrimination et de marginalisation. L'auto-stigmatisation des patients ainsi que la stigmatisation par les professionnels de santé et la société sont reconnus comme des barrières à l'accès aux soins de ces patients. Seule vigie avec sa longue-vue au centre du labyrinthe, le médecin généraliste ne serait-il pas le mieux placé pour scruter le patient en s'intéressant davantage à ses représentations face à sa maladie et aux acteurs du système de santé, et veiller à ce qu'il ne soit pas en errance médicale ? Afin de limiter les risques de renoncement et d'exclusion aux soins, il serait intéressant de créer des espaces de rencontres entre patients, de promouvoir les partages d'expériences sous forme de groupe d'entraide, de développer des campagnes de déstigmatisation des troubles psychiatriques et de renforcer les formations à la santé mentale des proches aidants et de tous les professionnels de santé.

L'accès aux soins en médecine générale pour les patients suivis en psychiatrie présente un double intérêt de soins somatiques et d'auto-soins. En accédant à une compréhension de leur pathologie, à la formation et à l'information aux soins de santé mentale, en faisant preuve de réflexivité, de résilience et en mobilisant leurs propres ressources, les patients gagnent en autonomie leur permettant d'accéder à leur rétablissement. Ce rétablissement est l'occasion pour les patients de composer avec leur

pathologie dans leur vie et leur identité, de se penser autrement en se projetant dans leur avenir. Accéder aux soins somatiques permet donc par la même occasion d'accéder à soi. Par ailleurs, gagner en autonomie est bénéfique à leur auto-prise en charge et indispensable pour qu'ils se projettent dans des soins tournés vers eux-mêmes. Emprunter la voie de l'empowerment est une stratégie émancipatrice utilisée par les patients atteints de troubles psychiatriques sévères pour devenir acteurs de leur santé et faciliter leur accès aux soins. Les pistes d'amélioration à la responsabilisation des patients seraient de faciliter leur accès à l'information médicale (création de sites d'informations adaptés à leur handicap et leurs besoins), de renforcer le rôle des acteurs sociaux et médico-sociaux dans l'aide à l'utilisation des outils relatifs à la santé et au système de santé et de favoriser leur capacité à agir en les intégrant davantage dans les décisions médicales. Dans cette étude, l'autonomisation des patients est corrélée à la nécessité d'avoir dans leur parcours de soins un guide, rôle que pourrait incarner le binôme collaboratif médecin généraliste-psychiatre.

L'accès aux soins est également l'occasion d'interroger la relation médecin-patient. De nombreux patients satisfaits de leur relation avec le médecin généraliste reconnaissent sa position centrale dans les soins somatiques et en santé mentale. Un lien privilégié et unique est au centre de cette relation, renforcé d'un côté par l'attitude, le comportement et les compétences du médecin et de l'autre par la capacité d'expression, de confiance et la fidélité du patient. Si le vécu des patients illustre un parcours dédaléen s'articulant autour du médecin généraliste, alors la relation issue de ce colloque singulier peut être assimilée à un fil d'Ariane servant de guide pour les patients évoluant dans le labyrinthe afin d'accéder au médecin généraliste et aux soins. Néanmoins, certains patients s'en détournent jusqu'à ne plus consulter aucun médecin. Afin de connaître leurs manières d'accéder aux soins, s'intéresser au vécu de patients en dehors d'un parcours de soins coordonnés semble pertinent. Notre étude a permis d'interroger des patients souffrant d'un trouble psychiatrique sévère tel que la schizophrénie et les troubles bipolaires. Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude concernant les patients atteints de pathologies plus fréquentes en médecine générale (troubles anxieux, dépressifs, du comportement alimentaire ou addictifs).

Un cloisonnement de l'offre de soins somatiques et psychiatriques est associé à une collaboration déficiente entre les médecins généralistes et les professionnels de la santé mentale. Par conséquent, les patients vivent un accès aux soins divisé et dichotomisent leur santé, majorant ainsi le fossé interprofessionnel. Privilégier des soins de proximité plutôt que la spécialité des professionnels de santé, permettre l'intervention du médecin généraliste lors des hospitalisations en psychiatrie et favoriser une décision collaborative et triangulaire MG-psychiatre-patient, sont des stratégies proposées par les patients pour accéder aux soins. La collaboration entre MG et psychiatre apparaît donc comme une nécessité pour les patients afin d'améliorer l'accès aux soins primaires. Une piste d'évolution serait d'étendre les réseaux tels que « MG et psy 37 », « CoReSo Somapsy » à l'ensemble du territoire et de les axer sur les troubles mentaux sévères. La vacation d'un praticien somaticien au sein d'une unité psychiatrique formulée par les patients peut être un des leviers au décroisonnement de l'offre de soins. Une piste d'amélioration serait de créer un espace dédié aux vacations des psychiatres libéraux ou hospitaliers au sein des cabinets des MG afin de faciliter la prise d'avis psychiatrique. Finalement, la création de ces réseaux basés sur une relation thérapeutique et collaborative entre le patient et son médecin généraliste et entre médecins ne serait-elle pas l'occasion pour chacun de se former mutuellement ?

Cette étude suggère de nombreux points communs et aussi des tensions clés entre ce que veulent les patients et ce que les soins primaires peuvent leur apporter. Elle insiste sur la place centrale du médecin généraliste dans le parcours de soins, son rôle dans le repérage et l'orientation des patients fragiles. Elle étaye l'importance capitale de les écouter, les accompagner et les aider à devenir acteurs de leur santé afin qu'ils accèdent aux soins plus aisément.

VI – BIBLIOGRAPHIE

- 1 – Organisation Mondiale de la Santé. Troubles mentaux [Internet]. Genève; Juin 2022 [cité le 20 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- 2 – Agence nationale de Santé publique. Santé mentale [Internet]. Saint-Maurice; Décembre 2023 [cité le 20 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
- 3 – Définition santé. Dans : CNRTL. Outils et ressources pour un traitement optimisé de la langue [Internet]. [cité 20 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/sant%C3%A9>
- 4 – OMS. Investir dans la santé mentale [Internet]. Genève; Janvier 2004 [cité 20 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9241562579>
- 5 – American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux. DSM-V. Paris: Masson; 1996.
- 6 – Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 1996;53(6):489-96.
- 7 – Mazereel V, Detraux J, Vancampfort D, van Winkel R, De Hert M. Impact of Psychotropic Medication Effects on Obesity and the Metabolic Syndrome in People With Serious Mental Illness. Frontiers in Endocrinology 2020;11:573479.
- 8 – Goldfarb M, De Hert M, Detraux J, Di Palo K, Munir H, Music S, Piña I et al. Severe Mental Illness and Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol 2022;80(9):918-33.
- 9 – Kennedy-Hendricks A, Bandara S, Daumit GL, Busch AB, Stone EM, Stuart EA et al. Behavioral health home impact on transitional care and readmissions among adults with serious mental illness. Health Serv Res. 2021;56(3):432-9.
- 10 – De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10(1):52-77.
- 11 – Lemogne C, Nani H, Melchion M, Goldneng MI, Limosin F, Consoli SM, Zins M et al. Mortality associated with depression as compared with other severe mental disorders: a 20-year follow-up study of the GAZEL cohort. J Psychiatr Res. 2013;47(7):851-7.
- 12 – Younès N, Lemogne C. Accès aux soins des personnes présentant des troubles mentaux. Après-demain 2017;42(2):24-6.
- 13 – Ministère de la santé et de la prévention. Assises de la santé mentale et de la psychiatrie les 27 et 28 septembre 2021 [Internet]. Paris; Août 2024 [cité le 20 octobre

2024]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/actualites/evenements/assises-de-la-sante-mentale-2021>

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

15 – Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'Encéphale 2009;35(4):330-9.

16 – De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Asai I, Moller HJ, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World Psychiatry 2011;10:138–51.

17 – 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):311-7.

18 – Hernu C-H. Prise en charge psychiatrique en médecine générale et coopération entre médecins généralistes et psychiatres. Etude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes du secteur de Saint-Quentin. Thèse de médecine, Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2017.

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

20 – Bohn I. PSYSOM : Evaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants. Thèse de médecine, Paris: Université Paris-Diderot – Paris 7; 2008.

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

22 – OMS. Les soins de santé primaires. Dans : Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 1978.

23 – Légifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Paris [cité le 20 octobre 2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483#:~:text=%C2%AB%20Art.-,L,l'%C3%A9ducation%20pour%20la%20sant%C3%A9.

24 – Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Fiche n°3 Les soins primaires. Dans : Manuel théorique de médecine générale. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. GMSanté édition; 2015.p.41-3.

- 25 – Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé. Saint Cloud; 2021.
- 26 – Huber E, Le Pogam M-A, Clair C. Sex related inequalities in the management and prognosis of acute coronary syndrome in Switzerland : cross sectional study. *BMJ Medicine* 2022;1(1).
- 27 – Coldefy M, Gandré C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Irdes, Questions d'économie de la santé* 2018;237;1-8.
- 28 – Bonsack C, Decrey Wick H, Conus P. Collaboration entre médecin de famille et psychiatre pour les problèmes de santé mentale. *Rev Med Suisse* 2014;10:1715-8.
- 29 – Mulard S, Barbaroux A, Miquel N. Éléments conduisant un patient adulte à entreprendre une psychothérapie. *exercer* 2024;206:340-6.
- 30 – Bougerol C, Charles R, Bailly J-N, Salignat H. Discrimination et stigmatisation des patients psychotiques dans les soins somatiques. *Médecine* 2020;7(17):305-8.
- 31 – Mibel F.H.E., Mari L. Non-Compliance to Medication in Psychiatric Patients. Volume 2013 Tuku University of Applied Sciences; Turku, Finland: 2013.
- 32 – Ipsos. Perceptions et représentations des maladies mentales. Paris : Ipsos, 2014.
- 33 – Fiton M. Accès aux soins somatiques et stigmatisation des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2020.
- 34 – Mahamat B. L'accès à la santé mentale en situation de vulnérabilité sociale : de l'importance de la recherche dans la réduction des inégalités. Mémoire, Rennes: Université Rennes 2; 2021.
- 35 – Psycom. Agir [Internet]. Paris: Psycom; 2024 [cité le 10 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.psycom.org/agir/>
- 36 – Rhenter P. Vers un chez-soi. *Le sociographe* 2013;42(2):59-66.
- 37 – Estecahandy P, Revue P, Sénat M-L, Billard J. Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord ». *Empan* 2015;98(2):76-81.
- 38 – Guillermet É, Meunier-Beillard N, Costa M, Defaut M, Millot I, Demassiet V et al. Exemple de coconstruction d'un programme d'empowerment en faveur de la santé des personnes vivant avec des troubles psychiques. *Santé publique* 2023;35(3):261-70.
- 39 – Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Lutter contre la stigmatisation et les violences envers les personnes vivant avec un problème de santé mentale [Internet]. Marseille: Paca ARS; mars 2023 [cité le 10 novembre 2024]. Disponible sur :

<https://www.paca.ars.sante.fr/index.php/lutter-contre-la-stigmatisation-et-les-violences-envers-les-personnes-vivant-avec-un-probleme-de>

40 – Mélihan-Cheinin P. Démocratie participative en santé. Actualité et dossier en santé publique 2023;121(1):18-55.

41 – OMS. Lignes directrices de l'OMS sur les interventions d'auto-prise en charge pour la santé et le bien-être, révision 2022 : résumé d'orientation. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2022.

42 – Lucock M, Gillard S, Adams K, Simons L, White R, Edwards C. Self-care in mental health services: a narrative review. Health Soc Care Community 2011;19(6):602-16.

43 – Chen C, Chen Y, Huang Q, Yan S, Zhu J. Self-Care Ability of Patients With Severe Mental Disorders: Based on Community Patients Investigation in Beijing, China. Front Public Health 2022;847098(10):1-9.

44 – Psycom. Le rétablissement des troubles psychiques [Internet]. Paris: Psycom; 2024 [cité le 14 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.psycom.org/sinformer/le-retablissement/le-retablissement-des-troubles-psy/>

45 – Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A, Lloyd-Evans B, Harrison-Stewart B, Yesufu-Udechuku A et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2019;214(5):260-8.

46 – 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. État des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. Saint-Denis : HAS ; 2018 [cité le 20 octobre 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

47 – Abramovici F. Le généraliste, un Monsieur Jourdain de la psychothérapie ?. Médecine 2020;16(2):52-5.

48 – Fablet A. Regard des patients souffrant de pathologie psychiatrique sévère sur la place du médecin généraliste dans leur prise en charge somatique. Thèse de médecine, Rennes : Université de Rennes 1; 2016.

49 – Lee AEJ, Ithinin S, Tan NC. Physician factors affecting patient preferences in selecting a primary care provider: A qualitative research study in Singapore. PLoS One 2024;19(3).

50 – Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Fiche n°16 Patient, client, partenaire : Trois modes de relation médecin-malade. Dans : Manuel théorique de médecine générale. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. GMSanté édition; 2015.p.80-3.

51 – Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France. France : Irdes 2020;7.

- 52 – Laforcade. Rapport relatif à la santé mentale. Paris, France : Ministère des Affaires sociales et de la Santé 2016.
- 53 – Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol (Oxford)* 2010;24:61-8.
- 54 – Engberink AO, Carbonnel F, David M, Norton J, Bourrel G, Boulenger J-P et al. Prise en charge des troubles psychiatriques courants : Expérience de médecins généralistes français. Étude qualitative. *Canadian Journal of Psychiatry* 2016;61(7):413.
- 55 – Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *EMC Psychiatrie* 2004;1(1):1-6.
- 56 – Younes N, Gasquet I, Gaudebout P et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract* 2005;6:18.
- 57 – CNQSP. La coopération Médecins Généralistes - Psychiatres. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. Recommandation de bonne pratique. Pacé: CNQSP; 2010.
- 58 – Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Le dispositif Mon soutien psy assoupli et revalorisé depuis le 15 juin 2024 [Internet]. Paris: Ameli; juin 2024 [cité le 10 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/sage-femme/actualites/le-dispositif-mon-soutien-psy-assoupli-et-revalorise-depuis-le-15-juin-2024>
- 59 – Lagache P. Quelles sont les demandes d'avis ponctuels au psychiatre des médecins généralistes par le dispositif médecine générale et psychiatrie 37 ? Quelles sont les réponses ? Quels sont les échanges ?. Thèse de médecine, Tours: Université de Tours; 2023.
- 60 – MG&Psy37. Qui sommes-nous ? [Internet]. 2024 [cité le 20 octobre 2024]. Disponible sur : <https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr/presentation/>
- 61 – Gallais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *L'information psychiatrique* 2014;90(5):323-9.
- 62 – Fau L, Ample BG, Meunier FP. Psychiatrie et médecine générale : un futur commun ? *L'Information psychiatrique* 2017;93(2):107-10.
- 63 – Kinouani S, Schmidt L, Giraudier S, Colomb T, Bailly T. Interprofessional collaboration between general practitioners and psychiatrists in a French rural multi-professional health center: Assessment of doctors' needs and patients' expectations using a mixed methods approach. *Ann Med Psychol* 2024;1-9.

VII – ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques des troubles psychiques chroniques du SSATP (5)

I) Critères diagnostiques du trouble délirant selon le DSM-V :

- A) Présence d'une (ou de plusieurs) idées délirantes pendant une durée de 1 mois ou plus.
- B) Le critère A de la schizophrénie n'a jamais été rempli.
N.B. : Si des hallucinations sont présentes, elles ne sont pas prééminentes et elles sont en rapport avec le thème du délire.
- C) En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.
- D) Si des épisodes maniaques ou dépressifs caractérisés sont survenus concomitamment, ils ont été de durée brève comparativement à la durée globale de la période délirante.
- E) La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale et elle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

II) Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-V :

- A) Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
 - 1. Idées délirantes ;
 - 2. Hallucinations ;
 - 3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents) ;
 - 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ;
 - 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).

- B) Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble.
- C) Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer.
- D) Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus.
- E) Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

III) Critères diagnostiques du trouble schizoaffectif selon le DSM-V :

- A) Période ininterrompue de maladie pendant laquelle sont présents à la fois un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque) et le critère A de schizophrénie.
N.B. : En cas d'épisode dépressif caractérisé, le critère A1 (humeur dépressive) doit être présent.
- B) Idées délirantes ou hallucinations pendant au moins 2 semaines sur toute la durée de la maladie, en dehors d'un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque).
- C) Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique caractérisé sont présents pendant la majeure partie de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
- D) La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

Annexe 2 – Critères diagnostiques des troubles bipolaires chroniques (5)

I) Critères diagnostiques du trouble bipolaire de type I selon le DSM-V :

- 1) A répondu aux critères d'au moins un épisode maniaque (critères A-D d'un « Épisode maniaque »).
- 2) La survenue de l'épisode ou des épisodes maniaques ou dépressifs n'est pas mieux expliquée par un trouble schizotypique, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique spécifié ou non spécifié.

Épisode maniaque

- A) Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).
- B) Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
 - 1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
 - 2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement ; 3 heures de sommeil) ;
 - 3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler ;
 - 4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ;
 - 5. Distractibilité (c.-à-d. que l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée ;
 - 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (c.-à-d. activité sans objectif, non orientée vers un but) ;
 - 7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

- C) La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.
- D) L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A à D définissent un épisode maniaque. Au moins un épisode maniaque au cours de la vie est nécessaire pour un diagnostic de trouble bipolaire I.

Épisode hypomaniaque

- A) Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.
- B) Identique au critère B de l'épisode maniaque
- C) L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.
- D) La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.
- E) La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.
- F) L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance.

N.B. : Les critères A à F définissent un épisode hypomaniaque. Les épisodes hypomaniaques sont fréquents dans le trouble bipolaire I mais ne sont pas nécessaires pour poser ce diagnostic.

Épisode dépressif caractérisé

- A) Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.
 - 1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure) ;
 - 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres) ;
 - 3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours ;
 - 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours ;
 - 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur) ;
 - 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours ;
 - 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade) ;
 - 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) ;
 - 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B) Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C) L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A à C définissent un épisode dépressif caractérisé. Les épisodes dépressifs caractérisés sont fréquents au cours du trouble bipolaire I mais leur présence n'est pas requise pour son diagnostic.

II) Critères diagnostiques du trouble bipolaire de type II selon le DSM-V :

- 1) Les critères sont remplis pour au moins un épisode hypomaniaque (critères A-F d'« épisode hypomaniaque » supra) et au moins pour un épisode dépressif caractérisé (critères A-C d'« épisode dépressif caractérisé »).
- 2) Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque.
- 3) L'apparition de(s) l'épisode(s) hypomaniaque(s) et de(s) l'épisode(s) dépressif(s) n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.

III) Critères diagnostiques du trouble cyclothymique selon le DSM-V :

- A) Existence pendant au moins 2 ans de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode hypomaniaque et de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode dépressif caractérisé.
- B) Durant la période de 2 ans décrite ci-dessus, les périodes hypomaniaques et dépressives ont été présentes pendant au moins la moitié du temps et la personne n'a pas connu de période de plus de 2 mois consécutifs sans les symptômes.
- C) Les critères pour un épisode dépressif caractérisé, maniaque ou hypomaniaque n'ont jamais été réunis.
- D) Les symptômes du critère A ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique.
- E) Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou à une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).
- F) Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Annexe 3 : Méthode des 7 questions

1) Quelle est ma question initiale ?

Initialement ma question de recherche était la suivante : « Explorer la représentation des médecins généralistes de leur prise en charge somatique des patients majeurs suivis par un spécialiste pour un trouble mental ». Après réflexion la question du participant s'est inversée, donnant : « Explorer la perception des patients souffrant d'un trouble mental sévère concernant la prise en charge de leur santé somatique en médecine générale ». Après discussion avec mes directeurs de thèse j'ai choisi d'élargir ma question recherche sur l'accès aux soins : « Quelles sont les raisons du faible accès aux soins des patients atteints d'un trouble mental sévère ? »

2) Comment en suis-je venu à me poser cette question ?

Mon hypothèse initiale était que la présence d'une pathologie psychiatrique sévère chez un patient modifiait sa prise en charge somatique entraînant une inégalité d'accès aux soins de ville ou hospitaliers par rapport à la population générale. Je pensais qu'il y avait une perte de chance en matière de soins somatiques du fait d'une diminution d'accès aux soins et/ou d'une baisse de leur qualité.

Ce constat a fait suite à mon stage dans un service de psychiatrie en mars 2020 à l'aube de la pandémie Covid-19 avec une appréhension et une incompréhension de la situation sanitaire aussi bien pour moi en tant qu'étudiant de 6ème année que pour les patients. J'ai été attiré par l'envie de soigner, écouter et prendre en considération les demandes de ces patients qui dans l'imaginaire collectif sont considérés comme des marginaux ou des « fous ».

Ayant choisi la spécialité médecine générale, je me suis interrogé dans un premier temps sur ce que pensaient les médecins généralistes de leur prise en charge sur le plan somatique des patients atteints d'un trouble mental sévère.

En rencontrant le Dr Perrain Alice puis le Dr Samko Boris, j'ai appris qu'ils travaillaient conjointement au sein de « Médecine Générale et Psychiatrie 37 » afin de favoriser la coordination de ces professionnels de santé dans le territoire. De ce fait, je me suis questionné sur la perception des médecins généralistes et des psychiatres face à la prise en charge somatique de cette population.

À la suite de nos discussions et de ma lecture de la littérature, j'ai décidé de prendre le contre-pied et ai recentré mon interrogation sur le patient, sur ce qu'il pouvait percevoir, ressentir et comprendre des soins auxquels il participe. Au-delà de leur ressenti je voulais également comprendre réellement leur perspective et ce qu'ils vivaient. J'avais remarqué que la question de la prise en charge somatique de cette population avait été soulevée à de multiples reprises. Cependant, se pencher sur la problématique de l'accès aux soins du point de vue des patients me paraissait être une piste très intéressante et plus novatrice.

3) Si j'étais moi-même interrogé, quelle serait ma réponse ?

Si j'étais un patient atteint d'un trouble mental sévère, est-ce que je me soucierais de moi-même ? Est-ce que je me sentirais malade ou bien « normal » ? Est-ce que j'irais voir mon médecin généraliste comme tout le monde ? Est-ce que je me rendrais compte des difficultés des autres pour consulter ? Est-ce que je prendrais conscience de mes propres difficultés ? À travers ces questions, j'expose mon doute concernant ce que représentent les soins en médecine générale et l'accès aux soins pour cette population.

En mettant de côté mon appartenance au corps médical et en tentant d'avoir un regard naïf par rapport au monde médical, je dirais que les soins pour les patients psychiatriques sont sûrement plus complexes qu'ils n'y paraissent car ces patients ont probablement une perception de leur pathologie, une relation aux soins et aux professionnels de santé différente d'une personne sans trouble mental. De ce fait, il est légitime de penser que pour ces patients leur accès aux soins est un chemin semé d'embûches.

Néanmoins, en tant que patient j'espérerais que tout le monde puisse bénéficier de la même qualité des soins qu'il soit atteint d'une pathologie psychiatrique ou non, quelle que soit la sévérité. Je me dirais que dans un monde idéal de la Médecine et de la prise en charge de la santé somatique et psychiatrique, tout le monde devrait avoir accès à un minimum de soins où qu'il aille en France, qu'il ait ou non un soignant référent et indépendamment de ses valeurs. Je dirais qu'actuellement les médecins généralistes ne traitent pas tous les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère de la même manière, mais qu'au regard de nos pathologies et comorbidités, ils doivent nous proposer le même accès aux soins, nous permettre de choisir en connaissance du rapport bénéfice/risque les meilleures options de soins afin d'accéder à un « état de complet bien-être physique, mental et social ».

Cependant, étant conscient entre autre des disparités territoriales médicales, des difficultés économiques du système de santé, des différences pouvant exister dans la confiance accordée à un professionnel de santé, dans la qualité de la relation médecin-malade, des différences d'appétence des médecins généralistes pour la psychiatrie, de l'appréhension que peut véhiculer le mot psychiatrique auprès de la population soignante ou non, de la non acceptation de leur pathologie par les patients, de leurs problèmes socio-économiques, je me dirais en tant que patient psychiatrique que je n'ai pas la même chance d'accès aux soins que les autres. Je me dirais également qu'il y a autant de façon d'exercer la médecine que de médecin et donc tout autant de façon différente d'être correctement soigné ou non.

4) Pourquoi suis-je convaincu que cette question est pertinente ?

La santé mentale est tout d'abord un droit fondamental de chaque être humain et est - d'autant plus depuis quelques années du fait de la crise sanitaire de la Covid-19 - un sujet d'actualité, de préoccupation mondiale et un enjeu majeur de la santé publique. De plus, je suis convaincu que porter à la connaissance des professionnels de santé le vécu de ces patients, peut les éclairer dans la compréhension des enjeux pour la promotion et l'amélioration de la santé mentale.

5) Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?

J'attends des participants soit qu'ils ne se rendent pas compte réellement du lien entre leur pathologie et le médecin généraliste ou bien qu'ils perçoivent au contraire des différences d'accès aux soins dans le sens positif comme négatif. Je pense que certains auront eu des possibilités dans le sens où l'entrée dans les soins psychiatriques aura pu permettre l'accès à d'autres soins, alors que d'autres auront eu des difficultés d'accès aux soins du fait de barrières socio-économiques ou d'expériences négatives auprès de certains médecins généralistes.

Je m'attends à des revendications, des contestations, des plaintes, des désaccords mais aussi de la passivité, de la résignation ou bien une reconnaissance, des adéquations, de la coopération et de l'adhésion vis-à-vis des soins en médecine générale.

Je pense que certains participants auront un médecin généraliste avant le diagnostic des troubles psychiatriques et que cela ne changera pas la relation qu'ils ont avec leur soignant, qu'ils continueront à le voir. Je pense également que certains patients auront un médecin généraliste bien après le diagnostic de leur pathologie et qu'ils n'éprouveront pas de difficultés à le consulter.

A contrario je pense que certains participants qui n'avaient pas de médecin généraliste traitant auront d'autant plus de difficultés à en avoir un et donc qu'ils seront en difficulté pour consulter à temps. Je pense également que certains participants ayant ou non un médecin généraliste, n'iront pas ou très peu en consulter un car ils n'en éprouveront pas l'envie ou trouveront d'autres moyens de se soigner.

In fine, je m'attends à plusieurs éventualités et j'espère avoir un pool de participants qui permettra d'explorer leur vécu dans chacune de ces configurations.

6) Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ?

Je n'attends pas des participants à ce qu'ils partagent tous la même opinion, la même expérience face aux soins mais au contraire à une diversité de point de vue et de vécu.

Je ne m'attends pas à une concordance des vécus vers la facilité pour tous à accéder au médecin généraliste ou bien au contraire à une unanimité pour un accès aux soins quasi impossible ou inexistant. Je ne m'attends donc pas à des extrêmes.

7) Quelle est finalement ma question de recherche ?

Pour conclure, mon objectif de recherche est le suivant : « Explorer le vécu des patients atteints d'un trouble mental sévère concernant l'accès aux soins en médecine générale ». Il en résulte ma question de recherche : « Quel est le vécu des patients atteints d'un trouble mental sévère concernant l'accès aux soins en médecine générale ? ».

Annexe 4 : Extrait du journal de bord

24 Juin 2021 : Session Thèse 1 à la faculté de médecine

Beaucoup de sujets de thèse m'intéressent à savoir explorer la représentation des médecins généralistes face à la prise en charge des patients suivis pour des troubles mentaux, ou bien les troubles du sommeil chez les médecins généralistes depuis la pandémie Covid-19, ou bien le vécu des médecins généralistes face à la désertification médicale en Région Centre.

➔ Préférence pour l'étude de la santé mentale des soignants ou de la prise en charge des patients psychiatriques.

6 Janvier 2022 : Session Thèse 2 à la faculté de médecine

Le choix de mon sujet de thèse s'oriente sur l'exploration de la représentation des médecins généralistes de leur prise en charge somatique des patients majeurs suivis par un spécialiste pour un trouble mental.

9 Janvier 2022 : Recherche dans la littérature médicale

Création d'un document Word® intitulé « Liens articles et thèses » contenant de multiples articles avec un bon niveau de preuve scientifique ainsi que des thèses médicales que j'ai sélectionné et qui me sert de support pour trouver mon positionnement en tant que chercheur.

26 Juin 2022 : J'ai trouvé ma directrice de thèse ?

Discussion avec le Dr PERRAIN Alice au sujet des études s'intéressant aux courriers des médecins généralistes adressés aux psychiatres et aux réponses des psychiatres dans le but d'optimiser les courriers d'adressage et la communication interprofessionnelle.

Il existe une difficulté d'accès aux soins des patients psychiatriques évidente et un des projets de médecine générale & psychiatrie 37 serait de trouver des pistes d'amélioration pour que cette population qui présente des pathologies lourdes, qui sont suivis dans des CMP ou par des psychiatres libéraux puissent avoir un meilleur accès aux soins sachant que leur mortalité est plus élevée qu'une population exempte de pathologie psychiatrique.

La porte d'entrée serait d'avoir un médecin traitant dans un premier temps mais pas que, il faudrait surement aller au-delà de cette idée.

➔ Articuler ma thèse sur l'accès aux soins et la prise en charge somatique des patients psychiatriques en médecine générale

6 Septembre 2022 : Réflexion du sujet de thèse avec thème, objectif et méthode

1 – Idée de base :

- Thème : Représentation des médecins généralistes dans le département d'Indre-et-Loire vis-à-vis de la prise en charge des patients suivis pour des troubles mentaux
- Objectif : Explorer/Rechercher la représentation des médecins généralistes de leur prise en charge somatique des patients majeurs suivis par un spécialiste pour un trouble mental
- Méthode : Étude qualitative menée par entretiens individuels semi-structurés

2 – Idée nouvelle :

- Thème : Accès aux soins somatiques des patients suivis par un psychiatre en médecine générale
- Objectif 1^{er} : Explorer les représentations et le ressenti des MG à propos de l'accès aux soins somatiques des patients suivis en psychiatrie/par un psychiatre
- Objectif 2^{ndr} : Déterminer les leviers facilitant l'accès aux soins somatiques des patients ayant un trouble mental/suivis en psychiatrie
- Méthode : Étude qualitative menée par entretiens individuels semi-structurés

8 Septembre 2022 : Thèse dating avec mon futur co-directeur de thèse ?

Discussion avec le Dr SAMKO Boris qui accepte de m'aider dans mon projet de thèse et qui m'incite à effectuer un travail de qualité en vue de pouvoir publier.

10 Septembre 2022 : Débriefing avec directrice de thèse

Rétrécissement de la population sélectionnée aux patients souffrant de troubles psychiatriques sévères (troubles bipolaires et schizophréniques) plutôt que les troubles psychiatriques fréquents (troubles anxieux, dépressifs, du comportement alimentaire ou addictifs). Il s'agit de patients présentant un accès aux soins plus précaire et donc pour lesquels il y a plus de choses à surveiller, à prendre en charge et donc des soins plus complexes à coordonner.

➔ Comment développer l'accès aux soins somatiques des patients avec des pathologies psychiatriques peu vus en médecine générale ? Autant demander directement aux patients !

➔ Pourquoi les patients avec des pathologies psychiatriques sévères ne vont pas consulter le médecin généraliste ?

11 Avril au 8 Juillet 2023 : Élaboration du guide d'entretien

Plusieurs thèmes ressortent : la relation entre patients et MG, le rôle du MG dans les soins somatiques, la perception des patients de leur état de santé, les représentations du MG par les patients, les souvenirs de consultations, les pratiques de consultation chez le MG, les freins et les facilitateurs à la consultation, les perspectives des patients sur l'accès aux soins.

➔ Après participation au JUMG, je choisis d'aborder mes thèmes en reprenant le schéma d'une fleur à plusieurs pétales. Chaque thème contenant les questions devra être abordé au fur et à mesure de l'entretien avant de passer à un autre thème.

22 Juillet 2023 : Validation de la fiche de projet de thèse

Note globale de 22/35 équivalent à 12,5/20. Un peu déçu de ne pas avoir su éveiller un plus grand intérêt pour mon projet.

Octobre 2023 : Échec de prise de rendez-vous pour entretiens tests

Une première patiente a repoussé le premier rendez-vous par oubli puis a annulé la semaine suivante car ne se sentait pas apte à répondre à mes questions (patiente avec un trouble bipolaire sévère ayant consulté avec moi pour phase dépressive). La seconde patiente n'est pas venue et n'a pas prévenu. Le dernier patient était hospitalisé au moment de mes appels et n'est pas sorti de l'hôpital avant que je termine mon stage de SASPAS 36.

➔ Cela montre bien que l'accès aux soins est compliqué : annulation sans prévenir, annulation du fait de l'expression de la pathologie psychiatrie ou bien obstacle du fait de l'hospitalisation.

28 Novembre 2023 : Entretien test avec ma 1^{ère} patiente

Entretien qui a duré environ 30 min avec chez une patiente qui souffre d'une dépression sévère que j'ai interrogé directement chez elle car elle n'a pas de moyen de transport.

Je pense que la patiente ne voulait pas trop en dire vis-à-vis de moi sachant que nous nous ne connaissions pas. J'ai dû diriger l'entretien entièrement, insister, relancer souvent, reformuler, multiplier les questions afin d'avoir des éléments de discussions par la suite.

➔ Je me rends compte que le guide d'entretien est peut-être à modifier car il y a des questions qui ne m'apparaissent pas pertinentes et qui n'améliorent pas la discussion. À voir au fil des entretiens si ma façon de faire ne convient pas ou bien s'il s'agit de la pathologie du participant qui affecte grandement le dialogue et qui pourrait justifier ce peu de réponses/discussion. Grandes difficultés éprouvées pour obtenir des informations.

Décembre 2023 : Entretiens tests avec 2^{ème} et 3^{ème} patients

Je ne pensais pas que c'était aussi difficile car ces patients ont un langage et des pensées perturbées et donc n'ont pas le même discours que la population sans pathologie psychiatrique.

Améliorations possibles :

- S'investir, copiner pour se faire accepter et qu'ils aient confiance en moi
- Prendre du temps de se présenter à l'équipe
- Se présenter comme chercheur plutôt que comme médecin en formation pour ne pas augmenter le biais de désirabilité
- Avoir une attitude d'écoute, ne pas reformuler les réponses, ne pas induire !
- Utiliser l'écho et le miroir : prendre la même forme de phrase
- Utiliser des questions ouvertes uniquement

21 Décembre 2023 : Prise de connaissance équipe psychiatrie CAMSPS CMPP Tours-Nord

Accueil très sympathique de l'équipe CMP-HDJ. Je me rends compte en arrivant sur place que la tâche va être ardue car les patients ont des ateliers, viennent à des heures aléatoires

➔ 3 refus d'entretien – réflexion : peut-être qu'il ne faut pas employer les termes « chercheur » ou « votre vécu » qui peut peut-être effrayer ou bien être perçu comme intrusif. Privilégier les termes : « étudiant », « point de vue » ou « avoir votre avis »

Utiliser le mot « thèse » permet d'adhérer les patients interrogés car ils m'aident dans mon travail et se sentent utiles

22 Décembre 2023 : Réalisation du 1^{er} entretien à l'HDJ-CMP

Je constate dans l'analyse de l'entretien avec P1 qu'il expose d'une amélioration pour l'accès aux soins telle que la création d'un temps de partage au travers une réunion médecin généraliste, psychiatre et patient. Malheureusement lors de l'entretien j'ai manqué de rebondir là-dessus mais il m'apparaît intéressant d'en faire une question à poser aux autres patients psychiatriques afin d'avoir leur avis sur l'intérêt d'une telle rencontre

➔ Ajouter au questionnaire : Quelqu'un d'autre m'a parlé d'un échange avec une réunion entre MG et psychiatre, qu'est-ce que vous en pensez ?

26 Décembre 2023 : Entretiens non exploitables ?

Les 2 patients que j'ai interrogés ont reçu juste avant l'entretien une molécule qui peut peut-être modifier le fonctionnement cérébral. Après discussion avec des IDE de l'HDJ il s'avère que le ZYPADHERA est une molécule à effet retard avec absence d'effet indésirable post-injection immédiat contrairement au SPRAVATO qui peut entraîner un état dissociatif parfois peu de temps après la prise nasale. Par ailleurs un des patients interrogé a pour médecin traitant son mari.

➔ Limite de l'étude possible : Il peut s'agir d'un biais même si les entretiens sont tous effectués dans un même lieu (le même bureau tout le temps), aux mêmes horaires (le matin avant une activité/atelier), suite à la prise d'un traitement nécessitant une surveillance de 3h ou non

➔ Retrait de l'étude des patients dont un proche ont un MG + ne pas effectuer d'entretien après SPRAVATO

➔ À ce jour : 5 refus de patients - 3 entretiens effectués (dont 1 non inclus)

13 Mars 2024 : 4^{ème} et 5^{ème} entretiens effectués

Après Codage des 3 premiers entretiens

➔ Ajouter au questionnaire : Qu'est-ce que vous pensez de la téléconsultation ?

➔ À ce jour : 7 refus de patients - 5 entretiens effectués (dont 1 non inclus)

20 Août 2024 : Catégories effectuées pour E1 à E10

➔ À ce jour : 10 refus de patients - 11 entretiens effectués (dont 1 non inclus)

Annexe 5 : Guide d'entretien évolutif

Version initiale :

Souvenirs de consultation en MG

Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière fois que vous avez été chez le MG et que ça s'est bien passé ?

Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière fois que vous avez été chez le médecin généraliste et que ça s'est mal passé ?

Présence d'un médecin traitant

Etes-vous suivi par un médecin traitant ?

À quelle fréquence par an le voyez-vous ?

Changez-vous souvent de médecins traitants ?
Si oui, pour quelles raisons ?

Êtes-vous satisfait de votre prise en charge ? Pourquoi ?

Pour quelles raisons n'avez-vous pas de MT ?

Etiez-vous suivi par un médecin généraliste dans le passé ?
Si oui, quelle était les raisons de cette rupture de soins ?

Représentations du MG

Comment imaginez-vous votre médecin généraliste ?
Comment voudriez-vous qu'il soit ?

Pour vous, quel est le rôle d'un médecin généraliste ?

Quelles sont vos attentes du médecin généraliste ?
Quelles doivent être ses qualités ?

Comment décririez-vous la relation que vous avez avec ce professionnel de santé ?

Accès aux soins

Est-ce que c'est facile pour vous de voir le MG ?
Pour quelles raisons ?

Expliquez-moi ce qui facilite l'accès à la consultation du MG

Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour aller consulter un professionnel de santé ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

Est-ce que ça vous est arrivé de ne pas aller consulter alors que vous l'aviez prévu ? Ou de ne pas aller consulter alors que vous en auriez eu besoin ?

Pour quelles raisons avez-vous préféré reporter ou annuler ?
Du coup, comment avez-vous procédé ?

Est-ce que cela vous est arrivé de renoncer de voir le MG ?

Peut-être qu'à des moments vous avez hésité à voir le MG, pourquoi ?

Pratiques de consultation

Comment est-ce que vous vous organisez pour voir le MG ?

Pouvez-vous m'expliquer quelle organisation cela suppose (avant, pendant et après la consultation) ?

À quel moment de la semaine vous y rendez-vous ?
À quel moment de la journée ? Pour quelles raisons ?

Comment prenez-vous les rendez-vous avec votre MG ?

Comment allez-vous au rendez-vous chez votre MG ?
Est-ce que se rendre chez lui vous semble pratique, facile ?

En cas de besoins, quels moyens utilisez-vous pour le MG ?

S'il le médecin n'est pas disponible, que faites-vous en cas de problème de santé ?

Qu'est-ce qui pourrait être amélioré pour voir le MG ?

Comment les patients souffrant de troubles mentaux sévères vivent-ils l'accès aux soins en médecine générale ?

Souvenirs de consultation en médecine générale : Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière fois que vous avez été chez le médecin généraliste ?

- Pouvez-vous me raconter une de vos consultations avec un médecin généraliste ? Celle que vous voulez
- **Bonus : Racontez-moi votre rencontre avec votre MG ?**

Présence d'un médecin traitant : Avez-vous un médecin traitant ?

- Le médecin dont vous me parlez est-il votre médecin traitant ?
- Si non, pour quelles raisons vous n'en avez pas ?
- Etiez-vous suivi par un médecin généraliste dans le passé ?
 - o Si oui, pourquoi vous ne le voyez plus ?
- Changez-vous souvent de médecins généralistes ?
 - o Si oui/non, pour quelles raisons ?

Représentation du médecin généraliste : C'est quoi pour vous avoir un médecin généraliste ?

- Ça sert à quoi pour vous d'avoir un médecin généraliste ? ou Qu'est-ce que vous attendez du médecin généraliste ?
- Qu'est-ce que vous pouvez me dire de votre médecin généraliste ?
- **Bonus : Qu'est-ce que vous pensez de votre suivi avec le médecin généraliste ?**

Pratiques de consultation : Comment est-ce que vous vous organisez pour voir le médecin généraliste ?

- Dans votre journée quand vous avez une consultation avec le médecin généraliste, ça se passe comment ?
- Comment prenez-vous les rendez-vous avec votre médecin généraliste ?
- Comment allez-vous au rendez-vous chez votre médecin généraliste ? Est-ce que se rendre chez lui vous semble pratique, facile ?
- En cas de besoins, quels moyens utilisez-vous pour contacter votre médecin généraliste ?
- S'il le médecin n'est pas disponible, que faites-vous en cas de problème de santé ?
- **Bonus : Que pensez-vous d'un échange entre MG et psychiatre ?**
- **Bonus : Que pensez-vous de la téléconsultation ?**
- **Bonus : Qu'est-ce qui pourrait être amélioré pour voir le médecin généraliste ?**

Accès aux soins : Est-ce que c'est facile pour vous de voir le médecin généraliste ?

- Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour aller consulter le médecin généraliste ? Pouvez-vous me donner des exemples ?
- Est-ce que cela vous est arrivé de renoncer de voir le médecin généraliste ?
- Est-ce que ça vous est arrivé de ne pas aller consulter alors que vous l'aviez prévu ? Ou de ne pas aller consulter alors que vous en auriez eu besoin ?
 - o Pour quelles raisons avez-vous préféré reporter ou annuler ?
 - o Du coup, comment avez-vous procédé ?
- Peut-être qu'à des moments vous avez hésité à voir le médecin généraliste, pourquoi ?

Caractéristiques du patient :

- Sexe :
 - Féminin
 - Masculin
- Âge :
 - Date de naissance
- Pathologie psychiatrique rapportée par le patient :
 - Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
 - Trouble bipolaire chronique
 - Dépression sévère
- Pathologies somatiques rapportées par le patient :
 - Addiction (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, jeux pathologiques)
 - HTA
 - Diabète
 - Dyslipidémie (problème de cholestérol)
 - Obésité
 - Cancers
 - Sd d'apnée obstructive du sommeil
 - Pathologies musculo-squelettiques (ostéoporose)
 - Pathologies endocriniennes (thyroïde)
- Moyen de locomotion
 - Transport en commun
 - Véhicule motorisé (voiture, moto, scooter)
 - Piéton
 - Vélo, trottinette
- Temps entre domicile et cabinet du médecin généraliste :
 - < 5 min
 - Entre 5 et 15 min
 - Entre 15 et 30 min
 - > 30 min
- Cohabitation :
 - Vit seul
 - Vit avec un autre adulte
 - Vit avec un/des enfant(s)
- Nombre de consultation chez le médecin généraliste par an :
 - Tous les ans = 1 fois/an
 - Tous les 6 mois = 2 fois/an
 - Tous les 4 mois = 3 fois/an
 - Tous les 3 mois = 4 fois/an
 - Tous les 2 mois = 6 fois/an

Annexe 6 : Lettre d'information et formulaire de non-opposition

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique concernant le vécu des patients atteints de maladie psychiatrique consultant le médecin généraliste.

Ce recueil d'informations est anonyme : Je n'utiliserai pas vos noms ni vos informations personnelles pour cette étude. Votre identité ne sera divulguée à personne. Les réponses que vous donnerez seront utilisées sans mentionner les informations qui pourraient vous identifier.

Votre participation est volontaire, vous êtes libre d'accepter ou de refuser, sans conséquence pour vous. Si vous acceptez de participer, vous pouvez décider de quitter la discussion à tout moment, sans vous justifier.

Votre collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de votre part.

BUT DE L'ÉTUDE : Connaître votre vécu et votre point de vue au sujet de l'accès au médecin généraliste

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE :

Je vous poserai des questions ouvertes et écouterai vos réponses et vos expériences. Je ne jugerai pas vos paroles. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Cette séance de discussion peut durer de quelques minutes à une heure suivant ce que vous allez me dire. Si mes questions ne sont pas claires, n'hésitez pas à me le dire. Si vous avez des questions sur le sujet, n'hésitez pas à me les poser. J'essayerai d'y répondre, si possible à la fin de l'entretien, pour vous laisser entièrement la parole avant.

La séance sera enregistrée, je ne ferai pas écouter ces enregistrements à des personnes extérieures à l'étude.

Les enregistrements seront analysés et une partie de vos réponses pourra être publiée sans que votre identité ne soit dévoilée. Vous pouvez refuser l'enregistrement si vous le souhaitez.

ÉQUIPE DE RECHERCHE :

- Investigateur principal : Mr SASSIAT Olivien, interne en médecine générale
- Directeur de thèse : Dr PERRAIN Alice, médecin généraliste
- Co-directeur de thèse : Dr SAMKO Boris, médecin généraliste et maître de conférences associé

FORMULAIRE DE NON OPPOSITION A L'UTILISATION DES DONNÉES :

Date, lieu, heure :

Je déclare ne tirer aucun bénéfice de ce projet de recherche.

J'accepte de participer à l'étude sur le vécu des patients atteints de maladie psychiatrique consultant un médecin généraliste.

Nom :

Signature (participant)

Nom :

Signature (investigateur)

Annexe 7 : Avis favorable du comité Espace de Réflexion Éthique
de la Région Centre-Val de Loire (ERERC)



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Olivier SASSIAT

Titre du projet de recherche : Vécu des patients atteints de troubles mentaux sévères face à l'accès aux soins en médecine générale en Indre-et-Loire

N° du projet : 2023 077

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

☒ **FAVORABLE**

☐ **DÉFAVORABLE**

☐ **SURSIS A STATUER**

☐ **DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

au projet de recherche n° 2023 077

A Tours, le 30/04/2024

Dr Thomas Léonard
Président du Groupe Ethique Clinique

Annexe 8 : Grille COREQ

Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	p17, Annexe6
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Annexe 6
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Annexe 6
Gender	4	Was the researcher male or female?	Annexe 6
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	p40
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	p17
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Annexe 6
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Annexes 3 - 6
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	p17
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	p17
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	p17
Sample size	12	How many participants were in the study?	p18, p20
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	p20, p70
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	p17
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	p18, p70
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	p20
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	p18, Annexe5
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	p18
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	p18
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	p18, Annexe4
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	p20
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	p18
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	x
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	p19
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	p19
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	p19
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	p19
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	x
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	p21 à 38
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	p42 à 47
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	p21 à 38
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	p42 à 47

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Vu, les Directeurs de Thèse


Docteur Alice PERRAIN
01 - Médecine générale Conventionné
27 Rue d'Antioche
37150 LA CROIX EN TOURAINE
37 1 05189 7 00 1 20 1 01



Dr Boris Samko

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours Tours, le**

SASSIAT Olivien

79 pages – 1 tableau – 1 figure – 8 annexes

Résumé :

Introduction : Les personnes souffrant de troubles mentaux sévères présentent de multiples comorbidités somatiques requérant une surveillance accrue et des soins somatiques croissants avec la sévérité de leurs troubles. Paradoxalement, une surveillance insuffisante des maladies somatiques chroniques ainsi qu'un plus faible accès aux soins en médecine générale ont été décrits. L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des patients souffrant de troubles mentaux sévères sur de l'accès aux soins en médecine générale.

Méthode : Étude qualitative exploratoire menée de novembre 2023 à juin 2024. Échantillonnage raisonné homogène constitué de 10 patients souffrant d'un trouble psychiatrique sévère suivis en hôpital de jour. Analyse intégrative selon une approche inspirée de la phénoménologie interprétative.

Résultats : Les patients vivaient de manière différente l'accès aux soins tel un labyrinthe à multiples entrées s'articulant autour du médecin généraliste : porter son fardeau et parcourir le chemin dédaléen en direction du MG, s'en détourner en suivant la voie rebelle, se diriger passivement vers la route de l'insouciance, accéder au passage secret en adhérant aux soins, ou bien participer à ses soins et emprunter le sentier privilégié.

Discussion : Le vécu des patients fait apparaître l'accès aux soins tel un parcours d'obstacles entre souffrance, handicap et stigmatisation. En réponse à cette difficulté d'accès, les patients ont développé une forme de réflexivité aboutissant à une projection dans leurs soins, leur donnant l'occasion de chercher un équilibre et d'accéder à soi-même. La relation de confiance établie avec le médecin généraliste est comme un guide à l'accès aux soins et le positionne comme un acteur central dans les soins somatiques. La collaboration interprofessionnelle MG-psychiatre apparaît comme une nécessité pour les patients afin d'améliorer leur accès aux soins primaires. Leur vécu souligne la nécessité de les intégrer dans une prise en charge globale en favorisant leur empowerment pour leur capacité d'agir dans le cadre d'une décision partagée des soins.

Mots clés : Médecine générale – Psychiatrie – Troubles mentaux sévères – Accès aux soins – Soins somatiques

Jury :

Président du Jury :	Professeur Vincent CAMUS
<u>Directeurs de thèse :</u>	<u>Docteur Alice PERRAIN</u> <u>Docteur Boris SAMKO</u>
Membre du Jury :	Docteur Pierre-Guillaume BARBE

Date de soutenance : 12 décembre 2024