

MEMOIRE DE MEDECINE GENERALE

Prise en charge d'un patient schizophrène au cabinet : solutions aux problématiques rencontrées par les généralistes. Groupe Nominal

Solutions to problems faced by general practitioners in the management of schizophrenic patients: nominal group.

C. RICHARD (IMG), B. ZAMBON (MG, Assistante Universitaire, département de Médecine Générale de l'Université Versailles-Saint-Quentin), F. URBAIN (Professeur Associé, département de Médecine Générale de l'université Versailles-Saint-Quentin), S.REVEILLEAU-RICHARD (MG, Maître de Stage Universitaire)

RESUME

Introduction : La schizophrénie est un trouble mental sévère et chronique qui touche plus de 23 millions de personnes dans le monde, 0,5 à 1% de la population. L'espérance de vie des patients est réduite de 15 ans par rapport à la population générale, en raison de la surmortalité en particulier par suicides, cancers, maladies cardiovasculaires, pathologies respiratoires et addictions. Le suivi par les médecins généralistes (MGs) est jugé difficile. Les problématiques rencontrées par les MGs dans le suivi des patients schizophrènes en ambulatoire ont été hiérarchisées par un consensus Delphi (composé de médecins généralistes) préalable. Neuf ont été jugées prioritaires. L'objectif de notre étude est de proposer des solutions à ces problématiques.

Méthode : Un groupe nominal en deux séances réunissant 9 à 10 professionnels (MGs, psychiatres, infirmière, travailleuses sociales) expérimentés dans la prise en charge de patients schizophrènes a été organisé afin de trouver des solutions aux problématiques. Six vignettes cliniques illustraient les neuf problématiques. Les solutions proposées aux problématiques ont été exposées, discutées puis votées par ordre d'importance.

Résultats : Cinq solutions ont été retenues par problématique. Les autres propositions et les commentaires des experts sont des résultats secondaires. D'une manière générale, les experts attachent beaucoup d'importance aux relations, médecin-malade et interprofessionnelles (travail en réseau). Ils accordent une grande valeur à la construction d'une alliance thérapeutique solide et préfèrent privilégier le choix du patient pour favoriser son implication dans les soins.

Conclusion : Cette étude a permis de proposer des solutions concrètes, suggérées par des experts de terrain, aux problématiques rencontrées par les médecins généralistes dans le suivi des patients schizophrènes. Ces solutions seront évaluées lors d'une étude d'intervention et serviront à l'élaboration d'un guide pratique à destination des médecins généralistes.

Mots-clés : Soins de santé mentale communautaires, médecin généraliste, schizophrénie, conférence de consensus, soins de santé primaires

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a severe and chronic mental disorder that affects more than 23 million people worldwide, 0.5-1% of the population. Their life expectancy is reduced by 15 years compared to the general population because of excess mortality especially due to suicide, cancer, cardiovascular diseases, respiratory diseases and addictions. Follow-up by general practitioners (GPs) is considered difficult. A previous research paper has prioritized, using the Delphi technique, the difficulties encountered by GPs in monitoring schizophrenic patients in a community health care setting. Nine issues were considered a priority. The objective of this study is to recommend solutions to these difficulties.

Method: A nominal group was organized in two sessions of 9 to 10 professionals (GPs, psychiatrists, a nurse, social workers), who were experienced in the care of patients with schizophrenia, to find solutions to these difficulties. Six clinical vignettes illustrated the nine issues. The experts proposed solutions, which were exposed, discussed and voted for according to their importance.

Results: Five solutions were selected for each difficulty. The remaining solutions and the comments of the experts were secondary results. In general, the experts attached great importance to doctor-patient and professional relationships (networking). They place a high value on building a solid therapeutic relationship and prefer to focus on the patient's choice to encourage his implication in the treatment course.

Conclusion: This study has allowed us to propose concrete solutions, suggested by experts in the field, to the challenges faced by GPs in the follow-up of schizophrenic patients. These solutions will be assessed by an intervention study and will be used for the development of a clinical guide for GPs.

Keywords: community mental health care, general practitioner, schizophrenia, consensus conference, primary health care

Introduction

La schizophrénie touche environ 1% de la population mondiale. Résultant d'interactions complexes entre vulnérabilité génétique et facteurs environnementaux, elle présente classiquement des phases pré-morbides et prodromiques avec, le plus souvent, un début insidieux laissant le temps au médecin de faire un diagnostic précoce^{1,2}. Ce diagnostic précoce est un enjeu majeur puisqu'une durée de psychose non traitée allongée aggrave le pronostic et chronicise certains troubles³.

L'importance du médecin généraliste (MG) dans la prise en charge complexe et pluri-disciplinaire de ces patients s'illustrent par les nombreuses comorbidités somatiques et addictions associées, qui participent à une mortalité prématurée⁴, le bénéfice prouvé d'une prise en charge ambulatoire (sur le pronostic clinique et social, à moindre coût économique) et d'une relation de confiance instaurée dans la continuité^{5,6}, la nécessité d'une surveillance accrue et l'importance de l'impact psycho-somatique de la schizophrénie sur les aidants informels (généralement la famille au 1er degré), qui ont besoin d'être intégrés à la prise en charge et soutenus^{5,7}. De plus, beaucoup de patients schizophrènes perdent contact avec les secteurs psychiatriques⁸ mais retrouvent de la satisfaction à poursuivre une prise en charge avec leur MG, leur donnant une sensation de « normalité »⁹.

Du fait de symptômes très variés, dont souvent un défaut d'insight voire parfois des idées persécutives, des addictions fréquemment associées et les difficultés d'observance¹⁰, cette prise en charge n'est pas une mission facile pour le médecin généraliste. D'autant que la France n'échappe pas à la règle des problèmes majeurs de coordination et de communication entre médecine générale et psychiatrie¹¹.

Les médecins généralistes sont mal formés à la santé mentale¹², notamment pour le diagnostic, la détection précoce et le traitement de la schizophrénie et ils méconnaissent les structures adéquates¹³. Une étude constate que plus de 40 % des patients suivis par les généralistes auraient nécessité un avis spécialisé plus précoce¹⁴. La surveillance clinique est souvent inadéquate¹⁵.

Parmi les pathologies mentales, la schizophrénie est l'une des maladies les plus stigmatisées. Cela peut engendrer des conséquences négatives pour le patient, et créer un « deuxième niveau de la maladie », en étant par exemple source supplémentaire d'ignorance de symptômes somatiques, en plus de celle créée par la maladie elle-même¹⁶.

La littérature apporte de nombreuses possibilités de réponses mais celles-ci sont souvent vagues, délèguent aux acteurs leur application concrète sur le terrain, ou bénéficient d'un maillage territorial disparate et une méconnaissance par les MGs. (exemple du « case manager » mis en place dans certains pays Anglo-Saxons).

Pour ces raisons, un projet de recherche a débuté par la hiérarchisation des problématiques rencontrées par les MGs dans la prise en charge au cabinet d'un patient schizophrène. Le but de notre étude est maintenant de proposer des solutions concrètes à ces problématiques prioritaires, basées sur l'expérience d'experts pluri-professionnels.

Matériel et méthodes

Organisation d'un groupe nominal (GN) pour la génération d'idées et la hiérarchisation de solutions aux problématiques préalablement définies par le consensus Delphi¹⁷. Aucun financement n'a été accordé pour cette étude.

Avant le groupe nominal :

Les neuf problématiques ont été regroupées et illustrées dans six vignettes cliniques ; Vignette 1 : «Gestion des addictions », vignette 2 : «Accès à un avis psychiatrique diagnostique et thérapeutique, adressage pour suivi conjoint» et « Gestion des urgences psychiatriques », vignette 3 : «Informations sur l'hospitalisation [...] », vignette 4 : «Contact avec le psychiatre référent [...] » et « Surveillance somatique des traitements antipsychotiques », vignette 5 : « Prévention somatique » et « Observance médicamenteuse », vignette 6 : « Prise en charge sociale ». Elles ont été rédigées sur la base des commentaires Delphi, de cas cliniques trouvés dans la littérature et de l'expérience des auteurs. Elles ont été envoyées aux experts deux semaines avant la réunion pour permettre une réflexion anticipée (variant standard du groupe nominal).

Un groupe pluridisciplinaire d'experts dans la prise en charge ambulatoire de patients schizophrènes a été recruté : MGs, psychiatres, infirmiers (IDE), assistantes sociales et membres d'associations ou de familles de patients. Le recrutement a eu lieu majoritairement par courriel.

Le groupe nominal :

Le groupe nominal s'est déroulé en deux séances à un mois d'intervalle ; la première séance en présentiel et la deuxième en distanciel, en raison de contraintes spatio-temporelles. Au cours de la première séance, après relecture orale d'un cas clinique, chaque participant a énoncé un item par tour de table successif.

Chaque expert s'exprimait oralement devant le groupe et le secrétaire de séance notait les items affichés aux yeux de tous. Un expert ayant passé son tour pouvait de nouveau participer, permettant une « escalade d'idées ».

Les tours d'énoncés de propositions continuaient jusqu'à saturation des données, lorsqu'aucun participant n'avait de nouvelle proposition. Quand cela était nécessaire, une courte discussion de clarification avait lieu pour préciser l'item afin que chaque participant ait bien compris la même chose et qu'il n'y ait pas de redondances.

Chaque expert votait ensuite pour les 5 solutions les plus pertinentes pour chaque problématique. Le nombre de solutions à retenir était de cinq et des points (de 1 à 5) étaient attribués en fonction de leur importance (1 pour la moins importante, 5 pour la plus importante).

A la fin de la première réunion, les propositions des problématiques restantes ont été récupérées et listées en préparation de la suivante. Lors de celle-ci, après relecture de chaque cas clinique, la liste des propositions a été affichée aux experts qui ont pu les revoir et éventuellement les compléter. La discussion des propositions a eu lieu en cours de réunion mais les votes ont été transmis après celle-ci, par courriel à l'auteur principal.

La méthode d'évaluation

Le GN a permis d'établir des listes de solutions aux problématiques. A chacune d'entre elle a été attribuée deux valeurs : la première, un nombre total de points cumulés représentant la priorité (critère principal de classement des propositions) et la seconde, un pourcentage correspondant à la fréquence des votes qui représente la popularité (critère secondaire, nombre de votes/nombre de votants x 100). Les cinq propositions retenues comme prioritaires, c'est à dire avec le plus de points par problématique, sont le résultat principal de ce groupe nominal. Les autres propositions, leur popularité et les commentaires des experts serviront pour la rédaction du guide pratique.

Résultats

Douze experts dont six MG ont été recrutés. Parmi eux : 3 universitaires (Professeur (PA), Chef de Clinique Universitaire (CCU) et Maître de Stage Universitaire (MSU)) dont le Professeur est aussi addictologue. Un des médecins généralistes a travaillé plusieurs années en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et pratique aujourd'hui la psychothérapie (Diplôme Universitaire). Un sixième médecin généraliste a été recruté par le biais de l'Association Nationale Pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale (ANP3SM) : il contribue au conseil scientifique du congrès annuel et à certaines publications.

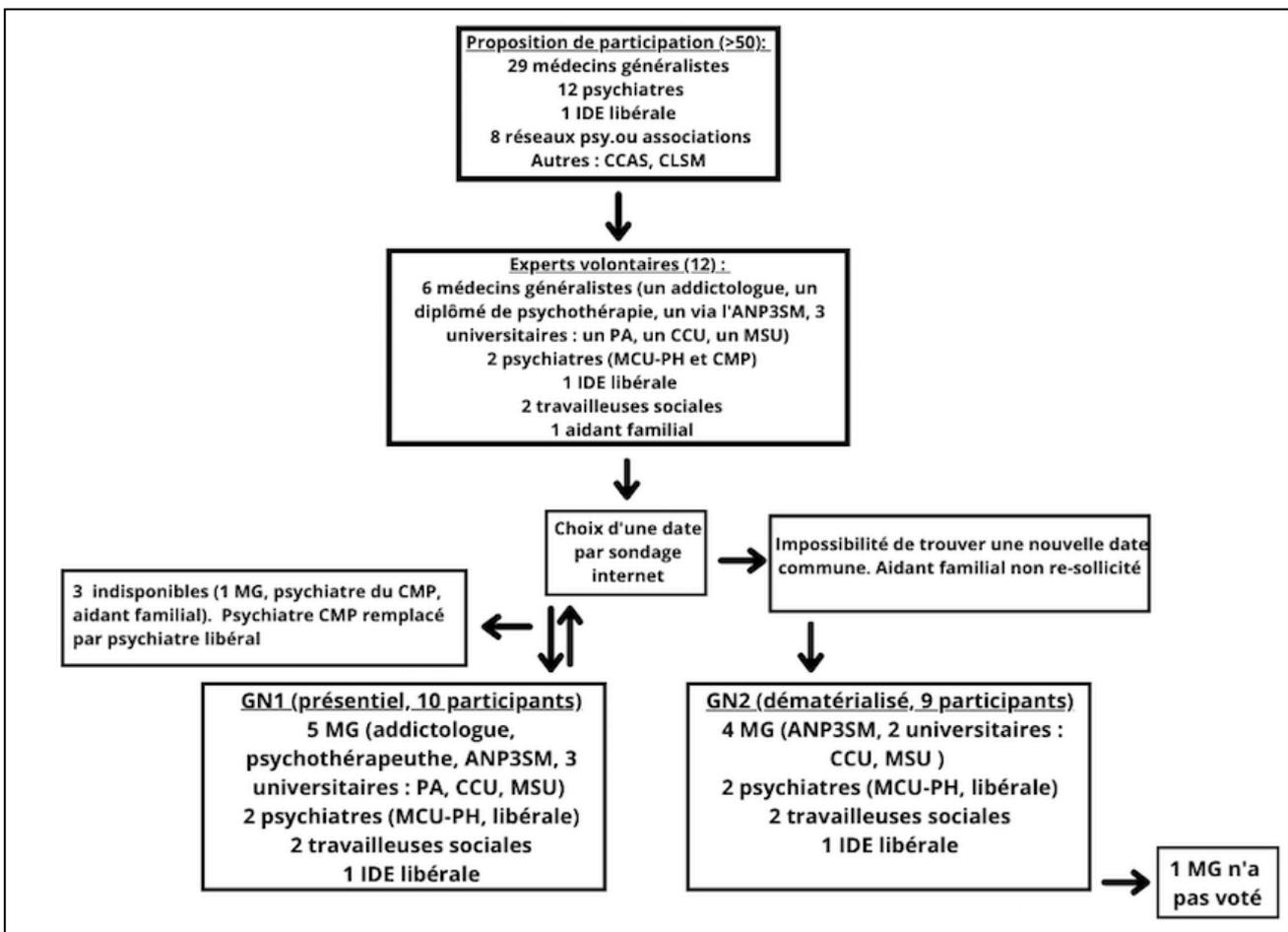


Figure 1. Organigramme du « parcours de recrutement » des experts et de l'organisation des groupes nominaux. IDE : Infirmière Diplômée d'Etat. CCAS : Centre Communal d'Action Sociale. CLSM : Conseils Locaux de Santé Mentale. ANP3SM : Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale. PA : Professeur Attaché. CCU : Chef de Clinique Universitaire. MSU : Maître de Stage Universitaire. MCU-PH : Maître de Conférences Universitaires – Praticien Hospitalier. CMP : Centre Médico-Psychologique. MG : médecin généraliste.

Les MG étaient en activité libérale depuis au moins cinq ans et avaient dans leur patientèle minimum cinq patients psychotiques. Quatre des six MG avaient participé au consensus Delphi préalable.

Parmi les autres experts, on comptait deux psychiatres : une Maître de Conférences Universitaires au CHU qui a participé à plusieurs ouvrages sur le sujet, notamment sur la thématique de la coordination, ainsi qu'à la mise en place d'un Dispositif de Soins Partagés (DSP) entre le CHU et les MG libéraux, et un autre psychiatre qui avait l'intérêt d'avoir une double casquette libérale/hospitalière.

L'IDE du groupe a travaillé 27 ans en psychiatrie. Le binôme de travailleuses sociales a eu comme expérience 30 mois de participation conjointe à l'expérimentation pluri-partenaire d'accompagnement socio-sanitaire en psychiatrie PASSVERS. Trois des douze participants ont déclaré avoir un proche (frère, neveu, fils) schizophrène.

Le GN a duré un total de 4h30 sur deux réunions. L'intégralité des propositions faites par les experts a été exposée par ordre de priorité.

Les tableaux 1 et 2 présentent les cinq propositions retenues pour chaque problématique.

Discussion

Comparaison à la littérature

De nombreux points communs entre les propositions de nos experts et celles de la littérature ont pu être observés, notamment celles de ne pas stigmatiser¹⁶, de l'importance de la relation médecin-malade, et de l'autonomisation du patient dès que cela est possible¹⁸. Il faut "démystifier pour permettre de déstigmatiser" la psychiatrie. La liberté laissée au patient, notamment dans la problématique addictologique, est en accord avec la littérature.

Quarante pourcent de nos experts privilégient la relation et l'alliance thérapeutique en laissant le choix au patient et quarante pourcent imposent le sevrage du cannabis, en accord avec les données d'une revue de la littérature du Lancet sur les conséquences néfastes du cannabis sur la pathologie¹⁹. Ce choix leur semblait néanmoins compliqué et évolutif. Parfois, "on met la problématique dans le mauvais sens : il faut d'abord créer le lien avant de chercher à [intervenir]".

Les médecins généralistes préfèrent un accès facilité aux avis psychiatriques plutôt qu'une formation concernant la pathologie schizophrénique, rare en fréquence dans leur pratique. Nos experts se demandent cependant comment ils peuvent aider au mieux le secteur psychiatrique. Ils sont conscients de l'importance d'une coopération et d'une coordination efficace, à la fois entre médecins généralistes et psychiatres mais aussi entre médecins généralistes et travailleurs sociaux, pour le bénéfice du patient comme celui des professionnels (gain de temps). D'après les experts il faut savoir montrer au patient qu'on ne l'adresse pas à un inconnu et si les médecins sont en lien c'est notamment l'observance du patient qui est plus facile. Les nombreux moyens de communication cités dans la littérature sont proposés par nos experts qui n'ont sélectionné que ceux qu'ils estiment utiles en pratique courante, principalement le téléphone et les mails ou la messagerie sécurisée.

La prise en charge sociale comme « ressort thérapeutique » évoqué par la FFP (Fédération française de psychiatrie) a aussi été relevée par nos experts¹. Les experts, en tous cas les médecins, étaient cependant plus souvent focalisés sur la problématique que sur le vécu du malade, et oubliaient souvent la place ou le rôle possible des aidants^{7,20}.

Tableau 1. Cinq solutions retenues comme prioritaires

<u>Problématique addictologique :</u>	<u>Points</u>	<u>%Votes</u>
<u>Cannabis, alcool, quelle priorité ?</u> Cannabis (40%), choix du patient (40%), alcool (20%)	NF	40/40/20
<u>Comment accompagner dans le(s) sevrage(s) ?</u>		
1. Créer la relation, mettre en confiance	42	90
2. Interroger l'envie du patient à se sevrer	17	50
3. Consultations rapprochées	14	50
4. Anxiolyse efficace	14	40
5. Discuter avec le patient de son acceptation de l'aide	9	40
<u>L'avis psychiatrique :</u>	<u>Points</u>	<u>%Votes</u>
<u>Comment l'obtenir (alors que le patient le refuse) ?</u>		
1. Revoir le patient, recréer la confiance	29	80
2. Prendre un avis auprès d'un psychiatre ressource	28	80
3. Accepter le refus de voir un psychiatre (suivi par le médecin traitant)	26	70
4. Contacter le CMP pour contacter le médecin ou l'infirmière	13	50
5. Solliciter une équipe mobile psychiatrique	11	40
<u>Comment convaincre le patient d'adhérer à un suivi conjoint ?</u>		
1. Ne pas convaincre, privilégier la relation, rechercher l'alliance thérapeutique	19	50
2. Expliciter au patient et son entourage le besoin d'aide (avis spécialisé) pour le MG	18	30
3. Rechercher les plaintes du patient pour qu'il perçoive le bénéfice d'un suivi psy.	14	50
4. Insister sur la notion de souffrance et non de folie	14	40
5. Citer des exemples de cas similaires pour déstigmatiser	12	50
<u>Urgence psychiatrique :</u>	<u>Points</u>	<u>%Votes</u>
<u>Que faire en pratique (le patient refuse l'hospitalisation sans être menaçant) ?</u>		
1. Appeler le SAMU	39	90
2. Solliciter une équipe d'intervention de crise ou une équipe mobile psychiatrique	34	90
3. Parler à l'aidant ou l'entourage d'une hospitalisation sous contrainte	31	100
4. Programmer une visite à domicile (par le médecin traitant)	12	30
5. Prévenir les urgences psychiatriques de l'hôpital de secteur	11	60
<u>Information autour d'une hospitalisation :</u>	<u>Points</u>	<u>%Votes</u>
<u>Quelles informations souhaiter ?</u>		
1. Le traitement de sortie	33	80
2. Le projet de soins	27	60
3. Le contexte de sortie (programmée ou contre avis ?)	21	80
4. Le diagnostic psychiatrique	19	70
5. Les attentes de l'hôpital vis-à-vis du médecin généraliste	11	40
<u>Comment l'obtenir ?</u>		
1. Avoir les coordonnées directes d'une personne référente (anticipation, réseau)	25	60
2. Recontacter fréquemment le service	21	50
3. Demander au service de faxer l'ordonnance	20	60
4. Demander au patient les coordonnées de quelqu'un de son entourage	17	50
5. Téléphoner à la pharmacie pour obtenir l'ordonnance de sortie	14	60

Points : nombre total de points cumulés par proposition (priorité, critère principal).

%Votes : nombre de voix obtenues/10 votants, exprimé en % (popularité).

NF : non fait, pour cette réponse : « cannabis, alcool ou choix du patient » seul le % des votes a été utilisé (reste 20% pour alcool)

Tableau 2. Cinq solutions retenues comme prioritaires (suite)

Contact avec le psychiatre référent	Points	%Votes
Comment prendre connaissance du psychiatre référent ?		
1. Appeler la secrétaire du CMP pour joindre le psychiatre référent, si injoignable demander un rappel en précisant les créneaux horaires	35	88
2. Envoyer un mail ou un courrier au CMP	17	88
3. Appeler l'IDE libérale	16	63
4. Appeler le CMP pour obtenir un contact avec l'IDE référente	11	38
5. Contacter la famille/l'entourage pour savoir s'ils connaissent le psychiatre	9	63
Comment optimiser les échanges avec celui-ci ?		
1. Créer d'un canal de communication rapide (mail, téléphone)	25	63
2. Déterminer des objectifs de soin conjoint pour chacun des intervenants	17	63
3. Echanger des mails par messagerie sécurisée	8	25
4. Demander des échanges réguliers avec l'IDE	7	25
5. Obtenir le téléphone direct du psychiatre et proposer un suivi conjoint	6	25
Surveillance somatique des traitements anti-psychotiques :	Points	%Votes
1. Se mettre d'accord : qui fait quoi ? à quelle fréquence ?	24	75
2. Surveillance partagée : clinique par le MG, paraclinique par le psychiatre	12	50
3. Gestion conjointe des interactions médicamenteuses et des effets secondaires	11	50
4. Faire d'emblée un examen clinique et un ECG	10	25
5. Faire une lettre au psychiatre pour proposer un suivi conjoint	9	25
Prévention somatique :	Points	%Votes
1. Etablir notre hiérarchie des priorités et celles du patient: en faire la synthèse	15	50
2. D'abord et avant tout confiance et empathie, obtenir une alliance thérapeutique	14	38
2. Exprimer son inquiétude de médecin vis-à-vis de la santé somatique du patient	14	38
3. Demander s'il souhaite arrêter de fumer. Conseil minimum tabac, info. substituts	10	38
4. Demander au patient ce qui pourrait le motiver le plus, ce qu'il peut attendre de chaque modification, de quoi a-t-il envie ?	9	50
Les outils pour l'observance médicamenteuse	Points	%Votes
1. Interroger régulièrement les obstacles à la prise (surtout les effets secondaires)	20	63
2. Antipsychotiques à formes retard par une IDE	17	50
3. Travailler le lien entre MG et psychiatre et illustrer cette collaboration au patient	15	63
4. Interroger régulièrement l'observance	14	38
5. Passage quotidien d'une IDE à domicile	13	50
Problématique sociale :	Points	Votes
Comment la prendre en charge ?		
1. Contacter le service social (sectorisé) via la mairie : département, CCAS	23	75
2. Construction d'un accompagnement médico-social, en collaboration étroite	19	63
3. Demander au patient ce qu'il souhaite partager du secret médical aux travailleurs sociaux	13	50
4. La problématique sociale est le travail du CMP	10	25
5. Mettre en place une protection juridique (demande expertise : curatelle ou tutelle)	10	13
Quelles informations partager avec les travailleurs sociaux ?		
1. Autonomie du patient dans la vie quotidienne, dont ses capacités d'orientation spatio-temporelle	20	63
2. Impact des symptômes sur la mise en place du lien et l'accompagnement.	15	50
2. Problèmes de mobilité, autonomie	15	50
3. Suivi médical régulier	12	50
4. La motivation et/ou l'apragmatisme du patient	4	25

Points : nombre total de points cumulés par proposition (priorité).

%Votes : nombre de voix obtenues/8 votants, exprimé en % (popularité).

Le DMP, volet de synthèse élaboré annuellement par le MT est cité par la HAS comme possibilité de communication et a été évoqué par nos experts. Cependant, au vu de sa faible utilisation en France à ce jour, il semble peu probable d'y trouver des informations pertinentes pour le suivi conjoint. D'autres outils de communication centrés sur le patient chronique, tels que Terre Santé pourraient à l'avenir devenir des ressources utiles.

Dans la littérature on retrouve, en 1997, un article dans le *British Journal of General Practice* qui avait réalisé un groupe de consensus d'experts pour la recherche de recommandations de bonnes pratiques. Leurs recommandations étaient plus ciblées et cadrées que les nôtres mais concernaient un champ d'action bien moins vaste (organisation d'évaluations régulières, évaluation compréhensive, gestion de la crise et information et conseils aux patients et à leurs aidants)⁸. Un article de l'*American Journal of Medicine* » de 2012 cherchait comment les MG pouvaient contribuer à la prise en charge des patients schizophrènes. Il s'agissait cependant d'une revue de la littérature et traçait les grandes lignes théoriques de la prise en charge sans en résoudre les difficultés de la réalité du terrain²¹.

Les études relevant de problématiques variées sont rares. Un consensus d'experts en 2009 s'était focalisé sur les problèmes d'observance, ils avaient réunis 41 experts, mais n'avaient pas de rencontre physique pour discussion ; sa conclusion ne concernait que le pourcentage d'observance souhaité et la recommandation d'utiliser des outils objectifs sans pouvoir citer d'outils de référence²². En 2009, pour l'élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère, un groupe d'experts français psychiatres et somaticiens s'étaient réunis pour proposer des recommandations ciblées, restant, comme les recommandations de l'*American Journal of Medicine*, également très théoriques, et trop généralistes pour répondre aux problématiques spécifiques des patients schizophrènes²³.

Forces et limites :

La force principale de notre étude est d'avoir pu proposer des applications concrètes, par retour d'expériences pluridisciplinaires de professionnels expérimentés, à une littérature souvent très théorique. Le nombre de participants volontaires et leur active implication illustre l'intérêt porté au sujet de la schizophrénie.

Le groupe nominal a permis une interaction structurée et enrichissante en équilibrant la participation entre les membres dont la pluri professionnalité a permis une complémentarité intéressante. La méthode permettait de limiter grandement l'influence de leader d'opinion. Les idées ont été nombreuses grâce à l'escalade d'idées permise par le groupe mais aussi grâce à l'aspect « résolution de problèmes » plutôt qu'une forme « évaluation de compétences ».

Les vignettes ont participé à l'aspect interactif de la discussion et elles ont été une bonne source de stimulation et d'implication pour les experts. Le groupe nominal a permis de clarifier, par la discussion, la signification d'items et a permis le développement de nouvelles questions de recherche développées plus loin dans l'article.

L'organisation de deux réunions, à la fois physique et dématérialisée, a permis de comparer les deux méthodes et d'en voir plus clairement les avantages et les limites. La rencontre physique des experts a permis surtout une liberté de parole dans le groupe par le contact direct entre les participants.

La faiblesse apparente de certaines propositions est inhérente au fait qu'on parle d'une grande catégorie de patients. Chaque profil est très différent et le médecin est contraint de s'adapter à la singularité de chaque situation. Certaines solutions proposées suggèrent donc davantage de postures à adopter qu'une réelle boîte à outils. Le nombre de propositions faites associé à l'analyse des commentaires reste une force de l'étude.

Parmi les inconvénients de la méthode, la réunion physique a engendré une limitation géographique et créé un biais de sélection, d'autant que les Yvelines Sud jouissent d'un réseau psychiatrique plus développé que beaucoup de départements. Puisque les experts étaient tous à l'aise avec l'informatique, la réunion dématérialisée a permis de lever ce biais de sélection mais l'escalade d'idée était moins riche, notamment du fait d'une plus grande distractibilité des experts.

Un des défauts de l'étude a été d'être trop ambiguë. Le temps limité pour ce nombre important de problématiques a pu créer un biais d'analyse ou d'interprétation puisque la discussion n'a pas pu être optimale : les experts ont en effet parfois manqué de temps pour clarifier ou regrouper les propositions. C'est pour cette raison que lors de la deuxième réunion, nous avons favorisé la discussion pendant la séance et gardé le vote individuel à distance.

Pour limiter les redondances, soutenir l'effort de concentration des experts, et dans un objectif de gain de temps, nous avons choisi de regrouper plusieurs problématiques par vignette clinique. Ceci a cependant pu complexifier les vignettes et les réponses aux questions. Les vignettes auraient pu être plus largement pré-testées pour réaliser qu'elles orientaient parfois la problématique mais l'objectif de situations très concrètes et réalistes faisait que ce biais était inévitable. Le nombre important de participants était un atout majeur mais a pu poser de classiques difficultés de structure et de cadrage retrouvées dans de nombreux articles de GN.

Perspectives

Bien que l'analyse de la littérature retrouve un meilleur pronostic pour les patients suivis en soins primaires, par une baisse des réhospitalisations lors d'un suivi parallèle par le MG²⁴, il serait intéressant de connaître le pronostic des patients suivis par le MG seul.

De nouvelles perspectives de recherche ont aussi émané directement du groupe nominal : Les structures type « Institut de promotion de la santé » seraient-elles adaptées à une telle population de patients pour la prévention somatique ? Quels sont les objectifs thérapeutiques somatiques chez les patients schizophrènes en rapport avec leurs comorbidités et leur espérance de vie (par exemple hémoglobine glyquée, LDL-c, tension artérielle...) et par rapport à la balance bénéfice-risque des traitements antipsychotiques et leurs effets secondaires cardio-métaboliques ?

De plus, la schizophrénie avait été choisie comme modèle pathologique pur mais les résultats peuvent être extrapolés et s'appliquer à de nombreux patients aux profils psychiatriques compliqués, non étiquetés ou proches du spectre de la schizophrénie. Ce travail sera le socle d'une troisième thèse qui, dans le but de publier un guide pratique à destination des MG, discutera les solutions retenues et pourrait les faire évaluer par des professionnels extérieurs au groupe.

Remerciements

Nous remercions les professionnels qui ont participé à cette étude.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. Ce projet n'a reçu aucun financement.

1. 6ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Schizophrénie débutante : diagnostic et modalités thérapeutiques [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confschizo2/default.html>
2. Le Galudec M, Stephan F, Masclet R, Bourgin J, Walter M. Diagnostic précoce dans la schizophrénie : une mission pour les médecins généralistes ? *Presse Médicale*. 2011;40(1):3-9. janv

3. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9):975-83.
4. Coldefy M. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. :8.
5. Hardy-Baylé M-C. Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique. Septembre 2015. [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2015/11/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf
6. King M, Nazareth I. Community care of patients with schizophrenia: the role of the primary health care team. *Br J Gen Pract*. avr 1996;46(405):231-7.
7. Onwumere J, Shiers D, Chew-Graham C. Understanding the needs of carers of people with psychosis in primary care. *Br J Gen Pract*. août 2016;66(649):400-1.
8. Burns T, Kendrick T. The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. *Br J Gen Pract*. 1997;6.
9. Ruud T, Aarre TF, Boeskov B, Husevåg PS, Klepp R, Kristiansen SA, et al. Satisfaction with primary care and mental health care among individuals with severe mental illness in a rural area: a seven-year follow-up study of a clinical cohort. *Int J Ment Health Syst*. déc 2016;10(1):33.
10. John L. Medication Adherence Failure in Schizophrenia A Forensic Review of Rates, Reasons, Treatments, and Prospects. *J Am Acad Psychiatry Law*, Vol. 27, No. 3, 1999.
11. Rouault C. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015: constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain. :87.
12. Fovet T, Amad A, Geoffroy, PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):319.
13. Le Galudec M, Cornily G, Garlantézec R, Stéphan F, Alavi Z, Walter M. Evaluation of GPs diagnostic knowledge and treatment practice in detection and treatment of early schizophrenia: a French postal survey in Brittany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. janv 2014;49(1):69-77.
14. Bazin N. Quel suivi médical au long cours pour les patients schizophrènes? Quels acteurs de soins? *L'Encéphale*. déc 2007;33:33-5.
15. Practitioners TRAC of G. Chronic schizophrenia and the role of the general practitioner [Internet]. [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/afp/2015/november/chronic-schizophrenia-and-the-role-of-the-general-practitioner/>
16. Mestdagh A, Hansen B. Stigmatisation des patients schizophrènes en ambulatoire: une revue des études qualitatives. *Neuron*. 2014;19(4):4.
17. ZAMBON, Bernadette. Prise en charge du patient schizophrène au cabinet: Les problématiques rencontrées par les médecins généralistes. Consensus Delphi. [thèse]. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines. 2019.
18. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophréniques-ou-des-troubles-de-l-humeur
19. Schoeler T, Monk A, Sami MB, Klamerus E, Foglia E, Brown R, et al. Continued versus discontinued cannabis use in patients with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. mars 2016;3(3):215-25.
20. Tan H-Y, Choo W-C, Doshi S, Lim LEC, Kua E-H. A community study of the health-related quality of life of schizophrenia and general practice outpatients in Singapore. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. févr 2004;39(2):106-12.
21. Viron M, Baggett T, Hill M, Freudenreich O. Schizophrenia for Primary Care Providers: How to Contribute to the Care of a Vulnerable Patient Population. *Am J Med*. mars 2012;125(3):223-30.
22. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP; Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 4:1-46; quiz 47-8. PMID: 19686636.
23. 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*. sept 2009;35(4):330-9.
24. Nielsen B, Moltke A, Larsen JK, Grinstead P. Fewer readmissions of schizophrenic patients who have contact with their own GP. *Ugeskr Laeger*. 17 nov 2008;170(47):3862-6.