



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2016

N°

**EVALUATION DE LA SANTE SOMATIQUE DES PATIENTS ADMIS EN
PSYCHIATRIE D'ADULTE. EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER DE MACON**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 3 juin 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par JAILLET Caroline
Née le 23 septembre 1986
à Auxerre (89)



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2016

N°

**EVALUATION DE LA SANTE SOMATIQUE DES PATIENTS ADMIS EN
PSYCHIATRIE D'ADULTE. EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER DE MACON**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 3 juin 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par JAILLET Caroline
Née le 23 septembre 1986
à Auxerre (89)

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

Année Universitaire 2015-2016

UFR des Sciences de Santé

au 1^{er} Mai 2016

Doyen :

M. Frédéric HUET

1er Assesseur :

M. Yves ARTUR

Assesseurs :

Mme Laurence DUVILLARD

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BE DENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Charles	BENAIM	Médecine physique et réadaptation
			(Mise à disposition pour convenances personnelles jusqu'au 31/10/2016)
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
Mme	Claire	BONITHON-KOPP	Thérapeutique
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale.
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Philippe	CAMUS	Pneumologie
M.	Jean-Marie	CASILAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Maurice	GIROUD	Neurologie
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Patrick	HILLON	Thérapeutique
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Denis	KRAUSE	Radiologie et imagerie médicale
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Philippe	MAINGON	Cancérologie-radiothérapie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie

M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Eric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
M.	Jean-Raymond	TEYSSIER	Génétique moléculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGES	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE D'URGENCE

M.	Bruno	MANGOLA	(du 01/05/2016 au 14/11/2016)
----	-------	---------	-------------------------------

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/08/2019)
M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(surnombre jusqu'au 31/08/2016)
M.	Philippe	ROMANET	(surnombre du 10/07/2013 au 31/08/2016)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	André	PECHINOT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Benoît	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/09/2011 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	François	MARTIN	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Patricia	MERCIER	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Catherine	AUBRY	Médecine Générale
M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire
Mme	France	MOUREY	Sciences et techniques des activités physiques et sportives

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Professeur BONIN Bernard

Membres : Professeur HILLON Patrick

Professeur MAILLEFERT Jean-Francis

Docteur PRUDHON Yann

Docteur MAUFOY François

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bernard BONIN,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Merci pour vos conseils avisés concernant la réalisation de ce travail. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Patrick HILLON,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse, veuillez recevoir mon profond respect et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean-Francis MAILLEFERT,

Tout au long de ma sixième année d'étude vous m'avez aidée à me préparer au concours des épreuves classantes nationales, vous m'avez apporté votre soutien et vos précieux conseils. Là encore vous avez accepté de m'accompagner pour franchir ce nouveau cap symbolisant l'aboutissement de mes études et le début de ce pour quoi nous avons tant donné. Alors je vous remercie très sincèrement d'avoir consenti à participer à mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Yann PRUDHON,

Merci pour tes remarques et conseils toujours pertinents depuis la mise en place de l'Unité de soins somatiques jusqu'à la conclusion de ce travail. Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de diriger ma thèse.

A Monsieur le Docteur François MAUFOY,

Merci de m'avoir fait partager ta vision de la médecine générale, de m'avoir consacré le temps nécessaire pour me faire appréhender la globalité et la complexité de notre métier. Après m'avoir apporté ton aide pour le mémoire de Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale, merci de m'avoir à nouveau accompagnée pour ce travail en acceptant de participer à mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Jean-Paul KISTERMAN,

Merci de m'avoir fait confiance au moment de la réalisation de l'Unité de soins somatiques, sans vous ce travail n'existerait pas.

A tous les internes de Médecine polyvalente de Mâcon, merci d'avoir contribué à l'examen somatique des patients hospitalisés en psychiatrie, ce travail a pu voir le jour aussi grâce à vous.

A Monsieur Philippe D'ATHIS que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de l'élaboration de cette thèse, merci.

Aux Docteurs Sylvie CORAZZA, Jean-Marc SUZEAU, Philippe BONNARDOT, Philippe DESCHAMPS, Jacques LACHARME, merci de m'avoir fait découvrir les multiples facettes de la médecine générale au travers des stages enrichissants passés en votre compagnie.

Merci au Docteur Françoise PASSERI-BINET de m'avoir accompagnée de mon adolescence à ce jour. Merci de m'avoir encouragée à choisir ce beau métier en me faisant partager ta passion pour la médecine générale. Merci de me faire confiance en me laissant régulièrement la responsabilité de tes patients.

Merci aux Docteurs Nadine DEPOIL et Julien LEJEUNE de me faire confiance également au quotidien. A toute la Maison Médicale de la Colombière, à Emilie, Patricia, Nathalie, Marie-Laure, Florence, Marie-Cécile, Aurélie, Elénie, Mathilde, merci de me faire partager cette ambiance et cette qualité de travail inégalables, merci à tous.

Au Docteur Camille DURAND, merci pour tous ces moments passés ensemble pendant l'internat, pour tes précieux conseils et pour tout le reste.

A mes amis, Sandrine, Marion, Jérémy, Charlotte, Joëlle, Anne-Sophie, et tous les autres, merci pour tous les moments passés avec vous, merci pour votre soutien et votre compréhension de tous moments.

A ma famille, à Françoise, Claire-Michèle, Fernand, Emmanuelle, Bénédicte, Mathias, Marc, Tom, merci pour tout, je suis fier d'être de votre famille.

A ma mère, à mon père, à Benoît, à Thibault, merci pour ces vingt-neuf années passées à vos côtés. Merci pour votre amour, votre patience, votre écoute et votre soutien inlassables. Si réussite il y a, elle est vôtre.

A Adrien, merci pour tout.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	19
II. LES SOINS SOMATIQUES EN PSYCHIATRIE	20
II.1. Historique.....	20
II.2. Epidémiologie et définitions des troubles psychiatriques.....	23
II.2.1. Définitions	23
II.2.2. Prévalence des troubles psychiatriques.....	24
II.2.2.1. Au niveau mondial	24
II.2.2.2. Au niveau national	25
II.2.2.3. Au niveau régional.....	25
II.3. Epidémiologie des troubles somatiques en psychiatrie	26
II.3.1. Généralités	26
II.3.2. Mortalité globale	28
II.3.3. Risque cardio-vasculaire	29
II.3.3.1. Hypertension artérielle.....	30
II.3.3.2. Dyslipidémie	30
II.3.3.3. Diabète	30
II.3.3.4. Obésité	31
II.3.3.5. Syndrome métabolique.....	32
II.3.3.6. Tabac.....	33
II.3.3.7. Hypothèses étiopathogéniques	34
II.3.4. Conduites à risque.....	35
II.3.5. Contraception	36
II.3.6. Risque oncologique	37
II.3.7. Douleur	38
II.3.8. Constipation.....	38
II.3.9. Autres comorbidités	39
II.3.9.1. Comorbidités respiratoires.....	39
II.3.9.2. Comorbidités neurologiques.....	39
II.3.9.3. Dysthyroïdie.....	40
II.3.9.4. Hyperprolactinémie.....	40
II.4. Synthèse des soins somatiques en psychiatrie.....	40
III. MATERIEL ET METHODES.....	41
III.1. Introduction et contexte	41

III.1.1. La psychiatrie au Centre Hospitalier de Mâcon.....	41
III.1.2. Les soins somatiques au Centre Hospitalier de Mâcon	42
III.1.2.1. Historique	42
III.1.2.2. Elaboration d'une Unité de soins somatiques	42
III.2. Objectifs.....	44
III.3. Type d'étude	44
III.4. Population.....	44
III.5. Réalisation de l'étude	44
III.6. Questionnaire	45
III.6.1. Données administratives et sociales	45
III.6.2. Données médicales	46
III.6.2.1. Pathologie psychiatrique	46
III.6.2.2. Facteurs de risque cardio-vasculaire	46
III.6.2.2.1. Hypertension artérielle	46
III.6.2.2.2. Dyslipidémie.....	47
III.6.2.2.3. Diabète	47
III.6.2.2.4. Obésité	47
III.6.2.2.5. Tabac	47
III.6.2.2.6. Antécédents cardio-vasculaires	48
III.6.2.3. Conduites à risque.....	48
III.6.2.3.1. Alcool.....	48
III.6.2.3.2. Drogues.....	49
III.6.2.3.3. Conduites sexuelles à risque	49
III.6.2.4. Prévention vaccinale	49
III.6.2.5. Contraception	49
III.6.2.6. Dépistage oncologique	49
III.6.2.7. Risques liés à l'hospitalisation.....	50
III.6.2.7.1. Douleur.....	50
III.6.2.7.2. Constipation	50
III.6.2.7.3. Déshydratation	51
III.6.2.7.4. Maladies thrombo-emboliques veineuses.....	51
IV. RESULTATS	52
IV.1. Caractéristiques administratives et sociales des patients étudiés.....	52
IV.1.1. Sexe et âge	52
IV.1.2. Médecin traitant.....	53
IV.1.3. Unité d'hospitalisation	53
IV.1.4. Mesure de protection juridique	53
IV.1.5. Catégorie socio-professionnelle.....	54
IV.1.6. Lieu de vie	54

IV.2. Caractéristiques médicales des patients étudiés	55
IV.2.1. Pathologie psychiatrique	55
IV.2.2. Facteurs de risque cardio-vasculaire	55
IV.2.2.1. Hypertension artérielle	55
IV.2.2.2. Dyslipidémie	56
IV.2.2.3. Diabète	56
IV.2.2.4. Obésité	57
IV.2.2.5. Tabac	57
IV.2.2.6. Antécédents cardio-vasculaires	58
IV.2.3. Conduites à risque	58
IV.2.3.1. Alcool	58
IV.2.3.2. Drogues	58
IV.2.3.3. Conduites sexuelles à risque	59
IV.2.4. Prévention vaccinale	59
IV.2.5. Contraception	59
IV.2.6. Dépistage oncologique	60
IV.2.6.1. Cancer colorectal	60
IV.2.6.2. Cancer du sein	60
IV.2.6.3. Cancer du col de l'utérus	61
IV.2.7. Risques liés à l'hospitalisation	61
V. DISCUSSION	62
V.1. Caractéristiques des patients	62
V.2. Biais généraux de l'étude	62
V.3. Forces de l'étude	63
V.4. Comparaison aux données de la littérature	63
V.4.1. Données administratives et sociales	63
V.4.1.1 Sexe et âge	63
V.4.1.2. Médecin traitant	64
V.4.1.3. Précarité	64
V.4.1.4. Lieu de vie	65
V.4.2. Pathologie psychiatrique	65
V.4.3. Facteurs de risque cardio-vasculaire	66
V.4.3.1. Hypertension artérielle	66
V.4.3.2. Dyslipidémie	67
V.4.3.3. Diabète	67
V.4.3.4. Obésité	67
V.4.3.5. Tabac	68
V.4.3.6. Antécédents cardio-vasculaires	68
V.4.3.7. Synthèse des facteurs de risque cardio-vasculaire	68

V.4.4. Conduites à risque	69
V.4.4.1. Alcool	69
V.4.4.2. Drogues.....	69
V.4.4.3. Conduites sexuelles à risque	70
V.4.4.4. Synthèse des conduites à risque	70
V.4.5. Prévention vaccinale	71
V.4.6. Contraception	71
V.4.7. Dépistage oncologique.....	73
V.4.7.1. Cancer colorectal	73
V.4.7.2. Cancer du sein	73
V.4.7.3. Cancer du col de l'utérus	73
V.4.7.4. Synthèse du dépistage oncologique	73
V.4.8. Risques liés à l'hospitalisation	74
V.4.8.1. Douleur.....	74
V.4.8.2. Constipation	74
V.4.8.3. Déshydratation.....	75
V.4.8.4. Maladies thrombo-emboliques veineuses.....	75
VI. CONCLUSIONS	76
VII. BIBLIOGRAPHIE	78
VIII. ANNEXES	87

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1. Fiche exemple « Programme de soins » de la Fédération Française de Psychiatrie

Annexe 2. Définitions du syndrome métabolique

Annexe 3. Dossier médical « Somatique en Psy »

Annexe 4. Questionnaire de thèse

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Répartition des patients selon l'âge

Figure 2. Répartition des patients selon la catégorie socio-professionnelle

Figure 3. Répartition des patients selon l'IMC

Figure 4. Types de contraception chez les femmes en âge de procréer

Figure 5. Risques liés à l'hospitalisation

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Répartition des patients selon l'existence d'un médecin traitant

Tableau 2. Répartition des patients selon l'unité d'hospitalisation

Tableau 3. Répartition des patients selon la mesure de protection juridique

Tableau 4. Répartition des patients selon le lieu de vie

Tableau 5. Répartition des patients selon la pathologie psychiatrique

Tableau 6. Répartition des patients selon l'hypertension artérielle

Tableau 7. Répartition des patients selon la dyslipidémie

Tableau 8. Répartition des patients selon le diabète

Tableau 9. Répartition des patients selon le tabagisme

Tableau 10. Répartition des patients selon la consommation d'alcool

Tableau 11. Répartition des patients selon la consommation de drogues

Tableau 12. Répartition des patients selon les conduites sexuelles à risque

Tableau 13. Répartition des patients selon le statut vaccinal DTP

Tableau 14. Répartition des patients selon la réalisation du test hémo occult

Tableau 15. Répartition des patientes selon la réalisation de la mammographie

Tableau 16. Répartition des patientes selon la réalisation du FCV

LISTE DES ABREVIATIONS

ADEMAS 71 : Association de Dépistage des cancers en Saône et Loire

ALD : Affection de Longue Durée

ANP3SM : Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé mentale

APA : Association Américaine de Psychiatrie

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies-10

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPA : Centre Psychothérapique de l'Ain

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

CT : Cholestérol Total

DIM : Département d'Information Médicale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manuel-V

DTP: Diphtérie Tétanos Poliomyélite

EAL: Exploration des Anomalies Lipidiques

ECG: Electrocardiogramme

EDAAP : Echelle d'évaluation de l'expression de la Douleur chez l'Adolescent ou Adulte

Polyhandicapé

EED : Echelle d'Evaluation de la Douleur

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EP : Embolie Pulmonaire

EPS : Etablissement Public de Santé

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Verbale Simple

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

FDRCV : Facteur De Risque Cardio-Vasculaire

FMC : Formation Médicale Continue

GAJ : Glycémie A Jeun

HAS : Haute Autorité de Santé

HDL-c : High Density Lipoprotein Cholesterol

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

HTA : Hypertension Artérielle

IC95% : Intervalle de Confiance à 95%

IDM : Infarctus Du Myocarde

IMC : Indice de Masse Corporelle

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine

IRSNa : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine-Noradrénaline

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LDL-c : Low Density Lipoprotein Cholesterol

LSD : diéthylamide de l'acide lysergique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MISMAP : Mission d'Information sur la Santé Mentale et l'Avenir de la Psychiatrie

MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PA : Paquet-Année

SAS : Syndrome d'Apnée du Sommeil

SDF : Sans Domicile Fixe

SEP : Sclérose En Plaques

SFHTA : Société Française de l'Hypertension Artérielle

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

TA : Tension Artérielle

TG : Triglycéride

TSH : Thyroïde Stimulating Hormon

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

UPC : Unité Psychiatrique Complexe

UPL : Unité Psychiatrique Libre

UPRS : Unité Psychiatrique de Réhabilitation Sociale

UP72 : Unité Psychiatrique de 72 heures

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

L'espérance de vie d'un patient souffrant de pathologie psychiatrique sévère est de 20% inférieure à celle constatée en population générale [1]. Cette réduction de l'espérance de vie est liée à un risque accru de morbi-mortalité dans cette population chez qui on estime des taux de comorbidité somatique entre 30 et 60%, au premier rang desquelles se situent les maladies cardio-vasculaires [2].

Suite à la loi du 5 juillet 2011 « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » [3], l'examen somatique à l'admission est rendu obligatoire pour les patients hospitalisés sous contrainte. Le Plan National Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [4] vise à « mieux prendre en charge l'état de santé somatique des personnes souffrant de troubles mentaux, tout en prenant en compte les difficultés spécifiques de ces populations ». La santé somatique des patients souffrant de troubles mentaux est un objectif de santé publique.

Jusqu'en 2013, les soins somatiques au Centre Hospitalier (CH) de Mâcon étaient réalisés par des médecins généralistes extrahospitaliers pour traiter les pathologies somatiques aiguës. Devant la constatation de pathologies somatiques graves évitables, une organisation des soins somatiques s'est imposée. Une Unité de soins somatiques a été créée en mai 2013 afin de prendre en charge les maladies somatiques aiguës et mettre en place un travail de prévention et de dépistage des comorbidités somatiques. Les médecins, aidés par l'expérience de collègues travaillant dans des unités ayant la même mission, notamment dans les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) de Dijon et Bourg-en-Bresse, ont rapidement mis en évidence des besoins spécifiques à la population psychiatrique.

Au moment de débiter notre étude, aucune recommandation de bonne pratique concernant les modalités de dépistage et de prise en charge des comorbidités somatiques en psychiatrie n'avait été établie en France.

Ce travail vise à évaluer l'état de santé somatique des patients hospitalisés dans les services de Psychiatrie d'adulte du CH de Mâcon. Cette évaluation s'est faite à travers une étude épidémiologique prospective de marqueurs simples de l'état de santé, tels que les facteurs de risque cardio-vasculaire ou la participation aux dépistages organisés. Nous espérons que ces résultats permettront d'objectiver les besoins en soins somatiques de cette population et conforteront l'idée qu'une évaluation somatique systématique puisse être bénéfique aux patients hospitalisés en psychiatrie.

II. LES SOINS SOMATIQUES EN PSYCHIATRIE

II.1. Historique

A partir de l'Antiquité classique, la folie devient une maladie. Hippocrate se refuse à voir dans les troubles mentaux des manifestations surnaturelles ou religieuses, et est convaincu que la folie, comme toute maladie a une cause organique. « Les maladies ont une cause naturelle et non surnaturelle, cause que l'on peut étudier et comprendre ».

Platon, Socrate et Aristote reprennent ses théories et orientent leur réflexion vers une meilleure connaissance de l'homme. La folie apparaît alors très vite comme l'expression d'un malaise entre l'individu et son milieu social. La folie a donc une dimension sociale et la notion de soin qui en découle, implique la responsabilité de toute la communauté. La psychiatrie, déjà, suppose une prise en charge collective.

A partir des années 1980, les Unités de soins somatiques sont apparues dans les hôpitaux psychiatriques, à la suite d'initiatives locales, permettant une prise en charge globale et pluridisciplinaire de ces patients.

A la suite des Etats Généraux de la Santé du printemps 1999, Etienne CANIARD, membre de la Haute Autorité de Santé (HAS), a écrit en 2000 un rapport sur « La place de l'usager dans le système de santé » [5], qui a servi de base à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [6].

L'une des idées maîtresses de ce rapport concernait le respect de la dignité. Les usagers en santé mentale insistent sur la nécessité d'une humanisation des conditions d'accueil et d'hospitalisation et sur l'amélioration de la qualité des soins somatiques.

En septembre 2002, se sont tenues les premières journées nationales de soins somatiques à l'initiative de la Conférence Nationale des Présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) de CHS, de l'Association Nationale des Psychiatres Présidents ou Vice-Présidents des CME de CH et du CH George Mazurelle de la Roche-sur-Yon. Le thème central de ces journées était « Les soins somatiques, une question de dignité ».

A l'issue de ces journées a été créée l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé mentale (ANP3SM), aujourd'hui présidée par le Dr Djéa SARAVANE, ancien chef de service à l'Etablissement Public de Santé (EPS) de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne. L'ANP3SM a pour buts principaux de promouvoir des soins somatiques de qualité aux usagers en santé mentale, de mettre en avant le rôle des responsables et des équipes de médecine somatique et d'ouvrir un champ de réflexion sur leur pratique [7].

En août 2004, la loi relative à la politique de Santé Publique comporte dans ses objectifs annexes relatifs aux troubles mentaux, l'amélioration de la détection des troubles les plus sévères et la prévention de la marginalisation des personnes qui en souffrent [8].

En 2005, la loi pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » [9] est votée. Elle est l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées depuis la loi « d'orientation en faveur des personnes handicapées » du 30 juin 1975 [10]. Elle permet notamment la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), et de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Elle fait naître la notion de « handicap psychique » secondaire à la maladie psychique.

Une étude menée conjointement par l'Ecole de Santé Publique d'Harvard, la Banque Mondiale et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2005, établit que parmi les dix pathologies jugées les plus préoccupantes en terme de morbidité, cinq sont des pathologies psychiatriques (la dépression, les troubles bipolaires, les troubles liés à l'alcool, la schizophrénie et les lésions auto-infligées) [11].

Suite à ces résultats, le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 [11] est décidé en France. Ce plan national initié par Philippe DOUSTE-BLAZY, alors ministre de la santé, avait pour objectifs une prise en charge décloisonnée de la psychiatrie avec une meilleure coordination médecin généraliste-psychiatre-psychologue et une amélioration de la formation en santé mentale pour les professionnels de santé.

En juillet 2009, la loi portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi Hôpital Patients Santé et Territoires ou loi HPST) [12] met l'accent sur la complémentarité et la coopération entre acteurs du système de santé pour aider au décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, et d'une manière générale pour faciliter la coordination du système de santé.

En 2010, la HAS établit un Manuel de certification des établissements de santé dont le critère 17B est relatif à la prise en charge somatique des patients [13]. Il établit que « L'association de troubles psychiatriques et somatiques peut correspondre à des situations variées :

- Les symptômes psychiatriques peuvent être l'expression d'une pathologie somatique sous-jacente (atteinte cérébrale vasculaire, tumorale ou infectieuse ou modalité évolutive d'affections diverses). C'est pourquoi un examen médical doit toujours être réalisé, notamment à l'admission d'un malade en hospitalisation.
- Un même patient peut présenter une pathologie psychiatrique et une pathologie somatique, là encore les investigations médicales devront envisager cette comorbidité. Par ailleurs l'évolution d'une pathologie mentale peut amener un patient à prendre certains risques dans le champ somatique (alimentation, usage de toxiques) ou à ne pas

réaliser d'éventuels soins nécessaires. La maladie mentale peut masquer ou modifier l'expression de certains symptômes (douleur).

- Les traitements administrés (psychotropes) vont occasionner des effets secondaires ou modifier certains fonctionnements métaboliques.

Depuis plusieurs années, les professionnels insistent sur le besoin de meilleure prise en compte de la dimension somatique des soins à apporter en psychiatrie. »

Un deuxième plan national est décidé en 2011 par Xavier BERTRAND, en charge du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [4]. Il vise à améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques et somatiques. Sur le plan somatique, il a pour but de mieux prendre en charge l'état de santé somatique des personnes souffrant de troubles mentaux. Il vise aussi à prendre en compte les difficultés spécifiques de ces populations (fréquence des pathologies associées, altérations des capacités à prendre soin de sa santé et à suivre un traitement, errance ou grande précarité, effets somatiques indésirables de certains traitements psychiatriques comme la prise de poids, les pathologies cardio-vasculaires, métaboliques et buccodentaires). Enfin, il incite à ce qu'une coordination des dispositifs de soins psychiatriques et somatiques soit recherchée. Ce plan national reprend le concept de santé mentale défini par l'OMS [14] et rappelle que l'individu doit être pris en compte dans sa conception bio-psycho-sociale.

En 2011, la loi « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » (loi du 5 juillet 2011) est votée [15]. L'examen somatique à l'admission est rendu obligatoire pour les patients hospitalisés sous contrainte.

Le 18 décembre 2013, le député Denys ROBILIARD remet à l'Assemblée Nationale le rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie demandé par la ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Marisol TOURAINE [16].

Ce rapport souligne le rôle clé des médecins généralistes pour optimiser une prise en charge intégrée (cumulant soins médicaux et réinsertion sociale), et rappelle qu'ils sont souvent le premier recours des patients atteints de troubles psychologiques ou psychiatriques.

Afin d'améliorer l'efficacité de ces premiers recours, la Mission d'Information sur la Santé Mentale et l'Avenir de la Psychiatrie (MISMAP) préconise de renforcer la formation des médecins généralistes « afin qu'ils puissent détecter les troubles psychiatriques et orienter au mieux les patients en incluant un stage obligatoire en psychiatrie, en secteur hospitalier et en ambulatoire, dans la formation initiale et en renforçant la formation continue dans le domaine de la psychiatrie ».

La même année l'OMS met en œuvre un « Plan d'action global pour la Santé Mentale 2013-2020 » [17] dont les objectifs sont :

- Renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale

- Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire
- Mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale
- Renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale

En France, les soins somatiques sont effectués selon les établissements par différents intervenants. Cette activité peut être effectuée par les internes de psychiatrie, par des médecins généralistes extrahospitaliers, par des médecins généralistes hospitaliers intervenant au sein d'une structure de soins somatiques. En 2010 en Ile de France, moins de la moitié des hôpitaux avaient un dispositif dédié aux soins somatiques [18].

Jusqu'en 2015, la pratique des soins somatiques n'était pas réglementée et ne faisait pas l'objet de recommandations de bonnes pratiques nationales. En juin 2015, la Fédération Française de Psychiatrie rédige des « Recommandations de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique » [19]. Ces recommandations ont reçu le label de la HAS. Elles définissent des modalités de prise en charge des troubles somatiques, de prévention des troubles somatiques et psychiatriques et des conduites addictives, et propose des pistes organisationnelles (avec l'élaboration d'une « Fiche exemple programme de soins » (*Annexe1*)).

II.2. Epidémiologie et définitions des troubles psychiatriques

II.2.1. Définitions

La santé mentale est définie par l'OMS comme « un état de bien être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté » [14].

Un trouble mental (ou trouble psychiatrique) se définit difficilement par une physiopathologie univoque mais plutôt par un ensemble de critères permettant d'identifier des entités qui, en l'absence de prise en charge psychiatrique spécifique, présentent un mauvais pronostic. Il se définit comme un trouble ne permettant pas à l'individu d'atteindre et/ou de se maintenir dans un état de bien-être [20;21].

Le handicap psychique est caractérisé par « un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales » [10].

La Classification Internationale des Maladies-10 (CIM-10) et le Diagnostic and Statistical Manuel-V (DSM-V) sont les deux systèmes nosographiques utilisés en psychiatrie au niveau international [20].

La CIM-10 est une classification de toutes les maladies dont les troubles psychiatriques. Elle est le système nosographique de référence pour la cotation des actes en milieu hospitalier. Elle est rédigée par l'OMS.

Le DSM-V est une classification des pathologies psychiatriques uniquement. Il est le système nosographique de référence en matière de recherche psychiatrique. Il est rédigé par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA).

On distingue, en psychiatrie, les troubles psychiatriques sévères [2] des autres troubles mentaux par le risque accru de morbi-mortalité qu'ils induisent par rapport à la population générale. Les troubles psychiatriques sévères sont la schizophrénie et le trouble bipolaire.

Les patients souffrant de troubles mentaux présentent fréquemment des comorbidités psychiatriques et somatiques. La comorbidité fait référence aux affections qui se développent en plus d'une affection primaire [22].

En psychiatrie, on distingue la mortalité par cause « naturelle », c'est-à-dire imputable aux affections organiques, de la mortalité par suicide ou mort violente.

II.2.2. Prévalence des troubles psychiatriques

II.2.2.1. Au niveau mondial

En 2014, l'OMS dresse un constat de la santé mentale au niveau mondial. Environ 20% des enfants ou adolescents dans le monde présentent des troubles mentaux [23]. D'ici 2030, la dépression sera la première cause de morbidité dans les pays industrialisés [24].

II.2.2.2. Au niveau national

La prévalence vie entière pour l'ensemble des troubles mentaux s'élève à 30% en France. Les troubles les plus fréquents sont les troubles anxieux (15% pour les troubles phobiques, 8% pour le trouble anxieux généralisé), les troubles de l'humeur (10% de trouble dépressif), et les troubles liés à l'usage de substances (10% de dépendance à l'alcool). La prévalence de la schizophrénie et des troubles bipolaires est d'environ 1.5%.

La prévalence des troubles mentaux en consultation de médecine générale est d'environ 25% [20].

En France, 1 personne sur 5 environ souffre d'un trouble mental, soit 12 millions de personnes. Les pathologies relevant de la psychiatrie sont au 3^{ème} rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardio-vasculaires [21].

En 2011, 1,4 millions de patients ont eu recours au dispositif public spécialisé en psychiatrie. Cette même année, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) dénombrait 1 million d'assurés du régime général en Affection de Longue Durée (ALD) pour affections psychiatriques [25].

Les troubles mentaux représentent la 1^{ère} cause d'invalidité et sont associés à une forte mortalité.

Ils ont un impact sanitaire majeur et un coût économique et social élevé, estimé par la Cour des Comptes à 107 milliards d'euros par an en 2011 [26].

II.2.2.3. Au niveau régional

Selon l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), plus de 35 000 assurés sociaux sont en ALD pour maladies psychiatriques, dont 3 400 admis au cours d'une année en Bourgogne [25]. En 2011, plus de 45 000 adultes et près de 11 700 jeunes sont pris en charge par les services de psychiatrie hospitalière en Bourgogne. La Bourgogne présente une surmortalité par suicide par rapport à la moyenne française avec une moyenne évaluée à 350 décès/an sur la période 2007-2009. Des quatre départements bourguignons, la Saône et Loire est le département le plus touché par cette mortalité par suicide [25].

II.3. Epidémiologie des troubles somatiques en psychiatrie

II.3.1. Généralités

Toutes les études de comorbidité montrent que 30 à 60% des patients consultants ou hospitalisés pour des troubles mentaux présentent au moins une pathologie organique associée, proportion qui augmente avec l'âge [2].

L'association d'un trouble dépressif et d'une pathologie somatique concerne 25% de la population en hôpital général et 40% des patients suivis en médecine générale pour une pathologie chronique [27].

La pathologie organique influe sur l'évolution de la pathologie psychiatrique dans 50 à 70% des cas.

La pathologie organique est considérée comme un facteur causal dans près de 20% des cas [28].

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce sur-risque de comorbidités. Ils peuvent être liés au trouble mental, à la précarité, au système de santé, et à la iatrogénie [23] :

- Facteurs liés au trouble mental

Les patients souffrant de troubles mentaux sévères présentent un sur-risque de morbi- mortalité cardio-vasculaire et ce indépendamment des traitements psychotropes [29]. L'accès aux soins peut être limité dans cette population du fait des troubles cognitifs liés à leur pathologie psychiatrique. Ceux-ci peuvent entraîner une méconnaissance du dispositif de soins, une inactivité et une réticence, ou une incapacité à exprimer les souffrances physiques. Les schizophrènes n'ont pas la perception de leurs besoins physiologiques et tardent à consulter. Lorsqu'ils consultent, ils peuvent éprouver des difficultés à faire part de leurs symptômes au médecin.

- Facteurs liés à la précarité

Ces patients sont bien souvent dans une situation de précarité. Celle-ci peut être liée à un niveau social bas, à des difficultés d'accès aux soins (pour des raisons économiques), au handicap psychique secondaire au trouble mental.

Ces conditions de vie précaires sont à l'origine d'une mauvaise hygiène de vie, d'un tabagisme et d'abus de substances psycho-actives (alcool, drogues). Les conséquences sont les pathologies infectieuses (pulmonaires, oto-rhino-laryngologiques (ORL), Infections Sexuellement Transmissibles (IST), surinfections dermatologiques), pulmonaires, hépato-gastro-entérologiques, les problèmes dentaires et dermatologiques (gale, pédiculose, plaies, ulcères).

Cette précarité constitue à la fois une cause et une conséquence aux comorbidités somatiques.

- Facteurs liés au système de santé

L'état de santé somatique des patients présentant des pathologies psychiatriques sévères reste trop longtemps méconnu des psychiatres et des médecins généralistes. Le système de santé en est également responsable.

La spécialisation des professionnels de santé a conduit à une segmentation de la prise en charge.

Il existe un sentiment d'incompétence des psychiatres vis-à-vis des problèmes somatiques, en partie dû à l'abandon précoce de la médecine somatique lors du troisième cycle des études médicales.

A l'inverse, on constate de la part des somaticiens un défaut de prise en charge de ces patients. Un défaut de formation à la pathologie mentale peut être évoqué, impliquant parfois une certaine stigmatisation et une peur de la maladie mentale. Ces patients demandent également beaucoup de temps pour leur prise en charge (temps par consultation plus long et consultations plus fréquentes) ce qui peut constituer un frein en médecine générale.

Au sein du milieu hospitalier, l'organisation actuelle des services de santé mentale fait qu'il existe un manque d'interaction entre le système médical et le système de santé mentale. Les unités de soins somatiques, quand elles existent, permettent de faire le lien entre ces deux systèmes. L'approche globale du patient en santé mentale est très rarement inscrite dans le projet médical des établissements.

- Facteurs liés à la iatrogénie

Les psychotropes sont responsables de nombreux effets indésirables, notamment cardiovasculaires, et peuvent induire de multiples comorbidités somatiques.

Par ailleurs, les relations entre maladie somatique et troubles mentaux sont complexes. Dans la dépression par exemple, le trouble somatique peut être une simple comorbidité mais peut également en être la cause.

Ainsi, il existe des dépressions primaires (trouble de l'humeur autonome, récurrent, uni ou bipolaire), et des dépressions secondaires.

Les dépressions secondaires apparaissent dans un contexte somatique, psychopathologique (trouble de personnalité, trouble psychiatrique, trouble névrotique), ou iatrogène.

Les maladies somatiques peuvent donc être responsables de dépressions secondaires [27]. Elles peuvent être neurologiques (tumeurs cérébrales, affections cérébro-vasculaires, maladie de Parkinson, Sclérose En Plaques (SEP)), endocriniennes (hypo/hyperthyroïdie, diabète, péri ménopause), générales (néoplasie, hémopathies, connectivites), infectieuses (tuberculose, brucellose, hépatite, mononucléose infectieuse, Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA), infections parasitaires et virales).

Les médicaments pouvant être responsables de dépressions secondaires iatrogènes sont entre autres les corticoïdes, interféron, antirétroviraux, bêtabloqueurs, réserpine, alphas-méthyl-dopa, clonidine, isoniazide, amphétamines [27].

Il est important de connaître ces affections somatiques primitives dont la prise en charge concomitante est indispensable pour la résolution du trouble dépressif. Une méconnaissance de ces troubles somatiques sous-jacents peut induire un retard de prise en charge et aggraver le pronostic.

II.3.2. Mortalité globale

Pendant des années, l'idée que les patients schizophrènes étaient relativement protégés au niveau somatique a persisté malgré des travaux scientifiques prouvant le contraire. Cette idée s'est trouvée renforcée par des recherches montrant une fréquence moindre des cancers notamment pulmonaires [30]. Aujourd'hui on estime que les patients atteints de pathologie mentale « sévère » ont un taux de mortalité 4,5 fois plus élevé que la population générale [31].

L'espérance de vie d'un patient souffrant de schizophrénie est de 20% inférieure à celle constatée en population générale [1]. Ce chiffre reste inchangé alors que l'espérance de vie dans la population générale augmente.

Selon les études, le décès survient chez les patients atteints de schizophrénie et de trouble bipolaire, entre 11 et 30 ans plus tôt que dans la population générale [2]. Cette surmortalité est liée en grande partie aux pathologies somatiques dont les maladies cardio-vasculaires sont la principale cause.

Les troubles psychiatriques sont à l'origine d'une mortalité par suicide élevée. On estime que 90% des suicides dans le monde sont commis par des personnes souffrant de troubles mentaux.

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquemment associée au suicide. En France, on évalue entre 30 et 50% les tentatives de suicide secondaires à un épisode dépressif caractérisé [32]. Le risque suicidaire chez les patients dépressifs est multiplié par 20,9 chez les hommes et par 27,0 chez les femmes, par rapport à la population générale [33]. L'incidence du suicide chez les sujets déprimés varie avec la sévérité clinique du trouble. Elle est estimée à 15% en cas de dépression sévère (patients hospitalisés), et de l'ordre de 6% si l'on considère l'ensemble des troubles dépressifs. Parmi les patients souffrant de troubles bipolaires, le risque suicidaire est multiplié par 15 chez les hommes et par 22.4 chez les femmes [33]. Dans la population bipolaire, les décès par suicide représentent 15 à 20% des décès en 2011 selon l'OMS.

Le suicide est une cause importante de mort prématurée chez les schizophrènes, notamment chez les jeunes hommes au début de la maladie [34].

Les décès par cause « naturelle », sont multipliés par 1,5 chez les hommes et 1,6 chez les femmes parmi les patients dépressifs, et par 1,9 et 2,1 chez les patients bipolaires [1].

II.3.3. Risque cardio-vasculaire

On estime la mortalité cardio-vasculaire entre 2.3 et 2.9 fois plus élevée dans la population schizophrène que dans la population générale [35].

La dépression augmente le risque d'apparition d'une maladie coronarienne de 1.64 [27], et est un facteur prédictif de morbi-mortalité chez des coronariens connus (le risque de décès par récurrence d'infarctus 5 ans après est multiplié par 5) [36]. Les maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle (HTA), insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs), sont les pathologies organiques les plus fréquemment associées à la dépression [27].

La mortalité cardio-vasculaire chez les patients atteints de troubles mentaux sévères est imputable aux accidents ischémiques (coronariens ou cérébraux). Elle résulte d'un sur-risque cardio-vasculaire propre à cette population, mais aussi du handicap psychique. Ce handicap psychique empêche la détection des pathologies cardio-vasculaires à un stade précoce et bénéficie d'une prise en charge souvent non optimale par les acteurs du système de soins.

Par exemple, alors que les patients atteints de troubles mentaux sévères sont connus pour être une population à risque et vulnérable, le dépistage et la prise en charge thérapeutique des Facteurs De Risque Cardio-Vasculaires (FDRCV) sont régulièrement négligés. De même, les signes d'alerte, tels qu'une douleur angineuse, ne bénéficient pas toujours de la même attention et de l'arsenal diagnostique disponible dans la population générale. Tout ceci aboutit souvent à la découverte tardive de la pathologie cardio-vasculaire et donc à une augmentation du risque de mortalité et de comorbidités.

Les Maladies Thrombo-Emboliques Veineuses (MTEV) sont aussi responsables de cette mortalité cardio-vasculaire. Les patients schizophrènes ont un plus haut risque de développer une MTEV avec une incidence estimée à 3.5% à 3 mois, alors qu'elle est estimée en population générale française à 1 à 2 pour mille à 1 an (soit un risque 17 à 35 fois supérieur) [37]. Les antipsychotiques participent à ce sur-risque puisqu'ils semblent être un facteur de risque de MTEV.

Les psychotropes participent à la détérioration du profil cardio-vasculaire des patients atteints de troubles mentaux. Parmi les antipsychotiques, les antipsychotiques atypiques exposent davantage à un risque cardio-vasculaire que les antipsychotiques classiques (qui exposent plus à des complications neurologiques, à une hyperprolactinémie, au syndrome malin des neuroleptiques) [38].

Ces évènements cardio-vasculaires sont fortement associés à des FRDCV modifiables et non modifiables (l'âge, le sexe, les antécédents personnels ou familiaux). Les FDRCV sont l'HTA, le surpoids/l'obésité, le diabète, les dyslipidémies, le syndrome métabolique, le tabagisme. Il existe dans la population psychiatrique une fréquence plus importante de facteurs de risques modifiables que dans la population générale.

II.3.3.1. Hypertension artérielle

Les patients bipolaires ont un risque plus élevé de développer une HTA que la population générale (risque relatif 1.27), et la développent en moyenne 14 ans plus tôt [39]. De plus, les patients bipolaires hypertendus sont moins bien traités que les patients hypertendus en population générale. On estime que 21.6% des patients bipolaires présentant une HTA bénéficient d'un traitement adéquat [40].

Concernant la population dépressive, 13 à 15% des patients consultants ou suivis pour une dépression ont une HTA [41].

II.3.3.2. Dyslipidémie

Des taux sanguins élevés de cholestérol total (CT), de LDL cholestérol (LDL-c), de triglycérides (TG) et des taux bas de HDL cholestérol (HDL-c), augmentent fortement le risque de coronaropathie. Une augmentation de 1 mmol/l de la triglycéridémie augmenterait le risque de maladie cardio-vasculaire de 32% chez les hommes et de 76% chez les femmes [42].

Les patients bipolaires présentant une dyslipidémie sont moins bien traités qu'en population générale puisqu'on estime que 27.9% bénéficient d'un traitement adéquat [40].

La iatrogénie joue un rôle important dans la survenue d'une dyslipidémie. Les antipsychotiques participent à l'apparition d'une hypertriglycéridémie [38]. Les thymorégulateurs (valproate de sodium et sels de lithium) induisent une modification du métabolisme des lipides, conduisant à une hypercholestérolémie et à une hypertriglycéridémie [43]. Les antidépresseurs sont aussi à l'origine de dyslipidémie.

II.3.3.3. Diabète

La prévalence du diabète dans la population schizophrène est estimée à 13%, contre 3-4% en population générale [39]. Certaines études ont retrouvé des taux de diabète plus élevés chez les schizophrènes que dans la population générale, même avant l'introduction d'un antipsychotique, ce qui signifierait qu'il y aurait une vulnérabilité spécifique à la survenue d'un diabète dans la

schizophrénie [2;38]. On estime la mortalité due au diabète 2.7 fois plus élevée dans la population schizophrène que dans la population générale [35].

Chez les patients bipolaires on observe également une prévalence plus importante de diabète par rapport à la population générale, puisqu'elle est de l'ordre de 26% [39]. Certains auteurs estiment que seulement 10.6% des patients bipolaires souffrant de diabète bénéficient d'un traitement adéquat. [39].

La prévalence du diabète chez les patients dépressifs semble être supérieure à celle de la population générale. Les études sur les patients atteints de troubles dépressifs manquent, mais il semblerait que la prévalence du diabète soit 1.5 à 2 fois plus importante dans les troubles de l'humeur que dans la population générale [2].

La dépression semble être un facteur d'apparition de diabète puisqu'elle est associée à des anomalies biologiques telles que l'augmentation des glucocorticoïdes, de l'hormone de croissance, de l'insulinorésistance et des cytokines inflammatoires. Certaines études ont démontré que les patients ayant présenté une dépression avaient 2 fois plus de risques de développer un diabète non insulino-dépendant que les autres [27].

La dépression est un facteur d'aggravation du diabète. Elle entraîne une mauvaise compliance aux traitements anti-diabétiques, un faible contrôle de la glycémie et une apparition précoce des complications vasculaires [27].

Les antipsychotiques augmentent le risque de diabète en induisant une prise de poids, mais aussi par des effets directs sur la sensibilité à l'insuline (insulinorésistance) et sur le transport du glucose [38].

Le lithium est déconseillé chez les diabétiques du fait de sa néphrotoxicité. Il peut entraîner un diabète insipide néphrogénique, secondaire à une diminution de la capacité à concentrer les urines. Le valproate de sodium peut être responsable d'une intolérance au glucose et d'une insulinorésistance [43].

Les effets des antidépresseurs sur la glycémie sont contrastés. Les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) augmenteraient la sensibilité à l'insuline et pourraient abaisser la glycémie chez le diabétique. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSNa) ne modifient pas l'homéostasie du métabolisme glucidique. Les antidépresseurs tricycliques peuvent entraîner un diabète.

II.3.3.4. Obésité

L'obésité contribue à augmenter le risque de survenue de plusieurs pathologies telles que le diabète de type 2, l'HTA, les coronaropathies, l'arthrose, les cancers du côlon, du sein et de l'utérus. Elle a également un retentissement sur l'intégration sociale, l'observance thérapeutique ainsi que sur l'image de soi. L'obésité peut constituer un frein à l'efficacité thérapeutique et nécessiter des

adaptations posologiques pour atteindre une posologie efficace. Ceci peut entraîner une augmentation des risques d'effets indésirables ou de surdosage propres à chaque molécule.

La prévalence de l'obésité chez les schizophrènes est estimée entre 44 et 55%. L'existence d'un Indice de Masse Corporelle (IMC) plus élevé chez les schizophrènes que dans la population générale constitue un facteur de risque primaire, c'est-à-dire déjà présent chez le schizophrène naïf de tout traitement [28].

L'obésité est également très présente chez les patients bipolaires puisqu'on estime que 21 à 50% d'entre eux sont obèses [28]. Les patients bipolaires obèses ont un pronostic plus péjoratif de leur trouble bipolaire que les patients dont l'IMC est dans les normes. Ces patients présentent davantage d'épisodes maniaques et dépressifs, de tentatives de suicides, des phases aiguës plus prolongées et des récurrences plus précoces [43].

Des facteurs de risque de prise de poids sous traitement ont été identifiés. Les patients bipolaires les plus à risque de développer une obésité sont : les jeunes, les femmes, les sujets dont l'IMC était bas avant traitement, les antécédents personnels ou familiaux d'obésité, la présence d'éléments psychotiques au cours des épisodes thymiques, et les patients prenant du poids dans les trois semaines d'instauration du traitement [43].

La prévalence de l'obésité chez les patients dépressifs est de 20% chez les hommes et de 30% chez les femmes. La dépression peut être cause d'obésité car elle entraîne typiquement une hypoactivité et une tendance à la sédentarité. De manière moins typique elle peut induire une hyperphagie, une hypersomnie et un craving pour les aliments sucrés. La dépression de l'enfance et de l'adolescence est prédictive de l'obésité à l'âge adulte [27].

Les psychotropes contribuent à cette prise de poids, d'autant plus qu'ils sont souvent associés entre eux.

Les antipsychotiques, surtout ceux de 2^{ème} génération, entraînent une prise de poids.

Les thymorégulateurs sont à l'origine d'une prise de poids, de 4 à 15kg en moyenne en 2 ans chez 60% des patients traités par sels de lithium. Le Valproate de sodium entraîne une stimulation de l'appétit à l'origine d'une prise de poids chiffrée à 21% en moyenne après un an de traitement [43].

Les antidépresseurs entraînent une prise de poids par modification des métabolismes lipidique et glucidique : les IRS induisent une prise de 3kg en 4 ans en moyenne, les IRSNa ont des effets variables sur le poids, et les tricycliques induisent une prise de poids.

II.3.3.5. Syndrome métabolique

Le syndrome métabolique est considéré comme un FDRCV modifiable. Il est défini par une obésité abdominale, une hypertriglycéridémie, un taux de HDL cholestérol bas, une tension artérielle

augmentée, une hyperglycémie à jeun, dont les normes et le nombre de critères retenus varient en fonction des définitions (*Annexe 2*).

Le syndrome métabolique est associé à un risque multiplié par 6 de développer un diabète de type 2, et de 5 à 6 d'augmenter le risque de mortalité liée à des causes cardio-vasculaires [38].

La prévalence du syndrome métabolique est estimée entre 28 et 60% chez les patients schizophrènes, entre 30 et 50% chez les bipolaires et à 28.5% chez les patients dépressifs [2]. Dans la population générale des pays industrialisés, elle est estimée à 20%, et à 8% en France.

La iatrogénie joue également un rôle majeur dans la survenue d'un syndrome métabolique. L'incidence du syndrome métabolique concerne 1 patient sur 6, six mois après la mise en place d'un traitement antidépresseur, dont la majorité dès trois mois de traitement. Le syndrome métabolique apparaît indépendamment de la prise de poids [44].

La Fédération française de psychiatrie détermine trois groupes de patients à risque de développer un syndrome métabolique en fonction du traitement antipsychotique reçu [19] :

- Le groupe à haut risque : clozapine, olanzapine
- Le groupe à moyen risque : risperdone, quétiapine, amisulpride
- Le groupe à faible risque : aripiprazole

Le choix de la molécule doit tenir compte du profil cardio-vasculaire de chaque patient.

II.3.3.6. Tabac

Le tabagisme est un FDRCV majeur. Il multiplie par 3 le risque de coronaropathie. Il augmente également le risque de cancer (ORL, poumon, vessie...). Il est surreprésenté dans cette population puisqu'on estime que 85% des patients schizophrènes fument contre 23% en population générale [38].

Les consommations de tabac sont également plus élevées chez ces patients puisqu'on estime que 20 à 40% fument plus de 30 cigarettes/jour. Leur façon de fumer est différente avec des inhalations plus profondes entraînant une extraction de nicotine par cigarette supérieure à celle des autres fumeurs. La dépendance à la nicotine serait plus sévère et plus précoce.

Le tabac modifie le métabolisme des antipsychotiques (par interaction avec les cytochromes p450) et de ce fait implique une augmentation des posologies pour avoir un effet thérapeutique comparable [38].

II.3.3.7. Hypothèses étiopathogéniques

Les patients souffrant de troubles mentaux représentent une population à risque cardio-vasculaire élevé. On sait aujourd'hui qu'il existe une vulnérabilité cardio-vasculaire propre à la population atteinte de troubles mentaux sévères et de dépression, et ce indépendamment de la iatrogénie.

Plusieurs hypothèses étiopathogéniques ont été avancées pour expliquer ce sur-risque [45] :

- Le mode de vie : les variations thymiques constituent une barrière au suivi des règles hygiéno-diététiques et à la pratique d'activités physiques régulières recommandées.
- Les addictions : l'association fréquente à des comportements addictifs, notamment éthylo-tabagiques, a des conséquences néfastes sur le système cardio-vasculaire.
- L'inflammation chronique : le stress chronique engendré par les troubles mentaux entraînerait des perturbations adaptatives de l'organisme. Les mécanismes impliqués aboutiraient à une sub-inflammation chronique favorisant un dysfonctionnement cardio-métabolique. L'hypothèse d'un stress oxydatif plus important avec une production majorée de radicaux libres a été avancée conduisant à une inflammation chronique responsable d'une résistance à l'insuline et à une accumulation de graisses athérogènes.
- Dysfonctionnement mitochondrial : un dysfonctionnement mitochondrial similaire entre les patients diabétiques et bipolaires pourrait expliquer la cooccurrence diabétique dans le trouble bipolaire.
- Rythme circadien : L'altération des rythmes circadiens est observée dans le trouble bipolaire et a été également retrouvée dans les pathologies cardio-métaboliques. La réduction du temps de sommeil semble être associée à une diminution de la sensibilité à l'insuline.
- Génétique : des études pangénomiques ont montré que le trouble bipolaire, le diabète de type 2 et les maladies cardio-vasculaires appartenaient à une famille génétique commune.
- Axe hypothalamo-hypophysaire : une hyperactivation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (suite au stress chronique engendré par le trouble mental) entraînerait une hypercortisolémie chronique [39;45;46]. Celle-ci conduirait à la formation de graisse viscérale, et à une insulino-résistance et par ce biais engendrerait un diabète de type 2. De

plus ce stress entraîne une perturbation du système nerveux autonome, et donc une perturbation de la variabilité du QT et du rythme cardiaque [27].

- Hypercoagulabilité : il existe chez les patients dépressifs une augmentation des cytokines (facteur de progression de l'athérosclérose), une augmentation des plaquettes et une hypercoagulabilité pouvant engendrer des maladies thrombo-emboliques [27].

II.3.4. Conduites à risque

Le mode de vie des patients schizophrènes est à l'origine de conduites addictives, d'une sédentarité, d'un tabagisme, d'une mauvaise hygiène alimentaire, d'un défaut d'exercice physique, de conduites à risques (notamment sexuelles avec des risques d'IST), et d'une précarité socio-économique.

Les conduites addictives sont fréquentes dans les troubles mentaux. L'abus de substances serait lié à un dysfonctionnement de la dopamine au niveau méso-cortico-limbique. Tabac, alcool et cannabis sont les substances les plus consommées, et sont responsables de troubles cardiovasculaires et de cancers.

On estime la mortalité due aux pathologies infectieuses 3.4 fois plus élevée dans la population schizophrène que dans la population générale notamment à cause d'infections transmises par voie sexuelle ou sanguine [35].

Les conduites sexuelles à risque favorisent les IST (Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), Virus de l'Hépatite B (VHB), Virus de l'Hépatite C (VHC)), qui sont entre 5 et 10 fois plus fréquentes que dans la population générale [47].

La prévalence de l'infection VIH est évaluée à 2,8% contre 0.24% en population générale et la mortalité par SIDA est 5 fois plus élevée dans la population schizophrène que dans la population générale [30]. La prévalence de l'hépatite C est estimée entre 6.8 et 8.5%, contre 0.84% en population générale.

La dépression est un facteur d'aggravation de pathologies infectieuses. Elle aggrave l'état physique et psychique des patients atteints par le VIH, par augmentation des facteurs de stress. On observe une faible compliance aux antirétroviraux, une détérioration du fonctionnement psychosocial, et une évolution plus rapide vers le SIDA. Les dépressions uni et bipolaire sont des facteurs de risques pour l'infection au VIH en favorisant les prises de risques [27].

II.3.5. Contraception

La contraception représente un enjeu de santé publique en France afin d'endiguer le nombre toujours croissant d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG). En 2013, la HAS a publié des fiches mémo d'aide à la prescription d'une contraception [48] visant à fournir aux professionnels de santé, des outils afin de mieux aider les femmes, les hommes et les couples à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

La HAS insiste sur le fait que le choix d'une contraception est un choix personnalisé, adapté et choisi par et avec la patiente. Ce choix est fonction de l'état de santé de la patiente (en fonction d'éventuelles contre-indications à l'utilisation de cette méthode), de son mode de vie (tabagisme actif, relations sexuelles à risques), et de sa capacité à être observante avec la méthode de contraception choisie.

Le choix de la contraception varie en fonction de caractéristiques sociodémographiques [49] :

- L'implant est plus utilisé par les femmes aux conditions financières difficiles (4.5% contre 1.7% pour celles qui déclarent ne pas avoir de difficultés).
- La précarité est associée à un moindre taux de contraception : 6.5% des femmes ayant une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, vivant en milieu rural n'utilisent pas de moyen contraceptif contre seulement 1.6% des femmes cadres [50].
- Les jeunes femmes de 20 à 24 ans, connaissant une situation financière délicate et ne vivant plus chez leurs parents utilisent moins souvent la pilule que les autres (71% contre 88%).

Au vu de ces caractéristiques socio-démographiques, la population psychiatrique représente une population à risque de ne pas avoir de moyen contraceptif.

Le choix de la molécule doit être adapté chez les patientes souffrant de troubles mentaux en fonction des antécédents médicaux et du traitement médicamenteux.

D'une part, le risque cardio-vasculaire doit être évalué avant de choisir la méthode contraceptive. Un risque cardio-vasculaire élevé contre-indique la prescription d'une pilule oestro-progestative en première intention comme recommandé dans la population générale. Ainsi, chez les patientes souffrant de troubles mentaux et présentant des FDRCV, le choix du contraceptif doit plutôt se porter sur une contraception progestative seule.

D'autre part, il existe de nombreuses interactions médicamenteuses chez ces patientes souvent polymédiquées. Certains antipsychotiques et régulateurs de l'humeur présentent des effets secondaires avec des impacts sur la pharmacodynamie des oestro-progestatifs, et sur la tératogenèse (diminution de l'effet contraceptif par les inducteurs enzymatiques type carbamazépine ou antagonisation de l'effet d'autres traitements due au contraceptif).

Le choix du type de contraceptif doit être tout particulièrement évalué dans cette population. La compliance aux traitements per os est basse puisque plus de la moitié des patients déclarent ne

pas prendre leur traitement régulièrement [51]. L'existence d'une souffrance psychique est un facteur de mauvaise observance thérapeutique. Le choix d'une pilule contraceptive ne semble donc pas être le plus approprié. Dans les troubles mentaux, notamment la schizophrénie, la tolérance d'un Dispositif Intra-Utérin (DIU) ou d'un implant contraceptif peut s'avérer difficile, le dispositif étant vécu comme un corps étranger difficile à accepter.

Enfin, certaines femmes atteintes de troubles mentaux peuvent souffrir d'aménorrhée secondaire liée à une hyperprolactinémie, effet indésirable des antipsychotiques. Il semble risqué de considérer ces aménorrhées secondaires comme une garantie d'absence de grossesse non désirée. La population psychiatrique représente donc une population spécifique dont le conseil contraceptif doit être particulièrement adapté selon des facteurs socio-démographiques et médicaux. De plus, il est important de sensibiliser les médecins et les patientes sur le fait que la grossesse, menée à terme ou interrompue, peut exacerber un déséquilibre mental.

II.3.6. Risque oncologique

Parmi les patients présentant des troubles mentaux sévères, les opportunités de dépistage de cancers sont souvent moindres que dans la population générale du fait de la précarité et du handicap psychique.

Pourtant cette population présente des facteurs de risque importants de développer un cancer notamment du fait du surpoids/obésité (cancer du côlon), des consommations de tabac (poumon, vessie...), d'alcool (oropharynx, foie...) et autres addictions [52]. Des facteurs de risque tels que l'hyperprolactinémie, sont associés à un risque accru de cancer du sein et de cancer du col de l'utérus dans la population schizophrène [19].

La mortalité par cancer est 1.27 fois plus élevée dans la population schizophrène que dans la population générale [30].

L'incidence standardisée des cancers, tous sites confondus, chez des patients bipolaires hospitalisés semble supérieure à la population générale chez les hommes (1,59) comme chez les femmes (1,75) [38].

La dépression apparaît être un facteur prédictif de cancer en cas de dépression chronique : une étude menée chez des sujets sains âgés a montré qu'une dépression évoluant sur un mode chronique augmenterait le risque de développer un cancer par 1,8. La dépression peut également être secondaire aux traitements anti-mitotiques. La détresse émotionnelle est importante et a été associée à une diminution de la survie [27].

II.3.7. Douleur

Une perception différente de la douleur est décrite chez les schizophrènes. La schizophrénie serait associée à une sensibilité réduite à la douleur, on parle d'hypoalgésie. Ces patients ressentent bien la douleur mais ne réagissent pas, ne l'expriment pas, et l'expression de cette douleur se fait dans un langage ou dans un comportement qu'il faut savoir décoder [53].

La douleur est un symptôme quasi constant de la dépression. On parle de douleur corporelle, psychogène, morale.

La douleur corporelle est un symptôme observé chez 92% des patients hospitalisés pour dépression [54]. En médecine ambulatoire on retrouve 63.2% de douleurs musculaires, 59.1% de cervicalgies, 59% de céphalées, 48% de lombalgies, 42% de douleurs articulaires, 39.6% de douleurs thoraciques et 28.1% de douleurs abdominales chez les patients dépressifs [54]. En population générale, la dépression est observée selon les études chez 17 à 22% des patients douloureux chroniques, jusqu'à 30 à 54% selon d'autres études [27]. La sévérité et la durée de la douleur chronique sont proportionnelles à la sévérité de la dépression.

La difficulté dans cette population est d'évaluer la douleur.

L'Echelle Visuelle Analogique (EVA), quotidiennement utilisée dans les services de médecine, n'est pas appropriée chez les patients souffrant de troubles mentaux. L'Echelle Verbale Simple (EVS) et l'échelle des six visages (utilisée en pédiatrie) sont des échelles d'auto-évaluation de la douleur validées en psychiatrie pour les adultes communicants.

A l'heure actuelle, il n'y a pas d'échelle d'évaluation de la douleur chez l'adulte dyscommunicant. L'Echelle d'Evaluation de la Douleur (EED) est une échelle basée sur l'Echelle d'évaluation de l'expression de la Douleur chez l'Adolescent ou Adulte Polyhandicapé (EDAAP), validée dans la population handicapée. L'EED est encore actuellement en cours d'évaluation au niveau national, mais elle pourrait représenter un outil de choix dans l'hétéro-évaluation et le suivi de la douleur en santé mentale chez les patients dyscommunicants [53].

II.3.8. Constipation

La constipation est un trouble somatique très fréquent dans la population souffrant de troubles mentaux. Elle est une préoccupation importante des patients et des familles, et un motif de consultation ou d'appel par les équipes soignantes récurrent. Elle peut entraîner des complications graves telles que le syndrome occlusif voire le décès, et ce même chez le sujet jeune.

La iatrogénie est en grande partie responsable de ces troubles du transit puisqu'il a été montré que les antipsychotiques entraînent une hypomotilité intestinale. Peu d'études ont été

réalisées, mais l'étude néo-zélandaise réalisée en 2008 chez 102 patients sous clozapine révèle que les complications de l'hypomotilité intestinale ont entraîné 27.5% de décès [55]. La constipation apparaît globalement dans les trois premiers jours de traitement, chez le sujet jeune et est la cause d'une mortalité importante [55]. Les facteurs de risque identifiés sont une mauvaise hygiène alimentaire, des posologies élevées, l'absence de pallier, la schizophrénie, la coprescription d'anticholinergiques.

II.3.9. Autres comorbidités

II.3.9.1. Comorbidités respiratoires

La population schizophrène présente un risque accru de mortalité pour cause respiratoire par rapport à la population générale (entre 3.2 et 5.8 selon les études) [30;35].

Ces patients sont plus à risque de développer une Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) du fait de leur forte consommation de tabac.

Les infections respiratoires sont également fréquentes du fait des conditions de vie souvent précaires (tuberculose notamment).

Le risque de présenter un Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS) est également plus important, aussi du fait de l'obésité.

Il existe dans cette population un risque élevé de fausse route, secondaire aux antipsychotiques (surtout de 1^e génération), du fait des dyskinésies tardives et des troubles de la salivation (sécheresse ou hypersalivation [19;56].

II.3.9.2. Comorbidités neurologiques

On observe des comorbidités neurologiques au trouble bipolaire telles que les migraines et la SEP [39]. La prévalence vie entière de la maladie migraineuse est 3 fois plus élevée dans le trouble bipolaire que dans la population générale (39,8% dont 45% pour les femmes et 31% pour les hommes). La SEP est 2 fois plus fréquente chez les patients bipolaires que dans la population générale ; un trouble bipolaire a été identifié chez plus de 13% des patients souffrant de SEP [39]. Les mécanismes sous-jacents à cette comorbidité ont été à ce jour peu étudiés.

La dépression a un impact sur la maladie d'Alzheimer et sur la maladie de Parkinson en altérant la qualité de vie, en entravant les activités quotidiennes, en perturbant les fonctions cognitives, et en accélérant le placement en institution [27]. L'épilepsie associée à la dépression voit son risque suicidaire multiplié par 10. Au niveau cérébro-vasculaire, la dépression complique la guérison de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et entraîne une surmortalité en entravant le retour aux activités quotidiennes et la récupération des fonctions cognitives [27].

II.3.9.3. Dysthyroïdie

Les patients bipolaires sous lithium sont plus à risque de développer des dysthyroïdies, hypothyroïdies le plus souvent, hyperthyroïdies plus rarement. Une surveillance régulière de la Thyroïde Stimulating Hormon (TSH) est de ce fait nécessaire.

Par ailleurs, certaines études ont montré que ces patients pouvaient développer des dysthyroïdies indépendamment de la prise de lithium [39]. La prévalence des dysfonctions thyroïdiennes est plus élevée chez les patients souffrant de cycle rapide et dans les formes résistantes de troubles bipolaires [19].

II.3.9.4. Hyperprolactinémie

Les patients sous antipsychotiques sont plus à risque de présenter une hyperprolactinémie. Les antipsychotiques classiques sont plus enclins à engendrer une hyperprolactinémie durable, les antipsychotiques atypiques déclencheraient plutôt une hyperprolactinémie transitoire (réversible à l'arrêt du traitement) [38].

Cette hyperprolactinémie est un facteur de risque d'ostéoporose tout comme la sédentarité, le tabagisme, l'abus d'alcool et de produits toxiques, et un régime alimentaire souvent peu équilibré. Cette population constitue donc une population à risque d'ostéoporose.

Par ailleurs, la carence oestrogénique secondaire à l'hyperprolactinémie, est aussi source de galactorrhée, de troubles du cycle menstruel chez la femme (cf. II.3.5), et de troubles sexuels chez l'homme (baisse de la libido, impuissance, troubles de l'éjaculation).

II.4. Synthèse des soins somatiques en psychiatrie

Les données épidémiologiques, à l'échelle mondiale, nationale et régionale, montrent l'importance des troubles mentaux dans notre société. Ces troubles mentaux sont souvent associés à des comorbidités somatiques, notamment cardio-vasculaires. L'importance de ces données montre l'intérêt majeur de considérer ces patients dans leur entité globale, somatique et psychique.

L'enjeu pour le clinicien est de prévenir les affections somatiques et de mettre en œuvre des stratégies de dépistage et de traitement afin de réduire cette surmortalité évitable au sein de la population psychiatrique.

III. MATERIEL ET METHODES

III.1. Introduction et contexte

III.1.1. La psychiatrie au Centre Hospitalier de Mâcon

Le CH de Mâcon, est un établissement public de santé au carrefour de deux régions sanitaires, Bourgogne Franche Comté et Auvergne Rhône-Alpes. Il dessert une population de plus de 210 000 habitants.

Sur le site du CH de Mâcon les Chanaux sont regroupées des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et hospitalisation en psychiatrie.

Le pôle de la Psychiatrie et de l'Accueil, de Moyenne et Longue Durée a une capacité d'accueil en hospitalisation de 80 patients. Il est constitué d'un service d'hospitalisation adulte et d'un service de pédopsychiatrie sur le site des Chanaux. Le service d'hospitalisation adulte est divisé en quatre unités :

- L'UPL, unité psychiatrique libre (25 lits)
- L'UPRS, unité psychiatrique de réhabilitation sociale (25 lits)
- L'UPC, unité psychiatrique complexe (25 lits)
- L'UP72, unité psychiatrique de 72 heures (5 lits)

Sur l'année 2013, la psychiatrie d'adulte et infanto-juvénile des Chanaux a accueilli 5482 patients.

Les structures extrahospitalières de psychiatrie avec lesquelles le site des Chanaux coopère sont :

- Le Centre de Santé Mentale de Mâcon, comprenant le Centre Médico-Psychologique (CMP), et le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)
- Le CMP pour enfants et adolescents de Mâcon
- Le Centre de Santé Mentale pour adultes, enfants et adolescents situé à Paray-le-Monial

III.1.2. Les soins somatiques au Centre Hospitalier de Mâcon

III.1.2.1. Historique

Jusqu'en 2013, les soins somatiques dans le service de Psychiatrie de Mâcon étaient réalisés par quatre médecins généralistes libéraux, qui n'étaient sollicités qu'en cas de problème somatique aigu ou subaigu, et après avis du psychiatre.

Suite à la constatation faite par les médecins des urgences et les médecins réanimateurs, de plusieurs complications somatiques graves évitables dans les unités de Psychiatrie, le Docteur Daniel DEBATTY, réanimateur aux Chanaux, fut missionné par le Groupe Action Qualité de l'établissement dans le but d'optimiser la coordination des soins psychiatriques et somatiques dans les unités concernées.

Ainsi, après validation par la CME du 9 avril 2013, l'organisation d'une Unité de soins somatiques en Psychiatrie fut confiée à l'équipe de Médecine polyvalente dirigée par le Docteur Jean Paul KISTERMAN.

A partir du 20 mai 2013, les médecins et internes de Médecine polyvalente sont donc intervenus quotidiennement dans les quatre services de psychiatrie d'adulte. Ils assuraient la prise en charge des problématiques somatiques aiguës comme auparavant. Ils réalisaient, en plus, un travail de prévention et de dépistage concernant les pathologies somatiques, la iatrogénie et les risques spécifiques liés à l'hospitalisation en psychiatrie.

Parmi ces pathologies liées à l'hospitalisation en psychiatrie, les médecins polyvalents avaient identifiés plusieurs risques évitables à dépister et à prévenir systématiquement :

- la prise en charge de la douleur
- le risque de déshydratation
- la MTEV liée à un alitement prolongé que ce soit en raison de la pathologie psychiatrique elle-même (clinophilie) ou de son traitement (contention physique ou chimique)
- la constipation, iatrogène ou non, pouvant aboutir à de réels syndromes occlusifs

III.1.2.2. Elaboration d'une Unité de soins somatiques

Interne de médecine polyvalente au Centre Hospitalier de Mâcon au moment de la mise en place de l'Unité de soins somatiques en psychiatrie, j'ai pris part, avec les Docteurs Jean-Paul KISTERMAN et Yann PRUDHON, à son élaboration.

Dans un premier temps, nous sommes allés à la rencontre du Dr Anne PULITO, médecin généraliste référent de l'unité fonctionnelle de médecine somatique du Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA) de Bourg-en-Bresse.

Le CPA est un établissement de santé privé d'intérêt collectif assurant les missions de service public de psychiatrie de secteur depuis 1971. Il dispose d'une unité fonctionnelle de médecine somatique depuis 1988.

Dans un second temps, nous nous sommes rendus au CHS de la Chartreuse à Dijon à la rencontre du Dr Pascale MARTIN-BERTHOLE, médecin généraliste travaillant au sein du Bloc Médical de Soins Somatiques.

Le CHS de la Chartreuse est un établissement de santé autonome, animé et géré par un directeur d'hôpital, assisté d'un directoire à majorité médicale, et sous le contrôle d'un conseil de surveillance depuis 1970. Il dispose d'un Bloc Médical de Soins Somatiques depuis 1989.

Ces deux entretiens nous ont permis de prendre connaissance de l'organisation de ces établissements, du fonctionnement du bloc médical, des caractéristiques des patients et du contenu du dossier médical somatique. Nous avons élaboré, à partir de ces données, un dossier de médecine somatique (*Annexe 3*), encore utilisé à ce jour par les médecins de l'Unité de soins somatiques.

Ce dossier est composé d'une partie administrative, permettant d'identifier les différents référents et interlocuteurs travaillant avec le patient, et d'une partie médicale.

Les éléments de l'anamnèse sont recueillis directement auprès du malade et dans son dossier médical informatisé. Si les données ne sont pas accessibles de cette manière, nous les récupérons auprès du médecin traitant, par appel téléphonique.

Les patients sont examinés par un médecin somaticien. En plus de l'examen clinique standard, nous recherchons systématiquement les risques spécifiques à l'hospitalisation en psychiatrie (la douleur, la constipation, la déshydratation et les MTEV).

Pour chaque patient sont prescrits un électrocardiogramme (ECG) et un bilan biologique comportant systématiquement une Glycémie à Jeun (GAJ) et une Exploration des Anomalies Lipidiques (EAL). Le bilan biologique est complété en fonction des antécédents et des traitements reçus par les patients.

Au terme de cet examen, nous établissons un projet de soins somatiques avec les pathologies somatiques identifiées, et la fréquence du suivi systématique par l'équipe de soins somatiques.

Grâce à une collaboration avec le Département d'Information Médicale (DIM), ce dossier somatique est intégré au dossier médical informatisé des patients hospitalisés en psychiatrie. Les données du dossier somatique sont apparentes dans l'onglet « Somatique en Psy » du logiciel Crossway utilisé au CH de Mâcon.

A partir de mai 2013, tout patient admis en psychiatrie d'adulte est donc systématiquement examiné par un médecin somaticien et dispose d'un dossier informatisé de soins somatiques.

Ainsi, l'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient (somatique, psychique et sociale) permet d'établir un Projet de Soins Personnalisés respectant les recommandations établies par la HAS en 2010.

III.2. Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'état de santé somatique des patients hospitalisés en psychiatrie d'adulte au CH de Mâcon au moyen de marqueurs simples de la santé.

Les questions posées sont :

- Quels sont les facteurs de risque cardio-vasculaires des patients en psychiatrie ?
- Quelles sont les conduites à risques susceptibles d'entraîner des complications somatiques ?
- Quelle prévention en matière de vaccination obligatoire et de contraception est effective ?
- Quelle prévention en matière de dépistages des cancers recommandés au niveau national est effective ?
- Quels sont les patients à risques de complications aiguës liées à l'hospitalisation en psychiatrie ?

III.3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, observationnelle, prospective, unicentrique, réalisée dans le service de psychiatrie d'adulte du CH de Mâcon (Les Chanaux).

III.4. Population

La population de notre étude est composée de tous les patients hospitalisés en psychiatrie d'adulte (plus de 18 ans) au CH de Mâcon sur le site des Chanaux (dans les unités UPL, UPC et UPRS), pendant plus de 72 heures, entre le 13 juin 2015 et le 1^{er} décembre 2015, soit un effectif de 143 patients.

Les patients hospitalisés à l'UP72 sont exclus du fait de la brièveté de leur séjour dans cette unité. Après un délai de trois jours ces patients sont soit sortants, soit transférés dans l'une des trois autres unités psychiatriques, auquel cas ils sont inclus dans l'étude.

III.5. Réalisation de l'étude

L'accord du responsable du service de Psychiatrie du CH de Mâcon a été donné le 20 décembre 2013.

Le début du recueil des données somatiques date du 2 décembre 2013 et se fait encore aujourd'hui dans le cadre de l'Unité de soins somatiques. Cependant seules les données des patients hospitalisés plus de 72 heures entre le 13 juin 2015 et le 1^{er} décembre 2015 ont été utilisées pour cette étude.

III.6. Questionnaire

Le questionnaire spécifique à ma thèse (*Annexe 4*) a été élaboré à partir du dossier somatique. Les données nécessaires à cette enquête sont donc recueillies dans l'onglet « Somatique en Psy » du logiciel Crossway. L'accès au dossier individualisé des patients est sécurisé : l'utilisateur n'est autorisé à accéder qu'aux dossiers des patients dont il a la charge. Les dossiers des patients ont été anonymisés par le DIM pour la manipulation des données de l'étude. Le dossier papier n'est pas pris en compte.

Le questionnaire spécifique à cette étude porte sur des données administratives et sociales et sur des données médicales générales de santé somatique.

III.6.1. Données administratives et sociales

Les données administratives comprennent :

- Le numéro de dossier (numéro d'anonymat déterminé par le DIM)
- L'âge
- Le sexe
- L'unité d'hospitalisation (UPL, UPC, UPRS)
- L'existence d'un médecin traitant : est considéré comme médecin traitant le médecin généraliste déclaré par le patient au médecin somaticien et à défaut mentionné dans l'onglet administratif du dossier médical global

Les données sociales recueillies sont :

- L'existence d'une mesure de protection juridique et si oui de quel type (curatelle simple, curatelle renforcée, tutelle)
- La Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) (niveau 1) : agriculteurs exploitants, artisans-commerçants et chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, retraités, autres personnes sans activité professionnelle [57]
- Le lieu de vie : domicile, hôpital (dont les appartements thérapeutiques), foyer, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), Sans Domicile Fixe (SDF)

III.6.2. Données médicales

III.6.2.1. Pathologie psychiatrique

Seule la pathologie psychiatrique « principale » du patient est prise en compte. Elle est identifiée à partir des synthèses des psychiatres dans les dossiers médicaux informatisés. Les comorbidités psychiatriques ne figurent pas dans cette étude.

La pathologie psychiatrique « principale » est notifiée selon la classification du DSM V :

- schizophrénie et troubles schizotypiques/délirants
- troubles de l'humeur bipolaire/unipolaire (dépression)
- troubles névrotiques
- syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (dont les troubles des conduites alimentaires)
- troubles de la personnalité et du comportement
- retard mental
- troubles du développement psychologique
- troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.

III.6.2.2. Facteurs de risque cardio-vasculaire

Outre un examen physique général, la prise en charge somatique priorise le dépistage des FRDCV du fait de leur forte prévalence dans cette population.

Les FDRCV non modifiables sont accessibles dans les données administratives, à savoir : l'âge (> 50ans chez l'homme, > 60ans chez la femme) et le sexe masculin.

Sont systématiquement recherchés : une HTA, une dyslipidémie, un diabète, un surpoids/une obésité, un tabagisme, des antécédents personnels et familiaux cardio-vasculaires [58].

III.6.2.2.1. Hypertension artérielle

L'HTA est définie par une Tension Artérielle (TA) supérieure ou égale à 140mmHg pour la TA systolique et/ou 90mmHg pour la TA diastolique. Le chiffre retenu est la moyenne des mesures effectuées lors de trois consultations conformément aux recommandations de la Société Française de l'HTA (SFHTA) (ici trois prises de TA à des jours différents réalisées par les infirmières psychiatriques) [59].

Pour chaque patient on détermine s'il existe une HTA, et si oui, si c'est une découverte ou bien si elle est déjà connue. Si l'HTA est connue, on détermine si elle est équilibrée ou non.

III.6.2.2.2. Dyslipidémie

La dyslipidémie est définie par une hypercholestérolémie (LDL-c > 1,6g/l (4,1 mmol/l) pour les patients sans FDRCV associé), et/ou par une hypertriglycéridémie (TG ≥4g/l (4,6 mmol/l)) [60].

Pour chaque patient on détermine s'il existe une dyslipidémie, et si oui, si elle est déjà connue. Si la dyslipidémie est connue, on détermine si elle est équilibrée ou non.

III.6.2.2.3. Diabète

Le diabète est défini par une glycémie à jeun > 1,26g/l (> 7mmol/L) après un jeûne d'au moins huit heures et vérifiée à deux reprises (ou > 2g/l à tout moment de la journée) [61].

Pour les patients diabétiques connus, nous évaluons si le diabète est équilibré en comparant l'hémoglobine glyquée aux recommandations de la HAS.

III.6.2.2.4. Obésité

Nous recherchons chez tous les patients un surpoids ou une obésité. L'IMC est mesuré pour chaque patient à partir du poids et de la taille consignés dans le dossier médical ($IMC = \text{poids} / (\text{taille})^2$ en kg/m²).

Un IMC <18.5 kg/m² traduit une dénutrition, de 18.5 à 24.9 kg/m² un poids normal, de 25 à 29.9 kg/m² un surpoids, de 30 à 34.9 kg/m² une obésité modérée, de 35 à 40 kg/m² une obésité sévère, et > 40 kg/m² une obésité morbide [62].

III.6.2.2.5. Tabac

Le tabac est le principal facteur de risque « toxique » dans cette population. Les conséquences pathologiques liées au tabac (cardio-vasculaires et oncologiques) sont directement liées à la quantité de tabac fumée. Celle-ci est estimée en nombre de paquets/année (PA). Même si cette donnée est insuffisante à elle seule pour estimer les risques liés au tabac, elle donne une estimation de l'intoxication tabagique. Nous avons choisi la valeur seuil de 30 PA puisque c'est à partir de là que le risque de cancer bronchique semble majeur [63].

Nous demandons à chaque patient s'il fume du tabac, et si oui, nous estimons sa consommation en termes de PA. Lorsque les patients ne peuvent pas répondre, nous cherchons une approximation de leur consommation auprès des infirmières psychiatriques (l'équipe soignante garde les paquets de

cigarettes des patients et les délivre au compte-goutte en accord avec le reste de l'équipe médicale) en complément du dossier médical.

Les patients sont donc classés en fonction de leur consommation « active »/« sevrée » et en fonction de l'intensité de l'intoxication estimée en PA.

Ainsi, les patients sont classés en : « tabagisme actif < 30 PA », « tabagisme actif > 30 PA », « tabagisme sevré < 30 PA » ou « tabagisme sevré > 30 PA ». Les patients n'ayant pas d'antécédent tabagique sont classés « non-fumeurs ». Le tabagisme passif n'est pas analysé.

III.6.2.2.6. Antécédents cardio-vasculaires

Des antécédents personnels cardio-vasculaires d'Infarctus du Myocarde (IDM) ou d'AVC sont systématiquement recherchés ainsi qu'une hérédité cardio-vasculaire. Cette hérédité est définie par un antécédent familial d'IDM ou de mort subite du père ou d'un frère < 55ans, de la mère ou d'une sœur < 65 ans, ou un antécédent d'AVC d'un parent proche < 45ans est un facteur de risque cardio-vasculaire. Nous recherchons ces données à partir de l'anamnèse et si elle est peu contributive, à partir du dossier médical informatique.

III.6.2.3. Conduites à risque

Les conduites à risques recherchées sont la consommation de tabac (cf. III.6.2.2.5), d'alcool, de drogues, et les conduites sexuelles à risque. Nous recherchons ces données à partir de l'anamnèse et si elle est peu contributive, à partir du dossier médical informatique. Si l'information n'est pas disponible, nous téléphonons au médecin traitant afin de se la procurer.

III.6.2.3.1. Alcool

La consommation d'alcool est qualifiée selon l'OMS « d'usage à risque ou dangereuse » entre 20 et 40g d'alcool/j pour les femmes, entre 40 et 60g/j pour les hommes, de « nocive ou à problèmes » au-delà de 40g/j pour les femmes et 60g/j pour les hommes, d'« alcoolodépendance » quand « la consommation d'alcool devient prépondérante et prioritaire » [64].

La consommation d'alcool de nos patients est évaluée, en partant du postulat que la quantité d'alcool contenue dans un verre en France est de 10g.

Les patients sont donc classés en fonction de leur consommation « active »/« sevrée » et en fonction de l'usage « à risque »/« nocif »/« dépendance ».

Les patients consommant moins de 20g/j sont comptabilisés comme « non à risque ».

III.6.2.3.2. Drogues

Concernant l'addiction aux drogues, nous avons distingué les addictions aux drogues qualifiées de « douces » pour le cannabis, et « dures » pour toutes les autres drogues (héroïne, cocaïne, amphétamines, ecstasy, diéthylamide de l'acide lysergique (LSD)...). Les consommations « mixtes » concernent les consommations concomitantes de drogues « douces » et « dures ». Les patients sont donc classés en fonction de leur consommation « active »/« sevrée » et en fonction du type de produit, en addiction aux drogues « douces »/« dures »/« mixtes ». Les patients ne consommant pas de drogues sont comptabilisés comme « non à risque ».

III.6.2.3.3. Conduites sexuelles à risque

On considère comme « conduite sexuelle à risque » tout patient déclarant avoir ou avoir eu des rapports sexuels non protégés. Les patients sont classés « à risque sexuel » ou « non à risque sexuel ». Si les patients ont eu une relation à risque sexuel sans qu'aucun bilan n'ait été réalisé, nous prescrivons un bilan d'IST avec les sérologies VIH, VHB, VHC et syphilis.

III.6.2.4. Prévention vaccinale

La vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite (DTP) est à ce jour la seule vaccination obligatoire dans la population générale. Nous demandons à chaque patient si sa vaccination DTP est à jour selon les recommandations du calendrier vaccinal [65]. Lorsque la réponse est inconnue ou manquante nous demandons au médecin traitant.

III.6.2.5. Contraception

Nous déterminons, en fonction de l'âge et de l'interrogatoire, les femmes « en âge de procréer » et les femmes ménopausées. Nous demandons ensuite aux femmes « en âge de procréer » si elles ont une contraception et si oui de quel type (pilule contraceptive, implant micro progestatif sous cutané, DIU).

III.6.2.6. Dépistage oncologique

On fait à nos patients les recommandations en matière de dépistage oncologique en population générale, à savoir le dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Pour chaque patient, nous cherchons à savoir s'il a participé aux campagnes de dépistage de ces cancers. Les données sont récoltées d'après l'anamnèse du patient, et en cas de non réponse

elles sont recherchées dans le dossier. En cas d'absence de donnée nous demandons au médecin traitant.

Ces recommandations nationales sont :

- pour le cancer colorectal : réalisation d'un test hémocult dans les deux dernières années (ou un test immunologique de dépistage de sang occulte dans les selles, test remplaçant le test hémocult II à partir de mai 2015) pour les patients de 50 à 74 ans (hommes et femmes) [66]
- pour le cancer du sein : réalisation d'une mammographie durant les deux dernières années chez les femmes de 50 à 74 ans [67]
- pour le cancer du col de l'utérus : réalisation d'un Frottis Cervico-Vaginal (FCV) durant les trois dernières années chez les femmes de 25 à 65 ans [68]

III.6.2.7. Risques liés à l'hospitalisation

Nous avons identifié, en mettant en place le dossier de soins somatiques, certaines complications aiguës fréquentes et potentiellement graves chez les patients hospitalisés en psychiatrie. Ces risques, à savoir la douleur, la constipation, la déshydratation et les MTEV, dont les causes multiples ont été énoncées précédemment, sont évitables par des actions de prévention. C'est pourquoi nous avons dépisté pour chaque patient ces risques spécifiques à l'hospitalisation en psychiatrie. Ces risques sont évalués et appréciés par le médecin somaticien qui détermine si « oui » ou « non » le risque est présent.

III.6.2.7.1. Douleur

Le « risque douleur » est évalué chez chaque patient en lui demandant s'il lui arrive d'avoir régulièrement des douleurs. Lorsque l'information n'est pas obtenue auprès du patient nous demandons à l'équipe soignante s'il se plaint régulièrement de douleurs ou s'il a des attitudes faisant penser qu'il souffre.

Si la douleur est présente nous l'identifions et prescrivons un antalgique de palier 1 (paracétamol), à délivrer « si besoin » par l'équipe soignante. Si cela ne suffit pas, les infirmières nous rappellent afin d'adapter les antalgiques.

III.6.2.7.2. Constipation

La constipation est définie par une fréquence de selles inférieure à 3/semaine. Le risque de constipation est déterminé au cours de l'examen clinique par l'interrogatoire, et quand cela est impossible par les déclarations de l'équipe soignante. Il est également évalué en fonction des

antécédents personnels du patient (fécalome, syndrome occlusif), des traitements psychotropes ou antalgiques (paliers 2 ou 3).

Un laxatif osmotique (polyéthylène glycol) est prescrit, à délivrer « si besoin » par l'équipe soignante. Si ce laxatif ne suffit pas, les infirmières nous rappellent afin de juger si cela nécessite d'autres mesures (renforcement des doses de polyéthylène glycol, réalisation d'un lavement...).

III.6.2.7.3. Déshydratation

La déshydratation est définie par une soif anormale et une sécheresse muqueuse (lèvres et langue sèches). La déshydratation grave est définie par un comportement inhabituel, des troubles de la conscience, une fièvre inexpliquée, l'apparition d'un pli cutané, une sécheresse muqueuse, une oligurie, des céphalées, un amaigrissement.

Le risque de déshydratation dépend de l'âge du patient, de ses antécédents personnels (diabète), de la pathologie psychiatrique (catatonie par exemple freinant l'hydratation per os), les traitements psychotropes. Il est évalué par l'examineur.

S'il existe une déshydratation, l'équipe soignante doit inciter les patients à s'hydrater davantage (per os). Si cela ne suffit pas, nous pouvons être amenés à prescrire des solutés de réhydratation sous-cutanés ou intra-veineux.

III.6.2.7.4. Maladies thrombo-emboliques veineuses

Le risque de MTEV (Thrombose Veineuse Profonde (TVP) et Embolie Pulmonaire (EP)) est fonction de l'existence d'antécédents personnels de MTEV du patient (antécédent de TVP, d'EP, de cancer), de l'existence d'une clinophilie, d'une contention physique ou chimique, et de la capacité de mobilité du patient.

Les patients classés « à risque de MTEV », font l'objet d'une surveillance particulière par l'équipe soignante, et lorsqu'un facteur de MTEV se surajoute (contention physique par exemple), nous sommes appelés afin de juger de la nécessité d'une prescription de bas de contention ou d'anticoagulants. Tant que le sur-risque persiste, ces patients sont régulièrement évalués.

IV. RESULTATS

IV.1. Caractéristiques administratives et sociales des patients étudiés

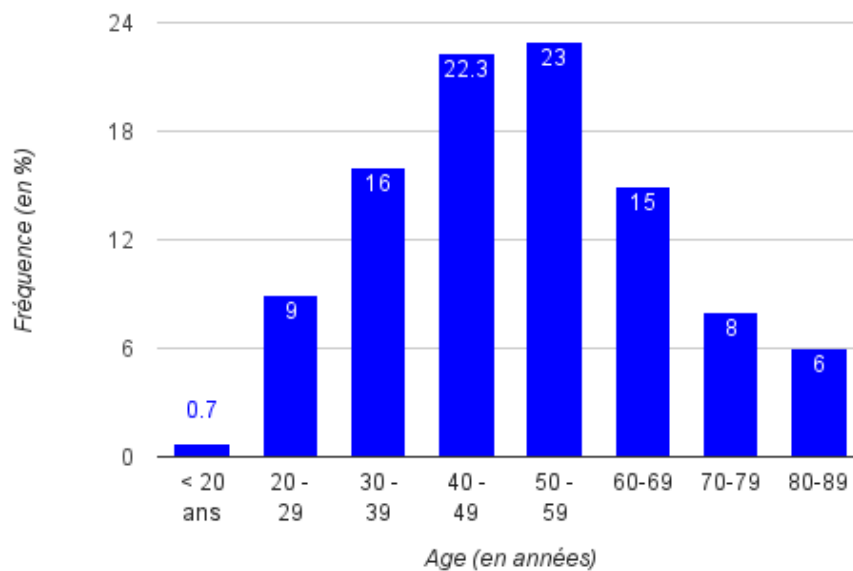
Notre étude porte sur tous les patients hospitalisés plus de 72 heures en psychiatrie d'adulte au CH de Mâcon sur le site des Chanaux (dans les unités UPL, UPC et UPRS), entre le 13 juin 2015 et le 1^{er} décembre 2015, soit un effectif de 143 patients.

IV.1.1. Sexe et âge

Parmi les 143 patients, on dénombre 40% de femmes (IC95%=32-48) (Intervalle de Confiance à 95%) (n=57) et 60% d'hommes (IC95%=52-68) (n=86).

La moyenne d'âge est de 51.4 ans (écart type 16,0) (IC95%=48.8-54), l'âge allant de 19 à 88 ans (médiane à 50 ans). Les tranches d'âges les plus représentées sont les 40-49 ans et 50-59 ans.

Figure 1. Répartition des patients selon l'âge



IV.1.2. Médecin traitant

Tableau 1. Répartition des patients selon l'existence d'un médecin traitant

Médecin traitant	n=143	IC95%
oui	83.2%	77-89.2
non	16.8%	10.7-22.9

IV.1.3. Unité d'hospitalisation

Tableau 2. Répartition des patients selon l'unité d'hospitalisation

Unité d'hospitalisation	n=143	IC95%
UPL	54%	45.8-62.2
UPC	30%	22.5-37.5
UPRS	16%	10-22

IV.1.4. Mesure de protection juridique

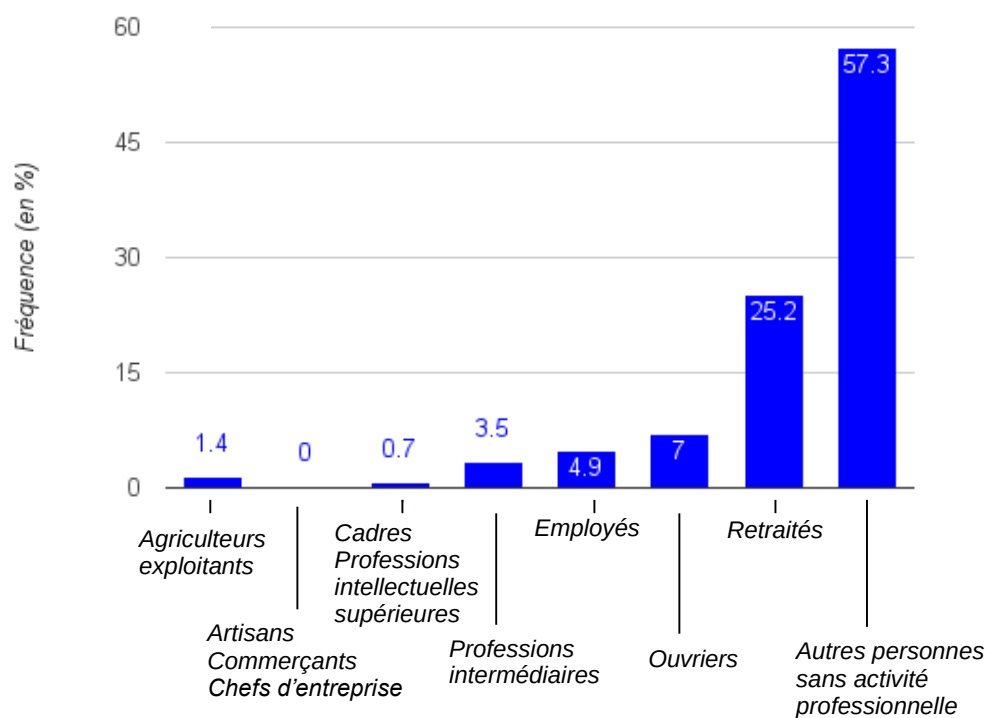
Tableau 3. Répartition des patients selon la mesure de protection juridique

Mesure de protection juridique	n=143	IC95%
Aucune	66%	58.2-73.8
Curatelle simple	5%	1.4-8.6
Curatelle renforcée	14%	8.3-19.7
Tutelle	15%	9.1-20.9

IV.1.5. Catégorie socio-professionnelle

Le classement selon la CSP retrouve une grande majorité de patients sans activité professionnelle avec 57.3% (IC95%=49.2-65.4) (n=82), 25.2% (IC95%=18.1-32.3) (n=36) de retraités. La « CSP active » la plus représentée est celle des ouvriers avec 7% des patients (IC95%=2.8-11.2) (n=10).

Figure 2. Répartition des patients selon la catégorie socio-professionnelle



IV.1.6. Lieu de vie

Tableau 4. Répartition des patients selon le lieu de vie

Lieu de vie	n=143	IC95%
Domicile	71%	63.6-78.4
Hôpital	18%	11.7-24.3
Foyer	6%	2.1-9.9
EHPAD	2%	-0.3-4.3
SDF	3%	0.2-5.8

Parmi les 18% (n=26) de patients vivant à l'hôpital, 4 vivent en appartement thérapeutique.

IV.2. Caractéristiques médicales des patients étudiés

IV.2.1. Pathologie psychiatrique

Tableau 5. Répartition des patients selon la pathologie psychiatrique

Pathologie psychiatrique	n=143	IC95%
Schizophrénie, troubles schizotypiques / délirants	42.6%	34.5-50.7
Troubles de l'humeur bipolaire	12.6%	7.2-18
Troubles de l'humeur unipolaire	37.8%	29.9-45.7
Troubles de la personnalité et du comportement	5.6%	1.8-9.4
Troubles névrotiques	0.7%	-0.7-2.1
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	0.7%	-0.7-2.1

IV.2.2. Facteurs de risque cardio-vasculaire

IV.2.2.1. Hypertension artérielle

Tableau 6. Répartition des patients selon l'hypertension artérielle

Hypertension artérielle	n=143	IC95%
Absence	65.7%	57.9-73.5
HTA connue équilibrée	8.4%	3.9-12.9
HTA connue déséquilibrée	9.8%	4.9-14.4
HTA découverte	13.3%	7.7-18.9
Donnée manquante	2.8%	0.1-5.5

Concernant l'HTA, 31.5% (IC95%=23.9-39.1) des patients présentent une HTA, 65.7% n'ont pas d'HTA et les données sont manquantes pour 2.8% des patients.

IV.2.2.2. Dyslipidémie

Tableau 7. Répartition des patients selon la dyslipidémie

Dyslipidémie	n=143	IC95%
Absence	57.3%	49.2-65.4
Dyslipidémie connue équilibrée	7.7%	3.3-12.1
Dyslipidémie connue déséquilibrée	2.8%	0.1-5.5
Dyslipidémie découverte	20.3%	13.7-26.9
Donnée manquante	11.9%	6.6-17.2

Pour ce qui est de la dyslipidémie, 30.8% (IC95%=23.2-38.4) des patients ont une dyslipidémie, 57.3% n'ont pas de dyslipidémie et les données sont manquantes pour 11.9% des patients.

IV.2.2.3. Diabète

Tableau 8. Répartition des patients selon le diabète

Diabète	n=143	IC95%
Absence	86.7%	81.1-92.3
Diabète connu équilibré	3.5%	0.5-6.5
Diabète connu déséquilibré	2.1%	0.3-4.5
Diabète découvert	5.6%	1.8-9.4
Donnée manquante	2.1%	-0.3-4.5

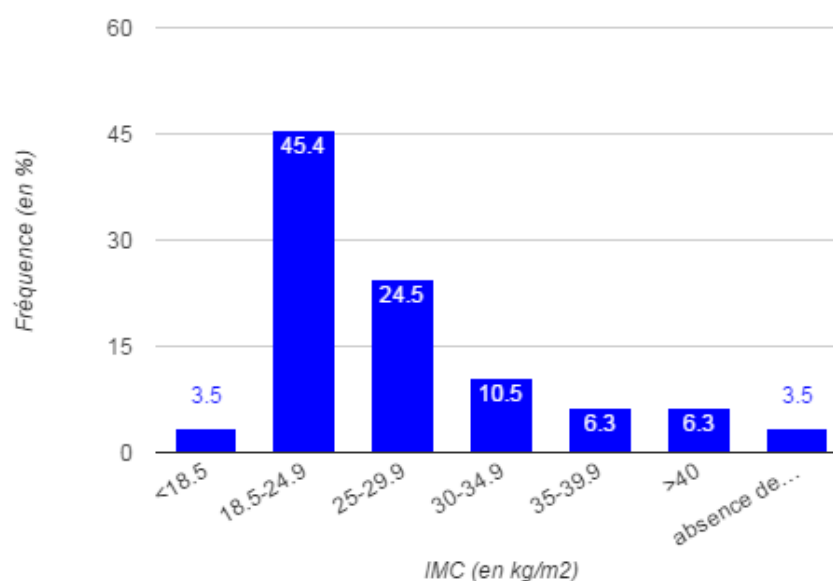
Concernant le diabète, 11.2% (IC95%=6-16.4) des patients ont un diabète, 86.7% n'ont pas de diabète et les données sont manquantes pour 2.1% des patients.

IV.2.2.4. Obésité

Les résultats concernant l'IMC montrent que 24.5% (IC95%=17.5-31.5) (n=65) des patients sont en surpoids, 23.1% (IC95%=16.2-30) (n=33) sont obèses.

Parmi les patients obèses, 10.5% (IC95%=5.5-15.9) (n=15) sont en obésité modérée, 6.3% (IC95%=2.3-11.3) (n=9) en obésité sévère et 6.3% (n=9) en obésité morbide. Les données sont manquantes pour 3.5% (IC95%=0.5-6.5) (n=5) des patients.

Figure 3. Répartition des patients selon l'IMC



IV.2.2.5. Tabac

Tableau 9. Répartition des patients selon le tabagisme

Tabagisme	n=143	IC95%
Non fumeurs	44.8%	36.6-53
Actif < 30 PA	33.5%	25.4-41.2
Actif > 30 PA	10.5%	5.5-15.2
Sevré < 30 PA	9%	4.3-13.7
Sevré > 30PA	2.1%	-0.3-4.5

Parmi les patients, 55.2% (IC95%=47-63.4) (n=79) présentent un tabagisme, actif pour 44% (IC95%=35.9-52.1) (n=63) et sevré pour 11.2% (IC95%=6-16.4) (n=16). Il n'y a pas de donnée manquante.

IV.2.2.6. Antécédents cardio-vasculaires

On constate que 4.9% (IC95%=1.4-8.4) (n=7) des patients présentent un antécédent personnel d'IDM ou d'AVC. Pour 4.9% des patients, une hérédité familiale d'IDM ou d'AVC est déclarée.

IV.2.3. Conduites à risque

IV.2.3.1. Alcool

Tableau 10. Répartition des patients selon la consommation d'alcool

Alcool	n=143	IC95%
Non à risque	66.4%	58.7-74.1
Actif usage à risque	7%	2.8-11.2
Actif usage nocif	4.9%	1.4-8.4
Actif dépendance	14.7%	8.9-20.5
Sevré à risque	0	
Sevré nocif	4.9%	1.4-8.4
Sevré dépendance	2.1%	-0.3-4.5

33.6% (IC95%=25.9-41.3) des patients ont une intoxication éthylique avec 26.6% (IC95%= 19.4-33.8) (n=38) de consommateurs actifs et 7% (IC95%=2.8-11.2) (n=10) de patients sevrés.

IV.2.3.2. Drogues

Tableau 11. Répartition des patients selon la consommation de drogues

Drogues	n=143	IC95%
Non à risque	79%	72.3-85.7
Active douce	10.5%	5.5-15.5
Active dure	0	
Active mixte	0.7%	-0.7-2.1
Sevrée douce	7.7%	3.3-12.1
Sevrée dure	0	
Sevrée mixte	2.1%	-0.3-4.5

21% (IC95%=14.3-27.7%) (n=30) ont une addiction aux drogues, dont 11.2% (IC95%=6-16.4) (n=16) une addiction « active » et 9.8% (IC95%=4.9-14.7) (n=14) ont une addiction « sevrée ».

IV.2.3.3. Conduites sexuelles à risque

Tableau 12. Répartition des patients selon les conduites sexuelles à risque

Conduites sexuelles à risque	n=143	IC95%
Oui	7.7%	3.3-12.1
Non	92.3%	87.9-96.7

IV.2.4. Prévention vaccinale

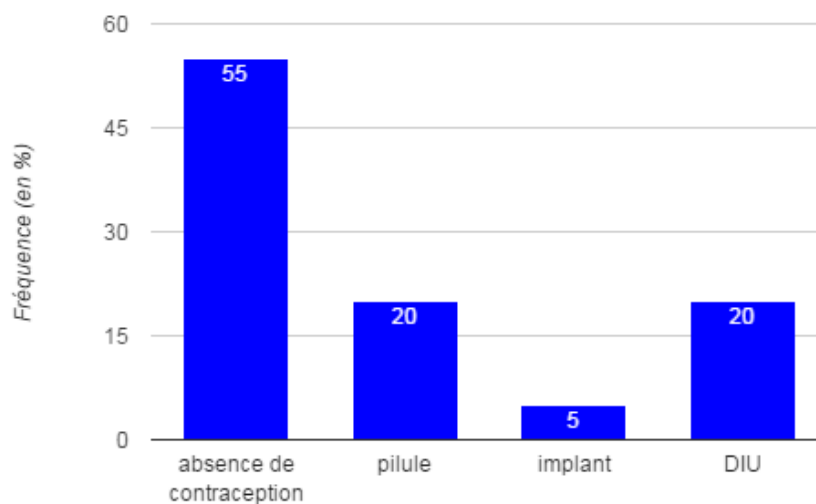
Tableau 13. Répartition des patients selon le statut vaccinal DTP

Vaccin DTP	n=143	IC95%
A jour	49.6%	41.4-57.8
Non à jour	37.8%	29.9-45.7
Donnée manquante	12.6%	7.2-18

IV.2.5. Contraception

Parmi les 57 femmes de cette étude, 35% (IC95%=22.6-47.4) (n=20) sont en âge de procréer et 65%(IC95%=52.6-77.4) (n=37) sont ménopausées.

Figure 4. Types de contraception chez les femmes en âge de procréer



Parmi les femmes en âge de procréer, 55% (IC95%=33.2-76.8) (n=11) n'ont pas de contraception, 45% (IC95%=23.2-66.8) déclarent avoir une contraception. Parmi celles-ci, 20% (IC95%=2.5-37.5) (n=4) ont une pilule contraceptive, 5% (IC95%= -4.6-14.6) (n=1) un implant sous cutané, et 20% (n=4) un DIU.

IV.2.6. Dépistage oncologique

IV.2.6.1. Cancer colorectal

Parmi les 143 patients de l'étude, 42.6% (IC95%=34.5-50.7) (n=61) sont concernés par le dépistage du cancer colorectal.

Tableau 14. Répartition des patients selon la réalisation du test hémocult

Test hémocult	n=61	IC95%
A jour	46%	33.5-58.5
Non à jour	49.3%	36.8-61.8
Donnée manquante	4.7%	0.6-10

IV.2.6.2. Cancer du sein

Parmi les 57 femmes, 20.3%(IC95%=9.9-30.7) (n=29) sont concernées par le dépistage du cancer du sein.

Tableau 15. Répartition des patientes selon la réalisation de la mammographie

Mammographie	n=29	IC95%
A jour	69%	52.2-85.8
Non à jour	31%	14.2-47.8

IV.2.6.3. Cancer du col de l'utérus

Parmi les mêmes 57 femmes, 25.9% (IC95%=14.5-37.3) (n=37) sont concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus.

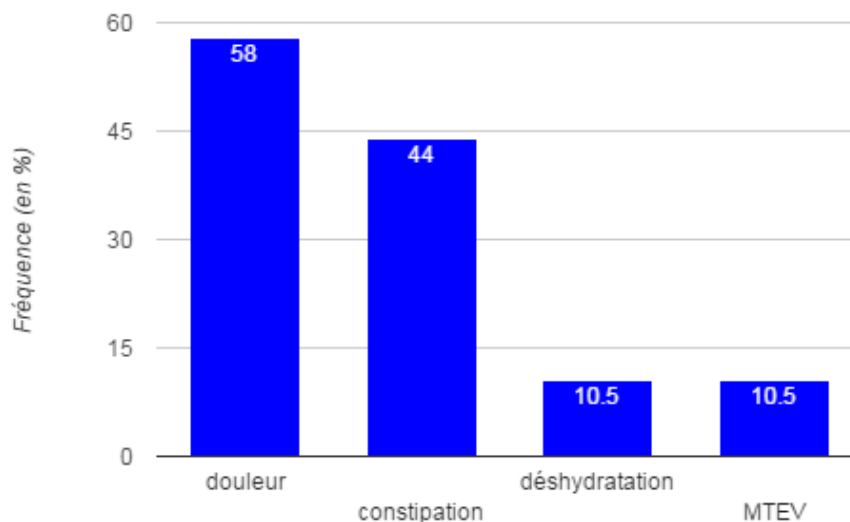
Tableau 16. Répartition des patientes selon la réalisation du FCV

Frottis cervico-vaginal	n=37	IC95%
A jour	59.5%	43.7-75.3
Non à jour	37.8%	22.3-53.4
Donnée manquante	2.7%	-2.5-7.9

IV.2.7. Risques liés à l'hospitalisation

Concernant les risques liés à l'hospitalisation en psychiatrie, 58% (IC95%=49.9-66.1) (n=83) des patients présentent un risque de douleur durant leur hospitalisation, 44% (IC95%=35.9-52.1) (n=63) un risque de constipation, 10.5% (IC95%=5.5-15.5) (n=15) un risque de déshydratation et 10.5% (IC95%=5.5-15.5) (n=15) un risque de MTEV.

Figure 5. Risques liés à l'hospitalisation



V. DISCUSSION

V.1. Caractéristiques des patients

La population de cette étude est constituée de tous les patients hospitalisés plus de 72 heures en psychiatrie d'adulte, au CH de Mâcon, sur le site des Chanaux, entre le 13 juin 2015 et le 1^{er} décembre 2015.

L'effectif était de 143 patients dont 60% d'hommes et 40% de femmes. La moyenne d'âge était de 51.4 ans.

Nous avons fait le choix de donner les prévalences en population générale de certaines données afin d'avoir un ordre d'idée et d'évaluer des tendances. Notre étude ne vise pas à comparer statistiquement les données à la population générale française, c'est une étude de pratique et donc non expérimentale. C'est pourquoi nous n'avons pas jugé bon de faire au préalable un calcul de puissance, pour déterminer le nombre de patients à inclure, mais plus adapté de sélectionner un nombre de sujets sur une période donnée. Le calcul des intervalles de confiance à 95% peut nous permettre d'évaluer notre marge d'erreur et d'approcher les valeurs que nous aurions pu obtenir avec un effectif plus grand.

V.2. Biais généraux de l'étude

Le type d'étude, observationnel descriptif, possède un faible niveau de preuve selon les recommandations de la HAS 2013 (Grade C, faible niveau de preuve scientifique) [69].

Il existe dans cette étude un biais de sélection puisqu'une certaine catégorie de la population psychiatrique de la région mâconnaise ne rentre pas dans cette étude : les patients atteints de pathologie psychiatrique non sévère et les patients atteints de pathologie psychiatrique sévère ou non mais de situation financière aisée. Ceux-ci peuvent se faire soigner en ambulatoire et déployer des moyens importants afin de ne pas être hospitalisés dans le public (la pathologie psychiatrique étant souvent perçue comme honteuse et taboue).

D'autre part il peut y avoir un biais de mémorisation, de la part des patients comme de la part des médecins. Un sujet atteint d'une pathologie se souvient davantage des expositions au risque que le sujet indemne. Les médecins généralistes que nous avons parfois dû appeler pour demander les antécédents pouvaient répondre à nos questions « de mémoire » sans toujours vérifier dans le dossier médical.

Une autre limite de cette étude tenait au caractère unicentrique de l'analyse qui ne nous permet pas de comparer nos données à la population psychiatrique hospitalière française.

V.3. Forces de l'étude

Dans cette étude épidémiologique nous avons cherché à adapter de manière optimale le protocole d'évaluation afin de répondre au mieux à la problématique. C'est pourquoi une enquête observationnelle descriptive semblait être la plus appropriée afin d'évaluer la santé somatique de cette population.

L'une des forces principales de cette étude tient au mode de recueil prospectif des données qui garantit une inclusion de tous les patients avec le même protocole de dépistage.

Il n'existe pas dans cette étude de biais de classement (où l'enquêteur chercherait avec plus d'avidité l'exposition à un facteur chez un sujet dont il connaît le statut malade) puisque tous les patients inclus sont dépistés de manière systématique de la même façon.

Le but de ce travail va plus loin que la réalisation d'une étude statistique. Il est un outil pour l'amélioration de la mise en place d'un protocole d'évaluation de la santé somatique des patients hospitalisés en psychiatrie. A terme, nous espérons rattraper les retards en matière de dépistage et prévention de pathologies chroniques, réduire la fréquence des pathologies aiguës graves et a fortiori diminuer les écarts d'espérance de vie entre cette population et la population générale.

V.4. Comparaison aux données de la littérature

V.4.1. Données administratives et sociales

V.4.1.1 Sexe et âge

Au 1^{er} janvier 2016, la population française s'élevait à 66 627 602 personnes dont 51.5% de femmes et 48.5% d'hommes [70]. En 2010, la Saône et Loire abritait 555 663 personnes dont 51.3% de femmes et 48.7% d'hommes [71].

Parmi les 143 patients de notre étude, on dénombre 40% de femmes et 60% d'hommes, la proportion hommes/femmes est inversée par rapport à la population générale française ou à la population de Saône et Loire.

Selon les pathologies psychiatriques le sex ratio s'inverse. Les troubles schizophréniques sont plus fréquents chez l'homme, les troubles dépressifs plus fréquents chez la femme.

Selon la pyramide des âges, au 1^{er} janvier 2016 la tranche d'âge 40-59 ans représentait 34.2% de la population française adulte [72].

La moyenne d'âge de notre population est de 51.4 ans, les tranches d'âges les plus représentées sont les 40-49 ans et 50-59 ans (45.5%).

Bien que nous sachions que notre population n'est pas représentative de la population générale française, il semble important de préciser ces données démographiques.

V.4.1.2. Médecin traitant

Pour 83.2% des patients de notre étude, le nom d'un médecin généraliste figurait dans le dossier médical. Cependant, nous avons pu nous rendre compte en appelant certains médecins, que le médecin généraliste figurant dans le dossier médical n'était pas forcément le médecin traitant, et que le suivi était parfois aléatoire. Il existe donc ici un biais de classement tendant à surévaluer la proportion de patients ayant un médecin traitant.

Certaines études menées sur des populations psychiatriques évaluent que 65% d'entre eux déclarent avoir un médecin généraliste, mais seulement 33% ont un médecin « effectif » (qu'ils ont consulté au moins une fois dans l'année) [73]. D'autres études menées sur la population générale ont évalué la proportion de français ayant un médecin traitant à 78% [74].

Cette donnée est étonnante et laisse à penser que 83.2% des patients ont un suivi somatique. Or au vu des résultats de notre étude, nous avons pu voir que notre population présentait des comorbidités somatiques méconnues jusque-là.

Dans cette étude, nous n'avons pas cherché à connaître la date de la dernière consultation des patients auprès du médecin traitant, ni la fréquence du suivi, mais cette donnée pourrait être intéressante et expliquer en partie ces résultats surprenants.

Pour 16.8% de patients de notre étude, aucun médecin traitant n'était déclaré. Cela peut s'expliquer par le handicap psychique lié au trouble mental (ces patients ne se sentent pas toujours malades), par un obstacle socio-économique (ils ne peuvent avancer les frais du fait d'une précarité), par des difficultés d'accéder au système de soins (difficulté de prendre contact avec un médecin, prise de rendez-vous difficile). Certains patients peuvent aussi ne pas vouloir avoir de médecin généraliste et préférer se référer à leur psychiatre (qu'ils connaissent, ce qui peut les rassurer).

V.4.1.3. Précarité

Notre population souffrait d'une précarité importante. Nous pouvons le voir d'une part au travers des mesures de protection juridique, qui sont le reflet d'une dépendance juridico-sociale,

puisque 34% des patients bénéficiaient d'une tutelle ou d'une curatelle (témoignant aussi d'un certain handicap psychique).

D'autre part, le classement selon la CSP montrait une grande majorité de personnes sans activité professionnelle (57.3%), 25.2% de retraités, et la « CSP active » la plus représentée était celle des ouvriers (7%).

Cette précarité observée dans notre population, constitue un facteur de risque d'apparition de comorbidités psychiatriques et somatiques, ainsi qu'un frein à la guérison de ces patients.

V.4.1.4. Lieu de vie

En ce qui concerne le lieu de vie, 71% des patients vivaient à domicile, 18% à l'hôpital, 6% en foyer, 2% en EHPAD, et 3% étaient SDF.

On aurait pu s'attendre à ce que la part de patients vivant à domicile soit moins importante puisque 46% des patients de cette étude sont hospitalisés au long cours en UPC et UPRS. Les hospitalisations dans ces unités concernent les patients souffrant de troubles mentaux sévères ne permettant pas toujours le retour à une vie autonome. Elles aboutissent souvent à une institutionnalisation (en foyer, appartement thérapeutique...), mais il y a un manque de structures d'accueil en aval de l'hôpital. Au-delà de l'intérêt médical, l'hospitalisation en psychiatrie a également un intérêt socio-économique.

Ces chiffres font peut-être aussi l'objet d'un biais de classement, les données administratives n'étant pas forcément régulièrement mises à jour dans les dossiers médicaux. La distinction entre domicile parental et personnel ne figurait pas dans le dossier, alors que souvent les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères n'ont pas de domicile personnel.

V.4.2. Pathologie psychiatrique

D'après la littérature, les troubles les plus fréquents sont par ordre décroissant les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles liés à l'usage de substances, la schizophrénie et les troubles bipolaires. Cependant pour les patients suivis dans les services sectorisés de psychiatrie la tendance s'inverse et les pathologies les plus représentées sont les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur sévères [20].

C'est le cas dans notre étude puisque les pathologies psychiatriques les plus représentées sont la schizophrénie et les troubles schizotypiques et/ou délirants, les troubles de l'humeur uni et bipolaires.

La schizophrénie concerne 0.7% de la population mondiale, 1.5% de la population française et représente 20% des hospitalisations en psychiatrie en France en 2014 [25;75]. Cependant, ce chiffre prend en compte les patients souffrant de schizophrénie et non de « schizophrénie et troubles

schizotypiques et/ou délirants ». Cette définition plus globale peut expliquer que dans notre étude ce trouble représente 42.6% des patients.

La prévalence des troubles bipolaires est estimée entre 1 et 4% en France dans sa forme typique (sous-type I ou II), et autour de 10% dans ses formes moins typiques [76].

Dans notre étude elle est de 12.6%. Cela laisse à penser que la proportion de patients bipolaires dans notre population est comparable à la moyenne nationale.

Dans notre étude, la prévalence de la dépression est de 37.8%, elle est estimée selon les études entre 5 et 12% dans la population générale française [77]. La proportion de patients dépressifs semble plus importante dans notre étude que dans la population générale.

Parmi les patients suivis en établissement de santé pour dépression, 37% le sont pour un épisode ou trouble sévère, 35% pour un épisode ou trouble d'intensité moyenne, 14% pour un épisode ou trouble léger, et 14% pour un épisode ou trouble d'intensité non spécifiée [78]. La comparaison avec ces chiffres est difficile compte tenu du fait que l'intensité de la dépression n'a pas été évaluée dans notre étude.

Ces résultats sont à relativiser en raison de la difficulté que nous avons eue à établir des diagnostics psychiatriques précis à partir des synthèses réalisées dans les dossiers médicaux, pouvant impliquer des biais de classement. D'autre part, les prévalences nationales concernent la population psychiatrique globale, alors que notre population concerne des patients hospitalisés et donc plus sévères. Enfin, il est aussi possible qu'il existe des disparités géographiques sur le territoire français.

V.4.3. Facteurs de risque cardio-vasculaire

V.4.3.1. Hypertension artérielle

La prévalence de l'HTA dans notre population était de 31.5%, elle est de 31% en France selon une étude menée en population générale chez les 18-75 ans en 2006 [79].

Parmi les 31.5% des patients qui présentaient une HTA, 18.2% avaient une HTA connue (8.4% équilibrée, 9.8% déséquilibrée) et pour 13.3% une HTA a été découverte. Ces résultats montrent que l'HTA reste sous diagnostiquée et insuffisamment prise en charge dans notre population alors que le risque de présenter une HTA semble être au moins équivalent à celui de la population générale.

V.4.3.2. Dyslipidémie

La prévalence de la dyslipidémie dans notre étude était de 30.8%, elle est estimée à 48% dans la population française âgée de 35 à 64 ans [60].

Parmi les 30.8% de dyslipidémie, 10.5% avaient une dyslipidémie connue (7.7% équilibrée et 2.8% déséquilibrée) et pour 20.3% une dyslipidémie a été découverte. De nouveau, ces résultats nous montrent que la dyslipidémie est insuffisamment dépistée dans cette population. La comparaison à la prévalence nationale est difficile compte-tenu du fait que les études concernent les 35-64 ans alors que notre population allait de 19 à 88 ans.

V.4.3.3. Diabète

La prévalence du diabète dans notre étude était de 11.2%. Elle est de 4.7% en France pour les patients traités pharmacologiquement (selon l'étude ENTRED de 2013 réalisée à partir des données de l'Assurance Maladie tous régimes d'assurances confondus) et de 0.6% pour les patients non traités pharmacologiquement (enquête ENNS chez les 18-74 ans vivant en France métropolitaine en 2006-2007) [80].

Parmi les 11.2% des patients présentant un diabète, 5.6% avaient un diabète connu (3.5% équilibré, 2.1% déséquilibré), et 5.6% pour qui un diabète a été découvert. Le diabète est, là encore, un FDRCV sous-évalué dans cette population. La prévalence du diabète dans notre population semble être supérieure à celle de la population générale. Cependant, le mode d'évaluation par glycémie veineuse systématique peut entraîner une surévaluation par rapport à la population générale qui ne bénéficie pas de ce type de dépistage systématique.

V.4.3.4. Obésité

La prévalence du surpoids dans notre population était de 24.5%, elle est estimée en France entre 31.9 et 32.4% selon les études. La prévalence de l'obésité dans notre étude était de 23.1%, elle est située entre 14.5 et 16.9% dans la population adulte française [81].

Au niveau mondial, la prévalence de l'obésité ou du surpoids chez les adultes est estimée à 35% [82], elle est à 47.6% dans notre étude.

La prévalence du surpoids dans notre population semble être inférieure à celle de la population générale contrairement à celle de l'obésité ou à celle de l'obésité cumulée au surpoids. Cela suggère que notre population présente un risque de prendre du poids de manière importante au point de basculer dans l'obésité plutôt que dans le surpoids.

Cela montre que des actions de prévention pour lutter contre la prise de poids doivent être mises en place avec notamment une activité physique régulière, et une prise en charge diététique personnalisée.

V.4.3.5. Tabac

La prévalence du tabagisme dans notre étude était de 55.2% dont 44% de tabagisme actif. Elle est estimée entre 23 et 34% dans la population générale française, ce qui suggère que la proportion de fumeurs est plus importante dans notre population que dans la population générale [38;83].

Plus d'1 patient sur 2 fume ou a fumé dans notre étude ce qui constitue un fort FDRCV. Parmi nos patients, 12.6% ont une consommation tabagique supérieure à 30PA, la moyenne d'âge est de 51.4 ans ; ceci laisse à penser que ces 12.6% des patients sont à haut risque de pathologies néoplasiques et pulmonaires liées au tabac en plus du risque cardio-vasculaire.

Les patients souffrant de troubles mentaux sont plus à risque de fumer que la population générale, notamment du fait de leur pathologie psychiatrique. Au vu de ces résultats, ces patients constituent une population chez qui des mesures de prévention et de lutte contre le tabac doivent être mises en place précocement, après concertation entre somaticien et psychiatre.

V.4.3.6. Antécédents cardio-vasculaires

Dans la population, 4.9% des patients présentaient un antécédent personnel d'IDM ou d'AVC et 4.9% une hérédité familiale d'IDM ou d'AVC.

En ce qui concerne les antécédents personnels ischémiques, on peut supposer que ce chiffre est sous-évalué puisque, comme on a pu le voir précédemment, ces pathologies sont souvent détectées à un stade trop tardif ne permettant pas forcément la survie du patient.

Concernant le facteur héréditaire, ces données laissent penser que les pathologies cardio-vasculaires survenant dans notre population sont plutôt dues à des facteurs de risques modifiables qu'à des facteurs génétiques, ce qui renforce la nécessité d'un dépistage précoce des FDRCV.

V.4.3.7. Synthèse des facteurs de risque cardio-vasculaire

Au vu de tous ces résultats, et en accord avec les données de la littérature, notre population de patients, souffrant de troubles mentaux, présente un sur-risque cardio-vasculaire important. Les raisons sont multiples :

- La prévalence de certains FDRCV (diabète, obésité, tabagisme) semble plus élevée qu'en population générale.
- Le dépistage de certains FDRCV (HTA, dyslipidémie, diabète) est insuffisant

- La prise en charge thérapeutique n'est pas optimale dans de nombreux cas.

La présence de ces nombreux FDRCV peut entraîner des pathologies cardio-vasculaires graves. Les signes fonctionnels n'étant pas toujours présents ou peu fiables et l'examen physique étant parfois compliqué par manque de coopération, leur diagnostic est rendu difficile. Le risque pour cette population psychiatrique réside en un retard diagnostique pouvant s'avérer fatal. Ainsi, le développement de mesures de prévention primaire concernant les pathologies cardio-vasculaires doit être encouragé dans cette population, avec notamment des dépistages précoces et réguliers de l'HTA, des dyslipidémies, du diabète et de l'obésité.

Une donnée est manquante dans notre étude : l'évaluation du syndrome métabolique, avec notamment la mesure du périmètre abdominal. Il constitue un réel FDRCV et son suivi est un bon marqueur prédictif de pathologies cardio-vasculaires. Il semble important que cette valeur figure dans les dossiers somatiques des patients. Il serait intéressant de compléter les données de cette étude par une autre étude évaluant le syndrome métabolique afin de la comparer aux données de la littérature.

V.4.4. Conduites à risque

V.4.4.1. Alcool

Dans notre étude, 33.6% des patients ont une intoxication éthylique chronique. Parmi les consommateurs actifs 7% ont un usage à risque, 4.9% un usage nocif, et 14.7% une dépendance.

Les comparaisons avec la population générale française sont difficiles, puisque les définitions des paramètres étudiés sont différentes. Toutefois, 50% des français de 15-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, 10 à 11% quotidiennement [84]. La population la plus touchée concernerait surtout les 25-64 ans, les hommes au chômage et les travailleurs indépendants [85]. Ces données font de nos patients une population à risque d'éthylisme. Notre population d'étude présente une consommation éthylique particulièrement préoccupante en comparaison à la population générale. Là encore, les patients souffrant de troubles mentaux constituent une population vulnérable chez qui des actions de prévention de l'alcoolisme doivent être rapidement initiées et réévaluées au long cours.

V.4.4.2. Drogues

Dans notre étude, 21% des patients ont une addiction aux drogues dont 11.2% ont une addiction active.

Concernant l'addiction aux drogues douces, 18.2 % des patients déclarent avoir déjà consommé du cannabis dans leur vie dont 10.5% en consomment régulièrement. En France, 32.8% déclarent avoir déjà consommé du cannabis, 2.2% des 18-64 ans sont des consommateurs réguliers de cannabis [86]. En Bourgogne, 19% des 15-64 ans ont déjà consommé du cannabis, 5% en ont consommé au cours de l'année [87]. On peut constater dans notre population que le nombre d'expérimentateurs du cannabis semble moins important qu'aux échelons national et régional mais que le nombre de consommateurs réguliers paraît plus important.

Aucun patient de notre population n'a déclaré consommer de drogues dures seules. En ce qui concerne la consommation mixte de cannabis et de drogues dures, 2.8% des patients déclarent l'avoir déjà expérimentée, et 0.7% déclarent avoir une consommation mixte active. La comparaison aux chiffres nationaux est difficile. Concernant la consommation de drogues dures, 3.8% des français de 18-64 ans ont déjà expérimenté la cocaïne dont 0.9% au cours de l'année (sachant que l'usage au cours de l'année concerne surtout les 18-25 ans) [86].

V.4.4.3. Conduites sexuelles à risque

Pour ce qui est des conduites sexuelles à risque, 7.7% des patients déclaraient avoir une conduite sexuelle à risque. Les conduites sexuelles à risque sont probablement sous-évaluées, soit par gêne soit par oubli (biais de mémorisation).

Ces patients semblent tout de même être une population à risque sexuel au vu de la littérature. Peut-être devons-nous nous interroger sur la nécessité d'une information systématique des patients sur les risques liés à la sexualité et leurs moyens de prévention, ainsi que sur la nécessité d'un dépistage plus large des IST.

V.4.4.4. Synthèse des conduites à risque

L'évaluation des conduites à risques est difficile, ces données étant exclusivement recueillies sur le mode déclaratif.

Les addictions à l'alcool et aux produits illicites sont probablement sous-estimées, les patients n'osant peut-être pas « avouer » ou reconnaître leur consommation par sentiment de honte, par peur du jugement ou d'éventuelles répercussions, par négligence ou par déni. Peut-être aussi que le contexte d'hospitalisation, dans lequel ces questions étaient posées, peut renforcer cette peur des répercussions. De plus, ces patients ne nous connaissaient pas ou peu, et se confieraient probablement plus facilement sur ce sujet à leur psychiatre.

Quoi qu'il en soit cette population semble vulnérable en ce qui concerne les conduites à risque, puisque 33.6% des patients avaient une intoxication éthylique chronique, et 21% ont une addiction aux drogues.

La prise en charge des addictions à l'alcool et aux drogues relève du domaine de l'addictologie et est réalisée par les psychiatres. Toutefois, la prise en charge des conséquences somatiques liées à ces addictions, actuelles ou sevrées, relève de la médecine somatique. Pour éviter tout retard diagnostique des complications liées à l'alcool ou aux drogues, une coordination précoce entre les médecins psychiatres et somaticiens est primordiale.

V.4.5. Prévention vaccinale

Dans notre étude, 49.6% de la population déclarait être à jour de son statut vaccinal DTP, 37.8% n'étaient pas à jour, et les données étaient manquantes pour 12.6% des patients.

L'objectif des pouvoirs publics est d'avoir une couverture vaccinale supérieure à 95% de la population. En France, 98.3% des nourrissons de 24 mois sont vaccinés pour le DTP, mais cette couverture vaccinale diminue au fil des années passant à 95.8% à 6 ans, 91.9% à 11 ans, à 84% à 15 ans, 44% chez les plus de 65 ans [88].

Il existe peu de données sur la couverture vaccinale chez l'adulte, certains résultats retrouvent que 33.7% des adultes ont été vaccinés pour la diphtérie dans les 15 ans, 71.2% pour le tétanos et 41.9% pour la poliomyélite [89].

Notre population ne semble pas être moins bien vaccinée que la population générale. Toutefois, il est possible qu'il existe un biais de classement par biais de mémorisation de la part du patient ou du médecin généraliste.

Les Unités de soins somatiques pourraient « profiter » de ces hospitalisations pour contrôler le statut vaccinal des patients et le mettre à jour selon les cas, et ainsi améliorer cette mesure de santé publique. Un autre moyen pourrait être de signaler dans le courrier de sortie d'Unité de soin somatique adressé au médecin traitant la nécessité de mettre à jour le statut vaccinal si ce n'est pas le cas, et parallèlement adresser le patient à son médecin traitant afin de permettre une prise de contact avec lui en sortie d'hospitalisation.

V.4.6. Contraception

Parmi les 57 femmes de cette population, seulement 35% (n=20) étaient en âge de procréer. Dans cette population de femmes en âge de procréer, 55% n'avaient pas de contraception, et 45% déclaraient avoir une contraception. Les méthodes de contraception choisies étaient une pilule contraceptive pour 20%, un implant sous cutané pour 5% et un DIU pour 20%.

En France, on estime que 90.2% des femmes en âge de procréer ont une contraception [90].

Le défaut de contraception peut en partie s'expliquer par le niveau de précarité de notre population. Sur le versant purement psychiatrique, les troubles mentaux sévères ou dépression dont souffraient nos patients, peuvent affecter la qualité de l'observance thérapeutique ou le suivi.

Dans notre étude nous n'avons pas mesuré le nombre d'IVG, mais les données de la littérature mettent en évidence une augmentation du taux d'IVG dans la population psychiatrique par rapport à la population générale, ce qui montre bien les conséquences de ce défaut d'observance.

Parmi les femmes en âge de procréer, seulement 20% (n=4) utilisaient un DIU comme mode de contraception. Ce résultat est faible alors que cette méthode contraceptive paraît être une méthode de choix dans cette population puisqu'elle permet de s'affranchir des difficultés d'observance et de suivi. Ce résultat est peut-être en lien avec une difficulté d'accessibilité aux consultations de gynécologie ou aux médecins généralistes pratiquant la pose de DIU. Il peut également s'expliquer par le fait que ces dispositifs constituent des corps étrangers, pouvant être mal vécus par ces patientes.

Ce constat peut être élargi aux implants sous-cutanés qui paraissent eux aussi être une bonne alternative en matière d'observance, mais peuvent par ailleurs induire des complications à type d'auto-mutilations. Dans cette étude une seule femme bénéficiait de ce type de contraception.

Enfin, ce pourcentage de femmes en âge de procréer ne bénéficiant pas de méthodes de contraception est à mettre en parallèle aux conduites sexuelles à risque de notre population, exposant, en outre, au risque d'IST et à la survenue de grossesse non désirée.

Ces résultats sont discutables du fait du faible effectif de femmes en âge de procréer dans notre étude (n=20). Cependant, on peut tout de même observer qu'un peu plus de la moitié des femmes n'ont pas de contraception alors qu'en France, ce taux représente 1/10^{ème} de la population générale [90]. Peut-être faudrait-il profiter de l'hospitalisation en psychiatrie pour réaliser une consultation gynécologique sur le centre hospitalier, pour les femmes ayant interrompu leur suivi gynécologique. La question de la contraception, des dépistages systématiques, et de la prévention des risques en lien avec la sexualité pourrait ainsi être abordée.

V.4.7. Dépistage oncologique

V.4.7.1. Cancer colorectal

Dans notre étude, 42.6% des patients étaient concernés par le dépistage du cancer colorectal par hémocult et le taux de participation était de 46%.

Ce taux de participation est estimé à 29.9% en France en 2013, à 39.7% en Bourgogne, et à 47.5% en Saône et Loire. En termes de participation, la région Bourgogne est en 2^{ème} position, et le département de Saône et Loire en 1^{ère} position au niveau national [91;92].

V.4.7.2. Cancer du sein

Parmi les 57 femmes de notre étude, 20.3% étaient concernées par le dépistage des cancers du sein par mammographie. Parmi ces patientes, le taux de participation était de 69%.

En 2014, ce taux de participation est évalué à 52.1% en France, à 58.2% en Bourgogne, et à 59.2% en Saône et Loire [92;93].

V.4.7.3. Cancer du col de l'utérus

Dans notre étude, 25.9% des femmes étaient concernées par le dépistage du col de l'utérus par FCV, le taux de participation était estimé à 59.5%.

Ce taux de participation était de 58.5% entre 2007 et 2009 en France [94]. En 2013, l'HAS publie les résultats de ce dépistage et montre qu'ils sont très variables en fonction de l'âge. Le taux de participation est évalué à 60% chez les 25-34 ans, à 67% chez les 35-44 ans, à 60% chez les 45-54 ans, et à moins de 50% après 55 ans.

La Bourgogne fait partie des quatre régions de France où la mortalité liée au cancer du col de l'utérus est la plus élevée [68].

V.4.7.4. Synthèse du dépistage oncologique

L'assurance maladie propose un dépistage systématique des cancers du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal sur des critères d'âge et de sexe. Ce dépistage est organisé par départements, où un organisme est responsable de faire appliquer les directives nationales au plan départemental (Association de Dépistage des cancers en Saône et Loire (ADEMAS 71)). Ces organismes sensibilisent la population par le biais de missives envoyées tous les deux ou trois ans à leur domicile.

Nos résultats montrent que les taux de participation au dépistage systématique sont meilleurs qu'en population générale.

Ces résultats sont surprenants puisque le dispositif d'accès aux programmes de dépistages ne semble pas, à première vue, adapté à cette population qui ne possède pas forcément d'adresse administrative officielle. De plus, le handicap psychique compliquant parfois leur trouble mental peut constituer un frein à la réalisation de ces tests.

Peut-être existe-t-il un biais de mémorisation tenant au caractère déclaratif de cette information alors que les chiffres nationaux sont donnés par l'Agence nationale de santé publique après réception et analyse des tests.

Néanmoins, ces chiffres semblent souligner qu'ADEMAS 71 est particulièrement actif et fait de la Saône et Loire l'un des départements français les mieux dépistés pour les cancers colo-rectaux, du sein et du col de l'utérus. Cela peut également expliquer que nos patients soient mieux dépister que la population générale française.

Une nouvelle étude spécifique aux dépistages systématiques en matière de cancérologie, plus poussée, pourrait permettre de vérifier ce critère avec plus de précision.

V.4.8. Risques liés à l'hospitalisation

V.4.8.1. Douleur

Concernant les risques liés à l'hospitalisation en psychiatrie, 58% des patients déclaraient des symptômes douloureux nécessitant une prise en charge médicamenteuse durant leur hospitalisation. Ce chiffre témoigne de l'importance de se soucier de la douleur dans cette population et de mettre en place des mesures préventives. Une évaluation par les échelles d'évaluation de la douleur validées, telles que l'EVS ou l'échelle des six visages, pourrait permettre une évaluation plus précise et plus objective, initiale et au long cours. Cela pourrait nous permettre de juger de l'efficacité des mesures antalgiques mises en place.

V.4.8.2. Constipation

Le risque de constipation concernait 44% de nos patients. La mise en place de mesures préventives semble là aussi primordiale. Une évaluation quotidienne du transit doit être réalisée par l'équipe soignante, quantitative (absence de selle pendant trois jours) et/ou qualitative au moyen de l'échelle de Bristol par exemple. Des mesures préventives d'éducation thérapeutique doivent être établies avec une adaptation des repas servis par l'hôpital (enrichis en fibres), l'encouragement à la réalisation d'une activité physique régulière et à un apport hydrique supérieur (voire par un apport d'eau riche en magnésium).

En cas de constipation avérée, un protocole de prise en charge thérapeutique doit être établi, avec une adaptation du traitement psychotrope lorsque cela est possible, après concertation avec le psychiatre, la prescription de laxatifs per os et la réalisation de lavements.

V.4.8.3. Déshydratation

Dans notre étude, 10.5% des patients présentaient un risque de souffrir de déshydratation. La participation des équipes soignantes est primordiale pour prévenir la déshydratation en encourageant l'apport hydrique. Une sensibilisation du personnel aux premiers signes de déshydratation doit être faite afin d'éviter des états de déshydratations sévères.

V.4.8.4. Maladies thrombo-emboliques veineuses

Le risque de MTEV concernait 10.5% des patients. Les MTEV, tout particulièrement la TVP, sont des pathologies évitables si des mesures préventives sont mises en place tôt. Des facteurs de risque spécifiques à cette population viennent se surajouter aux facteurs de risque de la population générale, à savoir la restriction de mobilité, les traitements psychotropes et la pathologie psychiatrique elle-même. Là encore, un protocole doit être instauré afin de débiter précocement les mesures de prévention de la MTEV de la population générale puis qu'il n'existe, à ce jour, aucune recommandation consensuelle spécifique à la population psychiatrique (port de bas de contention, stimulation à la marche, prise d'anticoagulants).

VI. CONCLUSIONS



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Mlle JAILLET CAROLINE

CONCLUSIONS

La population souffrant de troubles mentaux est une population vulnérable sur le plan physique, avec des comorbidités somatiques nombreuses. Malgré l'augmentation de l'espérance de vie en population générale ces dernières années, l'espérance de vie des patients atteints de troubles mentaux stagne et demeure inférieure de 11 à 30 ans par rapport à celle de la population générale. Un trouble mental peut entraîner des comorbidités somatiques et à l'inverse une affection organique peut influencer sur l'évolution d'une pathologie psychique.

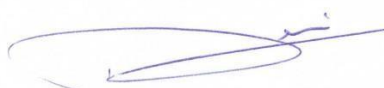
L'objectif de ce travail était d'analyser l'état de santé somatique des patients hospitalisés en psychiatrie d'adulte dans un établissement public de santé. Il a été mené de façon concomitante à la mise en place d'une Unité de soins somatiques au sein du service de Psychiatrie du Centre Hospitalier de Mâcon. Ce travail a permis de dépister de nombreuses comorbidités somatiques et de mettre en évidence un sur-risque cardio-vasculaire par rapport à la population générale. Cette différence s'explique par une augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque cardio-vasculaires (diabète, obésité, tabagisme), par un dépistage insuffisant d'autres facteurs de risque (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète) et par une prise en charge thérapeutique non optimale dans de nombreux cas. Ces défauts de prise en charge somatique sont également retrouvés en ce qui concerne les conduites à risque (alcool, drogues et conduites sexuelles à risque) et les mesures de prévention (vaccination et contraception). Ces résultats ont permis d'initier des prises en charge thérapeutiques préventives ou curatives afin de réduire les risques de complications somatiques. Ce travail montre qu'une prise en charge somatique adaptée et organisée des patients en santé mentale est une nécessité.

Bien que la population psychiatrique suivie en médecine générale en ville ne soit pas comparable à notre population d'étude hospitalière, notamment en ce qui concerne la sévérité des troubles mentaux, cette étude confirme la nécessité d'une attention et d'un suivi tout particuliers pour ces patients. La prise

en charge du patient dans sa globalité est une des missions principales du médecin généraliste. Le dépistage des comorbidités somatiques, et en particulier des facteurs de risque cardio-vasculaire, doit être encouragé en médecine générale. L'utilisation des recommandations de bonne pratique de la Fédération Française de Psychiatrie de 2015, « Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique », peut constituer un outil d'aide à la réalisation de ce suivi spécialisé.

Les obstacles à une prise en charge optimale des patients souffrant de troubles mentaux sont multiples. Ils sont liés au trouble mental lui-même, mais aussi à la vulnérabilité, à la précarité et à l'isolement qu'il peut entraîner, et l'organisation du système de soins actuel laisse souvent le médecin généraliste dépourvu de temps et de moyen, seul en première ligne. A l'heure où la pluridisciplinarité est de mise dans de nombreux domaines de la santé, l'abolition des barrières entre psychiatrie et médecine somatique est primordiale. La réalisation d'une collaboration triangulaire entre médecins généralistes, psychiatres et somaticiens hospitaliers, ne serait-elle pas un grand pas en avant pour le bien-être des patients et des praticiens ?

Le Président du jury,



P. B. BONIN

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 21 mai 2016

Le Doyen



P. F. HUET

VII. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Newman SC, Bland RC. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia : A record linkage study. Can J Psychiatry. 1991.
- [2] Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. Encéphale. 2009;35:330-339.
- [3] France. LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. JORF n°0155 du 6 juillet 2011, texte n°1, p. 11705.
- [4] Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. 2012 Février [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>.
- [5] La place des usagers dans le système de santé. Rapport et proposition du groupe de travail animé par Etienne Caniard. 2000 Janvier [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/004001297.pdf>.
- [6] France. LOI n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002, texte n°1, p. 4118.
- [7] Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale. L'association. Qui sommes-nous. [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.anp3sm.com/>.
- [8] France. LOI n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004, texte n°4, p. 14277.
- [9] France. LOI n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF n°36 du 12 février 2005, texte n°1, p. 2353.
- [10] France. LOI n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. JORF du 1^{er} juillet 1975.

[11] Psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Ministère des solidarités, de la santé, et de la famille. 2005 Février [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf.

[12] France. LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009, texte n°1, p. 12184.

[13] HAS. Manuel de Certification des établissements de santé. 2010 [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf.

[14] OMS. Centre des médias. La santé mentale : renforcer notre action. [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>.

[15] France. LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. JORF n°0155 du 6 juillet 2011, texte n°1, p. 11705.

[16] Robiliard D. Rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. 2013 Décembre [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>.

[17] OMS. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1.

[18] Cabaret W. L'accès aux soins somatiques pour les patients suivis en psychiatrie. Soins Psychiatr. 2010;268:34-36.

[19] Fédération Française de Psychiatrie. Recommandations de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. 2015 Juin [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.psydoc-France.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf.

[20] Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Tour : Pufr éditions;2014. Item 59 : Connaître les bases des classifications des troubles mentaux de l'enfant à la personne âgée; p.19-28. (L'officiel ECN).

[21] Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Tour : Pufr éditions ;2014. Item 58 : Connaître

les facteurs de risque, prévention, dépistage des troubles psychiques, de l'enfant à la personne âgée; p29-36. (L'officiel ECN).

[22] OMS. Centre des médias. Handicap et santé. [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/>.

[23] OMS. Santé mentale : un état de bien-être. [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/fr/.

[24] OMS. Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays. 2011 Décembre [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-fr.pdf.

[25] ORS. Tableau de bord : les maladies chroniques en Bourgogne. Chapitre 4. Les affections psychiatriques. 2013 Juin [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.orsbfc.org/publication/affections-psychiatriques-chapitre-4-du-tableau-de-bord-les-maladies-chroniques-en-bourgogne/>.

[26] Milon A. La prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux. Commission des affaires sociales. Rapport d'information. 2012 Décembre [consulté le 23/04/16]. Disponible : <https://www.senat.fr/rap/r12-249/r12-249-syn.pdf>.

[27] Cottencin O. Dépressions sévères : comorbidités somatiques. Encéphale. 2009;Suppl 7:272-8.

[28] Saravane D. Observance et prise en charge somatique des patients en santé mentale. Encéphale. 2007;Suppl 4:63-6.

[29] Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Tour : Pufr éditions ;2014. Item 57 : Sujets en situation de précarité; p103-112. (L'officiel ECN).

[30] Casadebaig F, Philippe A. Soins somatiques en santé mentale. Une question de dignité. Schizophrénie et mortalité somatique. Edition d'Orbestier. 2003;p23-30.

[31] Casadebaig F, Philippe A. Mortalité chez des patients schizophrènes, trois ans de suivi d'une cohorte. Encéphale. 1999;25,Suppl 4:329-337.

[32] Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Tour : Pufr éditions ;2014. Item 64a : Troubles de l'humeur. Trouble dépressif de l'adolescent et de l'adulte;p187-199. (L'officiel ECN).

- [33] Osby U, Brandt L, Correia N et al. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. Arch Gen Psychiatry. 2001;58:844-850.
- [34] Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Tour : Pufr éditions ;2014. Item 61 : Troubles psychotiques. Trouble schizophrénique de l'adolescent et de l'adulte;p157-177. (L'officiel ECN).
- [35] Osby U, Correia N, Brandt L et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county Sweden. Schizophr Res. 2000;45:21-8.
- [36] Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS et al. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome : a prospective study. Lancet. 2001;358:1766-1771.
- [37] Deluc A et al. Incidence of veinuous thrombo-embolism in psychiatry unit. Thromb Res. 2012. 130(G);283-8.
- [38] Lefebvre N, Chéreau I, Schmitt A, Llorca P-M. Comorbidités somatiques chez les patients souffrant de schizophrénie traitée. Recommandations actuelles. Ann Med-Psychol. 2006;164:159-164.
- [39] Zaghib K, Lilhiet V, Jamain S, Bellivier F. Santé physique et troubles bipolaires. Ann Med- Psychol. 2012;170 56-61.
- [40] Godin O, Etain B, Henry C et al. Metabolic syndrom in a french cohort of patients with bipolar disorder: results from the FACE-BD cohort. J Clin Psychiatry 2014;75:1078-85.
- [41] Consoli SM. Dépression et maladies organiques associées, une comorbidité encore sous- estimée. Résultats de l'enquête DIALOGUE. Presse Med 2003;32:10-21.
- [42] Austin MA, Hokanson J, Edwards K. Hypertriglycéridemia as a cardiovascular risk factor. Am J Cardiol. 1998;81:7B-12B.
- [43] Corruble E. Troubles bipolaires et comorbidités somatiques. Encéphale. 2008;Suppl 4:143-145.
- [44] Corruble E, El Asmar K, Trabado S, Verstuyft C, Falissard B et al. Treating major depressive episodes with antidepressant can induce or worsen metabolic syndrome: results of the METADAP cohort. World psychiatry. 2015 Octobre;14(3):366-7.
- [45] Chauvet-Gélinier JC, Gaubil I, Kaladjian A, Bonin B. Trouble bipolaire et comorbidités somatiques : diabète et troubles cardiométaboliques. Encéphale. 2012;Suppl 4:167-172.

- [46] Cermolacce M, Belzeaux R, Adida M, Azorin JM. Troubles affectifs et comorbidités endocrino-métaboliques. *Encéphale*. 2014;40:33-39.
- [47] Gold K.J., Kibourne A.M. Primary care of patients with serious mental illness ; Your chance to make a difference. *J Fam Practice*. 2008;vol. 57:525.
- [48] HAS. Fiche mémo contraception : prescription et conseils aux femmes. 2013 Juillet [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes.
- [49] Observatoire Thalès. Répartition des actes gynécologiques effectués par les médecins généralistes. 2000 Mai [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://cngof.asso.fr>.
- [50] Bajos N, Oustry P, Léridon H. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*. 2004;59:479-502.
- [51] Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. *EncyclMédChir Psychiatrie*. 2003;37-860-6p.
- [52] Danel T, Deconstanza P, Deprince J, Elouahi F, Ethuin C, Haddouche A et al. La santé physique des personnes souffrant de schizophrénie : implication du dispositif de soins psychiatriques. *Info Psy*. 2011;vol. 87:215-222.
- [53] Saravane D. Douleur en psychiatrie. *Ann Med-Psychol*. 2015;173:356-363.
- [54] Serra E. La dépression dans la douleur. Aspects cliniques et implications thérapeutiques. *Douleurs Eval Diagn Trait*. 2014;15:98-105.
- [55] Palmer SE, McLean RM, Ellis PM, Harrison-Woolrych M. Life-threatening clozapine-induced gastrointestinal hypomotility : an analysis of 102 cases. *J Clin Psychiatry*. 2008 Mai; 69(5):759-68.
- [56] Rédaction Prescrire. Neuroleptiques : troubles de la déglutition. *Prescrire*. 2010 Octobre;324(30):746-8.
- [57] INSEE. Niveau 1 : liste des catégories socio-professionnelles agrégées. [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste_n1.htm.
- [58] Lacroix D. Cardiologie. 1^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier/Masson; 2010. Chapitre 2, Item 129 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention; p. 12-20. (Abrégés connaissances et pratiques).

[59] Société Française d'hypertension artérielle. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. 2013 Janvier [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/12/Recommandation-SFHTA-2013-Prise-en-charge-HTA-de-l'Adulte.pdf>.

[60] HAS. Efficacité et efficacité des hypolipémiants une analyse centrée sur les statines. 2010 Juillet. [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/5_statines-argumentaire_complet_maj_sept_2010.pdf.

[61] HAS. Guide parcours de soins. Diabète de type 2 de l'adulte. 2014 Mars [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf.

[62] OMS. Centre des médias. Obésité et surpoids. [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>.

[63] HAS. Cancer du poumon : évaluation de la pertinence d'un dépistage des populations fortement exposées au tabac en France. 2014 Septembre [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/note_de_cadrage_cancer_du_poumon.pdf.

[64] Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008;141.

[65] Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015. [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf.

[66] HAS. Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. 2013 Juin [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf.

[67] HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. 2015 Février [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf.

[68] HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. 2013 Juin [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf.

[69] HAS. Niveau de preuves et gradation des recommandations de bonne pratique. 2013 Avril [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf.

[70] INSEE. Thème. Population totale par sexe et par âge au 1^{er} janvier 2016, France métropolitaine. [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2.htm.

[71] INSEE. Thème. Chiffres clés, évolution et structure de la population. [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP&nivgeo=DEP&codgeo=71&millesime=2010.

[72] INSEE. Thème. Bilan démographique 2015. [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo.

[73] Calméjane C. Bulletin de l'UNAFAM Paris, Janvier à Avril 2015. Médecine générale et psychiatrie;86:15-7.

[74] IRDES. Questions d'économie de la santé. 2007 Juillet;124. [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes124.pdf>.

[75] INSERM. Schizophrénie. 2014 Mai [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>.

[76] Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Tour : Pufr éditions ;2014. Item 62 : Troubles de l'humeur. Troubles bipolaires de l'adolescent et de l'adulte; p201-218. (L'officiel ECN).

[77] DREES. Coldefy M, Nestrigue C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. Etudes et Résultats 2013;(860).

[78] HAS. Note de cadrage. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Recommandation de bonne pratique. 2014 Mai [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/note_cadrage_episode_depressif_premier_recours_-version_validee_par_le_college_-_mai_2014.pdf.

[79] HAS. Note de cadrage. Evaluation des médicaments antihypertenseurs et place dans la stratégie thérapeutique. 2010 Juillet [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/note_de_cadrage_evaluation_des_medicaments_antihypertenseurset_place_dans_la_strategie_therapeutique.pdf.

[80] INVS. Données épidémiologiques. Prévalence et incidence du diabète. [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>.

[81] HAS. Recommandation de bonne pratique. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. 2011 Septembre [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf.

[82] INSERM. Obésité. 2014 Janvier [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/obesite>.

[83] INPES. Le tabac en France : nouvelles données du Baromètre santé INPES 2014. [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/013-tabac-donnees-barometre-2014.asp>.

[84] OFDT. Baromètre Santé Alcool. 2014 [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/barometre-sante-alcool/>.

[85] INSERM. Alcool et Santé. 2016 Mars [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante-bilan-et-perspectives>.

[86] OFDT. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. [consulté le 23/04/16] Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/Tendances%2076%20-%20BaroVF.pdf>.

[87] ORS. Les addictions en Bourgogne. 2014 Mars [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.saone-et-loire.gouv.fr/IMG/pdf/les_addictions_en_Bourgogne.pdf.

[88] INVS. Données. Diphtérie-Tétanos, poliomyélite, coqueluche. 2016 [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Diphterie-tetanos-poliomyelite-coqueluche>.

[89] Guthmann JP, Fonteneau L, Antona D, Lévy-Bruhl D. La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France : résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002. Bull Epidemiol Hebd 2007;51-52:441-5.

[90] INPES. Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>.

[91] INVS. Indicateurs d'évaluation. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2013-2014. [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2013-2014>.

[92] ARS Bourgogne. Dépistage organisé des cancers. 2015 Juin [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.ars.bourgogne.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/publications/ARS/ACTUALITES/2015/FIR/6-5_Fiche_action_2015_prevention_cancers.pdf.

[93] INVS. Indicateurs d'évaluation. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2013-2014. [consulté le 23/04/16]. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/fr../Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2013-2014>.

[94] Sécurité sociale. Indicateurs sur le dépistage du cancer. 2010 [consulté le 23/04/16]. Disponible : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/obj-res2_3_pqe_maladie.pdf.

VIII. ANNEXES

Annexe 1. Fiche exemple « Programme de soins » de la Fédération Française de Psychiatrie

PREMIERE RENCONTRE : (T0)

- Souvent fortuite : peu de temps
- Comprendre : qui est le patient ?
- Est-il suivi en psychiatrie ou en psychothérapie ?
- Travaille-t-il ?
- Comment et où vit-il ? et avec qui ?
- Prend-il des médicaments ? et lesquels ?

Proposer un programme

- Au fond que souhaitez-vous ?
- Comment pourrions-nous nous y prendre ENSEMBLE ?
- Quelle organisation pourrions-nous installer pour avancer ?
- Autrement dit c'est comme au théâtre : demandez le programme !!

Proposer un rendez-vous de consultation, un vrai ! T1

LE PATIENT EST DEJA SUIVI EN PSYCHIATRIE OU DANS UNE DOMAINE "PSY"

T1

- Histoire du malade (langue maternelle, scolarité, migrations, généalogie ...)
- Histoire de sa maladie psychique (découverte, évolution, répercussions, TS, "judiciarisation") et problèmes inhérents à la maladie ou ajoutés (phobie, anxiété, troubles des fonctions exécutives, troubles de l'attention) ; sentiments d'efficacité personnelle et estime de soi.
- Antécédents personnels et familiaux (psychiques et autres)
- Histoire des thérapies (hospitalisations, psychothérapies, médicaments, autres recours)
- Contexte de vie : tabac alcool, autres toxiques ; précarité, mobilité, sédentarité, alimentation.
- Entourage (famille, voisins, amis, associations) et aides paramédicales (auxiliaire de vie, aide ménagère,
- Equipe médicale (psychiatres, infirmier(e), médecin du travail.
- Données administratives : ALD, CMU, AME, MDPH ...

NOTER DANS LE DOSSIER NOMS ET N° DE TEL DES PERSONNES avec l'accord du patient.

CONTACTER CHAQUE INTERVENANT DE PREFERENCE en PRESENCE DU PATIENT (donc éviter les RV avec le patient à 19h lorsque personne ne peut être contacté)

NOTER LES RV à venir, les projets déjà établis.

Pause dans la consultation : prendre conscience du déficit d'initiative, du défaut d'analyse des erreurs de raisonnements du patient, de son manque de perception des troubles et de son manque de motivation

Fin de T1

REDEMANDEZ LE PROGRAMME ! Le fabriquer avec le patient en respectant son rythme

- Prise de la PA, mesure du poids, du périmètre abdominal
- Examens biologiques prescrits à T1, commentés à T2
- Commencer à parler de l'ECG
- Envisager les rendez-vous chez les spécialistes

T2

- Commentaires sur les examens biologiques
- Urgence ou pas de l'ECG
- RV chez les spécialistes : en reparler et selon l'urgence, rédiger les lettres d'adresse
- Convenir de T3 : selon l'urgence mais aussi selon l'agenda du patient

LE PATIENT N'EST PAS SUIVI DANS LE DOMAINE "PSY"

T0 idem

T1

- Préciser avec le patient le motif de sa consultation et se préoccuper de lui proposer un psychiatre ou un psychothérapeute selon ses moyens financiers, en ville ou en CMP ou à l'hôpital.
- Lui proposer une ALD 30 si c'est pertinent (à envoyer après la réponse du spécialiste).
- Rédiger la lettre pour le spécialiste.
- Lui demander de prendre un rendez-vous dès qu'il aura vu le spécialiste, voire même redonner un rendez-vous dans le délai qui convient à cette personne.

T2 voir T1 du paragraphe précédent

² Fiche inspirée du plan personnalisé de santé (PPS) proposé par la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps

Annexe 2. Définitions du syndrome métabolique

Principaux critères d'identification du syndrome métabolique et valeurs de définition selon l'OMS [réf. 11], EGIR [réf. 12], NCEP-ATP III [réf. 13], AACE [réf. 15] et J.-P. Després *et al.* [réf. 16].

	OMS 1998-99	EGIR 1999	NCEP-ATP III 2001	AACE 2003	Després 2000-2004
GAI mmol/l G2h mmol/l Traitement	≥ 6,1 et/ou ≥ 6,1 et/ou +	≥ 6,1 – – (ND)	≥ 6,1 – –	6,1 à 6,9 ≥ 7,8	– – –
Triglycérides mmol/l HDL-C mmol/l Traitement	≥ 1,7 et/ou < 0,9 H, < 1,0 F –	≥ 2,0 et/ou < 1,0 et/ou +	≥ 1,7 – < 1,04 H, < 1,29 F	≥ 1,7 < 1,04 H, < 1,29 F	≥ 2,0 – –
PAS/PAD mmHg Traitement	≥ 140/90 –	≥ 140/90 +	≥ 130/85 –	≥ 130/85 –	– –
Tour taille/hanches IMC kg/m ² Tour taille cm	> 0,90H/0,85F et/ou > 30 –	– – ≥ 94 H/80 F	– – > 102 H/88 F	– ≥ 25 –	– – ≥ 90 (H)
Insuline	Clamp < Q1	IAJ > Q4	–	–	–
Autres	EUA > 20 µg/mn ou Alb/créat ≥ 30 mg/g	–	–	–	–
Syndrome	1 et/ou G + 2 critères (syndrome dysmétabolique)	IAJ + 2 critères (syndrome d'IR)	3 critères (syndrome dysmétabolique)	Laisse au jugement clinique	Les 2

GAI : glycémie à jeun ; G2 h : glycémie 2 h après charge glucosée ; HDL-C : HDL-cholestérol ; PAS : pression artérielle systolique ; PAD : pression artérielle diastolique ; IMC : indice de masse corporelle ; UAE : excretion urinaire d'albumine ; Alb/créat : ratio albumine/créatinine urinaire ; I : insulémie ; IAJ : insulémie à jeun ; IR : insulino-résistance.

< Q1 : valeur limite correspondant aux 25 % de la population ayant les valeurs les plus basses.

> Q4 : valeur limite correspondant aux 25 % de la population ayant les valeurs les plus élevées.

Annexe 3. Dossier médical « Somatique en Psy »

NOM PRENOM	DATE DE NAISSANCE
-------------------	--------------------------

MEDECIN REFERENT Dr / spécialité / adresse / téléphone
MEDECINS SPECIALISTES Dr / spécialité / adresse / téléphone
MESURE DE PROTECTION type / responsable / adresse / téléphone
PERSONNE DE CONFIANCE nom / lien / adresse / téléphone
INTERVENANTS PARAMEDICAUX nom / fonction / adresse / téléphone

MDV	Domicile			
	Profession			
	Famille			
ATCD	Personnels			
	FDRCV			
	Familiaux			
COND. A RISQUES	Tabac	Alcool	Toxicomanie	Sexualité
PREVENTION	Vaccination DTP		Contraception	
DEPISTAGE	Hémocult		Mammographie	FCV
HYGIENE	Globale	Bucco-dentaire	Podologie	
DIETETIQUE	Poids	Taille	IMC	Régime

MOTIF D'HOSPITALISATION

TRAITEMENT HABITUEL

EXAMEN CLINIQUE / ECG

EXAMENS PARACLINIQUES

PROJET DE SOINS SOMATIQUES :

PATHOLOGIES IDENTIFIEES

PROJET DE SOIN

FREQUENCE DU SUIVI SYSTEMATIQUE

TRAITEMENT DE SORTIE

RISQUES / HOSPITALISATION
DOULEUR
CONSTIPATION
DESHYDRATATION
MTEV

Annexe 4. Questionnaire de thèse

N° DE DOSSIER	AGE	SEXE	UNITE		
SOCIAL Mesure de protection Profession Lieu de vie	Oui / type Laquelle Domicile	Non Hôpital	 EHPAD	 Foyer	 SDF
MEDECIN Médecin traitant	Oui	Non			
FDRCV	HTA	Dyslipidémie	Diabète	IMC	Hérédité / ATCD perso
CONDUITES A RISQUES Tabac Alcool Toxicomanie Sexuel	 Jamais Non Actif Sevré Non Actif Sevré Oui	 Actif/PA A risque A risque Douce Douce Non	 Sevré/PA Nocif Nocif Dure Dure 	 Dépendance Dépendance Mixte Mixte 	
PREVENTION Vaccination DTP Contraception	Oui Pilule Non	Non DIU	 Implant	 Autre	
DEPISTAGE ONCOLOGIQUE Hémocult < 2ans (50-74 ans) Mammographie < 2ans (50-74 ans) FCV < 3ans (25-65 ans)	Oui Oui Oui	Non Non Non			
RISQUES / HOSPITALISATION Douleur Constipation Déshydratation MTEV	Oui Oui Oui Oui	Non Non Non Non			
DEPISTAGE FDRCV HTA DYSLIPIDEMIE DNID	 CT = GAJ =	 HDL = GAJ =	 LDL =	 TG =	

TITRE DE LA THESE : Evaluation de la santé somatique des patients admis en psychiatrie d'adulte.
Exemple du Centre Hospitalier de Mâcon.

AUTEUR : JAILLET Caroline

RESUME :

Contexte - Les patients souffrant de troubles mentaux sévères ont une espérance de vie réduite de 11 à 30 ans par rapport à la population générale. Suite à l'instauration du deuxième Plan National Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, la prise en charge des soins somatiques a été redéfinie dans le service de Psychiatrie d'adulte du Centre Hospitalier de Mâcon avec la mise place d'une Unité de soins somatiques en 2013. Le but de ce travail était donc de dresser un bilan de l'état de santé somatique des patients atteints de troubles mentaux au Centre Hospitalier de Mâcon.

Méthodes - Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle prospective concernant 143 patients, inclus entre le 13 juin et le 1er décembre 2015, hospitalisés plus de 72 heures. L'évaluation somatique de chaque patient se faisait à partir d'un questionnaire regroupant des marqueurs simples de l'état de santé.

Résultats - La prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaires modifiables était élevée. 31% des patients présentaient une hypertension artérielle, 31% une dyslipidémie et 11% un diabète. Une majorité de ces facteurs de risque était soit méconnue au début de l'étude, soit insuffisamment traitée. La prévalence combinée du surpoids et de l'obésité était de 48%. Une intoxication tabagique était retrouvée chez 55% des patients. L'évaluation des conduites à risque a mis en évidence que 34% des patients avaient une intoxication éthylique chronique, 21% une addiction aux drogues, et 8% des conduites sexuelles à risque. Concernant les mesures préventives, 50% des patients étaient à jour de leur vaccination obligatoire, et seulement 45% des femmes en âge de procréer avaient un moyen de contraception. Les taux de participation aux dépistages systématiques des cancers colorectaux, du sein et du col de l'utérus étaient respectivement de 46%, 69% et 60%. Des comorbidités ont été identifiées comme spécifiques en psychiatrie, à savoir la douleur, la constipation, la déshydratation et les maladies thrombo-emboliques veineuses, retrouvées respectivement chez 58%, 44%, 11% et 11% des patients.

Conclusion - Cette étude montre la nécessité d'une prise en charge somatique adaptée des patients hospitalisés en psychiatrie, et à plus large échelle des patients atteints de troubles mentaux, afin de réduire la surmortalité dans cette population.

MOTS-CLES : COMORBIDITE - PATHOLOGIE SOMATIQUE - TROUBLES MENTAUX SEVERES - PSYCHIATRIE - MEDECINE GENERALE