



HAL
open science

Suivi somatique des patients psychiatriques par les médecins généralistes libéraux des 7ème, 8ème et 17ème arrondissements de Paris : étude observationnelle transversale déclarative

Maxime Moghbel

► **To cite this version:**

Maxime Moghbel. Suivi somatique des patients psychiatriques par les médecins généralistes libéraux des 7ème, 8ème et 17ème arrondissements de Paris : étude observationnelle transversale déclarative. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02505128

HAL Id: dumas-02505128

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02505128>

Submitted on 11 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 13

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Suivi somatique des patients psychiatriques par les médecins généralistes
libéraux des 7^{ème}, 8^{ème} et 17^{ème} arrondissements de Paris :
étude observationnelle transversale déclarative

Présentée et soutenue publiquement
le 7 février 2019

Par

Maxime MOGHBEL

Né le 3 septembre 1986 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Chantal Carniato, PH

Jury :

M. Le Professeur Bernard Granger, PU-PH Président

M. Le Professeur Philippe Jaury, Professeur émérite

Mme Le Docteur Céline Buffel du Vaure, MCU

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaque membre du Jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail de thèse.

Je remercie le Dr Carniato et toute l'équipe du service somatique d'Henri Ey (Sylvie, Caroline, Yacer, Malek, et les autres) pour leurs encouragements continuels, leur patience, leurs regards épanouissants et leurs amitiés. Merci au Dr De Rohan Chabot pour son aide et ses conseils lors de l'élaboration de cette thèse. Merci également au Dr Ducroix d'avoir accepté un entretien sincère qui m'a beaucoup éclairé sur la problématique du somatique en psychiatrie.

Je souhaite également remercier le Dr Raoul SAADA de m'avoir donné goût à la pratique de la médecine générale, par son amour du métier, de ses patients et son regard optimiste sur la vie.

Merci à mes camarades (Ravin, Mahir, Nico, Professeur Pinzglu, Mourad, Elham, Badr Eddine ...) qui ont rendu ces études agréables et bien plus.

Enfin merci à ma famille : mes parents et mon frère qui m'ont encouragé à aller toujours plus loin que ce que je pensais pouvoir atteindre ; mon épouse, Leva, qui m'a soutenu et accompagné pendant toutes ces années ; mes enfants, Lina et Maty d'être tout simplement dans ma vie ; ma belle-famille pour tout leur soutien et leurs conseils.

Liste des principales abréviations

APG : Antipsychotique de Première Génération
ASG : Antipsychotique de Seconde Génération
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BHC : Bilan Hépatocellulaire
BPCO : Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive
CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CRP : C Réactif Protéique
CV : Cardio-Vasculaire
DT2 : Diabète de Type 2
EAL : Exploration des Anomalies Lipidiques
ECG : Electrocardiogramme
GAJ : Glycémie À Jeun
GHT : Groupe Hospitalier de Territoire
HAS : Haute Autorité de Santé
HDL : High Density Lipoprotein
HTA : Hypertension Artérielle
IC : Intervalle de Confiance
IMC : Indice de Masse Corporelle
InSRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
IV : IntraVeineux
LDL : Low Density Lipoprotein
MCV : Maladies Cardio-Vasculaires
MMS : Maladies Mentales Sévères
NFS : Numération Formule Sanguine
OR : Odds Ratio
PA/TA : Pression Artérielle/ Tension Artérielle
PSA : Prostate Specific Antigen
QTc : QT corrigé
RR : Risque Relatif
TCA : Temps de Céphaline Activée
TP : Taux de Prothrombine
TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay
TSH : Thyroid-Stimulating Hormone
VDRL : Venereal Disease Research Laboratory
VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WPA : World Psychiatric Association

Sommaire

1. INTRODUCTION	9
1.1 <i>PROBLÉMATIQUE</i>	9
1.1.1 Généralités	9
1.1.2 Santé somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques	9
1.1.2.1 Prise de poids, surpoids et obésité	9
1.1.2.2 Surrisque de diabète	11
1.1.2.3 Dyslipidémie	12
1.1.2.4 Le syndrome métabolique	12
1.1.2.5 Surrisque de pathologies cardio-vasculaires	13
1.1.2.6 Co-addictions et hygiène de vie	15
1.1.2.7 Surrisque de pathologies infectieuses chroniques	15
1.1.2.8 Surrisque de pathologies respiratoires	16
1.1.2.9 Pathologies digestives	16
1.1.2.10 Surrisques de cancers	17
1.1.2.11 Dysfonctions sexuelles	17
1.1.2.12 Surrisque de pathologies musculo-squelettiques	18
1.1.2.13 Santé bucco-dentaire	18
1.1.2.14 Autres...	18
1.1.2.15 Influence mutuelle entre pathologies somatiques et psychiques	19
1.1.2.16 Rapport des patients psychiatriques à leur santé	19
1.2 <i>RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES</i>	20
1.2.1 Prise en charge intra-hospitalière :	20
1.2.2 Prise en charge en ambulatoire :	21
1.3 <i>EN PRATIQUE : LES DÉFIS DE LA MISE EN PLACE DES RECOMMANDATIONS</i>	22
1.3.1 Mon expérience d'interne	23
1.3.2 Les obstacles vécus	24
1.3.2.1 Obstacles liés aux patients	24
1.3.2.2 Obstacles liés aux médecins	24
1.3.3 Place du somatique en CMP	24
1.4 <i>SYNTHÈSE</i>	25
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	26

2.1	OBJECTIF	26
2.2	MÉTHODES	26
2.2.1	Type d'enquête	26
2.2.2	Médecins ciblés par l'étude	26
2.2.2.1	Critères d'inclusion	26
2.2.2.2	Médecins exclus	27
2.2.3	Déroulement de l'étude	27
2.2.4	Questionnaire et modalités de recueil	27
2.2.4.1	Les données recueillies	27
2.2.4.2	Modalités de recueil	28
2.2.5	Analyse statistique	29
2.2.6	Biais attendus	29
3.	RÉSULTATS	30
3.1	CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS RÉPONDANTS	30
3.1.1	Taux de réponse	30
3.1.2	Caractéristiques démographiques et professionnelles	31
3.1.2.1	Âges	31
3.1.2.2	Nombres d'années d'exercices	32
3.1.2.3	Mode d'exercice	32
3.1.2.4	Conventionnement	33
3.1.2.5	Travail antérieur en milieu psychiatrique	33
3.1.2.6	Proportions de patients psychiatriques chroniques parmi les patients suivis	34
3.1.2.7	Connaissance des recommandations HAS 2015 sur les pathologies psychiatriques sévères et chroniques	34
3.2	SUIVI CLINIQUE	34
3.2.1	Fréquence de suivi	34
3.2.1.1	Fréquence comparative aux autres patients	34
3.2.1.2	Fréquence des consultations dans une année	35
3.2.2	Indicateurs de santé clinique et fréquence à laquelle ils sont relevés	36
3.2.2.1	Poids des patients	36
3.2.2.2	Taille des patients	36
3.2.2.3	Indice de masse corporelle (IMC)	36
3.2.2.4	Tension Artérielle (TA)	36
3.2.2.5	Pouls	37
3.2.2.6	Evaluation du transit	37
3.3	SUIVI BIOLOGIQUE	37

3.3.1 Numération formule sanguine (NFS)	38
3.3.2 Ionogramme sanguin	38
3.3.3 Créatininémie	38
3.3.4 Glycémie à jeun (GAJ)	38
3.3.5 Exploration des anomalies lipidiques	39
3.4 SUIVI ÉLECTROCARDIOGRAPHIQUE	39
3.4.1 Médecins possédant un ECG	40
3.4.1.1 Proportion de médecins répondant possédants un ECG	40
3.4.1.2 Fréquence à laquelle les médecins réalisent des ECG à ces patients	40
3.4.1.3 Fréquence à laquelle les médecins considèrent le QT	40
3.4.2 Médecin ne possédant pas d'ECG	41
3.4.2.1 Proportion de médecins répondants ne possédant pas d'ECG	41
3.4.2.2 Correspondance vers un cardiologue en cas d'absence d'ECG	41
3.5 CORRESPONDANCE AVEC LES AUTRES SPÉCIALISTES	42
3.5.1 Spécialistes somatiques	42
3.5.1.1 Ophtalmologue	42
3.5.1.2 Dentiste	42
3.5.1.3 Gynécologue si le patient est une femme	42
3.5.1.4 Cardiologue	42
3.5.2 Psychiatres	43
3.5.2.1 Domaines pour lesquels une collaboration médecin généraliste - psychiatrique est considérée comme nécessaire	43
3.5.2.1.1 Surveillance des comorbidités somatiques et psychiatriques	43
3.5.2.1.2 Mise en route d'un traitement médicamenteux psychiatrique	44
3.5.2.1.3 Prévention et surveillance des effets secondaires	44
3.5.2.1.4 Situations de crise ou d'urgence	44
3.5.2.2 Perception de la qualité de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres	45
3.5.2.2.1 Existante	45
3.5.2.2.2 Organisée	45
3.5.2.2.3 Efficace	46
3.5.2.3 Fréquence à laquelle des courriers des psychiatres référents sont reçus pour chaque patient	46
3.5.2.4 Fréquence à laquelle les médecins généralistes correspondent avec les psychiatres pour chaque patient	47
3.5.2.5 Nature de la correspondance vers les psychiatres	48
3.6 QUESTIONS OUVERTES	48

3.6.1 Eléments pouvant améliorer la prise en charge somatique de ces patients	48
3.6.1.1 Meilleure collaboration avec les psychiatres	48
3.6.1.2 Consultation spécifique PEC à 100% pour le suivi somatique de ces patients	50
3.6.1.3 Formation des médecins généralistes sur ce sujet	50
3.6.1.4 Plus grande démographie médicale pour généralistes et psychiatres	50
3.6.1.5 Prévoir des hospitalisations courtes pour bilan, éducation...	50
3.6.1.6 Augmenter la part de médecine alternative	51
3.6.1.7 Changer notre regard sur les patients psychiatriques	51
3.6.2 Défis pour le suivi somatique de ces patients	51
3.6.2.1 Collaboration avec les psychiatres	51
3.6.2.2 Observance des patients	51
3.6.2.3 Prévention et prise en charge des effets secondaires	52
3.6.2.4 Relation avec le patient	52
3.6.2.5 Prendre le temps nécessaire	52
3.6.2.6 Education des patients	53
3.6.2.7 Cerner la symptomatologie de ces patients	53
3.6.2.8 Acceptation par les patients d'un suivi psychiatrique	53
3.6.2.9 Plus voir les patients psychiatriques "lourds"	53
4. DISCUSSION	54
4.1 <i>CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS RÉPONDANTS</i>	54
4.1.1 Taux de réponse	54
4.1.2 Profil d'exercice des médecins répondants	55
4.2 <i>SUIVI CLINIQUE</i>	56
4.2.1 Fréquence de suivi	56
4.2.2 Paramètres de santé et données cliniques	56
4.3 <i>SUIVI BIOLOGIQUE</i>	57
4.4 <i>SUIVI ECG</i>	57
4.5 <i>CORRESPONDANCES</i>	58
4.5.1 Spécialistes somatiques	58
4.5.2 Psychiatres	58
4.6 <i>QUESTIONS OUVERTES</i>	59
4.6.1 Pistes d'amélioration de la prise en charge somatique des patients psychiatriques	59
4.6.2 Défis rencontrés dans la prise en charge somatique des patients psychiatriques	60

5. CONCLUSIONS	61
6. ANNEXES	64
6.1 <i>LETTRE D'INTRODUCTION</i>	64
6.2 <i>QUESTIONNAIRE</i>	65
7. BIBLIOGRAPHIE	69

1. INTRODUCTION

1.1 PROBLÉMATIQUE

1.1.1 Généralités

De nombreuses études ont souligné la mauvaise santé physique et la diminution de l'espérance de vie chez les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères ou maladies mentales sévères (MMS) (1–4), en particulier de troubles schizophréniques (5–9), de troubles bipolaires(10,11), mais aussi de syndromes dépressifs majeurs et de troubles schizo-affectifs(12). L'excès de mortalité des patients MMS est deux à trois fois plus important que celui de la population générale. Cette surmortalité correspond à une perte de 13 à 30 ans d'années de vie en fonction des études (13–16). On considère qu'environ 60% de cette surmortalité est due à des maladies physiques par opposition aux causes de mort non naturelles ou violentes (accident, suicide) (17). Nous allons voir plus en détails les problèmes de santé qui affectent les patients psychiatriques.

1.1.2 Santé somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques

1.1.2.1 Prise de poids, surpoids et obésité

Le surpoids et surtout l'obésité sont associés dans la population générale à une baisse de l'espérance de vie et de nombreuses pathologies telles que le diabète de type 2, l'hypertension artérielle (HTA), la dyslipidémie, des difficultés respiratoires, l'hypogonadisme et au cancer du côlon.

Différentes méthodes existent pour diagnostiquer le surpoids et l'obésité, l'indice de masse corporelle (IMC) étant le plus connu. Un IMC supérieur à 25 kg/m² (23kg/m² pour les populations asiatiques) définit le surpoids, un IMC > 30 kg/m² (25kg/m² pour les populations asiatiques) définit l'obésité avec une stratification de celle-ci en fonction de l'importance de l'IMC. Un autre indicateur, qui semble être plus intéressant en tant que facteur de risque de pathologies cardio-vasculaires, diabète de type 2 et autres troubles métaboliques, est l'obésité abdominale dont la définition diffère en fonction de l'origine ethnique (cf *tableau 1*)

	- Europe - Région Sub-Saharienne - Région méditerranéenne - Moyen Orient	- Asie du sud - Chine - Population autochtone de l'Amérique centrale et du sud	- Japon	- Amérique du Nord
Homme	≥94cm	≥90cm	≥90cm	≥102cm

Femme	≥80cm	≥80cm	≥82-85cm	≥88cm
TABLEAU 1 : Valeurs de la circonférence abdominale définissant l'obésité abdominale en fonction de l'origine ethnique				

(18–22)

Les patients MMS ont un net surrisque de surpoids, d'obésité et d'obésité abdominale par rapport à la population générale, et ceci même sans traitement ou pendant les phases précoces de la maladie psychiatrique. Ce surrisque varie toutefois en fonction de la maladie psychiatrique (23–26):

Les schizophrènes ont un risque d'obésité étant de 2.8 à 3.5 fois plus important que la population générale. Certaines études Nord-Américaines rapportent même des taux d'obésité entre 42 et 60% chez les patients schizophrènes (27,28).

Pour les personnes atteintes de syndrome dépressif majeur ou les bipolaires le surrisque d'obésité est de 1.2 à 1.5 fois plus important. Une étude met en évidence un taux d'obésité de 57.8% chez les dépressifs sévères (29–31).

Concernant la responsabilité des psychotropes dans cette obésité, la prise de poids aussi bien durant la phase aiguë que d'entretien du traitement de la schizophrénie et des troubles affectifs est un effet indésirable bien documenté, qui affecte entre 15 et 72 % des patients (32–34):

Il existe une différence marquée entre les divers antipsychotiques au niveau du risque de prise de poids. Une méta-analyse d'études cliniques ayant évalué des antipsychotiques de seconde génération (ASG) a montré qu'après 10 semaines de traitement, le gain pondéral était maximal sous Clozapine (4,45 kg) et Olanzapine (4,15 kg), alors que la Quétiapine et la Risperidone (2,1 kg) comportaient un risque modéré et que l'Aripiprazole, l'Amisulpride et la Ziprasidone n'avaient que peu d'effet (< 1 kg). Aucune substance ne devrait cependant être considérée comme véritablement neutre d'un point de vue pondéral, car la proportion d'individus présentant une prise de poids supérieure à 7 % est plus importante sous un quelconque antipsychotique atypique que sous placebo. Certains antipsychotiques de la première génération (APG, ou neuroleptiques), comme la chlorpromazine (Largactil), sont également associés à un risque comparable d'induire une prise de poids (32).

Les antidépresseurs et les stabilisateurs de l'humeur, comme le lithium et le valproate, peuvent également induire une prise de poids significative. Parmi les antidépresseurs, les tricycliques (surtout l'Amitriptyline et la Doxépine), ainsi que la Mirtazapine et la Paroxétine, semblent être associés à un risque accru de gain pondéral (35–37).

Les mécanismes de la prise de poids chez les patients MMS sont multiples et impliquent : une mauvaise hygiène de vie (alimentation grasse et déséquilibrée, sédentarité), les symptômes de la maladie mentale elle-même (symptômes négatifs de la maladie), les psychotropes qui auraient pour effet l'augmentation de l'appétit des patients et un effet sédatif ayant pour conséquence une diminution de leurs dépenses énergétiques (34,38,39).

1.1.2.2 Surrisque de diabète

Le diabète de type 2 (DT2) atteint actuellement 3 à 4% de la population générale et est responsable de nombreuses complications cardio-vasculaires (cécité, insuffisance rénale, infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, artériopathies des membres inférieurs et amputation, neuropathies...) et d'une diminution de l'espérance de vie de dix ans ou plus. Ses principaux facteurs de risque sont l'obésité notamment abdominale et la sédentarité (40).

Plusieurs études ont montré que la prévalence du DT2 était deux à trois fois plus élevée chez les sujets atteints de schizophrénie que dans la population générale. Ainsi, des études transversales ont estimé la prévalence du DT2 dans les populations de patients schizophrènes autour de 10 à 15 % (39,41,42). Une vaste étude prospective belge confirme qu'un nombre significatif de patients schizophrènes présente déjà un DT2 au moment du premier épisode donc en l'absence de traitement (43).

Bien que les données soient plus rares, la prévalence du DT2 est également plus élevée chez les patients souffrant de troubles bipolaires. Dans une revue systématique de tous les articles en langue anglaise publiée entre 1966 et 2004, la prévalence du DT2 dans le trouble bipolaire était jusqu'à trois fois plus élevée que dans la population générale (35).

Les données d'une étude américaine retrouvent une augmentation de l'odds ratio pour le DT2 (OR = 2,2) chez les patients dépressifs (44). L'association entre dépression et DT2 est complexe et apparaît bidirectionnelle. Les sujets souffrant de DT2 ont des taux de dépression plus élevés que la population générale, tandis que la dépression est désormais considérée comme un facteur de risque indépendant pour le DT2 (45-47).

La cause de cette augmentation de l'incidence et de la prévalence du DT2 chez les patients MMS est multifactorielle. Elle implique des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux liés au style de vie, ainsi que des effets spécifiques de la maladie et à son traitement (39,41).

1.1.2.3 Dyslipidémie

La dyslipidémie est connue comme un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire réversible (48).

Dans une méta-analyse de 12 publications relatives à l'HTA et 11 à la dyslipidémie dans la population de patients MMS, le taux de cholestérol total n'était pas augmenté, mais certaines études retrouvent un cholestérol HDL plus bas associé à un taux de triglycérides augmenté, une dyslipidémie reconnue être athérogène (49).

En ce qui concerne l'effet des antipsychotiques sur la dyslipidémie, des études prospectives montrent que l'utilisation d'antipsychotiques est associée à une augmentation du cholestérol LDL et une diminution du cholestérol HDL (50). Cet effet est plus ou moins marqué en fonction des antipsychotiques utilisés. L'effet global sur les triglycérides est plus marqué qu'en ce qui concerne le cholestérol et il y a ici de nettes différences entre les médicaments. Les produits entraînant la prise de poids la plus importante, comme la Clozapine et l'Olanzapine, sont associés à l'augmentation la plus marquée des concentrations de triglycérides sériques. Les différences les plus importantes entre médicaments sont observées au cours de la phase précoce du traitement lorsque la prise de poids est très rapide (50–52).

1.1.2.4 Le syndrome métabolique

Le syndrome métabolique, dont la définition a constamment évolué depuis les années 90, est un syndrome qui multiplie le risque de diabète de type 2 par un facteur 5 à 6 par rapport à la population générale, et augmente le risque de décès de coronaropathies de 3 à 6 fois (53–55). Il est également associé à un surrisque de cancer du côlon (56,57). La définition actuellement du syndrome métabolique n'est pas consensuelle mais on semble tout de même y avoir un accord sur le fait qu'il se caractérise par : une obésité abdominale, une hypertension artérielle (>130 systolique et/ou 85 diastolique), une dyslipidémie et une intolérance au glucose ou une résistance à l'insuline (58–60).

Le syndrome métabolique est très présent chez les patients schizophrènes. Selon les critères utilisés pour définir le syndrome métabolique, le sexe, l'ethnie, le pays, l'âge, et l'antipsychotique utilisé (cf *tableau 2*), la prévalence du syndrome métabolique chez les patients schizophrènes varie de 19.4 à 68% (61–64).

Le taux de syndrome métabolique chez les patients bipolaires et ceux atteints de troubles schizo-affectifs se situe respectivement entre 22-30% et 42%. A noter que là aussi le style de vie de ces patients (sédentarité, alimentation déséquilibrée,...) participe également au syndrome métabolique (65,66).

MOLECULE	SYNDROME METABOLIQUE
Chlorpromazine	Important (?, données limitées)
Clozapine	Important
Olanzapine	Important
Quetiapine	Moyen
Amisulpride	Moyen
Illopéridone	Moyen (?, données limitées)
Rispéridone	Moyen
Sertindole	Moyen
Asenapine	Faible (?, données limitées)
Aripiprazole	Faible
Halopéridol	Faible
Lurasidone	Faible (?, données limitées)
Perphenazine	Faible
Ziprazidone	Faible
<i>TABLEAU 2 : Effets relatifs des différents antipsychotiques sur le syndrome métabolique</i>	

(67)

1.1.2.5 Surrisque de pathologies cardio-vasculaires

Les pathologies cardio-vasculaires correspondent à toutes les pathologies affectant le système cardiovasculaire. Les plus importantes en terme de morbi-mortalité, dans la population générale, sont les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux (68). Les facteurs de risque majeurs des maladies cardiovasculaires sont : l'HTA, le diabète de type 2, la dyslipidémie, le tabagisme et l'obésité. D'autres facteurs de risque sont également à prendre en considération tels que la sédentarité, la mauvaise alimentation et la précarité (selon l'OMS), et l'hérédité (69).

De nombreuses études épidémiologiques montrent une surmortalité cardio-vasculaire (CV) chez les patients souffrant de schizophrénies, de troubles bipolaires ou de dépressions. Elle est d'ailleurs la principale cause de décès (hors cause violente) chez les patients MMS (49,70,71).

La prévalence des pathologies cardio-vasculaires est 2 à 3 fois plus importante chez les schizophrènes par rapport à la population générale, ce surrisque est particulièrement visible chez les patients plus jeunes (72,73).

Une revue de la littérature regroupant les études de 1959 à 2007 et de plus de 100 sujets, retrouve que les patients bipolaires ont un surrisque 35 à 250% par rapport à la population générale de présenter des pathologies cardiovasculaires (10).

Les patients dépressifs ont un surrisque de 50% par rapport à la population générale d'être atteints de pathologies cardiovasculaires. Ce surrisque est d'autant plus important que la dépression est sévère (13,74).

L'étiologie de cette surmortalité CV est multifactorielle ; elle inclut des facteurs génétiques et de style de vie, ainsi que des effets spécifiques de la maladie et du traitement (4).

Concernant le risque de cardiopathies ischémiques, il est 2 à 3.6 fois plus important chez les patients schizophrènes en comparaison à la population générale (49,72). Il existe un risque 2.1 fois plus important de coronaropathies chez les bipolaires (49). Chez les patients dépressifs le risque relatif serait entre 1.7 à 4.5. La dépression est même reconnue comme un facteur de risque d'événements cardiovasculaires chez les patients avec coronaropathies connue (75–77).

Le risque d'accident vasculaire cérébral est, selon les études de 1.5 à 2.9 fois plus important chez les patients schizophrènes (49,78,79) et 2.1 à 3.3 fois plus important chez les patients bipolaires (49,80). Le Risque Relatif (RR) d'AVC chez les patients atteints de syndromes dépressifs majeurs est de 1.22 à 2.6 plus important que la population générale du même âge (81,82).

L'allongement de l'intervalle QT (>500ms) est potentiellement mortel par le biais d'apparition de torsades de pointe, qui peuvent évoluer vers la fibrillation ventriculaire et la mort subite. Les antipsychotiques peuvent conduire à un allongement du QT ; ce sont par ordre décroissant de risque : la Ziprazidone, la Rispéridone, l'Olanzapine, la Quétiapine, la Thioridazine et l'Halopéridol (83–85). Par ailleurs, les médicaments inhibant le métabolisme des antipsychotiques peuvent accroître le taux plasmatique des antipsychotiques et ainsi allonger l'intervalle QT. L'association des antipsychotiques à d'autres médicaments pouvant allonger le QT (les antidépresseurs tricycliques par exemple) est potentiellement dangereuse (86).

Plusieurs études ont retrouvé un lien entre prise de Clozapine et l'occurrence de cardiomyopathies. Elle survient en général dans les six semaines suivant l'introduction du traitement. La symptomatologie peut comprendre une dyspnée, une fatigue inexplicée, des palpitations, une douleur thoracique, une fièvre et autres signes d'insuffisance cardiaque. Le taux de mortalité est de près de 40 % en cas de cardiomyopathie (86).

A noter également le risque d'hypotension orthostatique sous antipsychotiques de seconde génération. Ce risque atteindrait entre 15 et 62% des patients sous antipsychotiques selon une étude italienne (87).

1.1.2.6 Co-addictions et hygiène de vie

Les patients MMS sont plus souvent fumeurs (50 à 80 % des patients présentant des troubles mentaux sont fumeurs contre 25 % de la population générale) (88–90), avec pour conséquences des maladies broncho-pulmonaires (cf infra) 2 à 3 fois plus fréquentes que dans la population générale (90), et des pathologies cardio-vasculaires (cf supra).

A la consommation tabagique s'ajoutent les consommations d'alcool ou de drogues. Plus de 60 % des patients présentant des troubles psychiatriques schizophréniques ou bipolaires sont sujets à une addiction (90), avec chez les schizophrènes une prévalence de l'abus d'alcool 3,3 fois plus élevée que dans la population générale et une prévalence de l'abus de substances illicites 6,6 fois plus importante que dans la population générale (88).

Ils sont également plus souvent sédentaires et repliés socialement. Il a également été mis en évidence que ces patients ont une mauvaise hygiène alimentaire (alimentation grasse et déséquilibrée) (91).

1.1.2.7 Surrisque de pathologies infectieuses chroniques

Les patients MMS ont un risque accru de contracter diverses infections virales dont les plus graves sont le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'Hépatite C (92,93).

La prévalence de la séropositivité VIH chez les patients MMS est plus importante que dans la population générale, avec toutefois une grande variabilité selon les études (1.3 à 23.9%) (92,94–96). L'usage important de drogues, et des conduites sexuelles à risque (rapports non protégés, rapports sexuels en échange d'argent ou drogues), et une connaissance réduite des enjeux du VIH, contribuent probablement à cette prévalence élevée de la séropositivité VIH chez les patients MMS.

Il existe un taux élevé d'hépatites virales chroniques chez les patients MMS en comparaison à la population générale sur tous les continents. La plus grande étude réalisée à ce jour retrouve une prévalence de 23.4% pour l'hépatite B et 19.6% pour l'hépatite C chez les patients MMS, ce qui correspond à respectivement 5 fois et 11 fois le taux retrouvé dans la population générale. La transmission se fait surtout par usage de drogues IV et par des rapports sexuels à risque (93,97,98).

1.1.2.8 Surrisque de pathologies respiratoires

Il y a 50 ans, les affections respiratoires telles que les pneumonies et les tuberculoses pulmonaires étaient responsables de la majeure partie des décès chez les patients MMS vivant en institution. Aujourd'hui, grâce notamment aux antibiotiques et la gestion plus ambulatoire des patients, les affections respiratoires ne sont plus la principale cause de décès des patients MMS. Cependant ce type d'affection est toujours plus fréquent chez les patients MMS que dans la population générale (3,99,100).

Ainsi, il existe une plus grande incidence de la tuberculose chez les patients schizophrènes que dans la population générale (101,102). Dans certains pays, l'incidence de la tuberculose chez les patients psychiatriques est si importante que certains hôpitaux ont des unités spéciales pour les patients atteints à la fois de schizophrénie et de tuberculose (9).

La prévalence de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est plus importante chez les patients MMS que chez des sujets témoins (103,104). Une étude américaine portant sur 200 patients ambulatoires retrouve que 15% des patients schizophrène et 25% des bipolaires avaient une bronchite chronique, et que 16% des schizophrène ainsi que 19% des bipolaires étaient asthmatiques. Ces taux étaient significativement plus importants que ceux de sujets témoins de la population générale. Dans cette même étude les auteurs ont retrouvé une association significative entre MMS et emphysème (105).

1.1.2.9 Pathologies digestives

La constipation sous antipsychotiques est un effet récemment mieux documenté et bien réel et potentiellement mortel.

Les complications de cette constipation sont : l'iléus paralytique, l'impaction fécale, perforation du grêle ou du côlon. Des cas de colites ischémiques ont été rapportés sous Clozapine, Olanzapine et Quétiapine notamment lorsque ces molécules sont associées avec d'autres médicaments à effet anticholinergique (autres neuroleptique, antidépresseur tricyclique, anti-histaminique, anti-parkinsonien...).

La prévalence de la constipation, en fonction de l'antipsychotique utilisé est décrite comme suit dans une étude contrôlée et randomisée : Zotepine 39.6%, Clozapine 21.3%, Haloperidol 14.6% and Risperidone 12% (106,107). Hormis le rôle direct des antipsychotiques, d'autres facteurs contribuent à cette constipation : l'alimentation (peu de fibre dans l'alimentation des patients MMS, faible apport en eau), la sédentarité... (108)

1.1.2.10 Surrisques de cancers

Les patients MMS présentent certains facteurs de risque favorisant les cancers tels que le surpoids (cancer du côlon), le tabagisme (cancer du poumon et vessie), l'alcool (cancer ORL), l'hyperprolactinémie iatrogène (cancer du sein).

L'incidence des cancers chez des patients bipolaires hospitalisés paraît supérieure à celle de la population, tant chez les hommes (1,59 ; IC : 1,01–2,17) que chez les femmes (1,75 ; IC : 1,31–2,18) (109).

Pour les patients schizophrènes les résultats d'études sont contradictoires voire inattendus, certaines études retrouvent un effet oncoprotecteur de la schizophrénie malgré les nombreux facteurs de risques suscitées (110–112).

1.1.2.11 Dysfonctions sexuelles

Les dysfonctions sexuelles semblent être plus fréquentes chez les patients schizophrènes par rapport à la population générale. Elles affectent entre 30-80% des femmes et 45-80% des hommes. Ces troubles peuvent être secondaires à la pathologie mentale elle-même, aux comorbidités somatiques, ou aux effets secondaires des antipsychotiques (113–115).

Les dysfonctions sexuelles sont également fréquentes dans les dépressions. Jusqu'à 70% des patients dépressifs pourraient être atteints de dysfonctions sexuelles. Environ 25% des patients atteints de syndrome dépressif majeur ont des troubles érectiles ou de lubrification (116,117).

Les psychotropes ont leur part de responsabilité dans ces dysfonctions sexuelles. Les études réalisées sur le sujet montrent un effet variable en fonction des antipsychotiques utilisés sur les dysfonctions sexuelles. On peut résumer les conclusions comme suit (antipsychotiques classés par ordre du plus pourvoyeur de dysfonctions sexuelles au moins pourvoyeur de dysfonctions sexuelles) : Paliperidone = Risperidone > Haloperidol > Olanzapine ≥ Ziprasidone > Clozapine ≥ Quetiapine > Aripiprazole. Les APG sont moins pourvoyeurs de dysfonctions sexuelles que la Risperidone mais plus que certains nouveaux antipsychotiques (118,119).

Les antidépresseurs (hormis la Mirtazapine, Nefazodone, et Bupropion) induisent fréquemment ou aggravent les dysfonctions sexuelles. Les Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (InSRS) sont les plus pourvoyeurs de dysfonctions sexuelles (entre 30 et 60% des patients traités) (120–122).

1.1.2.12 Surrisque de pathologies musculo-squelettiques

Toutes les MMS sont reconnues comme pourvoyeuses d'ostéopénie. Cette faible densité minérale osseuse est due d'une part à la maladie mentale elle-même et à ses traitements, mais aussi à la mauvaise hygiène de vie généralement associée à ces pathologies (tabagisme, sédentarité, consommation excessive d'alcool, carence en vitamine D et calcium...). Le rôle de l'hyperprolactinémie secondaire aux antipsychotiques dans l'ostéoporose n'est pas clairement établie (123,124).

1.1.2.13 Santé bucco-dentaire

Toutes les études réalisées sur ce sujet montrent que la santé bucco-dentaire des patients MMS est défailante (125–128).

Selon certaines études, seuls 42% des patients schizophrènes brossent leurs dents régulièrement (c'est à dire au moins deux fois par jour). Dans une grande étude, (n=4,769), 34.1% des patients MMS ont déclaré être gênés pour s'alimenter à cause de problèmes bucco-dentaires (129).

Les éléments qui influencent la santé bucco-dentaire des patients sont : le type, la sévérité, et le stade de la maladie mentale, l'humeur, la motivation, l'estime de soi, l'inconscience de leur état bucco-dentaire, mais aussi les habitudes et le style de vie (tabagisme...), le statut socio-économique, les médicaments utilisés (bouche sèche, craving pour les aliments sucrés), la connaissance des professionnels de santé concernant le risque bucco-dentaire de ces patients (130).

Les antipsychotiques, antidépresseurs et stabilisateurs de l'humeur, sont tous responsables de xérostomie. Cette réduction de sécrétion salivaire altère l'environnement local de la bouche et rend les patients plus à risque de développer des caries, gingivites et pathologies parodontales (131).

1.1.2.14 Autres...

Cette liste n'est pas exhaustive. Les sociétés savantes considèrent d'ailleurs que toutes les pathologies ont une incidence plus importante dans cette population MMS.

Les troubles neurologiques (extrapyramidaux, dyskinésies, sédation) avec des conséquences graves telles que les risques de chute et de fausse route, sont déjà bien connus et documentés (8,132).

L'hyperprolactinémie, favorisée par certains antipsychotiques, est source de galactorrhées et de troubles du cycle menstruel chez la femme et de troubles sexuels (chute de la libido, impuissance, troubles de l'éjaculation) chez l'homme. Elle peut également majorer les risques de cancer du sein de même que les risques d'ostéoporose par hypogonadisme secondaire (données controversées). Les antipsychotiques peuvent causer une hyperprolactinémie par leur action sur les récepteurs dopaminergiques D2. Les antipsychotiques conventionnels et la

Risperidone sont plus à risque d'hyperprolactinémie que les autres antipsychotiques. En outre, les antipsychotiques de seconde génération déclencheraient plutôt des hyperprolactinémies transitoires, c'est-à-dire réversibles à l'arrêt du traitement. Ainsi, le risque de l'hyperprolactinémie est directement lié aux neuroleptiques et varie selon les antipsychotiques employés (133).

Concernant plus spécifiquement les stabilisateurs de l'humeur, il a été décrit des dysfonctions thyroïdiennes, rénales et hépatiques, ainsi que des prises de poids importantes (67).

Des "accidents" hématologiques" ont été rapportés de nombreuses fois dans la littérature, chez les patients sous psychotropes. La Clozapine (incidence de 0.8%) et la Chlorpromazine (incidence de 0.13%) peuvent être pourvoyeurs de neutropénie/ agranulocytose. La mortalité liée aux agranulocytoses médicamenteuses est d'environ 5 à 10% dans les pays occidentaux (134).

Quant aux antidépresseurs tricycliques et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine: ils peuvent être responsables d'une hyponatrémie sévère et parfois mortelle (135,136).

1.1.2.15 Influence mutuelle entre pathologies somatiques et psychiques

A noter enfin, que les pathologies psychiatriques sont des facteurs de mauvais pronostic des pathologies somatiques associée et que les troubles somatiques influent sur l'évolution des troubles psychiatriques dans 50 à 70% des cas et sont considérés comme facteur causal dans 20% des cas : elles peuvent aggraver la pathologie mentale, la chroniciser et être à l'origine d'une résistance aux traitements psychiatriques (89,137).

1.1.2.16 Rapport des patients psychiatriques à leur santé

Les symptômes psychiatriques peuvent constituer des barrières entre les patients MMS et le monde médical. Ils sont plus susceptibles de ne pas solliciter les soins médicaux nécessaires lorsque le besoin se présente, et ont plus de difficultés de compréhension et d'observance des conseils médicaux. Les patients sous antipsychotiques ont une sensibilité diminuée à la douleur, ce qui peut également contribuer à un retard ou une non consultation de médecins lorsque nécessaire. Par ailleurs plus les symptômes psychiatriques sont sévères moins ils sont susceptibles de consulter de médecins. Ces différents facteurs, associés à d'autres inhérents au système de santé, contribuent aux difficultés d'accès aux soins pour ces patients (138,139).

1.2 RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES

Au niveau hospitalier, la naissance et le développement au sein de la communauté hospitalière de territoire d'unités somatiques sont le résultat des constatations suscitées. Initialement limitée à des avis donnés sur la prise en charge des patients, puis progressivement acteurs à temps complet de la prise en charge somatique de ces patients, cette évolution du rôle des "somaticiens" reflète bien la complexité de la prise en charge somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères.

De même qu'au sein des différentes instances médicales destinées à prendre en charge ces patients, au niveau national, le besoin d'une prise en charge standardisée et adaptée aux patients psychiatriques se faisait ressentir.

C'est ainsi qu'en 2002 a été créée l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale, ayant pour objectif entre autres de promouvoir des soins somatiques de qualité aux usagers en santé mentale dans l'ensemble du réseau de soins hospitaliers ou ambulatoires, publics, associatifs ou privés (140).

En 2008, un groupe d'experts français composé de psychiatres et somaticiens ont proposé des recommandations pour une prise en charge somatique standardisée de ces patients (91).

En 2009 la Fédération française des psychiatres a fait de l'amélioration de la prise en charge somatique des patients psychiatriques, l'objet d'une demande d'inscription au programme de la HAS, donnant naissance à des recommandations en juin 2015 intitulées : "Recommandations de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique" (141).

Parallèlement le groupe de soins somatiques du *groupe hospitalier de territoires (GHT) d'île de France*, a élaboré en 2013 des recommandations pour améliorer la prise en charge somatique des patients psychiatriques sévères (142).

Au niveau mondial, le *World Psychiatric Association (WPA)* a également rédigé des recommandations en 2011 (67,139).

Ces différentes recommandations de prise en charge somatiques se recoupent largement et sont résumées comme suit :

1.2.1 Prise en charge intra-hospitalière :

Tous les patients hospitalisés en institution psychiatrique devraient bénéficier d'une évaluation initiale.

Cette évaluation initiale est tout d'abord clinique avec recueil des antécédents, des doléances somatiques, et des indicateurs somatiques (PA, pouls, température,

SaO₂, fréquence respiratoire, taille, poids, IMC, périmètre abdominal), associée à un examen clinique complet.

Puis évaluation électrocardiographique pour évaluer les anomalies existantes et le calcul du QT.

Enfin une évaluation biologique avec NFS, CRP, GAJ, EAL, créatininémie, ionogramme, BHC, TP TCA, TSH, bilan martial (fer et ferritine), PSA si homme de plus de 50 ans, Prolactine en fonction de la clinique, Sérologies virales (VHB VHC TPHA VDRL, VIH si accord du patient)

Cette évaluation initiale de tous les patients hospitalisés en établissement psychiatrique a pour objectif de préciser le diagnostic des pathologies chroniques et aiguës intercurrentes, de dépister l'iatrogénie des traitements psychotropes, et de recueillir les éléments nécessaires à l'élaboration d'un plan personnalisé de soin comprenant la prise en charge nutritionnelle, les co-addictions, la mise à jour des vaccins, planification du suivi spécialisé (gynécologique, ophtalmologique).

En fin d'hospitalisation, une note de synthèse somatique est élaborée qui résume les conclusions des différentes composantes cliniques, biologiques et ECG de l'évaluation initiale. Elle doit comprendre également le plan de prévention personnalisée qui résume les actions de prise en charge somatiques programmées (exemple : rendez-vous cardio le X/X/XXX) et à réaliser (bilan systématique et lié aux pathologies connues comme l'HBA1c chez les diabétiques). Cette note de synthèse somatique doit être transmise au médecin traitant et autres intervenants dans la santé des patients psychiatriques, notamment les CMP.

1.2.2 Prise en charge en ambulatoire :

Il est recommandé que les patients psychiatriques puissent bénéficier d'un suivi systématique et au moins annuel (semestriel pour les patients les plus "sévères" ayant été hospitalisés en institution psychiatrique et/ou plus fréquemment en fonction des comorbidités individuelles) comprenant :

- Recueil des antécédents personnels et familiaux (notamment cardio-vasculaire),
- Evaluation de l'hygiène de vie comprenant une enquête alimentaire, évaluation de l'activité physique des patients, et recherche de consommation de tabac, alcool et autres drogues
- Evaluation des paramètres vitaux et morphologiques (PA, pouls, poids et sa variation, taille, IMC, périmètre abdominal)
- Bilan biologique avec NFS, GAJ, EAL, créatininémie. Dosage de la prolactine en cas de suspicion d'hyperprolactinémie (galactorrhée, trouble de la libido ou des fonctions sexuelles, infertilité...)
- Un ECG avec calcul du QTc devrait être réalisé au moins à l'instauration des traitements psychotropes, au changement de posologie pour les antipsychotiques, et pour certains au moins une fois par an par la suite.

De plus tout patient traité par psychotropes au long cours devrait bénéficier régulièrement de bilan bucco-dentaire, évaluation gynécologique pour les femmes, évaluation ophtalmologique, vérification et remise à jour du calendrier vaccinal si nécessaire. Le *tableau 3* résume les recommandations françaises en vigueur.

	T0	Semaine 4	Semaine 8	Semaine 12	/3 mois**	/12 mois**
Recueil des Antécédents	X					X
Poids et IMC	X	X	X	X	X	
Périmètre abdominal	X	X				X
Glycémie à jeun	X			X		X
Evaluation des anomalies lipidiques	X			X		X
ECG*	X	X				X
Pression Artérielle	X			X		X
* Faire un ECG à l'instauration du traitement et par la suite en fonction des facteurs de risques cardiovasculaires primaires ** La fréquence de suivi peut être rapprochée en fonction des données clinico-biologiques						
<i>TABLEAU 3 : Recommandation de suivi selon (Saravane et HAS)</i>						

1.3 EN PRATIQUE : LES DÉFIS DE LA MISE EN PLACE DES RECOMMANDATIONS

Le défi de la mise en pratique de ces recommandations est déjà présent pour les somaticiens travaillant dans les hôpitaux psychiatriques, alors même que les patients sont hospitalisés pour une certaine durée, et donc *à priori* à "disposition" du personnel médical pour initier ou poursuivre des mesures préventives et curatives pour leur santé physique et mentale. Ce défi est encore plus important dans le cas de patients en ambulatoire.

1.3.1 Mon expérience d'interne

Lors de mon stage d'interne de médecine générale dans le service de médecine somatique de l'Hôpital Henri Hey, j'ai pu constater les défis de la mise en place des différentes recommandations en intra hospitalier. Pour comprendre les problématiques de suivi somatique déjà présent au sein de cette institution psychiatrique, il faut d'abord en comprendre l'organisation.

L'hôpital Henri Ey draine les secteurs psychiatriques du 7ème, 8ème et 17ème arrondissements de Paris. Il est composé de 6 étages d'hospitalisation chacun correspondant à un secteur psychiatrique (75g04; 75g05, 75g19, 75g20, 75g21), hormis le 6ème étage qui est un service fermé de soins intensifs intersectoriels. L'hôpital comporte également, un service de consultations somatiques, comportant 3 médecins généralistes, un interne de médecine générale depuis novembre 2015, un cardiologue, un gynécologue, une endocrinologue, un ophtalmologue, une podologue, deux dentistes, et un kinésithérapeute. Tous ces spécialistes sont à temps partiel.

Chacun des patients hospitalisés, après avoir été vus par les psychiatres référents de l'étage, bénéficie d'une consultation somatique par un médecin généraliste, avec un examen clinique complet, un ECG et bilan biologique. Dans l'idéal les patients sont accompagnés par une infirmière du service correspondant dans le service de médecine somatique. Le fait de voir les patients en salle de consultation en dehors de leur service est un moyen de les initier à la consultation médicale. Les patients ne pouvant descendre en consultation de par leur état mental, physique, ou par le fait qu'ils sont en chambre d'isolement ou conventionnés, seront vus à l'étage. Le service de consultation somatique est disponible du lundi au vendredi de 9h30 à 16h30. Au-delà de ces horaires la gestion du somatique se fait par les psychiatres de garde.

A la suite de ce bilan d'entrée, un certain nombre d'examens complémentaires peuvent être prescrits (bilan biologique si non fait ; examens d'imagerie...) en fonction du terrain du patient, ainsi que des demandes pour différentes consultations spécialisées. Les consultations dentaires et ophtalmologiques sont systématiques, ainsi que les consultations gynécologiques s'il s'agit d'une femme.

Les patients sont par la suite vus pendant leur hospitalisation, pour le suivi de leurs pathologies chroniques, ou en cas de maladie ou plainte intercurrente.

Pour les examens radiographies standards, une convention a été passée avec le centre radiologique de Sainte-Anne les lundis, mercredis, et vendredis après-midi. Pour les échographies, une convention a été passée avec un centre de radiologie privé près du CHU (centre hospitalo-universitaire) Kremlin Bicêtre. Chaque examen morphologique se fait donc en externe et nécessite l'accompagnement d'un personnel paramédical.

Pour les urgences une convention a été passée avec les urgences du CHU du Kremlin Bicêtre.

A la fin de leur hospitalisation, conformément aux recommandations, chaque patient doit avoir une note de synthèse résumant ce qui a été fait durant l'hospitalisation ainsi que le plan de prévention personnalisé comme décrit ci-

dessus. Cette note de synthèse doit être transmise aux CMP qui eux-mêmes la transmettent au médecin traitant s'il existe.

1.3.2 Les obstacles vécus

Ces différentes étapes depuis le bilan initial jusqu'à la note de synthèse comportent en pratique déjà plusieurs obstacles.

1.3.2.1 Obstacles liés aux patients

Les défis pour réaliser un interrogatoire de qualité sont nombreux : il n'est pas rare que le patient refuse tout entretien somatique. Même s'il l'accepte, l'interrogatoire est parfois irréalisable de part l'état psychique du patient, ou de par la barrière de langue. Si l'interrogatoire est possible, les symptômes sont difficilement interprétables car atypiques et mêlés à des composantes psychosomatiques. Si ces défis sont absents, certains méconnaissent leurs antécédents.

L'examen physique présente également des défis sachant que certains patients ne veulent pas se laisser examiner (ou bien ne se laisse que partiellement examiner).

Il en va de même pour le refus de la réalisation de certains examens complémentaires (prise de sang, radiographie...). En somme, l'évaluation de l'état de santé de ces patients peut présenter de vrais défis, alors que ce sont ces mêmes patients qui présentent un surrisque de pathologies cardiovasculaires, respiratoires, métaboliques...

1.3.2.2 Obstacles liés aux médecins

Un des constats est qu'il est difficile d'intégrer ces patients dans un circuit de soin en externe. Les médecins spécialistes semblent être en difficulté devant la complexité de la symptomatologie de ces patients. Bien que ce soit une constatation subjective, on sent par exemple dans leur courrier de réponse, que pour certains médecins probablement non habitués à la psychiatrie, il est difficile de franchir les obstacles pour un suivi adapté à ces patients.

Il existe donc des difficultés pour des confrères à appréhender les patients psychiatriques et leurs cliniques atypiques, d'où l'importance probable d'une formation spécifique des médecins.

1.3.3 Place du somatique en CMP

En CMP, cheville autour de laquelle doit s'articuler toute la prise en charge de ces patients, le somatique a également du mal à trouver sa place. En effet j'ai eu l'occasion de me rendre en CMP pour tenter de comprendre la place et les défis liés

à un suivi somatique de qualité, et les résultats des différents entretiens sont résumés dans ce paragraphe :

- En CMP les données sur les antécédents somatiques des patients sont recueillies à travers l'interrogatoire réalisé auprès des patients lors des consultations psychiatriques. Les contacts avec les médecins généralistes référents (si existant) sont rares à ce sujet.
- Les indicateurs de santé du type TA et pouls ne sont pris que lors des injections retardes. A ce moment, si une HTA est constatée, soit du Loxen est administré en cas d'HTA sévère, soit le patient est adressé aux urgences en cas d'HTA maligne (pour autant que le patient accepte d'y aller). Le poids n'est pas pris de manière systématique en CMP.
- Les examens complémentaires prescrits en CMP cherchent surtout les effets secondaires graves des médicaments (NFS recherchant une agranulocytose si prescription de Leponex, Bilan thyroïdien et rénal en cas traitement par thymorégulateur...). La recherche des différents facteurs de risques cardio-vasculaires (Glycémie à jeun, EAL) est pratiquée selon les habitudes du psychiatre.
- Les ECG ne sont pas réalisés dans le CMP en question
- Les correspondances avec les médecins généralistes référents (si existant) sont très rares et ont lieu surtout pour attester de la venue d'un patient qui aurait été adressé. Sur ce point il y a eu un vrai effort du CMP de correspondre de manière systématique avec les médecins généralistes. Mais l'absence de réponse de la part de ces derniers et la crainte de devenir trop invasifs en leur "dictant" la conduite à tenir, ont découragé ces efforts initiaux.
- Les CMP reçoivent très peu de courrier de correspondance des médecins généralistes hormis pour adresser leurs patients ou pour demander aux psychiatres de baisser la posologie de tel ou tel médicament psychotrope.
- Les aspects médico-légaux avec l'accord obligatoire des patients pour la correspondance avec les médecins généralistes, sous peine d'être poursuivie. Il n'est pas rare que cet accord ne soit pas donné.

1.4 SYNTHÈSE

Les patients psychiatriques sont donc à risque vis à vis de nombreuses pathologies somatiques notamment cardio-vasculaires, qui pour la plupart, sont liées à des facteurs de risques modifiables. Il semble toutefois exister de nombreux défis à un suivi de qualité de ces patients. Aucune étude n'a évalué de manière globale le suivi somatique de ces patients par les médecins généralistes libéraux de Paris.

L'objectif de cette thèse va être d'apporter des éléments de réponse dans ce domaine, en évaluant les pratiques des médecins généralistes des 7ème, 8ème et 17ème arrondissements de Paris (correspondant aux 3 arrondissements drainés par l'hôpital Henri Ey) concernant le suivi somatique des patients psychiatriques de ces secteurs géographiques.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 OBJECTIF

L'objectif de cette étude est d'observer le suivi somatique réalisé par les praticiens libéraux exerçant une activité de médecine générale dans les 7ème 8ème et 17ème arrondissements de Paris pour les patients présentant des pathologies psychiatriques chroniques et nécessitant la prise de psychotropes au long cours.

2.2 MÉTHODES

La question fondamentale est comment ces patients vulnérables, sur le plan somatique en plus du plan psychique, sont suivis par les médecins généralistes. Pour répondre à cette interrogation, le choix du type d'enquête se portait initialement sur le suivi du devenir d'une cohorte de patients hospitalisés dans l'hôpital psychiatrique Henri Ey, 1 an après leur sortie d'hospitalisation. Ce projet initial s'est heurté à de nombreux obstacles d'ordres administratif et déontologique par l'intermédiaire de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS). Après de nombreux échanges téléphoniques et mails avec la CNIL, ce dernier exigeait que ce projet initial de recherche soit d'abord soumis au CCTIRS qui disposait d'un délai de plusieurs mois avant de statuer sur la possibilité de réaliser ce projet de recherche, avec dans le cas où des modifications devaient y être apportées, un nouveau délai de plusieurs mois pour statuer. Dans un second temps, avec la réponse du CCTIRS, une nouvelle demande d'autorisation de collecte de données devait être soumise au CNIL qui disposait lui-même de plusieurs mois avant de répondre. Devant ces constatations il a été décidé de modifier le type d'étude pour une évaluation des pratiques professionnelles sur le suivi des patients psychiatriques, par les médecins généralistes des différents arrondissements drainés par l'hôpital Henri Ey (soit les 7ème, 8ème et 17ème arrondissements de Paris).

2.2.1 Type d'enquête

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle, quantitative et anonyme basée sur des données déclaratives issues d'un questionnaire papier.

2.2.2 Médecins ciblés par l'étude

2.2.2.1 Critères d'inclusion

Sont inclus tous les praticiens répertoriés sur les pages jaunes numériques au 29 mai 2017, exerçant une activité de médecine générale (déclaré comme tel sur le questionnaire qu'ils ont retourné), et se trouvant dans les 7ème, 8ème et 17ème arrondissements de Paris. 125 médecins répondent à ces critères dans le 17ème

dont 106 étiquetés uniquement médecin généraliste (pas d'autres étiquettes comme : homéopathe, acupuncteur, allergologue, addictologue, mésothérapeute, nutritionniste...); 86 médecins répondent à ces critères dans le 8ème dont 59 étiquetés uniquement médecin généraliste; 60 médecins répondent à ces critères dans le 7ème dont 46 étiquetés uniquement médecin généraliste. Soit un total de 271 praticiens étiquetés comme médecins généraliste sur les pages jaunes, dont 211 étiquetés comme exerçant une activité de médecine générale exclusivement.

2.2.2.2 Médecins exclus

Sont exclus les médecins étiquetés médecin généralistes mais n'exerçant pas une activité de médecine générale. Les médecins échographistes étiquetés généraliste sont exclus de cette étude, ainsi que les médecins ayant déclarés sur le questionnaire ne pas exercer une activité de médecine générale.

2.2.3 Déroulement de l'étude

L'enquête a été menée du 1 juin 2017 au 31 août 2017.

La liste des médecins répondants aux critères d'inclusion, et ne répondent pas aux critères d'exclusion connues, a été recueillie sur les pages jaunes électroniques au 29 mai 2017.

2.2.4 Questionnaire et modalités de recueil

2.2.4.1 Les données recueillies

Un questionnaire anonyme a été élaboré. Celui-ci se devait d'être rapide à compléter (entre 5 et 10 minutes selon la personne interrogée), compréhensible et facile à remplir. Il a été testé par plusieurs praticiens et internes en médecine générale pour répondre à ces impératifs.

Le questionnaire de 25 questions a été structuré de manière à pouvoir observer les différents éléments du suivi somatique nécessaire à un suivi de qualité selon les recommandations françaises en vigueur.

Les données recueillies peuvent être séparées en 6 catégories :

- Informations sur le praticien (exercice d'une activité de médecine générale, arrondissement d'exercice, âge, nombres d'années d'exercice, travail antérieur en milieu psychiatrique, pourcentage de patients présentant des pathologies psychiatriques chroniques) ;
- Informations sur le suivi clinique (fréquence à laquelle ces patients sont vus, fréquence à laquelle les paramètres de santé clinique sont relevés [poids, taille, IMC, TA, pouls, Evaluation du transit] ;

- Informations sur le suivi paraclinique (fréquence et qualité des bilans biologiques prescrits comprenant le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire) ;
- Informations sur le suivi électrocardiographique des patients sous psychotropes (possession d'un ECG, fréquence de réalisation, correspondance vers cardiologue si pas d'ECG) ;
- Informations sur la correspondance avec psychiatres et autres spécialistes (cardiologue, gynécologue, dentiste, ophtalmologue) ;
- La dernière partie est qualitative et cherche à comprendre les défis du suivi de ces patients par les médecins généralistes et les pistes d'amélioration qu'ils ont à proposer (deux questions ouvertes).

2.2.4.2 Modalités de recueil

La méthode initiale pour le recueil des données était d'appeler tous les praticiens répertoriés comme médecins généralistes de ces trois arrondissements sur les pages-jaunes numériques, en leur expliquant le but de la thèse et les patients ciblés par l'étude. Cette méthode a été arrêtée après 60 appels devant les constatations suivantes : les médecins répondant directement au téléphone répondent quasi-systématiquement ne pas avoir de "ce type de patients" dans leur patientèle ou qu'ils n'avaient pas de temps à consacrer à cela; dans la majorité des cas les appels étaient "filtrés" par les secrétariats médicaux qui s'engagent à laisser un message au médecin, à ce jour un seul retour de médecin a eu lieu pour informer de la non pratique de la médecine générale; en tout 4 adresses mails ont été communiquées pour envoi et retour du questionnaire par format électronique sans aucune réponse à ce jour.

Devant cet "échec" de la méthode initiale, plusieurs "ajustements" ont été apportés :

- Le recueil de données a finalement été effectué par envoi de questionnaires papiers aux adresses postales présentes sur l'annuaire électronique des pages jaunes. Un "kit" a été envoyé à chacun des médecins correspondants à notre étude pendant le mois de juin 2017. Chaque "kit" comprend une lettre introductive en format A5 expliquant le but de la thèse, la population de patients ciblés, la durée nécessaire pour remplir le questionnaire, et demandant de retourner le questionnaire même si le praticien n'exerçait pas une activité de médecine générale en cochant la case correspondante ; le questionnaire avec les items suscités séparés en 25 questions dont les deux dernières sont qualitatives; une enveloppe retour préaffranchie avec adresse de retour préremplie. La date limite pour tenir compte des questionnaires remplis et retournés était le 31 Août 2017.
- Dans la lettre introductive, la population de patients ciblés par l'étude a été décrite de manière plus "simplifiée" et élargie, que lors des appels téléphoniques. A savoir,

lors des appels téléphoniques, la population des patients ciblés par l'étude était d'emblée décrite comme "les patients schizophrènes, bipolaires, dépressifs", (et cette description initiale déclenchait quasi systématiquement des réponses telles que déjà décrites en amont), alors que dans la lettre introductive les patients ciblés sont dans un premier temps décrits comme "tout patient sous psychotrope", tout en précisant par la suite que cette étude est partie d'une expérience d'interne vécue lors d'un stage en institution psychiatrique, constatant leur mauvaise santé somatique, leur espérance de vie diminuée par rapport à la population générale, et les difficultés d'accès aux soins. Cette description plus "ouverte" avait pour objectif de rendre plus accessible et abordable le concept de "patient psychiatrique" pour les médecins interrogés.

2.2.5 Analyse statistique

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

2.2.6 Biais attendus

Le mode de recueil de donnée (questionnaire par voie postale) laisse anticiper plusieurs biais :

- un taux de réponse faible (taux de réponse attendue inférieur à 50%) et par conséquent l'extrapolation de la pratique de suivi dans la population cible sera à nuancer ; le faible taux de réponse absolu rendra également l'analyse des données des deux dernières questions qualitatives moins pertinentes;
- Les données récupérées sont déclaratives et ne représentent donc pas forcément la réalité de la pratique ;
- Étant donné que les différentes pathologies psychiatriques, des patients pour lesquels on cherche à évaluer le suivi somatique, ne sont pas explicitement listées, il se peut que dans les réponses de certains médecins généralistes ils aient en tête des patients non ciblés par l'étude comme des patients simplement anxieux nécessitant la prise épisodique d'anxiolytique, ou les patients ayant des troubles du sommeil et nécessitant la prise de somnifère. Or ces patients bien que consommateur de psychotropes ne sont pas nécessairement concernés par les problèmes de santé sus cités

3. RÉSULTATS

3.1 *CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS RÉPONDANTS*

Dans tous les histogrammes présentés, on retrouve en ordonné le “nombre de médecins”

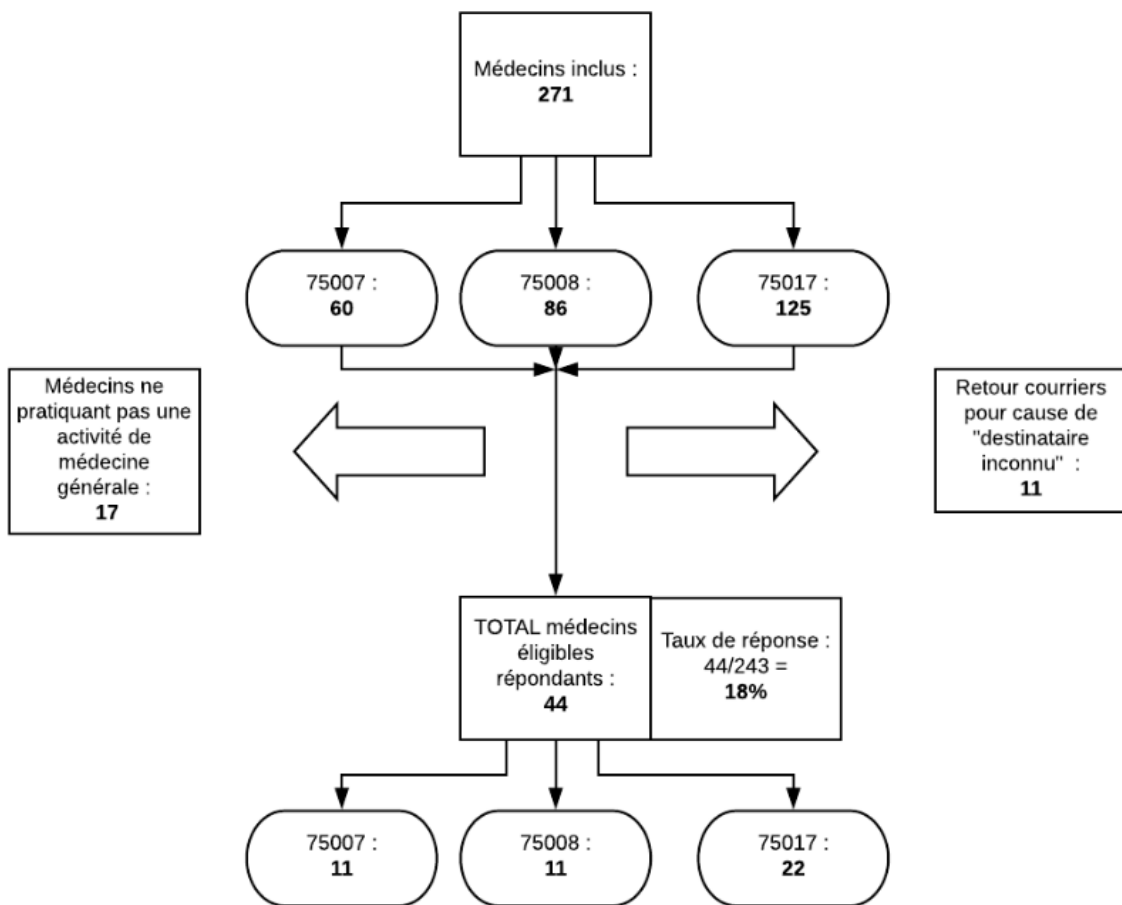
3.1.1 **Taux de réponse**

Les praticiens répondants aux critères d'inclusion et d'exclusion de notre étude représentaient 271 praticiens étiquetés comme médecins généralistes sur les pages jaunes dont 211 étiquetés comme exerçant une activité de médecine générale exclusivement. Sur ces 271, 125 exercent dans le 17^{ème} arrondissement de Paris, 86 dans le 8^{ème} arrondissement de Paris, 60 dans le 7^{ème} arrondissement de Paris.

Un “kit” (sus-décrit) a été envoyé aux 271 praticiens.

Parmi les retours, 44 ont renvoyé le questionnaire rempli avant la date du 31 août 2017 dont 22 du 17^{ème} arrondissement de Paris et 11 du 7^{ème} et 8^{ème} arrondissements ; 17 praticiens ont indiqué ne pas pratiquer une activité de médecine générale dont 3 du 7^{ème} arrondissement, 7 du 8^{ème} arrondissement et 7 du 17^{ème} arrondissement de Paris ; 11 “kits” ont été retournés par la poste pour cause de “destinataire inconnu à l'adresse” dont 7 du 8^{ème} arrondissement et 4 du 17^{ème} arrondissement de Paris. Soit un total de 28 praticiens à exclure après envoi des questionnaires. Soit 243 praticiens “restants” répondant aux critères d'inclusion et à qui un questionnaire a été envoyé.

Le taux global de réponse est donc de 18% (44/243). Le taux de réponse pour le 17^{ème} arrondissement de Paris est de 19%, celui du 8^{ème} est de 15%, celui du 7^{ème} est de 21%.



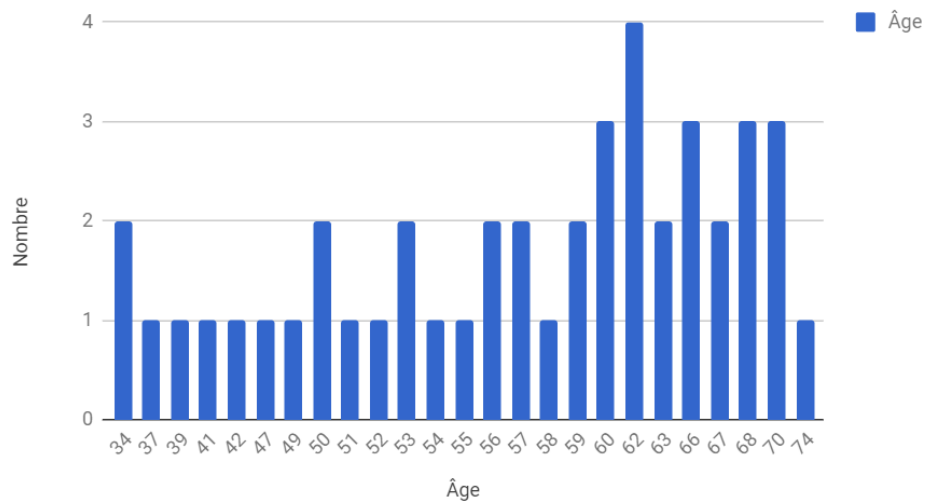
3.1.2 Caractéristiques démographiques et professionnelles

3.1.2.1 Âges

La moyenne d'âge de la population était de 57 ans (écart type : 10 allant de 47 à 67 ans), et la médiane de 59 ans. Le plus jeune médecin avait 34 ans, le plus âgé 74 ans.

En faisant arbitrairement 3 classes d'âges (moins de 45 ans, 45 à 55 ans, plus de 55 ans) on retrouve la répartition suivante : 6 sur 44 avaient 45 ans ou moins (soit 14%), 26 sur 44 avaient entre 46 et 65 ans inclus (soit 59%), 12 sur 44 avaient plus de 65 ans soit 27%.

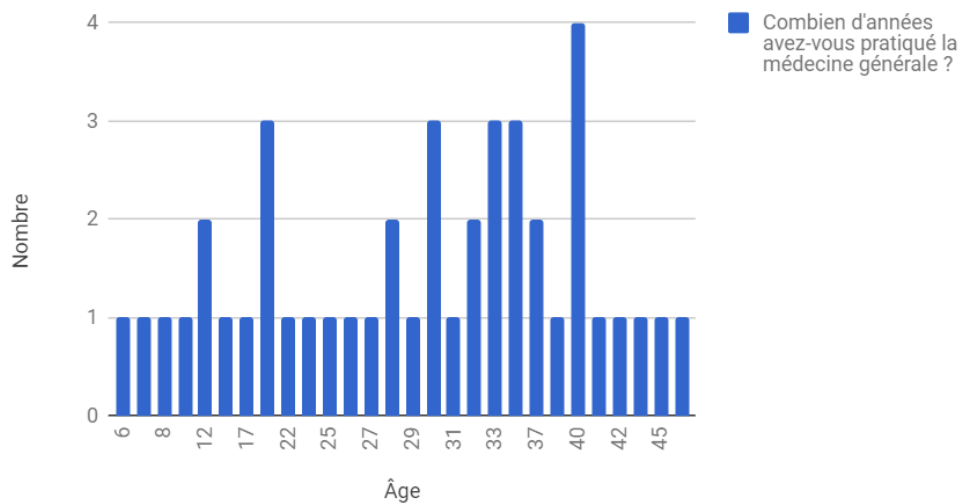
Répartition des médecins répondants en fonction de l'âge



3.1.2.2 Nombres d'années d'exercices

Le nombre moyen d'années d'exercices était de 28 ans (écart type : 11 allant de 17 à 39 ans ; la médiane : 30 ans) avec au minimum 6 ans d'exercices et au maximum 49 ans d'exercices de la médecine.

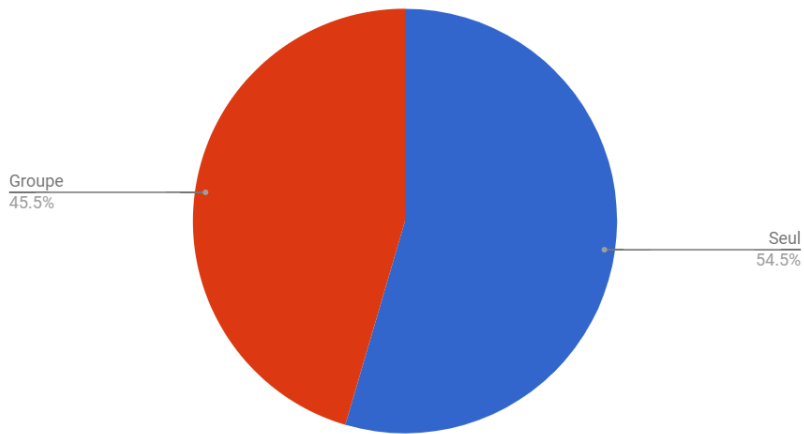
Répartition des médecins répondants en fonction du nombre d'années d'exercice



3.1.2.3 Mode d'exercice

Sur les 44 médecins ayant renvoyé le questionnaire rempli, 24 exercent seuls (soit 56%) et 20 en groupe (soit 44%).

Mode d'exercice des médecins répondants

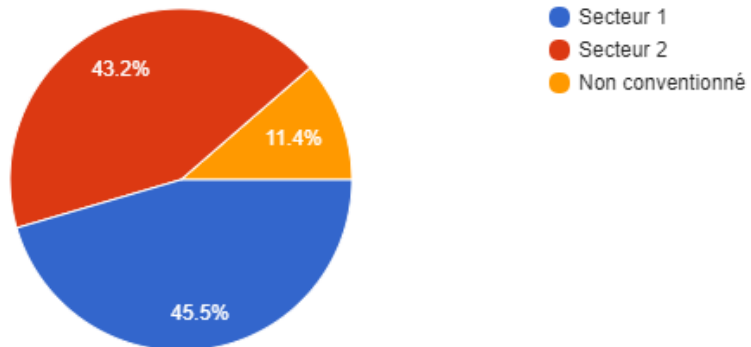


3.1.2.4 Conventionnement

20 praticiens ont déclaré être conventionné secteur 1 (soit 45%), 19 praticiens ont déclaré être conventionné secteur 2 (soit 43%), 5 praticiens ont déclaré être non conventionné (soit 11%).

Votre conventionnement avec la CPAM

44 responses

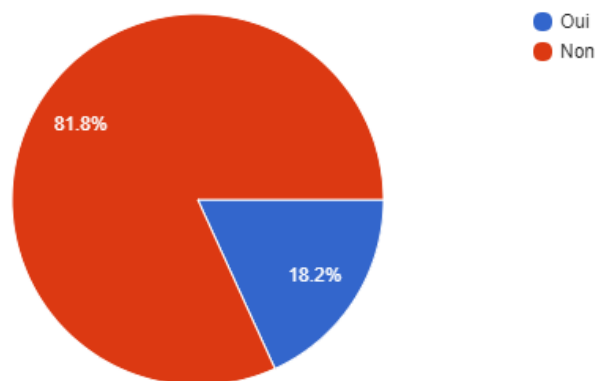


3.1.2.5 Travail antérieur en milieu psychiatrique

8 praticiens ont déclaré avoir déjà travaillé en milieu psychiatrique (soit 18%), 36 ont déclaré n'avoir jamais exercé en milieu psychiatrique (soit 82%).

Avez-vous travaillé antérieurement en milieu psychiatrique ?

44 responses



3.1.2.6 Proportions de patients psychiatriques chroniques parmi les patients suivis

Les médecins généralistes interrogés avaient en moyenne 9% de patients présentant des pathologies psychiatriques (écart type de 9% allant de 0% à 18%), la médiane était de 7%.

3.1.2.7 Connaissance des recommandations HAS 2015 sur les pathologies psychiatriques sévères et chroniques

10 praticiens ont déclaré avoir connaissance des recommandations HAS 2015 sur le suivi des pathologies psychiatriques (soit 23%). 34 praticiens ont déclaré ne pas avoir connaissance de ces recommandations (soit 77%).

3.2 SUIVI CLINIQUE

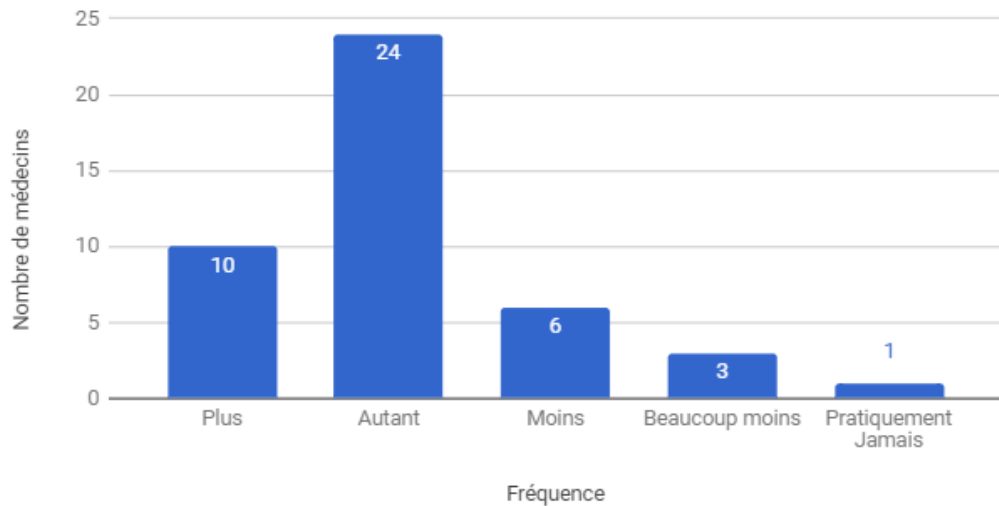
3.2.1 Fréquence de suivi

3.2.1.1 Fréquence comparative aux autres patients

La première question concerne la fréquence à laquelle les patients présentant des pathologies psychiatriques sont vus en comparaison au reste de la patientèle des médecins interrogés. Sur les 44 médecins répondants, 10 ont déclaré voir plus ces patients que le reste de leur patientèle (soit 23%), 24 ont déclaré les voir autant (soit 56%), 6 ont déclaré les voir moins (soit 14%), 3 (soit 7%) ont déclaré les voir beaucoup moins et 1 a déclaré ne pratiquement jamais les voir (soit 3%).

En d'autres termes 77% des médecins déclarants ont répondu voir ces patients plus ou autant ces patients que le reste de leur patientèle, 23% ont déclaré les voir moins que le reste de leur patientèle.

Fréquence comparative à laquelle les patients psychiatriques sont vus

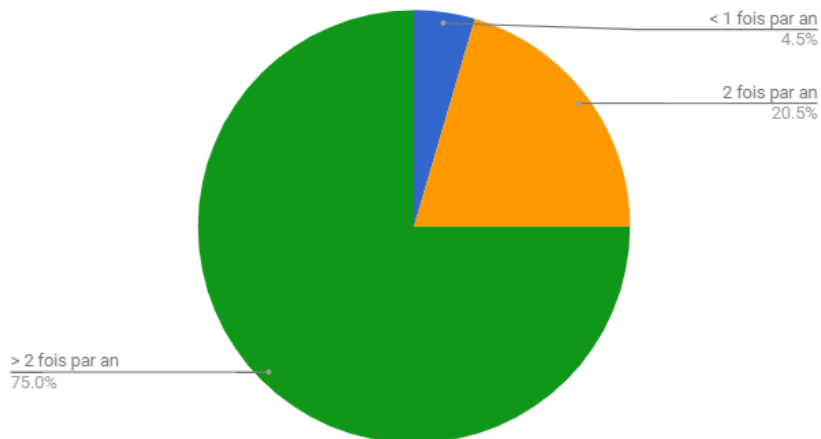


3.2.1.2 Fréquence des consultations dans une année

La deuxième question concerne le nombre de fois où les patients sont vus dans une année. Sur les 44 médecins répondants, 2 ont déclaré les voir moins d'une fois par an (soit 4%), aucun n'a déclaré les voir qu'une fois par an, 9 ont déclaré les voir deux fois par an (soit 20%), 33 ont déclaré les voir plus de deux fois par an (soit 75%).

En d'autres termes 42 médecins répondants ont déclaré voir ces patients au moins deux fois par an (soit 95%).

Fréquence à laquelle les patients psychiatriques sont vus



3.2.2 Indicateurs de santé clinique et fréquence à laquelle ils sont relevés.

La troisième partie cherche à observer la fréquence à laquelle les différents paramètres de santé, d'une importance particulière chez ces patients, sont relevés par les médecins généralistes interrogés.

3.2.2.1 Poids des patients

2 médecins ont déclaré ne jamais prendre le poids des patients (soit 4%), 12 ont déclaré le prendre moins d'une fois par an (soit 27%), 8 ont déclaré le prendre une fois par an (soit 18%), 10 ont déclaré le prendre deux fois par an (soit 23%), 12 ont déclaré le prendre systématiquement (soit 27%).

En d'autres termes 22 ont déclaré prendre le poids de ces patients au moins 2 fois par an (soit 50%)

3.2.2.2 Taille des patients

8 médecins ont déclaré ne jamais prendre la taille de ces patients, 26 ont déclaré le prendre moins d'une fois par an, 3 ont déclaré le prendre une fois par an, 1 a déclaré le prendre deux fois par an, 6 ont déclaré le prendre systématiquement.

En d'autres termes, 82% des médecins répondants ont connaissance de la taille de leurs patients psychiatriques.

3.2.2.3 Indice de masse corporelle (IMC)

8 médecins ont déclaré ne jamais calculer l'IMC (soit 18%), 17 médecins ont déclaré calculer l'IMC moins d'une fois par an (soit 39%), 6 ont déclaré le calculer 1 fois par an (soit 14%), 7 ont déclaré le calculer deux fois par an (soit 16%), 6 ont déclaré le calculer systématiquement (soit 14%).

En d'autres termes, 30% des médecins répondants ont déclaré prendre l'IMC au moins deux fois par an.

3.2.2.4 Tension Artérielle (TA)

3 médecins ont déclaré prendre la tension artérielle (TA) moins d'une fois par an (soit 7%), 2 médecins ont déclaré prendre la TA 1 fois par an (soit 4%), 6 ont déclaré prendre la TA 2 fois par an (soit 14%), 33 ont déclaré prendre la TA systématiquement (soit 75%).

En d'autres termes, 89% des médecins répondants ont déclaré prendre la TA au moins deux fois par an.

3.2.2.5 Pouls

1 médecin a déclaré ne jamais prendre le pouls de ces patients (soit 2%), 2 ont déclaré le prendre moins d'une fois par an (soit 4%), 2 ont déclaré le prendre une fois par an (soit 4%), 6 ont déclaré le prendre deux fois par an (soit 14%), 33 ont déclaré le prendre systématiquement (soit 75%).

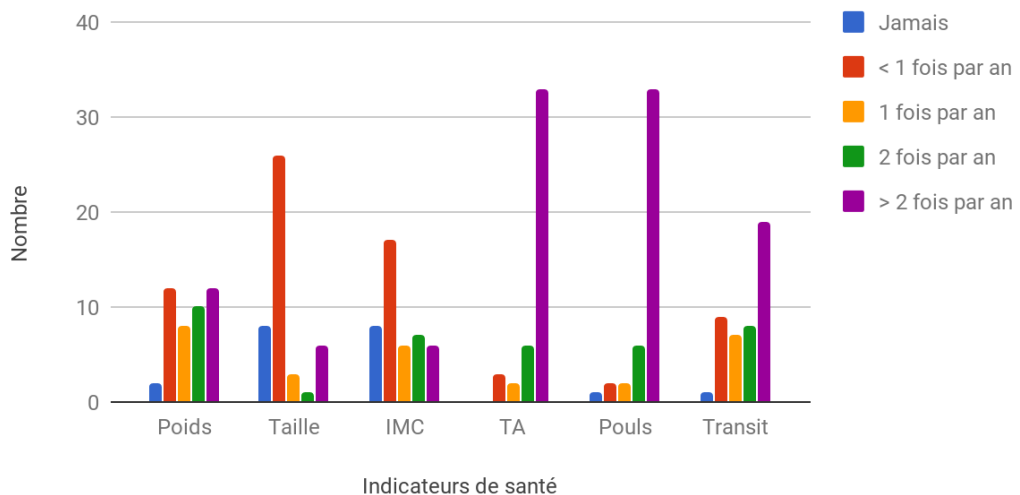
En d'autres termes, 89% des médecins répondants ont déclaré prendre le pouls de ces patients au moins deux fois par an.

3.2.2.6 Evaluation du transit

1 médecin a déclaré ne jamais évaluer le transit de ces patients, 9 médecins ont déclaré évaluer le transit de ces patients moins d'une fois par an, 7 médecins ont déclaré évaluer le transit de ces patients une fois par an, 8 médecins ont déclaré évaluer leur transit de ces patients deux fois par an, 19 ont déclaré évaluer le transit de ces patients systématiquement.

En d'autres termes, 61% des médecins répondants ont déclaré évaluer le transit de leurs patients psychiatriques au moins deux fois par an.

Fréquence à laquelle les différents indicateurs de santé sont relevés par les médecins répondants



3.3 SUIVI BIOLOGIQUE

Cette partie cherche à observer la fréquence à laquelle les différents paramètres biologiques de base, particulièrement important à surveiller chez les patients psychiatriques (cf section "santé somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques"), sont prescrits par les médecins généralistes interrogés.

3.3.1 Numération formule sanguine (NFS)

10 médecins ont déclaré prescrire une NFS moins d'une fois par an pour ces patients (soit 23%), 26 ont déclaré la prescrire une fois par an (soit 59%), 6 ont déclaré la prescrire deux fois par an (14%), 2 ont déclaré la prescrire plus de deux fois par an (soit 4.5%).

En d'autres termes 18% des médecins répondants ont déclaré prescrire une NFS au moins deux fois par an à ces patients et 77% au moins une fois par an.

3.3.2 Ionogramme sanguin

1 médecin a déclaré ne jamais prescrire d'ionogramme sanguin à ces patients (soit 2%), 10 ont déclaré prescrire un ionogramme sanguin moins d'une fois par an (soit 23%), 25 ont déclaré le prescrire une fois par an (soit 57%), 6 ont déclaré le prescrire deux fois an (soit 14%), 2 ont déclaré le prescrire plus de deux fois par an (soit 4%).

En d'autres termes, 18% des médecins répondants ont déclaré prescrire un ionogramme sanguin au moins deux fois par an et 75% au moins une fois par an.

3.3.3 Créatininémie

1 médecin a déclaré ne jamais prescrire une créatininémie à ces patients (soit 2%), 8 ont déclaré prescrire une créatininémie moins d'une fois par an (soit 18%), 27 ont déclaré le prescrire une fois par an (soit 61%), 6 ont déclaré le prescrire deux fois an (soit 14%), 2 ont déclaré le prescrire plus de deux fois par an (soit 4%).

En d'autres termes, 18% des médecins répondants ont déclaré prescrire une créatininémie au moins deux fois par an, et 79% au moins une fois par an.

3.3.4 Glycémie à jeun (GAJ)

1 médecin a déclaré ne jamais prescrire de GAJ à ces patients (soit 2%), 9 ont déclaré prescrire une GAJ moins d'une fois par an (soit 20%), 26 ont déclaré le prescrire une fois par an (soit 59%), 6 ont déclaré le prescrire deux fois an (soit 14%), 2 ont déclaré le prescrire plus de deux fois par an (soit 4%).

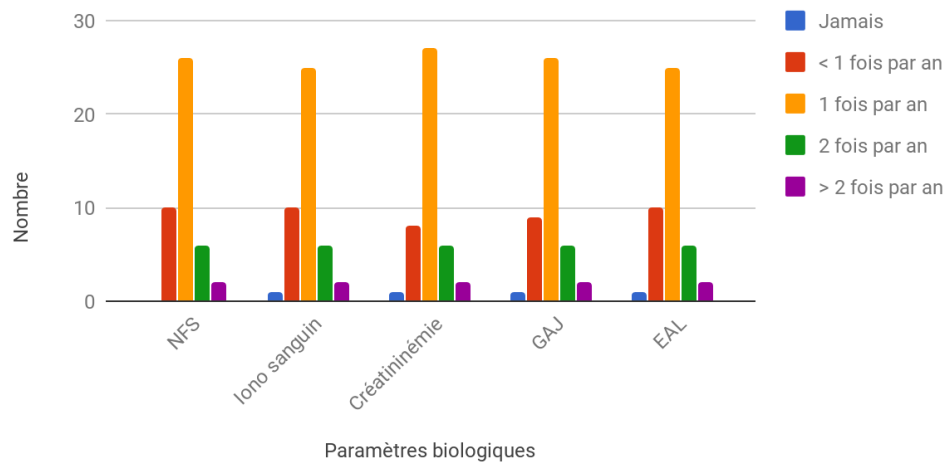
En d'autres termes, 18% des médecins répondants ont déclaré prescrire une GAJ au moins deux fois par an et 77% au moins une fois par an.

3.3.5 Exploration des anomalies lipidiques

1 médecin a déclaré ne jamais prescrire d'EAL à ces patients (soit 2%), 10 ont déclaré prescrire une EAL moins d'une fois par an (soit 23%), 25 ont déclaré le prescrire 1 fois par an (soit 57%), 6 ont déclaré le prescrire deux fois par an (soit 14%), 2 ont déclaré le prescrire plus de deux fois par an (soit 4%).

En d'autres termes, 18% des médecins répondants ont déclaré prescrire une EAL au moins deux fois par an et 75% au moins une fois par an.

Fréquence à laquelle la surveillance des différents paramètres biologiques sont prescrits par les médecins répondants

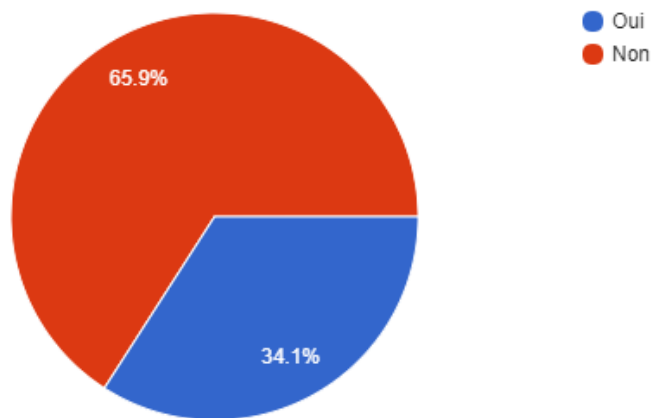


3.4 SUIVI ÉLECTROCARDIOGRAPHIQUE

Cette partie interroge les médecins sur la possession ou non d'un électrocardiogramme (ECG), la fréquence à laquelle ils réalisent des ECG s'ils en possèdent un, et s'ils mesurent l'espace QT lorsqu'ils en réalisent (cf section "surrisque de pathologie cardio-vasculaires"); En cas de non possession d'ECG cette partie cherche à savoir si les patients sont adressés vers un cardiologue pour réalisation d'un ECG en vue du calcul du QT notamment.

Avez vous un appareil à ECG ?

44 responses



3.4.1 Médecins possédant un ECG

3.4.1.1 Proportion de médecins répondant possédants un ECG

15 médecins ont déclaré posséder un appareil à ECG (soit 34%)

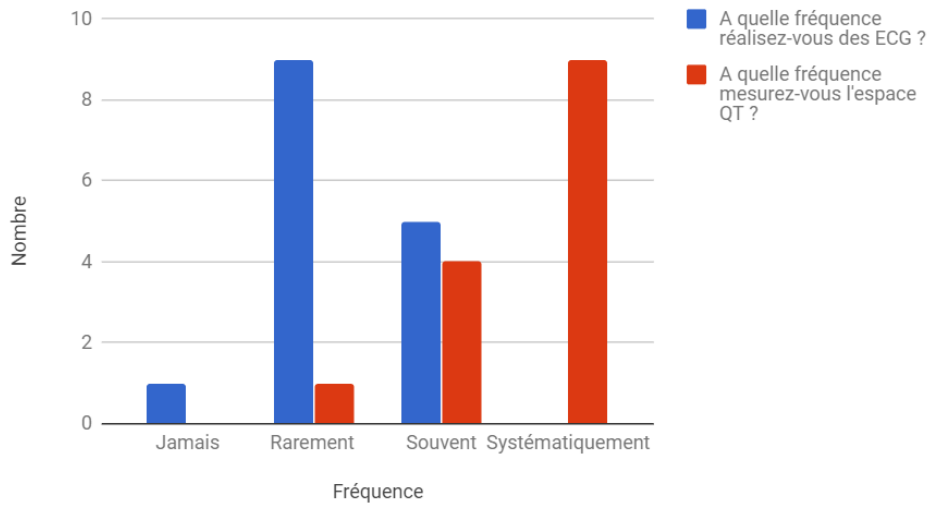
3.4.1.2 Fréquence à laquelle les médecins réalisent des ECG à ces patients

1 médecin a déclaré ne jamais faire d'ECG à ces patients (soit 6%), 9 ont déclaré en faire rarement (soit 60%), 5 ont déclaré en faire souvent (soit 33%).

3.4.1.3 Fréquence à laquelle les médecins considèrent le QT

1 médecin a déclaré ne jamais regarder d'espace QT (soit 1%), 4 ont déclaré le regarder souvent (soit 27%), 9 ont déclaré le regarder systématiquement (soit 60%)

Fréquence à laquelle des ECG sont réalisés et les QT mesurés



3.4.2 Médecin ne possédant pas d'ECG

3.4.2.1 Proportion de médecins répondants ne possédant pas d'ECG

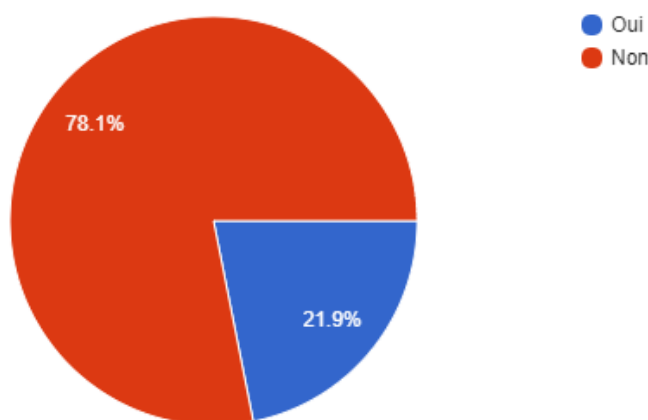
29 médecins ont déclaré ne pas posséder l'appareil à ECG (soit 66%).

3.4.2.2 Correspondance vers un cardiologue en cas d'absence d'ECG

Sur les 29 médecins ne possédant pas d'ECG 25 (soit 78%) ont déclaré ne pas adresser ces patients vers un cardiologue pour réalisation d'un ECG. 7 ont déclaré les adresser vers un cardiologue (soit 22%).

Si vous n'avez pas d'ECG les adressez-vous vers un CARDIOLOGUE au moins 1X / an ?

32 responses



3.5 CORRESPONDANCE AVEC LES AUTRES SPÉCIALISTES

Cette partie cherche à déterminer dans quels cas les médecins généralistes vont adresser ces patients vers les différents spécialistes somatiques. Elle cherche également à évaluer l'intérêt ressenti par les médecins généralistes de correspondre et collaborer avec les psychiatres, ainsi que la fréquence des correspondances mutuelles.

3.5.1 Spécialistes somatiques

3.5.1.1 Ophtalmologue

38 médecins ont déclaré adresser leurs patients psychiatriques chez un ophtalmologue "selon pathologie intercurrente ou en fonction de l'âge" (soit 86%), 6 ont déclaré les adresser chez l'ophtalmologue "systématiquement une fois par an"(soit 14%)

3.5.1.2 Dentiste

3 médecins ont déclaré n'adresser ou ne conseiller dans "aucun cas" (soit 7%) à leurs patients psychiatriques de consulter un dentiste, 27 ont déclaré adresser ou conseiller à leurs patients de voir un dentiste "selon pathologie intercurrente ou en fonction de l'âge" (soit 61%), 14 ont déclaré les adresser ou leur conseiller "systématiquement une fois par an" d'aller voir un dentiste (soit 32%).

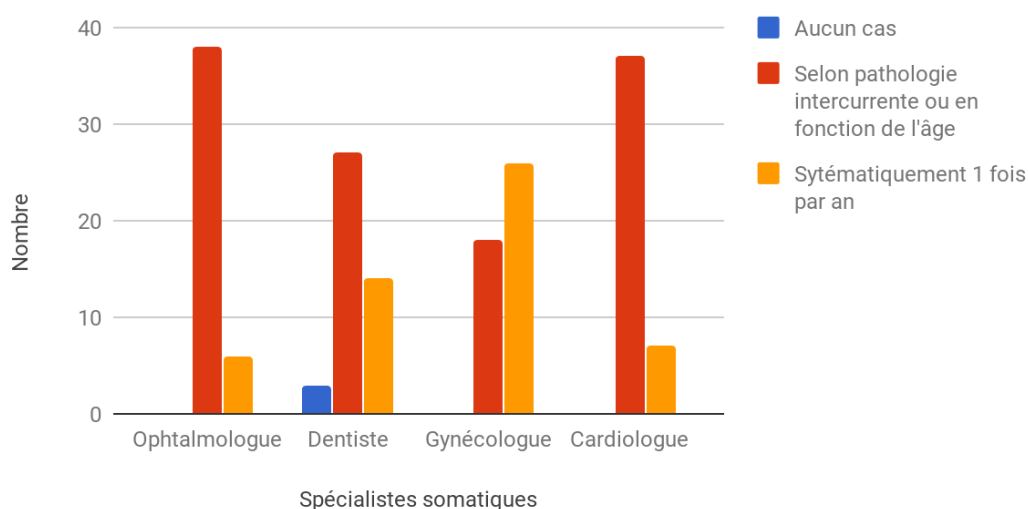
3.5.1.3 Gynécologue si le patient est une femme

18 médecins ont déclaré adresser ou conseiller à leurs patientes femme de voir un gynécologue "selon pathologie intercurrente ou en fonction de l'âge" (soit 41%), 26 ont déclaré les adresser ou leur conseiller "systématiquement une fois par an" d'aller voir un gynécologue (soit 59%).

3.5.1.4 Cardiologue

37 médecins ont déclaré adresser ou conseiller à leurs patients de voir un cardiologue "selon pathologie intercurrente ou en fonction de l'âge" (soit 84%) , 7 ont déclaré les adresser ou leur conseiller "systématiquement une fois par an" d'aller voir un cardiologue (soit 16%).

Fréquence à laquelle les médecins répondants adressent aux différents spécialistes somatiques



3.5.2 Psychiatres

3.5.2.1 Domaines pour lesquels une collaboration médecin généraliste - psychiatrique est considérée comme nécessaire

Cette partie cherche à connaître la perception qu'ont les médecins généralistes interrogés, sur l'utilité de la collaboration entre eux et les psychiatres pour le suivi de leurs patients psychiatriques. Les médecins sont notamment interrogés sur cette utilité dans quatre domaines (cf. ci-dessous). Ils avaient le choix entre quatre degrés d'utilité pour chacun des domaines à savoir : indispensable, utile, peu utile, sans intérêt.

3.5.2.1.1 Surveillance des comorbidités somatiques et psychiatriques

19 médecins ont répondu qu'il est indispensable de collaborer pour la surveillance des comorbidités somatiques et psychiatriques (soit 43%), 20 ont répondu qu'une collaboration est utile dans ce domaine (soit 45%), 4 ont répondu que la collaboration est peu utile (soit 9%), 1 a considéré cette collaboration sans intérêt (soit 2%).

En d'autres termes 39 (soit 88%) des médecins répondants trouvent plutôt utile de collaborer avec les psychiatres pour la surveillance des comorbidités somatiques et psychiatriques.

3.5.2.1.2 Mise en route d'un traitement médicamenteux psychiatrique

15 médecins ont répondu qu'il est indispensable de collaborer lors de la mise en route d'un traitement médicamenteux psychiatrique (soit 34%), 28 ont répondu qu'une collaboration est utile dans ce domaine (soit 63%), 1 a répondu que la collaboration est peu utile (soit 2%).

En d'autres termes 43 (soit 98%) des médecins répondants trouvent plutôt utile de collaborer avec les psychiatres lors de la mise en route d'un traitement psychiatrique.

3.5.2.1.3 Prévention et surveillance des effets secondaires

14 médecins ont répondu qu'il est indispensable de collaborer avec les psychiatres pour la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements psychiatriques (soit 32%), 24 ont répondu qu'une collaboration est utile dans ce domaine (soit 56%), 5 ont répondu que la collaboration est peu utile (soit 11%), 1 a considéré cette collaboration sans intérêt (soit 2%).

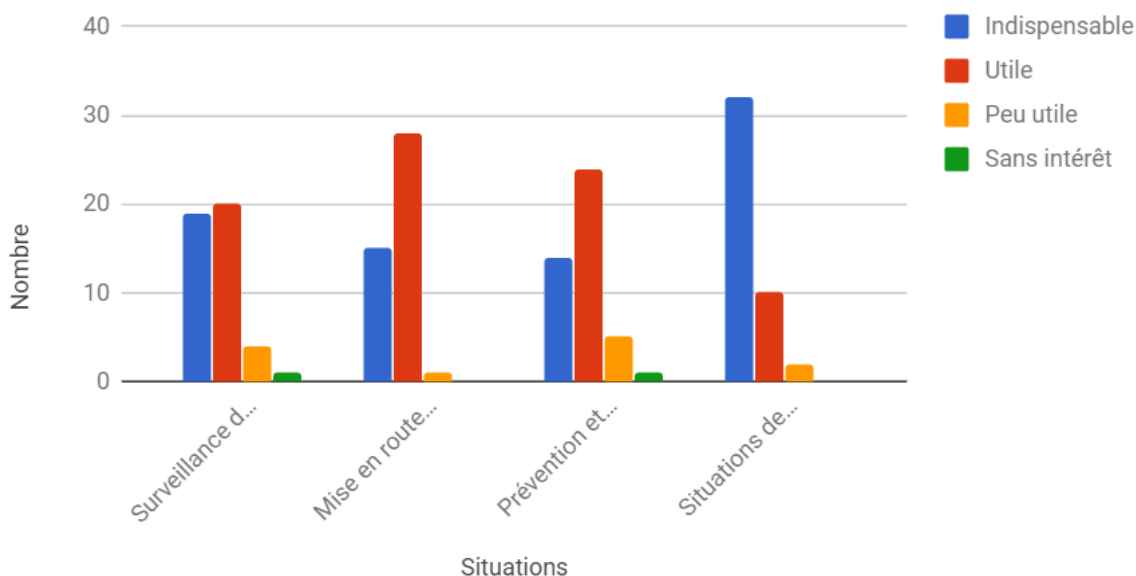
En d'autres termes 38 (soit 86%) des médecins répondants trouvent plutôt utile de collaborer avec les psychiatres pour la prévention et surveillance des effets secondaires des traitements psychiatriques.

3.5.2.1.4 Situations de crise ou d'urgence

32 médecins ont répondu qu'il est indispensable de collaborer avec les psychiatres lors d'une situation de crise ou d'urgence (soit 73%), 10 ont répondu qu'une collaboration est utile dans ce domaine (soit 23%), 2 ont répondu que la collaboration est peu utile (soit 4%).

En d'autres termes 42 (soit 95%) des médecins répondant trouvent plutôt utile de collaborer avec les psychiatres lors d'une situation de crise ou d'urgence.

Situations où la collaboration avec les psychiatres est ressentie comme nécessaire



3.5.2.2 Perception de la qualité de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres

Cette partie cherche à connaître le point de vue des médecins généralistes interrogés en ce qui concerne la réalité de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres concernant les patients psychiatriques. Elle cherche notamment à savoir à quel point les médecins généralistes sont d'accord avec les affirmations exprimant que cette collaboration est : existante, organisée, efficace. Ils avaient le choix entre trois niveaux d'approbation (tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord).

3.5.2.2.1 Existante

11 médecins répondants étaient tout à fait d'accord avec l'affirmation considérant cette coopération existante (soit 25%), 20 étaient d'accord avec cette affirmation (soit 45%), 13 n'étaient pas d'accord avec cette affirmation (soit 30%).

En d'autres termes 31 médecins (soit 70%) étaient au moins d'accord avec l'affirmation exprimant l'existence d'une coopération entre médecins et psychiatres.

3.5.2.2.2 Organisée

4 médecins répondants étaient tout à fait d'accord avec l'affirmation considérant cette coopération organisée (soit 9%), 12 étaient d'accord avec cette affirmation (soit 45%), 28 n'étaient pas d'accord avec cette affirmation (soit 27%).

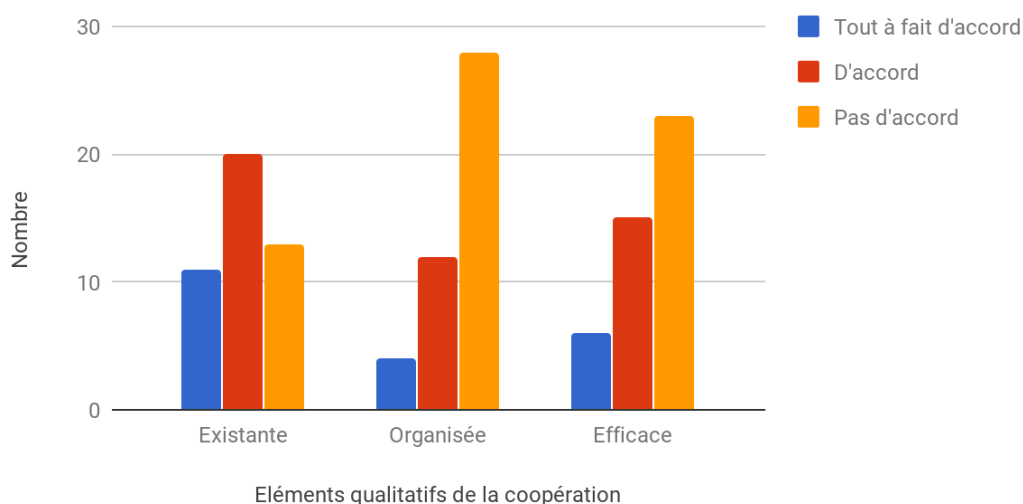
En d'autres termes 28 médecins (soit 63%) n'étaient pas d'accord avec l'affirmation exprimant le caractère organisé d'une coopération entre médecins et psychiatres.

3.5.2.2.3 Efficace

6 médecins répondants étaient tout à fait d'accord avec l'affirmation considérant cette coopération efficace (soit 14%), 15 étaient d'accord avec cette affirmation (soit 34%), 23 n'étaient pas d'accord avec cette affirmation (soit 52%).

En d'autres termes 23 médecins (soit 52%) n'étaient pas d'accord avec l'affirmation exprimant le caractère efficace d'une coopération entre médecins et psychiatres.

Ressentie (par les médecins répondants) de la qualité de la coopération avec les psychiatres

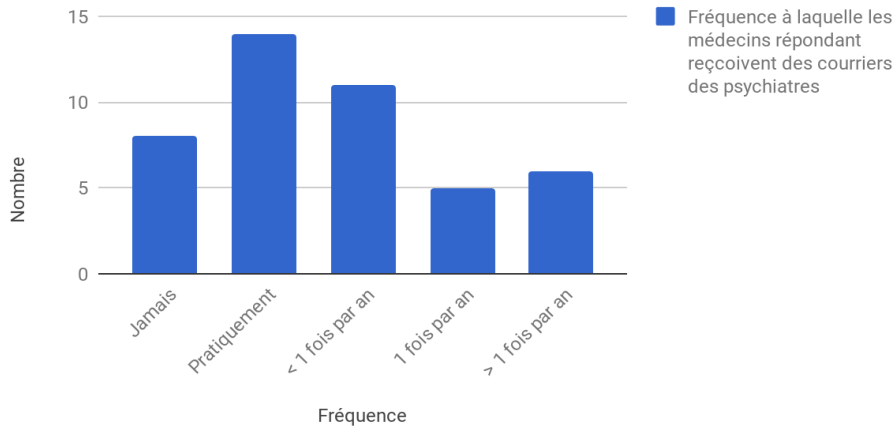


3.5.2.3 Fréquence à laquelle des courriers des psychiatres référents sont reçus pour chaque patient

8 médecins répondants ont déclaré ne jamais recevoir de courrier des psychiatres référents pour leurs patients psychiatriques (soit 18%), 14 ont déclaré n'en recevoir pratiquement jamais (32%), 11 ont déclaré en recevoir moins d'une fois par an (25%), 5 ont déclaré en recevoir une fois par an (soit 11%), 6 ont déclaré en recevoir plus d'une fois par an (soit 14%).

En d'autres termes 33 médecins (soit 75%) ont déclaré recevoir des courriers des psychiatres référents moins d'une fois par an.

Fréquence à laquelle les médecins répondants reçoivent des courriers des psychiatres

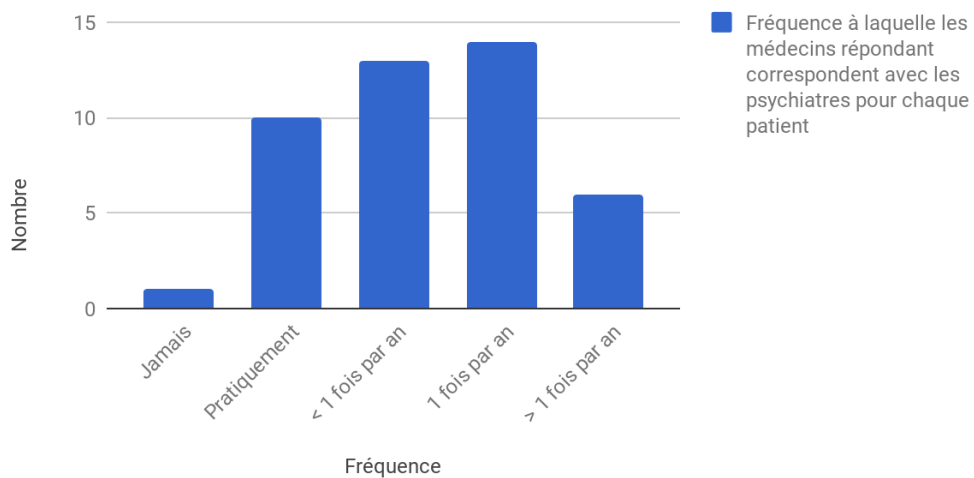


3.5.2.4 Fréquence à laquelle les médecins généralistes correspondent avec les psychiatres pour chaque patient

1 a déclaré ne jamais contacter les psychiatres référents, 10 ont déclaré pratiquement ne jamais les contacter, 13 ont déclaré les contacter moins d'une fois par an, 14 ont déclaré les contacter une fois par an, 6 ont déclaré les contacter plus d'une fois par an.

En d'autres termes, 24 médecins (soit 56%) ont déclaré contacter les psychiatres référents moins d'une fois par an.

Fréquence à laquelle les médecins répondants correspondent avec les psychiatres pour chaque patient

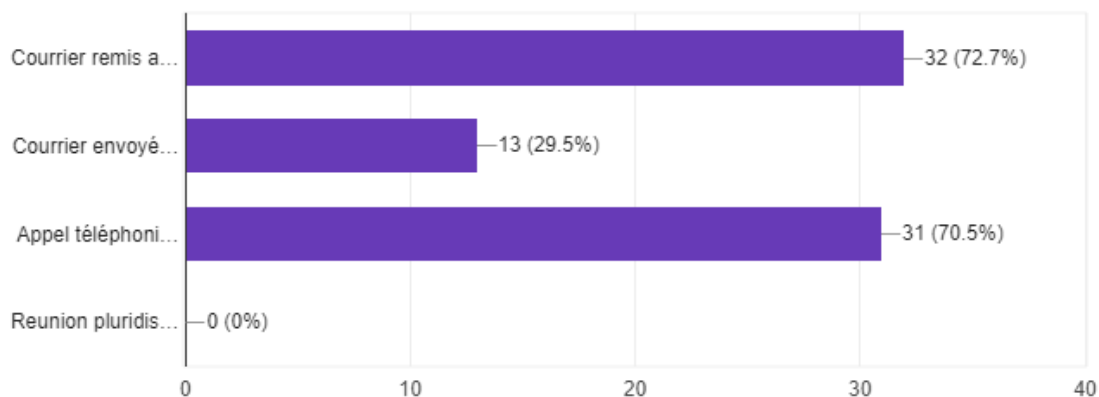


3.5.2.5 Nature de la correspondance vers les psychiatres

32 médecins (soit 73%) répondants ont déclaré que lorsqu'ils correspondent avec les psychiatres référents, celle-ci se fait, entre autres, par courriers remis aux patients, 13 (soit 30%) envoient directement un courrier au psychiatre, 31 (soit 70%) contactent les psychiatres référents par appels téléphoniques. Aucun contact ne se fait lors de réunion pluridisciplinaire.

S'il vous arrive de correspondre avec les psychiatres référents, quelle(s) est (sont) la nature de cette (ces) correspondance (s)?

44 responses



3.6 QUESTIONS OUVERTES

Cette partie cherche à avoir l'avis des médecins généralistes interrogés sur : d'une part les éléments qu'ils pensent pouvoir contribuer à l'amélioration de la prise en charge de ces patients, et d'autre part les défis qu'ils rencontrent pour le suivi des patients psychiatriques.

3.6.1 Éléments pouvant améliorer la prise en charge somatique de ces patients

A cette question ouverte 29 ont donné leur avis. Les réponses ont été catégorisées de manière arbitraire comme suit. Les thèmes les plus cités apparaissent en premier.

3.6.1.1 Meilleure collaboration avec les psychiatres

Ce thème est apparu 19 fois (soit 66% des médecins ayant répondu à cette question)

“Le médecin généraliste a dans ses compétences et ses obligations la prise en charge somatique de ses patients quels qu'ils soient (psy ou non). Il les prend

parfois en charge sur le plan psy. L'inverse n'est pas vrai. Le psychiatre prend rarement en charge en considération l'aspect somatique du patient"

"Que les psy envoient des courriers comme n'importe lequel des spécialistes"

"Meilleure coordination MG/ psy. CR de psy envoyé au MG comme autres spécialistes"

"Fixer des rendez vous systématiques. Coordonner mieux les soins avec les CMP qui ne correspondent jamais et/ou ne répondent jamais à mes courriers"

"Meilleure explication du psy sur les effets secondaires du traitement. Affirmer aux patients que le tandem psy- med G est indispensable et solide"

"CR psy"

"Une bonne communication avec les psychiatres référents qui voient régulièrement ces patients (renouvellement de ttt) et qui peuvent relever et transmettre les symptômes somatiques"

"Une meilleure collaboration med G psy pour hospitaliser en médecine"

"Information au CMP/ cabinet sur la nécessité absolue d'un médecin traitant. Amélioration +++ de la communication psy/med G"

"Courrier du psychiatre. Collaboration avec le psychiatre. Parler au médecin traitant."

"La prise en compte du corps par le psychiatre et dialogue/ coopération avec le généraliste"

Une meilleure communication entre les médecins traitants et les psychiatres + infirmiers de liaison"

"Comme tous spécialistes les psychiatres devraient systématiquement mettre les généralistes au courant de l'état de santé de leurs patients"

"La communication avec les psychiatres"

"Des échanges entre psy et MT (lettres, mail, téléphone)"

"Des courriers plus fréquents et systématiques"

"Plus d'infos sur leurs pathologies et sur leur traitements"

“Disponibilité des psy”

3.6.1.2 Consultation spécifique PEC à 100% pour le suivi somatique de ces patients

Ce thème est apparu trois fois

“Fixer des rendez-vous systématiques. Coordonner mieux les soins avec les CMP qui ne correspondent jamais et/ou ne répondent jamais à mes courriers”

“Pour les pathologies lourdes des consultations régulières, conseillées par le psychiatre traitant, chez le généraliste et qui soient prises en charge à 100%, ces patients étant souvent des cas sociaux”

“La durée de la consultation, prendre plus de temps”

3.6.1.3 Formation des médecins généralistes sur ce sujet

Ce thème est apparu trois fois

“Perfectionner notre exercice”

“Y penser systématiquement”

“Diffusion des recommandations aux généralistes et psychiatres”

3.6.1.4 Plus grande démographie médicale pour généralistes et psychiatres

Ce thème est apparu trois fois

“Moins de mépris pour des spécialistes derrière lequel existe un vrai problème déontologique mais aussi de société”

“Pas assez de spécialité en psy”

“Un nombre suffisant de généralistes et psychiatres est indispensable. C'est un problème de démographie médical.”

3.6.1.5 Prévoir des hospitalisations courtes pour bilan, éducation...

Ce thème est apparu deux fois

“Une meilleure collaboration med G psy pour hospitaliser en médecine”

“Consultations ou hospitalisations courtes de prévention (addiction, hygiène alimentaire, tabac, diabète, HTA...)”

3.6.1.6 Augmenter la part de médecine alternative

Ce thème est apparu une fois

“Moins de psychotropes, moins de médicaments, plus de nutrition, phyto, homéopathie. Rétribuer à la hauteur du temps que ces consultations prennent.”

3.6.1.7 Changer notre regard sur les patients psychiatriques

Ce thème est apparu une fois

“L'ouverture d'esprit”

3.6.2 Défis pour le suivi somatique de ces patients

A cette question ouverte 26 ont donné leur avis. Les réponses ont été catégorisées de manière arbitraire comme suit. Les thèmes les plus cités apparaissent en premier.

3.6.2.1 Collaboration avec les psychiatres

Ce thème apparaît quatre fois.

“Consultations plus régulières. Amélioration de la coordination avec les psys référents pour discuter des ttt lors de retentissements somatiques”

“Manque de collaboration de la part des psychiatres”

“Pouvoir communiquer avec les psychiatres qui sont très réticents”

“Des courriers et des contacts plus fréquents avec les psychiatres”

3.6.2.2 Observance des patients

Ce thème apparaît quatre fois.

“Leur observance”

“Établir la confiance. écoute des patients (donc consultations longues)”

“Patients souvent non compliant”

“Le patient déprimé est difficile à convaincre pour le suivi, au contraire les patients anxieux réclament beaucoup d'examens”

3.6.2.3 Prévention et prise en charge des effets secondaires

Ce thème apparaît quatre fois.

“Retentissement cardio-vasculaire, prise de poids, persistance du tabagisme, observance, anosognosie”

“Gérer les pathologies métaboliques, cardiologiques, et iatrogènes”

“La mise en place d'une prévention efficace”

“Éviter les effets secondaires négatifs des psychotropes prescrits par les psychiatres”

3.6.2.4 Relation avec le patient

Ce thème apparaît quatre fois.

“Obtenir la confiance du patient”

“Les examiner et les considérer comme les autres patients. Avoir moins peur de certains.”

“Établir la confiance. Écoute des patients (donc consultations longues)”

“Les voir sortir rapidement de la "camisole””

3.6.2.5 Prendre le temps nécessaire

Ce thème apparaît trois fois.

“Établir la confiance. Écoute des patients (donc consultations longues)”

“Avoir du temps pour écouter et soigner”

“Cela demande du temps qui doit être rétribué et de la disponibilité”

3.6.2.6 Education des patients

Ce thème apparaît trois fois.

“Déjà arriver à leur faire accepter les enjeux”

“Sensibiliser les patients au suivi”

“Retentissement cardiovasculaire, prise de poids, persistance du tabagisme, observance, anosognosie”

3.6.2.7 Cerner la symptomatologie de ces patients

Ce thème apparaît une fois.

“Difficulté à cerner les symptômes et à hiérarchiser les plaintes. Compliance, parfois difficile des traitements prescrits. “

3.6.2.8 Acceptation par les patients d'un suivi psychiatrique

Ce thème apparaît une fois.

“Il y a beaucoup de patient psy qui ne souhaitent pas voir le psy”

3.6.2.9 Plus voir les patients psychiatriques “lourds”

Ce thème apparaît une fois

“Pour les patients dépressifs ce sont souvent mes patients habituels, dans une situation particulière à un moment donné donc je fais un suivi classique. Les patients lourds sont souvent suivis en milieu hospitalier, je ne les vois pas.”

4. DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'observer le suivi somatique des patients présentant des pathologies psychiatriques, réalisé par les médecins généralistes de 3 arrondissements de Paris (7ème, 8ème et 17ème = secteurs couverts par l'Hôpital psychiatrique Henri Ey). Pour cela un "kit" comprenant lettre d'introduction, questionnaire et enveloppe retour préaffranchie a été adressé à tous les médecins généralistes libéraux répertoriés dans ces trois arrondissements, sur les pages-jaunes numériques. Cela correspond à 211 médecins répertoriés comme exerçant exclusivement une activité de médecine générale.

Le résultat principal réside dans le fait que beaucoup de bonnes pratiques sont en place pour un suivi de qualité des patients psychiatriques.

Une sensibilisation du suivi du poids et de l'IMC ainsi que de l'importance de réaliser des ECG au moins lors de l'instauration et lors de la modification des antipsychotiques est néanmoins nécessaire (encore faut-il qu'ils soient au courant des traitements psychotropes prescrits par les psychiatres). A souligner également le manque, et le besoin, de collaboration plus importante avec les psychiatres.

Le faible taux de réponse n'a pas permis de réaliser d'analyses statistiques au-delà des proportions exprimées dans la partie "Résultats"

Nous allons revenir un à un sur ces résultats pour commenter leur validité, tenter de les comprendre, et émettre des propositions en vue d'améliorer le suivi somatique des patients psychiatriques.

4.1 *CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS RÉPONDANTS*

4.1.1 **Taux de réponse**

Sur les 243 médecins généralistes répertoriés sur les pages jaunes numériques, ayant une activité de médecine générale et qui ont reçu le "kit" par voie postale, 44 ont retourné le questionnaire rempli par voie postale. Soit un taux de réponse de globale de 18%.

Ce taux de réponse peut s'expliquer par le fait que les médecins sont très sollicités par de nombreux questionnaires de thèse, et par le manque de temps nécessaire à leur remplissage. La localité choisie (Paris), peut également expliquer ce faible taux de réponse, étant donné que Paris comporte de nombreuses facultés de médecine, les médecins doivent être beaucoup plus sollicités que leurs confrères des villes ne comportant pas de facultés de médecines. Ce faible taux de réponse n'a pas permis la réalisation d'analyses statistiques au-delà des résultats exprimés en proportion.

4.1.2 Profil d'exercice des médecins répondants

La moyenne d'âge des médecins répondants était de 57 ans avec 28 années d'exercice en moyenne. Par ailleurs les plus anciens doivent également avoir plus d'expérience dans la psychiatrie et donc répondent plus volontiers à ce questionnaire. Les arrondissements ciblés par l'étude faisant partie de ceux les plus chers en termes de coût de l'immobilier et des secteurs de conventionnement n'étant plus librement accessibles aux médecins généralistes, il est logique de voir que les médecins répondants ont en moyenne 57 ans. La baisse progressive de la démographie médicale ces dernières décennies associée à une baisse de la fréquence de la reprise des cabinets médicaux lors des départs à la retraite, peuvent également expliquer le profil "âgé" des médecins répondants.

Sur les 44 médecins répondants 55% étaient conventionnés secteur 2 ou non conventionnés. Cette proportion si elle est extrapolable peut s'avérer être un frein à l'accès aux soins (tout du moins pour l'accès à la médecine libérale) pour les patients psychiatriques étant donné leurs plus grandes précarités socio-économiques décrites dans différentes études. Il serait intéressant de comparer ces résultats aux taux de déclaration de médecins traitant des patients psychiatriques dans ces arrondissements de Paris, pour comparer ce taux à celui d'une population où les médecins généralistes sont en grande majorité conventionnés en secteur 1.

Un autre inconnu dans ce contexte est le taux de patients suivis dans les centres de santé de ces arrondissements. Aucun des centres n'a permis l'envoi des questionnaires thèse à leurs médecins généralistes.

Les médecins généralistes répondants ont déclaré suivre en moyenne 9% de patients psychiatriques, taux qui est inférieur aux études les plus récentes (13-15%). Cette différence peut s'expliquer, comme mentionné plus haut, par le fait que le conventionnement secteur pourrait être une limite à l'accès aux soins pour cette catégorie de patients. La définition des "patients psychiatriques" peut également différer dans les différentes études, dans la nôtre elle suppose la prise de psychotropes au long cours ainsi que précisé dans la description faite dans la lettre introductive des patients MMS.

77% des médecins répondants ont déclaré ne pas avoir connaissance des recommandations spécifiques sur la prise en charge somatique des patients présentant des pathologies psychiatriques sévères. Cela s'explique probablement en partie par l'imprécision de la question : il s'agit en fait d'une recommandation émise par la société française de psychiatrie en 2015 et ayant reçu le label de la HAS en terme méthodologique. Ces recommandations traitent par ailleurs des patients psychiatriques sévères définis comme schizophrénie, troubles schizo affectifs et bipolaire, en excluant le syndrome dépressif majeur pourtant inclus dans la définition des MMS dans les recommandations européennes et mondiales.

Cela pose la question de la nécessité de diffusion systématique des recommandations sur ce thème avec une présentation simple d'accès mettant en valeur les messages clés (type fiche mémo de la HAS).

4.2 SUIVI CLINIQUE

4.2.1 Fréquence de suivi

77% des médecins déclarants ont répondu voir ces patients plus ou autant que le reste de leur patientèle, 23% ont déclaré les voir moins que le reste de leur patientèle, et 95% des médecins répondants ont déclaré voir ces patients au moins deux fois par an. Cette fréquence est tout à fait satisfaisante en tant que condition de base pour un suivi de qualité. Ces résultats sont par ailleurs en “accord” avec les recommandations en vigueur en particulier pour le suivi des patients ayant des pathologies psychiatriques sévères.

Ce taux contraste avec les résultats de différentes études retrouvant que ces patients psychiatriques ont des difficultés d'accès aux soins. Une explication peut se trouver dans le biais de sélection des médecins répondants : ces 18% des médecins qui ont répondu aux questionnaires représentent peut-être ceux pratiquant la médecine la plus empathique et disponible, prérequis indispensable pour une adhésion aux soins de ces patients.

4.2.2 Paramètres de santé et données cliniques

Parmi les médecins répondants 50% prennent le poids moins de deux fois par an, et seulement 30% calculent l'IMC au moins deux fois par an. Ceci est un champ nécessitant un progrès sachant que la prise de poids et l'augmentation du risque cardio-vasculaire qui s'ensuit est un des principaux effets secondaires lors de la prise de psychotropes (type antidépresseur ou neuroleptiques). Les recommandations en vigueur préconisent également la prise de ces paramètres deux fois par an.

Une piste d'amélioration serait d'incorporer dans les logiciels médicaux des alertes type “surveillance poids” “calcul IMC”... lorsque des antécédents psychiatriques sont informés. La diffusion de recommandations simples à lire et appliquer comme des tableaux de surveillance clinique pourrait également améliorer le relevé de ces paramètres. Introduire ce suivi dans les indicateurs ROSP pourrait également aider à l'amélioration de ce suivi.

89% des médecins ont déclaré prendre la tension et le pouls au moins deux fois par an. Ceci s'explique probablement par le fait que le suivi de ces paramètres constitue la base du suivi de médecine générale indépendamment des pathologies individuelles. Ce taux est évidemment optimal pour le suivi de ces patients.

61% des médecins interrogés évaluent le transit de leurs patients au moins deux fois par an. L'absence d'un résultat supérieur, est probablement liée d'une part à une méconnaissance par les médecins de la prévalence de ce trouble chez les patients psychiatriques, et d'autre part à une banalisation progressive des patients de ce trouble avec lequel ils vivent quotidiennement. Or, les troubles du transit chez les patients sous psychotropes au long cours sont très fréquents, et responsables d'inconfort au quotidien et à l'extrême si non traité peuvent aboutir à des syndromes occlusifs.

Une meilleure information des médecins par la diffusion de recommandations simples, mais surtout un meilleur échange avec les psychiatres, qui devraient systématiquement informer lors de l'augmentation ou introduction de nouveaux traitements psychotropes est indispensable.

4.3 SUIVI BIOLOGIQUE

Les médecins répondants étaient 77% à prescrire une GAJ au moins une fois par an et 75% à prescrire une EAL au moins une fois par an. Ce taux est rassurant au vu des recommandations qui préconisent de réaliser ces examens au moins une fois par an pour dépister les facteurs de risques cardio-vasculaires chez cette population de patient. Ce haut taux peut s'expliquer par le fait que les médecins généralistes sont probablement sensibilisés aux risques cardiovasculaires augmentés chez cette population de patient.

4.4 SUIVI ECG

Parmi les médecins possédant un ECG (34%), 66% ont déclaré en réaliser jamais ou rarement à ces patients et 34% en réaliser souvent.

Parmi les médecins ne possédant pas d'ECG (66%), 78% ont déclaré ne pas les adresser vers un cardiologue pour réalisation d'un ECG.

Ces faibles taux de réalisation de l'ECG ou de correspondance vers un cardiologue pour en réaliser un, comportent probablement plusieurs raisons : le facteur temps propre aux médecins généralistes libéraux est probablement un des facteurs limitant à sa réalisation. Par ailleurs l'ECG est probablement réservé aux situations d'urgences (diagnostic d'un infarctus, troubles du rythme) et beaucoup moins dans la prévention et le dépistage. Il doit également exister une méconnaissance de la nécessité de réaliser un ECG lors de l'instauration d'antipsychotiques.

Il peut être intéressant dans ce contexte de réaliser des fiches synthèses et les diffuser aux différents protagonistes de la prise en charge de ces patients. En outre une communication avec les psychiatres est indispensable dans ce contexte étant donné que ce sont souvent eux qui introduisent et modifient la posologie des traitements antipsychotiques, sans pour autant réaliser un ECG dans ces situations.

4.5 CORRESPONDANCES

4.5.1 Spécialistes somatiques

Les médecins interrogés adressent leurs patients psychiatriques vers les spécialistes somatiques (14% pour l'ophtalmologue, 32% pour le dentiste) surtout en fonction de l'âge ou lors de pathologie intercurrente. Ces faibles taux sont probablement liés à une méconnaissance des effets secondaires des traitements neuroleptiques et antidépresseurs. En effet comme mentionné plus haut, les traitements psychotropes peuvent engendrer des troubles de l'accommodation qui peuvent être gênants dans la vie de tous les jours de ces patients sans qu'ils l'identifient comme tel de part leur état psychique perturbé. Les traitements psychotropes sont également responsables de sécheresse buccale ayant pour conséquence une fragilisation des dents qui se surajoute à un état bucco-dentaire déjà médiocre à cause des co-addictions souvent associées et d'une hygiène insuffisante.

60% adressent systématiquement leurs patients psychiatriques vers un gynécologue. Ce taux intermédiaire peut s'expliquer par le fait que les médecins généralistes peuvent eux-mêmes gérer une grande partie de la gynécologie donc pas besoin de les adresser vers un gynécologue. L'accès au gynécologue est libre donc le conseil de consulter est probablement moins systématique. Il peut également exister une méconnaissance des sursurrisques IST et cancéreux pour ces patients.

16% des médecins répondants ont déclaré adresser (ou conseiller de voir) systématiquement ces patients vers un cardiologue dans l'année. Cette statistique est moins interprétable étant donné qu'il n'existe pas de recommandation de suivi formalisée en termes de suivi cardiologique spécialisé hormis le dépistage des facteurs de risque et la réalisation d'ECG à l'instauration des traitements antipsychotiques.

4.5.2 Psychiatres

Concernant les domaines pour lesquels une collaboration médecin généraliste - psychiatrique est considérée comme nécessaire la grande majorité des médecins répondants est d'accord pour dire qu'une collaboration avec les psychiatres est nécessaire pour prendre en charge les comorbidités somatiques, surveiller les effets secondaires des médicaments psychotropes et gérer des urgences ou situation de crise. Ces résultats concordent avec un travail de thèse réalisé sur la coordination entre médecins traitants et psychiatre.

Malgré cette nécessité ressentie, une majorité de médecins répondants ne sont pas d'accord avec le caractère organisé (63% pas d'accord) ou efficace (52% pas d'accord) de cette coopération.

Ce constat se traduit d'ailleurs dans la fréquence à laquelle des courriers sont échangés entre psychiatres et médecins traitant (75% ont déclaré recevoir des courriers des psychiatres référents moins d'une fois par an ; 56% ont déclaré contacter les psychiatres référents moins d'une fois par an)

Ces données mettent en lumière le fait que les médecins généralistes sont conscients de l'importance de la collaboration avec les psychiatres, mais que cette collaboration est faible. Cela confirme les résultats de précédentes études qui mettent en défaut cette collaboration indispensable. Il serait intéressant d'avoir le point de vue des psychiatres concernant cette collaboration en vue de tenter de comprendre pourquoi celle-ci est défailante.

4.6 QUESTIONS OUVERTES

4.6.1 Pistes d'amélioration de la prise en charge somatique des patients psychiatriques

A cette question le thème majoritairement présent (66% des médecins répondants à cette question) était la nécessité d'améliorer la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Cette omniprésence est inquiétante mais encourageante également. Inquiétante car elle témoigne une nouvelle fois du manque criant de collaboration entre ces deux spécialités, collaboration qui trouvent toute son importance pour la réussite du projet thérapeutique des patients psychiatriques. Encourageante également car elle témoigne d'un réel désir de collaboration du moins du côté des médecins généralistes.

Les thèmes suivants faisant leur apparition à la même fréquence sont : nécessité d'une consultation spécifique pour la prise en charge somatique de ces patients, spécifique car prise en charge à 100%, permettant de passer le temps nécessaire. La nécessité d'une meilleure formation sur le sujet notamment à travers la diffusion de recommandations constitue un autre thème. Autre thème apparaissant à la même fréquence est la démographie médicale insuffisante.

Apparaissent ensuite la création de circuit facilité pour des hospitalisations courtes, hôpital de jour ou de semaine.

En termes de fréquence apparaissent en dernier l'utilisation plus importante de médecine alternative et l'importance de changer le regard que l'on a sur eux.

4.6.2 Défis rencontrés dans la prise en charge somatique des patients psychiatriques

Dans cette section il n'y avait pas de thème majoritaire qui ressortait clairement. Un plus grand nombre de questionnaires aurait probablement permis de faire ressortir des thèmes avec une plus grande récurrence.

Apparaissant à la même fréquence :

Le thème de la collaboration avec les psychiatres revient tout de même parmi les plus fréquents lorsqu'on interroge les médecins sur les défis qu'ils rencontrent pour suivre les patients psychiatriques. Cette récurrence témoigne une nouvelle fois du manque et du besoin principal des médecins généralistes pour faire bénéficier leurs patients psychiatriques d'un suivi somatiques optimale.

Un autre thème apparaissant à la même fréquence est l'observance des patients. Ceci confirme le résultat de précédentes enquêtes relevant la difficulté de suivre ces patients du fait de leur vision particulière de leur propre corps et de la santé.

Autre thème de même fréquence : la difficulté de prévenir et traiter les effets secondaires des traitements. Il serait intéressant dans ce contexte de préciser là où la difficulté réside dans une prochaine étude : est-ce que ce sont tout simplement les comorbidités ou effets secondaires qui sont difficiles à gérer, indépendamment des patients ? Ou bien les effets secondaires sont plus particulièrement difficiles à traiter chez ces patients ?

Un autre thème de même fréquence est le défi du relationnel avec ces patients : comment gagner leur confiance, comment les regarder comme les autres patients, comment les écouter.

Apparaissent ensuite en termes de fréquence, le défi de l'éducation des patients et de passer le temps nécessaire à leur prise en charge. Ceci explique également pourquoi ces patients ont un accès plus difficile aux soins, car il est difficile dans le contexte actuel des cabinets médicaux de passer le temps nécessaire au suivi et à l'éducation de ces patients. Or, comme dit précédemment ce sont précisément eux qui en ont le plus besoin. Une solution pourrait être, comme proposée par certains médecins mêmes, d'avoir une cotation spécifique récompensant le temps nécessaire et la difficulté de ces consultations.

Enfin les thèmes suivants apparaissent une fois chacun : la difficulté de cerner la symptomatologie de ces patients, la difficulté pour ces patients d'accepter un suivi psychiatrique, le fait que les patients psychiatriques "lourds" ne sont presque jamais vus par les médecins généralistes avec la supposition qu'ils sont suivis en CMP ce qui n'est pas vrai pour les troubles somatiques.

5. CONCLUSIONS

La problématique à laquelle cette étude cherchait à répondre est la suivante : de quel suivi somatique par les médecins généralistes, bénéficient les patients atteints de pathologies psychiatriques ? Tout en sachant que :

- Ces patients ont une espérance de vie largement diminuée par rapport à la population générale,
- Toutes les pathologies existantes sont probablement exprimées avec une prévalence plus importante chez eux,
- Leurs symptomatologies somatiques sont souvent exprimées différemment de celles de la population générale,
- Il existe une interaction importante entre le somatique et le psychique chacun influençant l'autre,
- Plusieurs études ont montré les difficultés d'accès aux soins de ces patients.

Par un souci pratique et pour garder une certaine cohérence entre l'expérience vécue en tant qu'interne auprès des patients de l'Hôpital psychiatrique Henri Ey, l'étude s'est limitée aux médecins généralistes libéraux de 3 arrondissements de Paris, à savoir les 7ème, 8ème et 17ème.

La méthodologie utilisée pour interroger les médecins a dû composer avec les limites pratiques d'accès aux praticiens et à leur volonté de participer à une telle étude.

Ils ont été questionnés sur leur pratique de suivi par rapport aux différents volets recommandés (fréquence de suivi, suivi clinique, paraclinique, ECG, correspondance avec les spécialistes somaticiens et psychiatres) par les sociétés savantes. Leurs avis leur ont également été demandés en vue d'enrichir les solutions à la problématique posée.

Il était clair dès le début de l'étude que les résultats ne pourront être interprétés de manière simpliste telle que "les médecins suivent bien" ou "ne suivent pas bien". La problématique est beaucoup plus complexe et un bon suivi dépend de l'état psychique des patients, leur accord pour se faire examiner ou pour que les différents spécialistes correspondent ensemble et aussi d'autres facteurs.

L'étude met en évidence que beaucoup des pratiques des médecins répondants sont conformes aux recommandations en vigueur sur la prise en charge somatique des patients psychiatriques.

Plusieurs points nécessitent toutefois une attention particulière pour améliorer le suivi :

- Le poids et l'IMC sont relevés à une faible fréquence selon la déclaration des médecins
- L'ECG ou la correspondance chez un cardiologue n'est pas réalisé de manière systématique pour les patients psychiatriques
- L'orientation et/ou la correspondance vers les spécialistes somatiques se fait le plus souvent "selon pathologie intercurrente ou en fonction de l'âge", alors que ces suivis devraient être plus systématiques dans un but de prévention et de dépistage chez ces patients qui sont à risque
- La correspondance mutuelle entre médecins généralistes et psychiatres nécessite d'être grandement renforcée. Cette prise en charge globale est d'autant plus importante chez ces patients vulnérables.

Plusieurs propositions peuvent être émises pour améliorer ces différents points. Propositions en partie nourries par les avis des médecins répondants sur les questions ouvertes :

- Diffusion systématique de recommandations simples et rapides à lire type fiche mémo de la HAS
- Offre de formations spécifiques "créditantes" sur la prise en charge somatique en psychiatrie
- Tarification spécifique de ces consultations de suivi qui demandent plus de temps et d'attention
- Accompagnement des patients par des infirmiers "de liaison" dédiés à la coordination des soins de ces patients, au moins lors des premières consultations
- Création d'un carnet de suivi somatique des patients psychiatriques, porté par le patient, dans lequel psychiatres et médecins généralistes pourraient correspondre sur la prise en charge réciproque, et dans lequel les différentes échéances du suivi somatique seraient informées. D'autres supports peuvent être envisagés comme par exemple un dossier médical partagé.
- Intégration des pôles de soins somatiques aux soins des CMP qui pourront jouer le rôle de "centre de santé" coordonnés par des médecins traitants salariés. On peut également envisager des accords formalisés entre CMP et centre de santé pour une meilleure coordination du suivi de ces patients.
- Sensibilisation de médecins généralistes et psychiatres sur l'aspect indispensable d'une collaboration pour la réussite aussi bien de la prise en charge somatique que psychiatrique de ces patients.

Il serait intéressant de compléter ce travail par une étude quantitative et/ou qualitative interrogeant les psychiatres en libéral et en CMP pour avoir leur point de vue sur le sujet (quels sont les freins à la correspondance ? comment appréhendent-

ils le versant somatique de leurs patients ? quelles solutions ont-ils à proposer pour améliorer la prise en charge somatique de leurs patients ?).

6. ANNEXES

6.1 LETTRE D'INTRODUCTION

Bonjour,

Je m'appelle Maxime. Je vous écris car j'effectue un travail de thèse qui me tient à cœur, à savoir observer le **suivi somatique des patients présentant des pathologies psychiatriques** quelles qu'elles soient (en somme toute pathologie nécessitant la prise de psychotropes).

Pourquoi cette thèse ?...

J'ai effectué pendant mon internat un stage dans un service somatique au sein d'un établissement psychiatrique. Ce stage m'a fait prendre conscience de plusieurs choses dont : le fait que ces patients " psychiatriques " sont (finalement) des patients extrêmement attachants, et que leur santé physique est une préoccupation toute aussi grande que leur santé mentale. En effet j'ai appris : qu'ils présentaient souvent, en plus de leurs soucis psychiques, de nombreuses co-morbidités somatiques ; que **leur espérance de vie était diminuée de 15 à 30 ans par rapport à la population générale**, notamment à cause de pathologies somatiques ; que l'accès aux soins été très difficile pour eux (pour diverses raisons).

Donc pourquoi cette thèse? Pourquoi choisir un sujet fastidieux au lieu de choisir un sujet plus simple ?

Car comme je l'ai dit je me suis attaché à ces patients et à leur condition, et il existe beaucoup de marge de progrès sur ce sujet. , Je nourris l'espoir que mon travail de thèse pourra contribuer à l'amélioration (aussi modeste soit-elle) de leur état de santé.

Votre participation...

Vous êtes débordés de travail, vous êtes sollicités de toutes parts par des questionnaires. J'en suis sincèrement conscient. Mais comme je l'ai dit, j'ai l'ambition que ce travail ne finisse pas sur une étagère à prendre la poussière, mais plutôt qu'il serve de manière pratique à améliorer la prise en charge de ces patients.

C'est pourquoi j'ai raccourci au maximum la durée du questionnaire. **Vous pouvez y répondre entre 5 minutes** (maximum 10 si vous avez beaucoup de choses à dire au deux dernières questions).

Pourquoi un format papier ?

Je n'ai malheureusement pas pu obtenir d'adresses mails après les 100 appels que j'ai passés. Je ne vois donc pas autre solution que celle-ci.

Pour les retours...

Vous avez à votre disposition une enveloppe pré-affranchie à mon adresse dans laquelle vous pouvez introduire le questionnaire complété. **Si vous n'exercez plus une activité de médecine générale, je vous prie de bien vouloir l'indiquer dans la case correspondante et renvoyer tout de même le questionnaire sans compléter le reste.**

Si les résultats de l'étude vous intéressent, vous pouvez laisser votre mail dans le questionnaire.

Donc merci pour votre aide. Cela prend environ 5 minutes.

Bonne journée à vous

Amicalement

Maxime

6.2 QUESTIONNAIRE

29/05/2017

Questionnaire thèse Moghbel Maxime 29.5.17 - Google Forms

*Required

1. Email address *

2. Exercez vous une activité de médecine générale ? (si non je vous prie de bien vouloir l'indiquez et de me renvoyer le questionnaire)

Mark only one oval.

- Oui
 Non

3. Quel est votre âge? *

4. Combien d'années avez-vous pratiqué la médecine générale ? *

5. Dans quel arrondissement de Paris exercez-vous ?

6. *

Mark only one oval per row.

	Cabinet seul	Cabinet en groupe	Centre de santé	Hospitalier	Autre
Quel type d'activité exercez-vous?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Votre conventionnement avec la CPAM *

Mark only one oval.

- Secteur 1
 Secteur 2
 Non conventionné

8. Avez-vous travaillé antérieurement en milieu psychiatrique ? *

Mark only one oval.

- Oui
 Non

Remarque : pendant l'internat, post internat, en somme toute activité vous ayant emmenés à travailler plus spécifiquement avec des patients présentant des pathologies psychiatriques

9. **Quelle proportion de patients (estimation) présentant des pathologies psychiatriques suivez-vous en tant que médecin traitant ? (%)**

*

Remarque : troubles de l'humeur, schizophrénies, psychoses chroniques...

10. *

Mark only one oval per row.

	Plus	Autant	Moins	Beaucoup moins	Pratiquement Jamais
Comparée au reste de votre patientèle, diriez-vous que vous voyez vos patients atteints de pathologies psychiatriques :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. *

Mark only one oval per row.

	<1/an	1 fois par ans	2 fois par an	> 2 fois par an
D'une manière générale, à quelle fréquence les voyez-vous sur 12 mois :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. **D'une manière générale à quelle fréquence relevez-vous ces différents paramètres chez ces patients ? ***

Mark only one oval per row.

	jamais	< 1X/an	1X/ an	2X / an	Systématiquement
Poids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IMC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pouls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluation du transit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. **D'une manière générale à quelle fréquence prescrivez-vous ces différents examens complémentaires pour ces patients ***

Mark only one oval per row.

	jamais	< 1X/an	1X/ an	2X / ans	> 2 X/ an
NFS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ionogramme sanguin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Créatininémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glycémie à jeun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exploration des anomalies lipidiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 14.
- Avez vous un appareil à ECG ? ***

Mark only one oval.

- Oui
 Non

15. Mark only one oval per row.

	Jamais	Rarement	Souvent	Systématiquement
SI OUI a quelle Fréquence en réalisez-vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SI OUI regardez vous le QT ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. SI vous n'avez pas d'ECG les adressez-vous vers un CARDIOLOGUE au moins 1X / an ?

Mark only one oval.

- Oui
 Non

17. Avez vous connaissance de recommandations HAS spécifiques (2015) pour la prise en charge somatique des patients psychiatriques ? *

Mark only one oval.

- Oui
 Non

18. Dans quels cas orientez-vous/ conseillez-vous à, vos patients psychiatriques de voir ces différents spécialistes sur une année ? *

Mark only one oval per row.

	Aucun cas	Selon pathologie intercurrente ou en fonction de l'âge	Systématiquement 1X/an
Ophthalmologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynécologue si femme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Parmi ces situations, pour lesquelles un travail de collaboration entre généraliste et psychiatre est-il nécessaire ? *

Mark only one oval per row.

	Indispensable	Utile	Peu utile	Sans intérêt
Surveillance des comorbidités somatiques et psychiatriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mise en route d'un traitement médicamenteux psychiatrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prévention et surveillance des effets secondaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situations de crise ou d'urgence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Selon vous, la coopération médicale entre médecins généralistes et psychiatres de votre secteur, concernant la prise en charge des patients traités en santé mentale et en psychiatrie est : *

Mark only one oval per row.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord
Existante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Efficace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. *

Mark only one oval per row.

	Jamais	Pratiquement jamais	<1X/ an	1X/ an	> 1X/ an
D'une manière générale, diriez-vous que vous recevez des courriers des psychiatres référents, sur une année :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. *

Mark only one oval per row.

	Jamais	Pratiquement jamais	<1X/ an	1X/ an	> 1X/ an
D'une manière générale, diriez-vous que vous contactez les psychiatres référents de ces patients :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. **S'il vous arrive de correspondre avec les psychiatres référents, quelle(s) est (sont) la nature de cette (ces) correspondance (s)? ****Tick all that apply.*

- Courrier remis au patient
- Courrier envoyé directement au psy/ CMP
- Appel téléphonique
- Reunion pluridisciplinaire

24. **Selon vous qu'est ce qui peut améliorer la prise en charge somatique de ces patients (question ouverte)?**

25. **Quels sont vos défis pour le suivi somatique de ces patients? (question ouverte)**

 Send me a copy of my responses.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juill 1998;173:11-53.
2. Tidemalm D, Waern M, Stefansson C-G, Elofsson S, Runeson B. Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12 103 individuals with and without contact with psychiatric services. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH.* 14 oct 2008;4:23.
3. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* juin 2007;68(6):899-907.
4. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* sept 2009;24(6):412-24.
5. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* déc 1997;171:502-8.
6. Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr 2010;196(2):116-21.
7. Newman SC, Bland RC. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* mai 1991;36(4):239-45.
8. Casadebaig F, Philippe A. [Mortality in schizophrenic patients. 3 years follow-up of a cohort]. *L'Encephale.* août 1999;25(4):329-37.
9. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* nov 2007;116(5):317-33.
10. Roshanaei-Moghaddam B, Katon W. Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatr Serv Wash DC.* févr 2009;60(2):147-56.
11. Beyer J, Kuchibhatla M, Gersing K, Krishnan KRR. Medical comorbidity in a bipolar outpatient clinical population. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol.* févr 2005;30(2):401-4.
12. Surtees PG, Wainwright NWJ, Luben RN, Wareham NJ, Bingham SA, Khaw K-T. Depression and ischemic heart disease mortality: evidence from the

- EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *Am J Psychiatry*. avr 2008;165(4):515-23.
13. Vreeland B. Bridging the gap between mental and physical health: a multidisciplinary approach. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 4:26-33.
 14. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis*. avr 2006;3(2):A42.
 15. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*. oct 2007;64(10):1123-31.
 16. Holt RIG, Peveler RC. Diabetes and cardiovascular risk in severe mental illness: a missed opportunity and challenge for the future. *Pract Diab Int* 2010;27:79-84.
 17. Parks J, Svendsen D, Singer P et al (eds). Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council, 2006.
 18. HAS 2011: Surpoids et obésité de l'adulte, prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique.
 19. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization, 2003.
 20. Oka R, Kobayashi J, Yagi K, Tanii H, Miyamoto S, Asano A, et al. Reassessment of the cutoff values of waist circumference and visceral fat area for identifying Japanese subjects at risk for the metabolic syndrome. *Diabetes Res Clin Pract*. mars 2008;79(3):474-81.
 21. Examination Committee of Criteria for « Obesity Disease » in Japan, Japan Society for the Study of Obesity. New criteria for « obesity disease » in Japan. *Circ J Off J Jpn Circ Soc*. nov 2002;66(11):987-92.
 22. Zhou B-F, Cooperative Meta-Analysis Group of the Working Group on Obesity in China. Predictive values of body mass index and waist circumference for risk factors of certain related diseases in Chinese adults--study on optimal cut-off points of body mass index and waist circumference in Chinese adults. *Biomed Environ Sci BES*. mars 2002;15(1):83-96.
 23. McElroy SL. Obesity in patients with severe mental illness: overview and management. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 3:12-21.
 24. Holt RIG, Peveler RC. Obesity, serious mental illness and antipsychotic drugs. *Diabetes Obes Metab*. juill 2009;11(7):665-79.
 25. Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, Wagner JA. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med*. avr

- 2008;70(3):288-97.
26. Scott KM, McGee MA, Wells JE, Oakley Browne MA. Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res.* janv 2008;64(1):97-105.
 27. Coodin S. Body mass index in persons with schizophrenia. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* août 2001;46(6):549-55.
 28. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Body mass index and quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 1 juill 2003;62(1-2):73-6.
 29. Maina G, Salvi V, Vitalucci A, D'Ambrosio V, Bogetto F. Prevalence and correlates of overweight in drug-naïve patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* sept 2008;110(1-2):149-55.
 30. McIntyre RS, Konarski JZ, Wilkins K, Soczynska JK, Kennedy SH. Obesity in bipolar disorder and major depressive disorder: results from a national community health survey on mental health and well-being. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* avr 2006;51(5):274-80.
 31. Simon GE, Ludman EJ, Linde JA, Operskalski BH, Ichikawa L, Rohde P, et al. Association between obesity and depression in middle-aged women. *Gen Hosp Psychiatry.* févr 2008;30(1):32-9.
 32. Citrome L. Risk-benefit analysis of available treatments for schizophrenia. *Psychiatric Times* 2007;1:27-30.
 33. Haddad PM, Sharma SG. Adverse effects of atypical antipsychotics : differential risk and clinical implications. *CNS Drugs.* 2007;21(11):911-36.
 34. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs.* 2005;19 Suppl 1:1-93.
 35. McIntyre RS, Konarski JZ, Misener VL, Kennedy SH. Bipolar disorder and diabetes mellitus: epidemiology, etiology, and treatment implications. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr.* juin 2005;17(2):83-93.
 36. McIntyre RS, Soczynska JK, Konarski JZ, Kennedy SH. The effect of antidepressants on glucose homeostasis and insulin sensitivity: synthesis and mechanisms. *Expert Opin Drug Saf.* janv 2006;5(1):157-68.
 37. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. *Biol Psychiatry.* 1 août 2003;54(3):330-7.
 38. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *J Clin Psychiatry.* févr 2004;65(2):267-72.
 39. Scheen AJ, van Winkel R, De Hert MA. Traitements neuroleptiques et troubles

- metaboliques. Médecine des maladies Métaboliques 2008;2:593-9.
40. OMS : rapport mondial sur le diabète.
 41. Scheen AJ, De Hert MA. Abnormal glucose metabolism in patients treated with antipsychotics. *Diabetes Metab.* juin 2007;33(3):169-75.
 42. Holt RIG, Bushe C, Citrome L. Diabetes and schizophrenia 2005: are we any closer to understanding the link? *J Psychopharmacol Oxf Engl.* nov 2005;19(6 Suppl):56-65.
 43. De Hert M, van Winkel R, Van Eyck D, Hanssens L, Wampers M, Scheen A, et al. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH.* 27 juin 2006;2:14.
 44. Eaton WW, Armenian H, Gallo J, Pratt L, Ford DE. Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population-based study. *Diabetes Care.* oct 1996;19(10):1097-102.
 45. Brown LC, Majumdar SR, Newman SC, Johnson JA. History of depression increases risk of type 2 diabetes in younger adults. *Diabetes Care.* mai 2005;28(5):1063-7.
 46. Golden SH, Lazo M, Carnethon M, Bertoni AG, Schreiner PJ, Diez Roux AV, et al. Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *JAMA.* 18 juin 2008;299(23):2751-9.
 47. Rubin RR, Ma Y, Marrero DG, Peyrot M, Barrett-Connor EL, Kahn SE, et al. Elevated depression symptoms, antidepressant medicine use, and risk of developing diabetes during the diabetes prevention program. *Diabetes Care.* mars 2008;31(3):420-6.
 48. Fiche mémo HAS : Principales dyslipidémies, stratégies de prise en charge.
 49. Osborn DPJ, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A, King MB. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Arch Gen Psychiatry.* févr 2007;64(2):242-9.
 50. Meyer JM, Davis VG, Goff DC, McEvoy JP, Nasrallah HA, Davis SM, et al. Change in metabolic syndrome parameters with antipsychotic treatment in the CATIE Schizophrenia Trial: prospective data from phase 1. *Schizophr Res.* avr 2008;101(1-3):273-86.
 51. van Winkel R, De Hert M, Wampers M, Van Eyck D, Hanssens L, Scheen A, et al. Major changes in glucose metabolism, including new-onset diabetes, within 3 months after initiation of or switch to atypical antipsychotic medication in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry.* mars 2008;69(3):472-9.
 52. Wu R-R, Zhao J-P, Liu Z-N, Zhai J-G, Guo X-F, Guo W-B, et al. Effects of

- typical and atypical antipsychotics on glucose-insulin homeostasis and lipid metabolism in first-episode schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)*. juill 2006;186(4):572-8.
53. Grundy SM. Metabolic syndrome: connecting and reconciling cardiovascular and diabetes worlds. *J Am Coll Cardiol*. 21 mars 2006;47(6):1093-100.
 54. Grundy SM. Obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular disease. *J Clin Endocrinol Metab*. juin 2004;89(6):2595-600.
 55. Laaksonen DE, Lakka H-M, Niskanen LK, Kaplan GA, Salonen JT, Lakka TA. Metabolic syndrome and development of diabetes mellitus: application and validation of recently suggested definitions of the metabolic syndrome in a prospective cohort study. *Am J Epidemiol*. 1 déc 2002;156(11):1070-7.
 56. Pothiwala P, Jain SK, Yaturu S. Metabolic syndrome and cancer. *Metab Syndr Relat Disord*. août 2009;7(4):279-88.
 57. Giovannucci E. Metabolic syndrome, hyperinsulinemia, and colon cancer: a review. *Am J Clin Nutr*. 2007;86(3):s836-842.
 58. Moebus S, Stang A. [The metabolic syndrome -- a controversial diagnostic concept]. *Herz*. oct 2007;32(7):529-40.
 59. Pacholczyk M, Ferenc T, Kowalski J. [The metabolic syndrome. Part I: definitions and diagnostic criteria for its identification. Epidemiology and relationship with cardiovascular and type 2 diabetes risk]. *Postepy Hig Med Doswiadczalnej Online*. 16 oct 2008;62:530-42.
 60. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*. 25 oct 2005;112(17):2735-52.
 61. De Hert MA, van Winkel R, Van Eyck D, Hanssens L, Wampers M, Scheen A, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication. *Schizophr Res*. mars 2006;83(1):87-93.
 62. Saari KM, Lindeman SM, Viilo KM, Isohanni MK, Järvelin M-R, Laurén LH, et al. A 4-fold risk of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *J Clin Psychiatry*. mai 2005;66(5):559-63.
 63. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res*. 1 déc 2005;80(1):19-32.
 64. Meyer JM, Stahl SM. The metabolic syndrome and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. janv 2009;119(1):4-14.

65. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Benabarre A, Sierra P, Perez J, Rodriguez A, et al. The prevalence of metabolic syndrome in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* févr 2008;106(1-2):197-201.
66. Basu R, Brar JS, Chengappa KNR, John V, Parepally H, Gershon S, et al. The prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizoaffective disorder-bipolar subtype. *Bipolar Disord.* août 2004;6(4):314-8.
67. DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* févr 2011;10(1):52-77.
68. World Health Organization. *The world health report 2003: shaping the future.* Geneva: World Health Organization, 2003.
69. Smith SC, Amsterdam E, Balady GJ, Bonow RO, Fletcher GF, Froelicher V, et al. Prevention Conference V: Beyond secondary prevention: identifying the high-risk patient for primary prevention: tests for silent and inducible ischemia: Writing Group II. *Circulation.* 4 janv 2000;101(1):E12-16.
70. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* juill 2009;66(7):713-20.
71. Brown ADH, Barton DA, Lambert GW. Cardiovascular abnormalities in patients with major depressive disorder: autonomic mechanisms and implications for treatment. *CNS Drugs.* 2009;23(7):583-602.
72. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J.* déc 2005;150(6):1115-21.
73. Bresee LC, Majumdar SR, Patten SB, Johnson JA. Prevalence of cardiovascular risk factors and disease in people with schizophrenia: a population-based study. *Schizophr Res.* mars 2010;117(1):75-82.
74. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley MA. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA.* 9 juill 2003;290(2):215-21.
75. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* juill 2002;23(1):51-61.
76. Khawaja IS, Westermeyer JJ, Gajwani P, Feinstein RE. Depression and coronary artery disease: the association, mechanisms, and therapeutic implications. *Psychiatry Edgmont Pa Townsh.* janv 2009;6(1):38-51.
77. Blumenthal JA. Depression and coronary heart disease: association and implications for treatment. *Cleve Clin J Med.* mars 2008;75 Suppl 2:S48-53.

78. Lin H-C, Hsiao F-H, Pfeiffer S, Hwang Y-T, Lee H-C. An increased risk of stroke among young schizophrenia patients. *Schizophr Res.* avr 2008;101(1-3):234-41.
79. Curkendall SM, Mo J, Glasser DB, Rose Stang M, Jones JK. Cardiovascular disease in patients with schizophrenia in Saskatchewan, Canada. *J Clin Psychiatry.* mai 2004;65(5):715-20.
80. Lin H-C, Tsai S-Y, Lee H-C. Increased risk of developing stroke among patients with bipolar disorder after an acute mood episode: a six-year follow-up study. *J Affect Disord.* juin 2007;100(1-3):49-54.
81. Nilsson FM, Kessing LV. Increased risk of developing stroke for patients with major affective disorder--a registry study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* déc 2004;254(6):387-91.
82. Larson SL, Owens PL, Ford D, Eaton W. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke: thirteen-year follow-up from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Stroke.* sept 2001;32(9):1979-83.
83. Glassman AH, Bigger JT. Antipsychotic drugs: prolonged QTc interval, torsade de pointes, and sudden death. *Am J Psychiatry.* nov 2001;158(11):1774-82.
84. Witchel HJ, Hancox JC, Nutt DJ. Psychotropic drugs, cardiac arrhythmia, and sudden death. *J Clin Psychopharmacol.* févr 2003;23(1):58-77.
85. Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *N Engl J Med.* 15 janv 2009;360(3):225-35.
86. Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM, et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* août 2004;161(8):1334-49.
87. Extrapiramidal syndrom, anticholinergic effects and orthostatic hypotension induced by antipsychotic drugs under everyday practice conditions in Italy: the PPHSS Study.
88. Casey DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med.* avr 2005;118 Suppl 2:15S-22S.
89. Février R., Bryssine S., Valon D., Comorbidités somatiques en psychiatrie, *Santé mentale*, n°90, Septembre 2004, p.29-35.
90. Gold KJ, Kilbourne AM, Valenstein M. Primary care of patients with serious mental illness: your chance to make a difference. *J Fam Pract.* août 2008;57(8):515-25.
91. Saravane D, Fève B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. [Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness]. *L'Encephale.* sept 2009;35(4):330-9.

92. Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health*. janv 2001;91(1):31-7.
93. Loftis JM, Matthews AM, Hauser P. Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management. *Drugs*. 2006;66(2):155-74.
94. Volavka J, Convit A, Czobor P, Douyon R, O'Donnell J, Ventura F. HIV seroprevalence and risk behaviors in psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. nov 1991;39(2):109-14.
95. Stewart DL, Zuckerman CJ, Ingle JM. HIV seroprevalence in a chronically mentally ill population. *J Natl Med Assoc*. juill 1994;86(7):519-23.
96. Ayuso-Mateos JL, Montañés F, Lastra I, Picazo de la Garza J, Ayuso-Gutiérrez JL. HIV infection in psychiatric patients: an unlinked anonymous study. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. févr 1997;170:181-5.
97. Meyer JM. Prevalence of hepatitis A, hepatitis B, and HIV among hepatitis C-seropositive state hospital patients: results from Oregon State Hospital. *J Clin Psychiatry*. mai 2003;64(5):540-5.
98. Klinkenberg WD, Caslyn RJ, Morse GA, Yonker RD, McCudden S, Ketema F, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B, and hepatitis C among homeless persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Compr Psychiatry*. août 2003;44(4):293-302.
99. Filik R, Sipos A, Kehoe PG, Burns T, Cooper SJ, Stevens H, et al. The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. avr 2006;113(4):298-305.
100. Kendrick T. Cardiovascular and respiratory risk factors and symptoms among general practice patients with long-term mental illness. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. déc 1996;169(6):733-9.
101. Ohta Y, Nakane Y, Mine M, Nakama I, Michitsuji S, Araki K, et al. The epidemiological study of physical morbidity in schizophrenics--2. Association between schizophrenia and incidence of tuberculosis. *Jpn J Psychiatry Neurol*. mars 1988;42(1):41-7.
102. Mishin Vlu, Shevchuk Elu, Tsygankov BD et al. New-onset pulmonary tuberculosis patients with schizophrenia: course and efficiency of treatment. *Probl Tuberk Bolezn Legk* 2008;6:6-10.
103. Himelhoch S, Lehman A, Kreyenbuhl J, Daumit G, Brown C, Dixon L. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness. *Am J Psychiatry*. déc 2004;161(12):2317-9.
104. Copeland LA, Mortensen EM, Zeber JE et al. Pulmonary disease among inpatient decedents: impact of schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol*

Biol Psychiatry 2007;31:720-6.

105. Volkov VP. [Respiratory diseases as a cause of death in schizophrenia]. Probl Tuberk Bolezn Legk. 2009;(6):24-7.
106. Ozbilen M, Adams CE. Systematic overview of Cochrane reviews for anticholinergic effects of antipsychotic drugs. J Clin Psychopharmacol. avr 2009;29(2):141-6.
107. Vernay J. Quetiapine-induced ischemic colitis. A case report. Presse Medicale Paris Fr 1983. mai 2015;44(5):538-41.
108. De Hert M, Hudyana H, Dockx L, Bernagie C, Sweers K, Tack J, et al. Second-generation antipsychotics and constipation: a review of the literature. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. janv 2011;26(1):34-44.
109. Micha BarChana, Journal of Affective Disorders 108 (2008) 43–48 ; Enhanced cancer risk among patients with bipolar disorder.
110. Barak Y, Achiron A, Mandel M, Mirecki I, Aizenberg D. Reduced cancer incidence among patients with schizophrenia. Cancer. 15 déc 2005;104(12):2817-21.
111. Cohen M, Dembling B, Schorling J. The association between schizophrenia and cancer: a population-based mortality study. Schizophr Res 2002;57:139-46.
112. Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C, Parker C. Risk of malignancy in patients with schizophrenia or bipolar disorder: nested case-control study. Arch Gen Psychiatry. déc 2007;64(12):1368-76.
113. Macdonald S, Halliday J, MacEWAN T, Sharkey V, Farrington S, Wall S, et al. Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction. Case-control study. Br J Psychiatry J Ment Sci. janv 2003;182:50-6.
114. Smith SM, O'Keane V, Murray R. Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. Br J Psychiatry J Ment Sci. juill 2002;181:49-55.
115. Kasperek-Zimowska B, Brodniak WA, Sarol-Kulka A. [Sexual disorders in schizophrenia--overview of research literature]. Psychiatr Pol. févr 2008;42(1):97-104.
116. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. Clin Psychol Rev. nov 2009;29(7):573-85.
117. Williams K, Reynolds MF. Sexual dysfunction in major depression. CNS Spectr. août 2006;11(8 Suppl 9):19-23.
118. Peuskens J, Pani L, de Hert M et al. Antipsychotics and hyperprolactinemia. Unpublished paper.

119. Baggaley M. Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. *Hum Psychopharmacol.* avr 2008;23(3):201-9.
120. Lee KU, Lee YM, Nam JM et al. Antidepressant-induced sexual dysfunction among newer antidepressants in a naturalistic setting. *Psychiatry Investig* 2010;7:55-9.
121. Montgomery SA, Baldwin DS, Riley A. Antidepressant medications: a review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction. *J Affect Disord.* mai 2002;69(1-3):119-40.
122. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 3:10-21.
123. Misra M, Papakostas GI, Klibanski A. Effects of psychiatric disorders and psychotropic medications on prolactin and bone metabolism. *J Clin Psychiatry.* déc 2004;65(12):1607-18; quiz 1590, 1760-1.
124. Lean M, De Smedt G. Schizophrenia and osteoporosis. *Int Clin Psychopharmacol.* janv 2004;19(1):31-5.
125. Clark DB. Dental care for the patient with bipolar disorder. *J Can Dent Assoc.* janv 2003;69(1):20-4.
126. Lewis S, Jagger RG, Treasure E. The oral health of psychiatric in-patients in South Wales. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent.* oct 2001;21(5):182-6.
127. Thomas A, Lavrentzou E, Karouzos C, Kontis C. Factors which influence the oral condition of chronic schizophrenia patients. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent.* avr 1996;16(2):84-6.
128. Velasco E, Machuca G, Martinez-Sahuquillo A, Rios V, Lacalle J, Bullón P. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent.* déc 1997;17(6):203-6.
129. Hede B. Dental health behavior and self-reported dental health problems among hospitalized psychiatric patients in Denmark. *Acta Odontol Scand.* févr 1995;53(1):35-40.
130. British Society for Disability and Oral Health. Oral health care for people with mental health problems – guidelines and recommendations. www.bsdh.org.uk.
131. Friedlander AH, Friedlander IK, Marder SR. Bipolar I disorder: psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc* 1939. sept 2002;133(9):1209-17.

132. Mantelet S., Sabran-Guillin V., Hardy P. (1998). Epidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques, EMC, psychiatrie [37-402-A-10] ,1998.
133. Besnard I, et al. Hyperprolactinémies induites par les antipsychotiques : physiopathologie, clinique et surveillance. Encéphale (2013), doi:10.1016/j.encep.2012.03.002.
134. Flanagan RJ, Dunk L. Haematological toxicity of drugs used in psychiatry. Hum Psychopharmacol. janv 2008;23 Suppl 1:27-41.
135. Movig KLL, Leufkens HGM, Lenderink AW, van den Akker VGA, Hodiament PPG, Goldschmidt HMJ, et al. Association between antidepressant drug use and hyponatraemia: a case-control study. Br J Clin Pharmacol. avr 2002;53(4):363-9.
136. Wright SK, Schroeter S. Hyponatremia as a complication of selective serotonin reuptake inhibitors. J Am Acad Nurse Pract. janv 2008;20(1):47-51.
137. Corruble E., Hardy P., Observance du traitement en psychiatrie, EncyclMédChir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie, 37-860-A-60, 2003,6p.
138. Millar H. Management of physical health in schizophrenia: a stepping stone to treatment success. Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol. mai 2008;18 Suppl 2:S121-128.
139. WPA : Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level.
140. <http://www.anp3sm.com/qui-sommes-nous.html>.
141. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique.
142. Document de travail de la GHT Ile de France sur le suivi somatique intra et extra hospitalier des patients psychiatriques.

RÉSUMÉ

- Introduction :

Les patients psychiatriques sont à risque de nombreuses comorbidités somatiques. La plupart de ces comorbidités sont liées à des facteurs de risque modifiables. Il existe des recommandations récentes sur le sujet. L'objectif de cette étude est d'évaluer le suivi somatique réalisé, pour ces patients, par les médecins généralistes des 7^{ème}, 8^{ème} et 17^{ème} arrondissements de Paris

- Méthode :

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale déclarative. La liste et l'adresse des médecins sélectionnés ont été élaborées à partir des pages jaunes numériques. Le questionnaire a évalué les différents éléments nécessaires d'un suivi de qualité selon les recommandations en vigueur, et comprends deux questions ouvertes sur les défis et pistes d'amélioration pour la prise en charge de ces patients.

- Résultats :

Le taux de réponse au questionnaire est de 18%. Les patients psychiatriques sont fréquemment vus, les différents paramètres de santé clinique sont régulièrement relevés hormis le poids et l'IMC, un bilan biologique est régulièrement prescrit, un ECG est rarement pratiqué pour ces patients, l'orientation vers les spécialistes somatiques n'est pas systématique, la correspondance avec les psychiatres est plutôt pauvre. Concernant les défis et les pistes d'amélioration, apparaît en prédominance la nécessité de mieux correspondre avec les psychiatres.

- Conclusion :

Nombre de pratiques sont en accord avec les recommandations. Cependant une sensibilisation sur la nécessité d'une surveillance pondérale et ECG plus fréquente, le recours plus systématique aux spécialistes somatiques, et une meilleure correspondance avec les psychiatres est souhaitable.

- Mots-Clés :

Maladies mentales, Médicaments psychotropes, Bipolaire, Syndrome dépressif majeur, Schizophrénie, Comorbidités, Suivi somatique, Prise en charge globale

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'école de Médecine
75270 Paris Cedex 06**