



HAL
open science

Accès aux soins somatiques et stigmatisation des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères

Marine Fiton

► **To cite this version:**

Marine Fiton. Accès aux soins somatiques et stigmatisation des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02945713

HAL Id: dumas-02945713

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02945713>

Submitted on 22 Sep 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n°3065

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux le 15 juillet 2020 par

Marine FITON

Née le 17 décembre 1993 à Talence (33)

**Accès aux soins somatiques et stigmatisation des patients
souffrant de pathologies psychiatriques sévères**

Directeur de thèse

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Membres du jury

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Présidente

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge

Monsieur le Professeur Cédric GALERA, Juge

Madame le Docteur Marlène JUILLARD, Juge

Madame le Docteur Jocelyne LENGRONNE, Rapporteur

REMERCIEMENTS

A mes parents, je ne vous remercierai jamais assez pour tout votre soutien et votre amour. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir encouragée dans mon choix de la psychiatrie, ainsi que d'y porter de l'intérêt. Je n'ai pas de mots pour vous remercier de tout ce que vous faites, et avez fait, pour Nico et moi. A mon père et tous nos moments passés dans les stades de rugby, à ma mère et notre attachement si profond aux animaux.

A mon petit frère Nicolas, et à tous nos moments passés ensemble. Bravo pour ton parcours, je suis particulièrement fière de toi. Continue de profiter autant, la tête dans les nuages aux commandes de ton avion !

A ma grand-mère Déda, et ta gentillesse. A mon grand-père Babert, et toutes tes anecdotes médicales.

A papi Dédé, à ton humour que parfois toi seul comprenait, à ta gentillesse, à nos longues discussions rugbystiques. A mamie Mutti, à ta bienveillance, à l'intérêt que tu as toujours porté à mes études, et à ton courage admirable au cours de cette dernière année. Ces deux hivers ont été éprouvants, vous nous manquez bien trop. J'espère que vous seriez fiers de moi. Je vous dédie cette thèse.

A mes oncles, mes tantes, mes cousins, mes cousines, malgré la distance je savoure chaque moment passé avec vous. A mon cousin Dorian et sa chère et tendre, je vous souhaite plein de bonheur.

A Sylvie et Pascal, merci de m'avoir si gentiment accueillie au sein de votre famille.

A mes amis rencontrés au collège, Mathilde et Benjamin, malgré la distance qui nous sépare vous m'êtes toujours aussi précieux. Mathilde, à nos interminables bavardages, à nos retrouvailles au bord de l'eau ! Les années passent, la distance est là, mais notre amitié reste inchangée. Benjamin, je suis ravie de te compter parmi mes meilleurs amis (et j'admire ton soutien sans faille aux clermontois !!).

A mes amies, également de longue date, Jessica et Caroline. A nos souvenirs écossais et à tous nos moments, passés et à venir, partagés autour de notre passion commune. Je vous remercie également pour le soutien que vous m'avez apporté au cours de ces longues études, et je suis heureuse de vous avoir à mes côtés !

A Clémentine, Camille, Anne-Claire, Alex, Laurie, Virginie, rencontrées dès la P2 et devenues très rapidement de supers copines ! Je suis tellement heureuse de vous compter parmi mes amies. Vous avez égayé ces longues années de médecine, et l'on peut dire que nous avons « grandi »

ensemble ! A nos « copinades », et aux années à venir. Je vous souhaite à toutes d'être épanouies et heureuses dans vos nouvelles vies, mais je sais que nos chemins ne seront jamais bien éloignés !!

A mes amis Marion et Jean, Aurélien, Thais, Sarah, nous avons passé de supers moments ensemble, et je suis sûre que cela n'est pas terminé !

Aux belles rencontres de l'internat, Arthur et Rachel, devenus de très bons amis.

Un grand merci à mes co-internes Yann, Anthony et Yoann, de m'avoir accompagnée au cours de ces semestres. Je garde en mémoire votre bonne humeur et votre bienveillance ! Je vous souhaite le meilleur pour la suite.

A toutes les personnes formidables rencontrées dans les pensions équestres au cours de mes multiples déménagements. Merci à Florence, Caroline, Sophie et Sabrina d'avoir été, et d'être, de si bonnes gardiennes pour mon poney. Un chaleureux remerciement à Laureline pour tes cours géniaux et ton précieux soutien.

Je tiens à écrire un mot pour mes amis à quatre pattes, si précieux à mes yeux. A mes chats et mes chiens. A Pinpinou ma petite étoile, qui m'a accompagnée tout au long de mes études et qui me manque lui aussi. A nos petits Gribouille et Pistache.

Et bien évidemment à mon poney Braou, rencontre coup de cœur, qui occupe une place si importante pour moi et qui a tout simplement révolutionné ma vie.

Et enfin, à Anthony. Merci, tout simplement, d'avoir transformé ma vie. Merci de m'être d'un tel soutien, de m'apporter tant d'amour, de rire et de bonheur. A notre complicité, et à nos projets ensemble. Je suis fière de toi. Je te dédie également cette thèse.

A tous les médecins et toutes les équipes soignantes qui m'ont accueillie en stage pendant cet internat, et qui m'ont confortée dans mon choix de la psychiatrie : le Dr Mallet-Pinsolle au CAP de Dax, le Dr Vergnolle et le Pr Tournier à Carreire 3 et le Dr Glenisson à l'UISG à Bordeaux, les Dr Diennet, Delage et Courat en addictologie à Périgueux. J'ai eu beaucoup de chance d'avoir pu apprendre auprès de chacun d'entre vous. Je tiens à remercier particulièrement les Dr Lengronne, Guerinet, Legigan et Juillard, toute l'équipe soignante, ainsi qu'Elodie et les Valérie, pour votre accueil chaleureux au sein de l'unité Broca à Cadillac. J'ai énormément apprécié ce stage (prolongé !) qui a confirmé mon intérêt pour les unités fermées.

AU RAPPORTEUR

Madame le Docteur Jocelyne LENGRONNE

Praticien Hospitalier

Cheffe du pôle A, Centre Hospitalier Spécialisé de Cadillac.

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, j'en suis très honorée. Je tenais à vous remercier de votre implication, de votre temps et de l'attention que vous avez portée à mon travail. J'ai eu la chance de travailler au sein de votre service et d'apprécier vos qualités professionnelles, votre gentillesse et votre bienveillance. Je vous remercie également pour les connaissances que vous m'avez apportées. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

AUX MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Neurosciences,

Responsable du Centre de Référence Régional des Pathologies Anxieuses et de la Dépression

Coordinateur du DES de psychiatrie,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Je n'ai pas eu la chance de travailler à vos côtés, mais j'ai pu bénéficier de la richesse de vos enseignements lors des cours de D.E.S., ainsi que de vos qualités professionnelles et pédagogiques. En tant que tuteur et coordinateur de D.E.S., j'ai pu apprécier vos qualités humaines, votre bienveillance et votre disponibilité. Veuillez accepter ces mots de reconnaissance et de profond respect.

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Epidémiologie,

Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA),

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Au cours de mon internat, je n'ai pas eu la chance de travailler à vos côtés. Néanmoins, j'ai pu apprécier la richesse de votre enseignement, ainsi que vos qualités humaines et pédagogiques lors des cours de D.E.S. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Marlène JUILLARD

Praticien Hospitalier

Centre Hospitalier Spécialisé de Cadillac.

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. J'ai eu la chance de te rencontrer dès mon externat, puis de te retrouver lors de mes stages d'internat à Bordeaux et Cadillac ! J'apprécie beaucoup ta gentillesse, ta bienveillance et ta disponibilité ainsi que tes qualités professionnelles. Je suis ravie que tu sois présente lors de cette soutenance, et j'espère que nos chemins se croiseront de nouveau !

A MA DIRECTRICE DE THESE

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Epidémiologie,

Cheffe du Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte (UNIVA),

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je suis très honorée que vous ayez accepté de diriger ce travail de thèse, ainsi que de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet. J'ai eu la chance de passer en stage dans votre pôle à plusieurs reprises au cours de mon externat et de mon internat, et de bénéficier de la richesse de votre enseignement lors des bibliographies, des cours de D.E.S. et de D.U. Je tenais également à vous remercier pour votre disponibilité, vos précieux conseils et votre accompagnement tout au long de ce travail, ainsi que pour les encouragements et la bienveillance portée à mon égard. Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude et mon profond respect.

A LA PRESIDENTE DU JURY :

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Epidémiologie,

Pôle universitaire de psychiatrie adulte (UNIVA),

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury, j'en suis très honorée. J'ai eu la chance de passer un semestre très enrichissant au sein de votre unité, et de bénéficier de la transmission de votre savoir, de votre expérience clinique ainsi que de vos précieux conseils. Merci pour la bienveillance et la sympathie dont vous avez fait preuve à mon égard. J'ai également pu apprécier la richesse de vos enseignements lors des cours de D.E.S. ou de D.U. Je vous prie d'accepter l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Sommaire

1	Introduction	10
2	Etat de santé somatique des patients atteints de troubles psychiatriques.....	12
2.1	Données de la littérature concernant les comorbidités somatiques.....	12
2.1.1	Comorbidités cardiovasculaires	12
2.1.1.1	Syndrome métabolique.....	12
2.1.1.2	Obésité	12
2.1.1.3	Diabète	13
2.1.1.4	Dyslipidémies.....	13
2.1.1.5	Hypertension artérielle.....	13
2.1.1.6	Maladies cardiovasculaires.....	14
2.1.2	Pathologies tumorales.....	15
2.1.3	Maladies respiratoires.....	16
2.1.3.1	Syndrome d'apnées obstructives du sommeil	16
2.1.3.2	Broncho-pneumopathie obstructive	16
2.1.3.3	Autres pathologies pulmonaires	17
2.1.4	Maladies endocriniennes	18
2.1.5	Pathologies rhumatologiques.....	18
2.1.6	Maladies digestives	18
2.1.7	Pathologies infectieuses.....	19
2.1.8	Pathologies ORL et stomatologiques.....	19
2.1.9	Pathologies neurologiques.....	20
2.1.10	Pathologies addictives.....	20
2.2	Données de la littérature concernant l'espérance de vie et la mortalité	21
2.2.1	Etat des lieux à l'international.....	21
2.2.1.1	Taux de mortalité	21
2.2.1.2	Espérance de vie et années potentielles de vie perdues	22
2.2.1.3	Evolution temporelle de la réduction d'espérance de vie	23
2.2.2	Etat des lieux en France.....	25
2.3	Données de la littérature concernant les causes de décès	25
2.3.1	Etat des lieux à l'international.....	25
2.3.2	Etat des lieux en France.....	29
2.3.3	Synthèse	30

3	Accès aux soins somatiques et disparités dans les prises en charge	30
3.1	Disparités dans l'accès aux soins de santé somatique	30
3.1.1	Utilisation des services de santé et qualité des soins	30
3.1.2	Recours à la médecine générale.....	32
3.2	Inégalités dans les prises en charge	36
3.2.1	Pathologies cancéreuses	36
3.2.1.1	Dépistage.....	36
3.2.1.2	Diagnostic et traitement.....	39
3.2.2	Pathologies cardiovasculaires	45
3.2.2.1	Diagnostic et dépistage	45
3.2.2.2	Diabète, hypertension artérielle et dyslipidémies	48
3.2.2.3	Pathologies cardiaques.....	49
3.2.2.4	Pathologies vasculaires cérébrales.....	53
3.2.3	Pathologies respiratoires.....	54
3.2.4	Prise en charge de la douleur	55
3.2.5	Fin de vie et soins palliatifs.....	55
4	Rappel des concepts de la stigmatisation	59
4.1	Etymologie	59
4.2	Définitions.....	59
4.3	Les fondements du concept de stigmatisation	60
4.4	Modèles conceptuels actuels de la stigmatisation.....	61
5	Discussion.....	62
5.1	Hypothèses quant aux disparités de prise en charge.....	62
5.1.1	Facteurs inhérents au système de soin	62
5.1.2	Facteurs inhérents aux patients et au trouble psychiatrique	62
5.1.3	Facteurs inhérents aux professionnels de santé	63
5.2	Stigmatisation par les professionnels de santé somatique	64
6	Conclusion	68
7	Références bibliographiques	70

1 Introduction

Longtemps, la santé physique des patients souffrant de troubles psychiatriques a été méconnue et ignorée par les professionnels de santé, du fait de préjugés, de défauts de connaissances, ou de difficultés de repérage. La préoccupation principale des pouvoirs publics et des médecins semblait effectivement focalisée sur la surmortalité par suicide. Pourtant, maladies somatiques et psychiatriques semblent être fréquemment associées, et les pathologies organiques sont semblables à celles retrouvées en population générale. Ces constats soulignent la nécessité de considérer la santé physique comme une composante non négligeable de la prise en charge globale des patients souffrant de troubles psychiatriques, qui nécessitent un suivi somatique et des mesures de prévention renforcées et adaptées. Par ailleurs, la stigmatisation envers les maladies psychiatriques a de tout temps existé au sein de la société. Les discriminations qu'elle entraîne, et les conséquences personnelles, familiales, professionnelles, et médicales qui en découlent, représentent un problème majeur pour ces patients. Au cours de la pratique clinique, les psychiatres sont régulièrement confrontés à des préjugés concernant la maladie psychiatrique, interférant dans les soins somatiques, de manière plus ou moins prononcée, avec des conséquences parfois graves pour la santé des patients.

A travers ce travail de thèse, sera réalisée une revue de la littérature non exhaustive autour de l'accès aux soins somatiques des patients vivant avec une pathologie psychiatrique. Nous aborderons également la stigmatisation de ces personnes par les somaticiens eux-mêmes. Nous nous concentrerons particulièrement sur les maladies psychiatriques les plus sévères, comme le trouble bipolaire et la schizophrénie.

La première partie dressera un état des lieux de la santé physique de ce groupe de patients. Nous évoquerons les comorbidités somatiques associées, et leur prévalence par rapport à la population générale. Alors que l'espérance de vie en population générale s'est accrue au cours de ces dernières années, qu'en est-il de celle des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique ? Quelles sont les causes principales de décès dans cette population ? Ces questions seront également abordées au sein de cette partie inaugurale.

Dans la deuxième partie, nous décrirons les disparités dans l'accès aux soins somatiques ambulatoires et hospitaliers, ainsi que dans la qualité des soins prodigués aux personnes vivant avec une maladie psychiatrique. De plus, nous évoquerons les inégalités dans les prises en charge spécifiques, au travers les principales maladies organiques comorbides aux troubles psychiatriques.

La troisième partie présentera succinctement les origines du concept de la stigmatisation, ainsi que les principaux modèles sociologiques.

Enfin, dans une quatrième et dernière partie, nous discuterons des différents obstacles pouvant expliquer les résultats retrouvés dans ce travail de thèse. La question de la stigmatisation par les professionnels de santé somatique y sera également abordée.

2 Etat de santé somatique des patients atteints de troubles psychiatriques

2.1 Données de la littérature concernant les comorbidités somatiques

2.1.1 Comorbidités cardiovasculaires

2.1.1.1 Syndrome métabolique

En dépit des disparités existant entre les différentes définitions du syndrome métabolique, il est admis que ses principales caractéristiques incluent l'obésité abdominale, l'hypertension, les dyslipidémies et un taux élevé de glycémie (1). McEvoy et al (2) ont, en 2005, utilisé les données de l'étude « Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness » (CATIE) pour étudier le syndrome métabolique dans la schizophrénie. L'étude américaine CATIE est une étude multicentrique et prospective, qui évalue l'efficacité des antipsychotiques ainsi que leurs effets indésirables, chez près de 1500 patients atteints de schizophrénie. Les auteurs montraient une prévalence du syndrome métabolique de 36% chez les hommes malades contre 19,6% en population générale, et de 51,6% chez les femmes contre 25,1% en population générale.

Une revue de la littérature menée par De Hert et al (1) en 2011 a identifié, à partir de la base de données MEDLINE, 588 articles publiés entre 1966 et 2010. L'objectif était d'étudier les comorbidités somatiques dans la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, le trouble bipolaire et le trouble dépressif. La prévalence du syndrome métabolique chez les patients atteints de schizophrénie était très élevée (19,4% à 68% selon les études), tout comme chez les patients atteints de trouble schizo-affectif (42%) et de trouble bipolaire (22 à 30%).

2.1.1.2 Obésité

Le surpoids est défini par un Indice de Masse Corporelle (IMC) compris entre 25 et 29,9 kg/m², l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m² (3). Selon De Hert et al (1), les patients atteints de trouble psychiatrique sévère sont plus à risque de surpoids et d'obésité, y compris dans les phases précoces de la maladie, et qu'ils soient traités ou non par des psychotropes. Les auteurs précisait que le risque relatif d'obésité était de 2,8 à 3,5 chez les personnes atteintes de schizophrénie et de 1,2 à 1,5 chez les personnes souffrant de trouble bipolaire ou trouble dépressif récurrent. Dans l'étude CATIE dont s'inspiraient Mc Evoy et al (2), l'IMC moyen était de 29,7 kg/m².

2.1.1.3 Diabète

Dans une cohorte rétrospective menée au Royaume-Uni entre 2000 et 2012, Reilly et al (4) ont comparé les taux de prévalence de seize comorbidités somatiques entre une cohorte de 350 000 patients atteints de trouble psychiatrique sévère et la population générale. En 2000/2001, la prévalence du diabète était de 5,29% chez les sujets malades contre 3,53% dans la population générale. En 2011/2012, les taux de prévalence avaient augmenté dans les deux groupes, mais de manière nettement plus marquée chez les patients souffrant de maladie psychiatrique : 11,11% contre 5,55% en population générale.

Dans la revue de la littérature de 2011 (1), le risque de diabète de type 2 était deux à trois fois plus élevé chez les patients atteints de schizophrénie, de trouble bipolaire et de trouble schizo-affectif, et 1,2 à 2,6 fois plus élevé dans le cas des troubles dépressifs. Les études montraient que la prévalence du diabète chez les patients atteints de schizophrénie était multipliée par quatre à cinq selon les tranches d'âge.

2.1.1.4 Dyslipidémies

Goff et al (5) ont comparé en 2005, les données de l'étude CATIE avec des données en population générale américaine. Les sujets souffrant de schizophrénie bénéficiaient d'un traitement antipsychotique. Le taux de cholestérol total ne variait pas entre les deux groupes. Cependant, les patients atteints de schizophrénie avaient un taux de HDL-cholestérol plus bas que celui de la population générale : 43,7 mg/dl contre 49,3 mg/dl. Dans une méta-analyse incluant 136 études et réalisée par Vancampfort et al en 2013 (6), la prévalence de l'hypertriglycéridémie après plusieurs épisodes psychotiques était significativement plus élevée (prévalence de 39%) que chez les patients naïfs de traitement antipsychotique (prévalence de 23%) et que lors du premier épisode psychotique (prévalence de 10,5%). Après plusieurs épisodes et comparé à la population générale, le risque relatif d'hypertriglycéridémie était de 2,73, et celui d'avoir un taux bas de HDL-cholestérol était de 2,35.

Concernant le trouble bipolaire, la prévalence des dyslipidémies était de 23 à 38% dans la méta-analyse de De Hert et al (1). Dans une autre méta-analyse menée en 2014 et incluant treize études, Vancampfort et al (7), mettaient en évidence une légère augmentation du risque d'hypertriglycéridémie dans le trouble dépressif majeur (OR = 1,17), sans différence significative concernant les taux de HDL-cholestérol.

2.1.1.5 Hypertension artérielle

D'après De Hert et al (1), la prévalence de l'hypertension dans la schizophrénie était de 19 à 58% avec un risque relatif, par rapport à la population générale, de deux à trois. Dans le trouble bipolaire,

elle était de 35 à 61% avec un risque relatif identique. Dans l'étude CATIE (5), l'hypertension était plus fréquente chez les sujets atteints de schizophrénie (27%) que dans la population générale (17%). Selon Vacampfort et al (6), la prévalence, tous patients atteints de schizophrénie confondus, était de 36,3%. Après plusieurs épisodes psychotiques, ils avaient 1,36 fois plus de risque de présenter une hypertension que les sujets en population générale. Ayerbe et al (8) ont réalisé en 2017 une méta-analyse visant à étudier le risque de développer une hypertension dans le trouble bipolaire et la schizophrénie, ainsi que les différences de prise en charge. Cette étude de petite taille incluait dix articles. Le risque relatif était de 1,27 pour le trouble bipolaire, et non significatif dans la schizophrénie. Vacampfort et al (7) ne décrivaient eux pas de différence significative de la prévalence entre les sujets atteints de trouble dépressif majeur et la population générale.

2.1.1.6 Maladies cardiovasculaires

Dans la revue de littérature menée par De Hert et al (1), la prévalence des maladies cardiovasculaires était deux à trois fois plus élevée chez les patients atteints de schizophrénie et de trouble bipolaire que dans la population générale, en particulier chez les sujets jeunes. Les individus souffrant de dépression avaient 50% plus de risque de développer une maladie cardiovasculaire. Le risque relatif de maladie coronarienne, par rapport à la population générale, était de 2 à 3 chez les patients atteints de schizophrénie et de 2,1 chez les individus souffrant de trouble bipolaire ; celui d'infarctus du myocarde, chez les patients souffrant de dépression, variait entre 1,7 et 4,5. D'autre part, la survenue d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) était 1,5 à 2,9 fois plus fréquente chez les personnes souffrant de schizophrénie et 2,1 à 3,3 fois plus élevée dans le cas du trouble bipolaire.

Concernant la schizophrénie, Fan et al (9) ont réalisé en 2013 une méta-analyse incluant treize études publiées entre 2004 et 2013. Le risque de développer une maladie cardiovasculaire était 1,5 fois plus élevé chez ces patients que dans la population générale. Plus spécifiquement, les risques relatifs d'AVC et d'insuffisance cardiaque congestive étaient respectivement de 1,71 et 1,81. Le risque relatif de maladie coronarienne était de 1,20 mais non significatif. Après ajustement sur plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire (diabète, hypertension et hyperlipidémie), le risque demeurait plus élevé que dans la population générale. Selon Goff et al (5), le risque cardiovasculaire à dix ans était significativement plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie : 9,4% contre 7% chez les hommes et 6,3% contre 4,2% chez les femmes.

Wu et al (10) ont mené en 2015 une étude de cohorte taiwanaise incluant environ 70 000 sujets atteints de trouble bipolaire et schizophrénie et suivis durant 11 ans. En comparaison avec la population générale, l'âge moyen de survenue d'un infarctus du myocarde était presque 10 ans plus précoce chez les personnes souffrant de schizophrénie et 2,5 ans plus précoce dans le cas du trouble bipolaire. En moyenne, les infarctus du myocarde survenaient sept ans plus tôt dans la schizophrénie

par rapport au trouble bipolaire. Les hommes avaient, respectivement dans la schizophrénie et le trouble bipolaire, 1,15 et 1,37 fois plus de risque de survenue d'infarctus du myocarde. Les risques relatifs étaient plus élevés chez les femmes avec respectivement 1,85 dans la schizophrénie et 1,88 dans le trouble bipolaire. L'ajustement sur l'hypertension artérielle, le diabète et les dyslipidémies atténuait le risque relatif uniquement chez les hommes atteints de schizophrénie (RR de 0,98). Enfin, le risque cardiovasculaire était d'autant plus augmenté que les patients étaient jeunes ; par exemple dans la tranche d'âge 18-34 ans, il était presque doublé dans le cas de la schizophrénie, et triplé dans celui du trouble bipolaire.

2.1.2 Pathologies tumorales

Les différentes études révèlent des résultats contradictoires, que ce soit tous cancers confondus, ou par localisation spécifique (1, 11). Plusieurs travaux concluent à une majoration du risque de cancer chez les patients atteints de maladie psychiatrique sévère, tandis que d'autres retrouvent une réduction de risque ou bien un risque identique à celui de la population générale.

En 2014, Hung et al (12) ont réalisé une étude de cohorte taiwanaise, dans laquelle ils ont calculé les ratios standardisés d'incidence (*Standardized Incidence Ratios*, SIR) des cancers, afin de les comparer entre les sujets atteints de trouble bipolaire ou dépressif, et la population générale. Concernant le trouble bipolaire, le risque était augmenté chez les hommes et chez les femmes, avec un SIR global de 1,36. Le risque de développer un cancer était doublé chez les personnes atteintes de trouble dépressif, hommes et femmes confondus. De manière plus spécifique, les SIRs des cancers du sein et du poumon étaient augmentés dans ces deux pathologies psychiatriques. En 2017, Chen et al (13) ont également réalisé une étude à Taiwan afin d'étudier le risque de cancer chez les sujets jeunes et d'âge moyen, atteints de schizophrénie. L'incidence, tous cancers confondus, était légèrement plus élevée qu'en population générale (SIR de 1,15). Les hommes avaient une incidence significativement plus élevée (SIR = 1,48) de cancer colorectal, et les femmes de cancer du sein (SIR = 1,47).

Les résultats rapportés par Toender et al en 2018 (14) contredisaient ceux cités ci-dessus. La population danoise a été suivie de 1978 à 2018 grâce à des registres nationaux. Tous cancers confondus, le taux d'incidence était plus bas chez les hommes atteints de trouble psychiatrique sévère qu'en population générale (SIR = 0,89), tandis que les femmes avaient, elles, un risque identique à la population générale. En 2017, Li et al (15) ont réalisé une méta-analyse incluant seize études de cohorte. Il y avait une réduction significative du risque de survenue d'un cancer parmi les patients atteints de schizophrénie (RR = 0,90). De manière plus spécifique, l'étude retrouvait une diminution significative du risque de cancer colorectal (RR = 0,82) et prostatique (RR = 0,55). Selon Hippisley-Cox et al (16), le risque relatif de cancer pulmonaire pour les sujets souffrant de schizophrénie était de 0,53. Cette étude montrait par contre une augmentation du risque des cancers du sein et colorectal.

Les patients présentant un trouble bipolaire avaient, eux, un risque identique à celui de la population générale. Leucht et al (11) ont publié en 2007 une revue de la littérature visant à étudier les comorbidités somatiques dans la schizophrénie. Ils ont inclus 286 articles parus entre 1966 et 2006. Selon eux, il semblerait qu'une exception soit le cancer de la prostate, pour lequel presque toutes les études retrouvaient un risque réduit chez les sujets atteints de schizophrénie. De façon plus générale, plusieurs hypothèses ont été avancées concernant cette réduction des taux de cancers diagnostiqués: effet génétique protecteur de la schizophrénie (1, 11), effet protecteur de certains antipsychotiques (1, 11), moins de dépistage (1), décès avant l'âge attendu d'apparition de cancer, du fait de l'espérance de vie réduite des personnes souffrant de trouble psychiatrique (1), etc.

2.1.3 Maladies respiratoires

2.1.3.1 Syndrome d'apnées obstructives du sommeil

En 2016, Myles et al (17) ont réalisé une revue de la littérature visant à étudier la prévalence du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) dans la schizophrénie et le trouble schizo-affectif. Ils ont inclus cinq études qui semblaient toutefois présenter des biais de sélection. Le SAOS était commun dans les troubles psychotiques, avec une prévalence variant de 13,5% à 57,1%. Stubbs et al (18) ont réalisé en 2016 une méta-analyse incluant douze articles, ce qui représentait 570 000 patients atteints de troubles psychiatriques sévères (trouble bipolaire, schizophrénie et trouble dépressif majeur). Dans les études cliniques incluses, un quart des patients remplissaient les critères de SAOS. Celui-ci était plus fréquent dans le trouble dépressif majeur (prévalence de 36,3%) que dans le trouble bipolaire (prévalence de 24,5%) et la schizophrénie (prévalence de 15,4%). Dans les études de cohorte, la prévalence était de 10,7% toutes maladies psychiatriques sévères confondues, et de 19,8% lorsqu'était uniquement considéré le trouble dépressif majeur. Un âge et un IMC élevés prédisaient cette augmentation de prévalence. D'après la revue de la littérature de Gupta et al (19), il pourrait y avoir, malgré des biais de sélection identifiés dans les études incluses, une augmentation de la prévalence du SAOS dans le trouble dépressif majeur et le trouble de stress post-traumatique.

2.1.3.2 Broncho-pneumopathie obstructive

Hsu et al ont étudié la prévalence et l'incidence de la broncho-pneumopathie obstructive (BPCO) dans la schizophrénie en 2013 (20) et dans le trouble bipolaire en 2017 (21), comparées à celles de la population générale taiwanaise. Les données étaient issues du National Health Research Institute et ont permis d'inclure environ 770 000 individus. En 2005, la BPCO était plus fréquente chez les sujets atteints de schizophrénie que dans la population générale (prévalence de 3,83% contre 2,88%, avec un odds ratio de 1,66). L'incidence annuelle moyenne entre 2006 et 2008 était de 2,21% contre 1,43%,

avec un risque relatif de 1,83. Concernant le trouble bipolaire, la BPCO était, en 2005, deux fois plus fréquente que dans la population générale. L'incidence annuelle moyenne entre 2006 et 2010 était elle aussi deux fois plus élevée que dans la population générale. Dans leur revue de la littérature réalisée en 2018, Zareifopoulos et al (22) concluaient eux aussi à une augmentation du risque de présenter une BPCO comorbide à une schizophrénie et à un trouble bipolaire (OR = 1,6).

La méta-analyse menée en 2016 par Matte et al (23) incluait huit études relativement hétérogènes. La prévalence de la BPCO était supérieure dans la dépression par rapport au groupe témoin, avec respectivement 27% et 10% et un odds ratio de 3,74. Willgoss et al (24) ont réalisé une revue de la littérature en 2013, afin d'étudier les troubles anxieux chez les patients atteints de BPCO. Ils ont inclus dix études menées entre 1987 et 2008. 10 à 55% des sujets souffrant de BPCO, avec une médiane de 17%, présentaient un trouble anxieux. Plus spécifiquement, jusqu'à 41% (médiane de 21%) présentaient un trouble panique, 6 à 33% (médiane de 16%) présentaient un trouble anxieux généralisé, 17% une phobie spécifique et 6% une phobie sociale.

2.1.3.3 Autres pathologies pulmonaires

D'après Chen et al (25) en 2011, les patients souffrant de schizophrénie avaient 1,81 fois plus de risque d'être admis en unité de soins intensifs pour pneumonie, 1,37 fois plus de risque d'insuffisance respiratoire aiguë et 1,34 fois plus de risque de ventilation mécanique. Dans une cohorte nationale taiwanaise de patients souffrant de trouble bipolaire et qui ont été hospitalisés pour une pneumonie entre 1996 et 2012, Li et al (26) ont identifié 188 patients ayant développé des pneumonies récurrentes. L'incidence des pneumonies récurrentes chez les patients atteints de trouble bipolaire était de 6,60/100 personnes-années, ce qui était supérieur à celle de la population générale.

En 2004, Sokal et al (27) montraient que 16% des patients souffrant de schizophrénie et 19% de ceux souffrant de trouble bipolaire présentaient une comorbidité asthmatique ; respectivement, 10% et 6% avaient de l'emphysème. En comparaison avec le groupe témoin, les personnes atteintes de schizophrénie avaient deux fois plus de risque de souffrir d'asthme, et neuf fois plus de risque d'avoir une comorbidité emphysémateuse. Concernant le trouble bipolaire, les patients présentaient également davantage de comorbidité asthmatique (OR = 2,56) et emphysémateuse (OR = 4,19). Le surrisque de présenter une pathologie respiratoire restait élevé même après ajustement sur le facteur « tabac ». La méta-analyse réalisée en 2016 par Wu et al (28) retrouvait elle aussi une association significative entre trouble bipolaire et asthme.

Dans la méta-analyse de Leucht et al (11), quatre études réalisées au Japon, au Royaume-Uni, en Russie et en Israël portaient sur la tuberculose et montraient une augmentation de l'incidence et de la prévalence de cette dernière chez les patients souffrant de schizophrénie, par rapport à la population générale.

2.1.4 Maladies endocriniennes

Leucht et al (11) ont identifié treize études explorant la fonction thyroïdienne chez les patients présentant une schizophrénie. Ces travaux montraient un large spectre d'anomalies des tests biologiques ; cependant, ces anomalies semblaient transitoires et les cas de dysthyroïdie avec expression clinique étaient rares.

En 2013, Krishna et al (29) ont réalisé une étude cas-témoin en Inde, incluant 50 patients atteints de trouble bipolaire, et 50 sujets dans le groupe témoin. Ils ont mis en évidence une association statistiquement significative entre l'élévation de l'hormone T3L et le trouble bipolaire. Les valeurs de la TSH et de la T4L étaient elles aussi supérieures, mais de manière non significative. Les patients souffrant de trouble bipolaire avaient 2,55 fois plus de risque de dysfonction thyroïdienne. D'après Chakrabarti et al (30), l'anomalie la plus fréquente dans le trouble bipolaire était l'hypothyroïdie clinique, ou le plus souvent infraclinique. La prévalence des dysfonctions thyroïdiennes était plus élevée chez les patients souffrant de cycles rapides ou de formes résistantes.

2.1.5 Pathologies rhumatologiques

D'après les résultats de la méta-analyse de De Hert et al (1), la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, le trouble dépressif et le trouble bipolaire étaient associés à une faible densité minérale osseuse. Deux des études incluses mettaient en avant le fait que les symptômes dépressifs et le trouble dépressif majeur devraient être considérés comme des facteurs de risque d'ostéoporose. Treize études publiées entre 1980 et 2005, incluses dans la revue de la littérature de Leucht et al (11), retrouvaient davantage d'ostéoporose chez les patients atteints de schizophrénie par rapport au groupe contrôle. L'une des hypothèses avancées était liée à l'augmentation des taux de prolactine par certains antipsychotiques.

Leucht et al ont également identifié de nombreuses études, incluant des milliers de patients souffrant de schizophrénie et qui montraient, pour la plupart, une diminution de la fréquence de la polyarthrite rhumatoïde. Sokal et al (27) retrouvaient une atteinte de polyarthrite rhumatoïde chez 6,5% des patients du groupe « schizophrénie » et chez 14% du groupe « trouble bipolaire » ; cependant les odds ratios n'étaient pas significatifs. Aucun patient du groupe « schizophrénie » ne présentait d'arthrose. Il existait par contre une association statistiquement significative entre le trouble bipolaire et l'arthrose, avec un odds ratio de 3,10.

2.1.6 Maladies digestives

D'après Leucht et al (11), les résultats des différentes études concernant la prévalence de l'appendicite et des ulcères gastriques dans la schizophrénie n'étaient pas concluants. Dans l'étude

menée par Sokal et al (27), des ulcères gastriques étaient retrouvés chez 5% des patients souffrant de schizophrénie et 16% de ceux souffrant de trouble bipolaire. Près de 10% des personnes atteintes de schizophrénie, et 6% pour le trouble bipolaire, présentaient des pathologies hépatiques. Cependant, l'augmentation du risque par rapport à la population générale était significative uniquement pour les pathologies ulcéreuses dans le trouble bipolaire, avec un odds ratio de 1,9.

La constipation est un problème fréquent en psychiatrie. Jessurun et al (31) ont inclus plus de 4700 patients atteints de maladies psychiatriques sévères (schizophrénie et autres troubles psychotiques, trouble bipolaire, trouble dépressif récurrent, troubles graves de la personnalité et troubles anxieux), suivis entre 2007 et 2010. 20% ont présenté un épisode de constipation au cours du suivi. Les sujets de plus de 60 ans avaient un risque 3,4 à 5,7 fois plus élevé que la population générale, tandis que les résultats n'étaient pas significatifs pour les 18-59 ans. Il est important de souligner que la constipation peut mener à des complications graves telles que l'iléus paralytique, l'occlusion intestinale ou le décès (32).

2.1.7 Pathologies infectieuses

Les patients atteints de trouble psychiatrique sévère sont plus à risque d'infections virales chroniques (1), dont les plus sérieuses sont le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C. Selon De Hert et al (1), la prévalence du VIH chez les sujets souffrants de trouble psychiatrique sévère variait entre 1,3% et 23,9%, ce qui était supérieur à celle de la population générale (prévalence de 0,6% (11)). Leucht et al (11) relient cette variabilité aux différences de prévalence du VIH dans le monde. Les abus de substances ainsi que les comportements sexuels à risque semblaient être des facteurs de risque majeurs (1, 11). Les taux de prévalence du virus de l'hépatite B (23,4%) et de l'hépatite C (entre 20 et 25%) étaient cinq à onze fois plus élevés que les taux estimés en population générale, d'après De Hert et al (1). Une étude taiwanaise menée par Cheng et al (33) montrait que parmi 464 patients hospitalisés en psychiatrie, 8,4% d'entre eux étaient infectés par au moins un parasite intestinal.

2.1.8 Pathologies ORL et stomatologiques

De Hert et al (1) soulignaient que les patients atteints de trouble psychiatrique sévère avaient un mauvais état bucco-dentaire ainsi qu'une pauvre hygiène dentaire. Seulement 42% des patients souffrant de schizophrénie se lavaient les dents régulièrement, à savoir au minimum deux fois par jour. Des difficultés fonctionnelles peuvent par conséquent survenir, comme le montraient Kilbourne et al (34) : parmi les sujets atteints de maladie psychiatrique sévère, 34% rencontraient des difficultés à s'alimenter du fait de leurs problèmes stomatologiques. Selon Leucht et al (11), les pathologies de l'oreille moyenne seraient plus communes chez les sujets atteints de schizophrénie que d'une autre pathologie psychiatrique.

2.1.9 Pathologies neurologiques

En 2016, Hesdorffer (35) constatait que les maladies psychiatriques (trouble dépressif, troubles anxieux, trouble bipolaire, schizophrénie et les tentatives de suicide) étaient associées à un risque plus élevé de développer une épilepsie, dans des études populationnelles. Les patients atteints de trouble dépressif avaient un risque trois fois plus élevé de présenter une maladie de Parkinson. Les études étaient contradictoires quant à l'association du trouble dépressif et du trouble psychotique avec la maladie d'Alzheimer (11).

Selon Jeyagurunathan et al (36) en 2019, la pathologie migraineuse était significativement associée aux maladies psychiatriques. L'augmentation de risque la plus élevée concernait le trouble bipolaire (OR = 3,55), la plus basse le trouble dépressif (OR = 1,80). Les troubles obsessionnels compulsifs et le trouble anxieux généralisé doubleraient le risque de survenue de migraines.

2.1.10 Pathologies addictives

En 2018, Hunt et al (37) ont réalisé une méta-analyse étudiant la comorbidité addictive parmi les patients atteints de schizophrénie. Ils ont inclus 123 articles publiés entre 1990 et 2017. Au total, 42% des sujets souffrant de schizophrénie étaient également atteints d'au moins un trouble de l'usage. La prévalence du trouble de l'usage du cannabis était de 26,2% ; celle du trouble de l'usage de l'alcool de 24,3%. Les prévalences respectives des troubles de l'usage des psychostimulants (cocaïne et amphétamines) et des opiacés étaient de 7,3% et 5,1%. Les patients étaient plus à risque de trouble de l'usage du cannabis au cours du premier épisode psychotique (36%) que lors de l'évolution chronique de la maladie (22%). De plus, l'utilisation du cannabis et des autres substances était plus fréquente chez les hommes jeunes vivant dans des pays occidentaux. Selon Carney et al (38), en 2005, les personnes atteintes de schizophrénie avaient treize fois plus de risque de mésuser ou être dépendantes de l'alcool, et 35 fois plus de risque concernant les autres substances. L'utilisation du tabac est également très fréquente parmi les patients atteints de schizophrénie. En 2009, Bobes et al (39) montraient que 55% des sujets étaient également fumeurs, contre 30% en population générale (OR = 2,61).

Hunt et al (40) ont étudié, en 2016, la prévalence des troubles de l'usage au sein du trouble bipolaire, à travers une méta-analyse incluant 151 articles publiés entre 1990 et 2015. Les troubles de l'usage les plus fréquents, comorbides au trouble bipolaire, étaient l'alcool (prévalence de 42%), le cannabis (prévalence de 20%), les autres substances représentant 17%. Les hommes étaient davantage concernés que les femmes. Selon Jackson et al (41), la consommation de tabac parmi les patients atteints de trouble bipolaire était, en 2015, supérieure à celle de la population générale (OR = 3,5). Les patients avaient moins tendance à initier un sevrage tabagique (OR = 0,34).

2.2 Données de la littérature concernant l'espérance de vie et la mortalité

2.2.1 Etat des lieux à l'international

2.2.1.1 Taux de mortalité

Le ratio standardisé de mortalité (42) (*Standardized Mortality Ratio, SMR*) est défini, pour un groupe donné, comme le rapport entre le nombre de décès effectivement observés sur une période donnée, et le nombre de décès qui seraient survenus au cours de cette même période, si ce groupe avait été soumis à la mortalité par âge de l'ensemble de la population générale. Un rapport supérieur à un s'interprète comme une surmortalité dans le groupe.

En 2010, Chang et al (43) ont estimé les ratios standardisés de mortalité des personnes atteintes de trouble psychiatrique sévère (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble affectif bipolaire), de trouble lié à l'usage de substances, d'épisode dépressif et de trouble dépressif récurrent. Les données de la South London and Maudsley National Health Service Foundation Trust (NHS SLAM) ont été utilisées afin d'inclure 31 719 cas, âgés de quinze ans et plus, diagnostiqués avant 2009. Les données concernant la mortalité ont été enregistrées sur une période de trois ans, entre 2007 et 2009. Ainsi les ratios standardisés de mortalité étaient significativement plus élevés pour tous les groupes, avec un SMR total de 2,15 pour les troubles psychiatriques sévères (2,52 pour le trouble schizo-affectif, 2,25 pour la schizophrénie et 1,95 pour le trouble bipolaire), de 4,17 pour le trouble lié à l'usage de substances et de 1,29 pour l'épisode dépressif et trouble dépressif récurrent. Les SMR étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, en particulier concernant la schizophrénie (2,78 chez les hommes *versus* 1,74 chez les femmes). Par ailleurs les SMRs diminuaient avec l'âge, bien qu'ils restaient significativement augmentés chez les personnes âgées d'au moins 65 ans.

Hoang et al. (44) ont réalisé en 2013 une étude au Royaume-Uni, incluant des patients de moins de 75 ans, atteints de schizophrénie et de trouble bipolaire et ayant été hospitalisés en 2006 ou 2007. L'objectif de cette étude était de quantifier la mortalité évitable, grâce au calcul de SMRs hypothétiques prenant en compte le caractère évitable ou non des décès, et ce durant la première année post-hospitalisation. Les décès évitables se définissaient selon deux indicateurs : un décès « *amenable* », tel que celui dû au diabète (pathologie qui devrait être par exemple traitée par de l'insuline) ou à l'appendicite (qui devrait être traitée chirurgicalement), est un décès qui aurait pu être évité grâce à une qualité optimale de soins de santé. Un décès « *preventable* », comme le suicide, les accidents de la circulation ou certains cancers, est un décès qui aurait pu être évité par des interventions plus larges de santé publique. Les auteurs confirmaient les taux particulièrement élevés

de mortalité, avec un SMR toute cause de décès confondus de 4,23 pour les patients atteints de schizophrénie et 2,60 pour ceux atteints de trouble bipolaire. Après déduction des causes de décès évitables dont le suicide, la différence de mortalité était réduite environ de moitié (SMR de 2,38 pour la schizophrénie et de 1,66 pour le trouble bipolaire), mais n'était pas totalement éliminée.

Dans une méta-analyse en 2015 incluant 31 études, Hayes et al. (45) ont étudié la mortalité prématurée dans le trouble bipolaire. Malgré une hétérogénéité des résultats, tous les SMRs révélaient un excès de mortalité chez ces sujets par rapport à la population générale (SMR de 2,05), et ce quelles que soient les causes de décès : SMR de 7,42 concernant les causes de décès non naturelles à savoir le suicide et les morts violentes, et de 1,64 concernant les causes de décès naturelles.

2.2.1.2 Espérance de vie et années potentielles de vie perdues

L'espérance de vie à l'âge x peut se définir (46) comme le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge x , dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée. Les années potentielles de vie perdues (47) représentent, elles, un indicateur de mortalité prématurée et renforcent le poids relatif des décès survenant à un âge précoce. Elles correspondent effectivement à un décès prématuré par rapport à un âge donné.

En 2011, Laursen (48) a mené une étude en population danoise visant à estimer l'espérance de vie des sujets atteints de schizophrénie et de trouble bipolaire. Pour ce faire, il a inclus cinq millions de personnes à risque de décès entre 2000 et 2006, dont 31 700 souffrant de schizophrénie et 17 000 de trouble bipolaire, à l'aide du Danish Civil Registration System. L'espérance de vie à 15 ans de la population générale au Danemark était de 77 ans pour les hommes et de 81 ans pour les femmes. Concernant la schizophrénie, les résultats de l'étude montraient un âge de décès attendu de 58 ans pour les hommes et de 65 ans pour les femmes, soit respectivement 19 et 16 années de vie perdues. Les personnes atteintes d'un trouble bipolaire vivaient en moyenne plus longtemps que celles présentant une schizophrénie, avec un âge de décès attendu de 63 ans pour les hommes et de 69 ans pour les femmes, ce qui représentait toutefois 14 et 12 années perdues.

Wahlbeck et al (49) montraient que la réduction de l'espérance de vie à 15 ans des patients souffrant d'un trouble psychiatrique dans les pays nordiques (Danemark, Finlande et Suède) était, en 2006, de 20 ans pour les hommes et 15 ans pour les femmes. Chang et al (50), en 2011, ont révélé des résultats complémentaires à la suite de leur étude menée en 2010 sur les données du South London and Maudsley National Health Service Foundation Trust. L'espérance de vie à la naissance s'étendait de 63 ans (schizophrénie) à 69 ans (trouble schizo-affectif) pour les hommes, et de 64 ans (trouble schizo-affectif) à 74 ans (trouble dépressif) pour les femmes. Tous les diagnostics étaient associés à des espérances de vie inférieures à celles de la population générale : de 8 à 14,6 années perdues pour

les hommes et 7,2 à 17,5 pour les femmes. La perte d'espérance de vie la plus importante était associée à la schizophrénie pour les hommes et au trouble schizo-affectif pour les femmes.

Pratt et al (51) en 2016 se sont intéressés à la mortalité dans le trouble anxieux généralisé, le trouble panique et le trouble dépressif. Les données du 1999 National Health Interview Survey, aux Etats-Unis, ont été utilisées afin d'inclure 28 000 cas, associées aux données de mortalité de décembre 2011. Les sujets atteints de ces troubles décédaient 7,9 ans avant la population générale. De plus, ces pathologies étaient associées à un excès de mortalité (*hazard ratio* de 1,61).

En 2015, Walker et al (52) ont réalisé une méta-analyse incluant 203 articles et représentant vingt-neuf pays dans six continents différents. Le risque relatif (RR) de mortalité toutes causes confondues était de 2,2. Il était le plus élevé pour les troubles psychotiques (RR = 2,54). Venaient ensuite le trouble bipolaire (RR = 2,00), le trouble dépressif (RR = 1,71) et le trouble anxieux (RR = 1,43). Le risque relatif de mortalité évalué sur les causes naturelles de décès s'élevait à 1,80. Pour les causes non naturelles il était de 7,22. Par ailleurs, les auteurs suggéraient que les troubles psychiatriques étaient responsables d'une dizaine d'années potentielles de vie perdues. Enfin, ils ont estimé que 14% des décès dans le monde, soit environ 8 millions de décès par an, étaient attribuables aux pathologies psychiatriques.

La méta-analyse menée en 2017 par Hjorthoj et al (53) incluait onze études couvrant tous les continents, sauf l'Amérique du Sud. La schizophrénie était associée à 14,5 années potentielles de vie perdues, tous sexes confondus. Ce résultat était supérieur chez les hommes (15,9 années *versus* 13,6 chez les femmes). L'espérance de vie moyenne était quant à elle de 64,7 ans, et était inférieure de 8 ans pour les hommes par rapport aux femmes.

2.2.1.3 Evolution temporelle de la réduction d'espérance de vie

Une revue de la littérature menée par Saha et al. (54) en 2007, a identifié trente-sept articles étudiant la mortalité dans la schizophrénie, publiés entre 1980 et 2006, et issus de vingt-cinq nations. Les auteurs ont mis en évidence un risque de mortalité 2,5 fois plus élevé chez les personnes atteintes de schizophrénie par rapport à la population générale. Ils ont de plus montré que les SMRs augmentaient d'une façon linéaire au cours des trois décennies étudiées : les SMRs pour les années 1970s, 1980s et 1990s étaient respectivement de 1,84, 2,98 et 3,20. L'écart de mortalité entre les patients atteints d'une schizophrénie et la population générale semblait donc s'être aggravé avec le temps.

L'étude de Hoang et al. (55) menée au Royaume-Uni en 2011 confirme ces résultats. Les auteurs ont étudié la mortalité dans l'année post-hospitalisation, entre 1999 et 2006. Il en ressortait un accroissement de l'écart de mortalité. En effet, le ratio avait augmenté de 1,6 en 1999 à 2,2 en 2006 pour la schizophrénie, et de 1,3 en 1999 à 1,9 en 2006 pour le trouble bipolaire. Alors que les ratios de

mortalité dans la population générale tendaient à diminuer, ce n'était pas le cas concernant les patients atteints de trouble psychiatrique sévère. L'écart de mortalité avec la population générale restait stable chez les moins de 65 ans, mais s'accroissait concernant les 65-84 ans. Cet écart croissant de mortalité était attribuable en majeure partie à des causes naturelles de décès, notamment les causes cardio-vasculaires et respiratoires ; l'écart de mortalité concernant les causes non naturelles de décès restait lui stable.

Wahlbeck (49) montrait, lui, une diminution de l'écart d'espérance de vie entre les sujets atteints de trouble psychiatrique et la population générale danoise, finlandaise et suédoise, entre 1987 et 2006, à l'exception des hommes suédois. Ce résultat divergeant avec celui des autres études pouvait être lié au fait que les patients inclus souffraient d'un trouble psychiatrique suffisamment sévère pour nécessiter une hospitalisation, à l'ère de la dés-institutionnalisation de la psychiatrie dans les pays nordiques.

Plus récemment, Lee et al. (56) en 2017 ont réalisé une revue de la littérature incluant huit études longitudinales réalisées entre 1977 et 2011. Malgré des progrès notables en matière de traitements, et notamment l'apparition des antipsychotiques, la différence de mortalité continuait de s'accroître. En effet le SMR moyen était de 2,2 dans les études antérieures à 1970, et de 3,0 dans celles postérieures à 1970, soit une augmentation de 37%.

Nielsen et al. (57) ont mené une étude danoise entre 1980 et 2010 afin d'examiner l'âge moyen de décès au cours des trois dernières décennies, chez les patients ayant un diagnostic de schizophrénie. Les données ont été extraites du Danish Psychiatric Central Research Register. Un total de 14 974 patients a été inclus, pour environ 1,3 millions de témoins. L'âge moyen de décès chez les patients atteints de schizophrénie était inférieur à celui de la population générale (62 ans contre 73 ans) Les résultats révélaient une augmentation significative de cet âge de décès dans la population générale (+0,28 ans par année civile pour les hommes et +0,31 pour les femmes). Au contraire, il diminuait significativement chez les personnes atteintes de schizophrénie (-0,04 ans par année civile pour les hommes et -0,05 pour les femmes). Après exclusion des causes de décès par suicide, les écarts étaient encore plus marqués, avec une chute d'environ -0,21 ans par année civile. Au cours des trente dernières années et après exclusion des décès par suicide, l'âge de décès de la population danoise a augmenté de 5,9 ans, alors qu'il a chuté de 5,1 ans pour les patients atteints de schizophrénie.

Au total, ces études montraient un accroissement de l'écart de mortalité entre les sujets atteints de trouble psychiatrique et la population générale, et ce même dans les nations développées et avec un bon niveau d'accès aux soins. Les personnes souffrant de trouble psychiatrique ne semblent pas avoir pleinement bénéficié des avancées scientifiques et des modifications du mode de vie qui ont permis d'accroître l'espérance de vie de la population générale. D'après les auteurs, il est probable que ces résultats reflètent une stigmatisation ainsi qu'une négligence sociale envers ces populations.

2.2.2 Etat des lieux en France

Jusqu'aux travaux de Magali Coldefy et Coralie Gandré en 2018 (58), la mortalité des individus atteints de troubles psychiques sévères n'avait été que très peu étudiée en France. Cette étude portait sur les décès survenus au cours de l'année 2014 chez les bénéficiaires du Régime général et des Sections Locales Mutualistes (SLM) de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). Elle permettait ainsi d'identifier les individus suivis pour des troubles psychiatriques à la fois en ville et en établissement de santé. Tous les troubles du chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » de la CIM-10 ont été inclus, à l'exclusion des démences (F00 à F03), des autres troubles du comportement et émotionnels apparaissant pendant l'enfance ou l'adolescence (F98), des troubles psychiatriques débutant dans l'enfance (F8 et F90 à F94) et des déficiences mentales. Les résultats révélaient que les taux standardisés de mortalité générale et prématurée (décès avant 65 ans) des personnes suivies pour des troubles psychiatriques étaient respectivement de 2,6 et de 4,4. Cette surmortalité était particulièrement marquée pour les troubles addictifs et les troubles somatoformes (taux standardisés de mortalité générale de 3,1), la dépression et les autres troubles de l'humeur (taux de 2,6). Les taux concernant les troubles psychotiques et troubles bipolaires étaient respectivement de 2,3 et 1,9. Par ailleurs, l'espérance de vie à 15 ans des sujets atteints de trouble psychiatrique était de 48,9 ans pour les hommes et de 58,6 ans pour les femmes, soit une réduction de 16,4 ans pour les hommes et 12,9 ans pour les femmes par rapport aux autres bénéficiaires du Régime général et des SLM. Cette diminution s'avérait être trois fois supérieure à celle observée chez les bénéficiaires ayant au moins une pathologie ou un traitement, qu'ils soient de nature somatique ou psychiatrique. De plus, 28% des décès dans la population de sujets suivis pour des troubles psychiques représentaient des décès prématurés, c'est-à-dire survenant avant 65 ans, contre 20% pour la population générale. La mortalité prématurée était particulièrement marquée pour les troubles psychotiques (43% des décès) et les troubles maniaques et bipolaires (35% des décès). Les résultats de cette étude concordaient ainsi avec ceux retrouvés dans la littérature internationale.

2.3 Données de la littérature concernant les causes de décès

2.3.1 Etat des lieux à l'international

En 2013, Lawrence et al (59) ont réalisé une étude en Australie Occidentale, incluant près de 300 000 patients atteints de troubles psychiatriques sévères (schizophrénie, trouble affectif bipolaire), de trouble lié à l'usage de substances, de trouble dépressif récurrent et de trouble de l'adaptation. L'objectif de l'étude était d'étudier les causes de décès entre 1985 et 2005. Les causes naturelles

représentaient presque 75% des décès, quel que soit le diagnostic psychiatrique. Les pathologies cardio-vasculaires constituaient la première cause de décès toute pathologie psychiatrique confondue (26,2% chez les hommes et 35,3% chez les femmes). Ces chiffres étaient d'autant plus marqués dans la schizophrénie, avec une part de 31,8% des décès chez les hommes et 46,3% chez les femmes. Parmi les maladies cardio-vasculaires, arrivaient en tête les pathologies cardiaques ischémiques avec environ 15% des décès, puis les pathologies cérébrovasculaires et enfin les autres pathologies cardiaques. Les cancers représentaient la deuxième cause de décès par étiologie naturelle (toutes pathologies psychiatriques confondues) avec 13% des décès. Venaient ensuite les causes respiratoires (9,5% des décès), les cirrhoses (4%), le diabète (2%), la maladie d'Alzheimer et autres démences (1%). L'étude montrait que 25% des décès étaient attribuables aux causes non naturelles. Le suicide représentait de manière générale 16,6% de la mortalité chez les hommes et 10,1% chez les femmes, avec une part nettement plus élevée dans les troubles bipolaires (46,4% des hommes et 27,4% des femmes). Les accidents constituaient eux 7,5% des décès.

John et al (60), en 2017, ont étudié la mortalité prématurée chez les patients atteints de trouble psychiatrique sévère. L'ensemble de la population galloise a été incluse, soit près de 4 millions d'individus. Les données de mortalités provenaient des données de patients hospitalisés et ambulatoires, sur une période allant de 2004 à 2013. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Pourcentages et SMR des causes naturelles de décès, tous sexes et toutes pathologies psychiatriques confondus d'après John et al (60).

	%	SMR
Toutes causes confondues	90	2,4
Cardio-vasculaires	28,4	2,2
Infarctus du myocarde	12,4	2,0
Pathologies cérébrovasculaires	8,0	2,3
Autres	7,6	2,3
Respiratoires	17,8	3,2
Pneumonies	8,9	3,8
BPCO	4,9	2,5
Autres	4,0	1,8
Cancers	15,6	1,5
Cancers gastro-intestinaux	4,0	1,3
Cancers pulmonaires	3,7	1,7
Troubles mentaux et comportementaux	10,4	5,7
Démences	8,9	5,2
Pathologies digestives	5,0	2,6
Pathologies hépatiques	1,7	2,5
Ulcères	0,4	2,4
Pathologies neurologiques	4,9	3,9
Maladie de Parkinson	1,6	5,4
Maladie d'Alzheimer	1,8	3,8
Pathologies endocrines	1,2	2,2
Diabète	0,7	1,8
Infections	1,2	2,6
Septicémies	0,6	3,0
Infections intestinales	0,3	1,8
Pathologies génito-urinaires	2,4	2,8
Pathologies rénales	0,4	4,9
Insuffisance rénale	0,4	1,6
Causes mal ou indéfinies	1,2	13,3

Abréviation : BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

Tableau 2 : Pourcentages et SMR des causes non naturelles de décès, tous sexes et toutes pathologies psychiatriques confondus d'après John et al (60)

	%	SMR
Toutes causes non naturelles	10	6,9
Suicides et actes auto-agressifs	4,7	12,1
Accidents	4,7	4,8
Usage de substances	0,07	8,2

Abréviation : *SMR : Standard Mortality Ratio*

Les résultats montraient que la très large majorité des décès était d'origine naturelle. Malgré un ratio standardisé de mortalité à 6,9, les causes non naturelles ne représentaient que 10% des décès. Les causes cardio-vasculaires, respiratoires, et néoplasiques représentaient environ deux-tiers des décès. L'infarctus du myocarde et la pneumonie constituaient les premières causes de décès. Au sein des causes naturelles, les ratios de mortalité étaient les plus élevés pour les états morbides mal définis ou inconnus, ainsi que pour la maladie de Parkinson et les maladies neurodégénératives (maladie d'Alzheimer et autres démences). Les taux de mortalité se révélaient être élevés dans les pathologies respiratoires, génito-urinaires, digestives et infectieuses.

Dans une étude menée en 2018, Westman et al (61) se sont spécifiquement intéressés à la mortalité cardio-vasculaire dans la schizophrénie. Les données issues des registres nationaux suédois ont permis d'identifier près de 47 000 patients atteints de schizophrénie, entre 1987 et 2010. Les résultats, concordant avec les études précédentes, montraient que la mortalité cardio-vasculaire représentait la première cause de décès devant les suicides, avec un SMR total de 2,80. Ainsi, les ratios standardisés de mortalité étaient significativement plus élevés pour toutes les maladies cardio-vasculaires, avec un SMR de 3,25 pour les arrêts cardiaques, de 2,83 pour les pathologies coronariennes, de 2,62 pour les infarctus du myocarde, de 2,40 pour les pathologies cérébro-vasculaires et de 2,06 pour les arythmies. Ces décès survenaient en moyenne dix ans plus tôt que dans la population générale (à 70,5 ans pour les patients atteints de schizophrénie contre 80,7 ans en population générale). L'excès de mortalité cardio-vasculaire était particulièrement marqué chez les 15-59 ans, avec un taux de mortalité six fois supérieur à celui de la population générale. Au sein de ce sous-groupe, il y avait dix fois plus de décès cardio-vasculaires chez les 30-35 ans atteints de schizophrénie que chez ceux qui en étaient exempts.

Olfson et al (62), en 2015, ont étudié la mortalité prématurée parmi une cohorte d'un million de patients atteints de schizophrénie aux Etats-Unis. Les résultats, en accord avec les études précédemment citées, plaçaient les pathologies cardio-vasculaires comme première étiologie de

décès. Les BPCO (SMR de 9,9), le diabète (SMR de 4,2), les infections (SMR de 4,6) ainsi que les gripes et pneumonies (SMR de 7,0) représentaient des causes majeures de décès. Concernant les cancers (pulmonaires, colorectaux, mammaires, hépatiques, pancréatiques et hématologiques), ils étaient à l'origine de deux fois moins d'excès de mortalité que les pathologies cardio-vasculaires (SMR de 1,8 contre 3,6), excepté le cancer pulmonaire avec un SMR de 2,4. Dans cette étude, le SMR des suicides était de 3,9.

Les causes spécifiques de décès avaient une évolution temporelle identique à celle de la mortalité générale des sujets atteints de pathologie psychiatrique. Hayes et al (45) en 2015, montraient que, dans le trouble bipolaire, le ratio standardisé de mortalité des causes naturelles évoluait de 1,10 dans les années 1950, à 1,75 dans les années 2000. Concernant les causes non naturelles de décès, il augmentait de 2,93 à 8,26.

2.3.2 Etat des lieux en France

Magali Coldefy et Coralie Gandré (58), citées précédemment, ont aussi étudié les causes de décès des personnes suivies pour des troubles psychiques sévères au cours de l'année 2014. Les cancers et les maladies cardio-vasculaires étaient les deux premières causes de décès (respectivement 26% et 20% des décès), tout comme pour la population totale des bénéficiaires du Régime général et des SLM, même si les proportions de décès par ces causes y étaient plus élevées (33% pour les cancers et 24% pour les maladies cardio-vasculaires). Néanmoins, les décès par causes externes (suicides, accidents de transport et chutes) constituaient la troisième cause de mortalité des sujets souffrant de trouble psychiatrique (10% des décès) et seulement la cinquième dans la population générale. Au sein même des étiologies non naturelles, le suicide représentait 40% des causes de décès parmi les personnes suivies pour des troubles psychiatriques (57% parmi les personnes atteintes de trouble bipolaire), contre 25% pour la population générale. Les ratios de surmortalité les plus élevés étaient observés pour les causes de décès non naturelles, avec un taux de mortalité cinq fois supérieur à celui de la population générale. Les taux étaient trois fois supérieurs pour les maladies digestives, les états morbides mal définis, les maladies neurodégénératives, respiratoires, infectieuses et endocriniennes, et deux fois supérieurs pour les tumeurs, les maladies hématologiques et les maladies cardio-vasculaires. Au sein des cancers, comme en population générale, le cancer du poumon arrivait en tête avec un taux 2,3 fois supérieur pour les personnes atteintes de pathologie psychiatrique. Les patients suivis pour un trouble psychotique connaissaient une surmortalité importante par causes non naturelles, états morbides mal définis, maladies du système respiratoire et endocriniennes. Ceux atteints de trouble bipolaire étaient surtout concernés par les étiologies non naturelles de décès, leur surmortalité par suicide étant la plus importante (risque multiplié par 15).

2.3.3 Synthèse

Au total, malgré des chiffres variables, toutes les études mettaient en exergue le rôle majeur des causes naturelles de décès, quel que soit le diagnostic psychiatrique. Contrairement à de nombreuses idées reçues, le rôle du suicide dans la surmortalité était réel mais non majoritaire. Ces travaux soulignaient l'importance de prendre soin aussi bien de la santé mentale que physique des personnes souffrant de maladie psychiatrique, ainsi que de développer auprès d'elles des actions de prévention, notamment du suicide mais aussi sur les facteurs de risque cardiovasculaires, respiratoires et métaboliques (63).

3 Accès aux soins somatiques et disparités dans les prises en charge

3.1 Disparités dans l'accès aux soins de santé somatique

3.1.1 Utilisation des services de santé et qualité des soins

La revue de la littérature réalisée en 2015 par McGinty et al (64) avait pour objectif de comparer la qualité des soins somatiques prodigués aux patients nord-américains souffrant ou non de trouble psychiatrique, en évaluant l'adhésion aux recommandations nationales en vigueur. Vingt-trois articles parus entre 2000 et 2013 ont été inclus. Les résultats étaient hétérogènes. Plusieurs études relataient des inégalités dans les soins, notamment celles incluant des bénéficiaires du programme « Medicaid », avec une moindre adhésion aux recommandations nationales pour les patients présentant une schizophrénie. Quand les études ne montraient pas de disparités, les taux d'adhésion aux recommandations étaient souvent faibles dans les deux groupes, suggérant la nécessité d'une amélioration globale des soins. Les études incluant des vétérans américains ne montraient pas d'inégalités, et représentaient celles où les personnes souffrant d'une maladie psychiatrique bénéficiaient de la meilleure qualité de prise en charge. Ce résultat pouvait probablement s'expliquer par la capacité du système de santé des anciens combattants américains, la « Veteran Health Administration » (système de santé public et national), à mesurer la qualité des soins prodigués, à les coordonner à l'aide d'un système d'informatisation des données et donc à améliorer leur qualité et réduire les disparités dans les prises en charges.

En 2015, Swildens et al (65) ont réalisé, aux Pays-Bas, une étude rétrospective observationnelle dans laquelle ils ont inclus 2400 patients atteints de trouble psychotique, 700 de trouble bipolaire,

5600 de dépression unipolaire et 1700 de troubles anxieux, ainsi qu'un groupe témoin. Avec ou sans trouble psychotique, il n'y avait pas de différence significative dans le fait d'avoir eu au moins une prescription d'un traitement somatique (respectivement 72,2% contre 73,3%) ou au moins un contact avec un médecin généraliste (77,2% contre 76,9%) au cours de l'année passée. Les patients souffrant de trouble psychotique bénéficiaient par contre de significativement moins de traitement somatique spécialisé (44,3% contre 47,2%). Ils recevaient légèrement plus de traitements et/ou de consultations chez le médecin généraliste et/ou de soins spécialisés (87,3% contre 85,1%). Lorsque l'analyse était restreinte uniquement à la schizophrénie et au trouble schizo-affectif, les inégalités étaient plus marquées pour les consultations chez le médecin généraliste (72% contre 75,5%) et les soins somatiques spécialisés (40% contre 45,3%). Parmi les patients avec un trouble bipolaire, une dépression unipolaire ou un trouble anxieux, ces quatre indicateurs étaient significativement plus élevés que dans la population exempte de pathologie psychiatrique (avec des écarts plus importants que ceux retrouvés pour les troubles psychotiques). De plus, les patients souffrant de trouble psychotique bénéficiaient de moins de soins somatiques spécialisés pour les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les autres diagnostics somatiques, que les patients ne présentant pas de trouble psychiatrique. Pour les pathologies respiratoires, ils en bénéficiaient significativement davantage. Les tendances étaient similaires pour le trouble bipolaire. Par contre, l'utilisation des soins somatiques était plus importante pour les patients souffrant de dépression unipolaire et de trouble anxieux, quel que soit le diagnostic somatique, par rapport à la population témoin ; les écarts les plus importants entre les deux groupes concernaient les pathologies cardiovasculaires. D'autre part, un âge élevé et une plus longue durée depuis le diagnostic somatique étaient corrélés à une moindre utilisation des soins somatiques. L'utilisation relativement faible des soins de santé chez les patients souffrant de troubles psychotiques à des âges plus élevés était particulièrement notable pour les maladies cardiovasculaires et le diabète. Ainsi, cette étude suggérait fortement une sous-utilisation du système de santé pour les patients souffrant de schizophrénie, trouble schizo-affectif et autres psychoses. Les auteurs supposaient que les patients présentant une dépression unipolaire ou un trouble anxieux pouvaient être moins marginalisés par les professionnels de santé, et avoir moins de troubles cognitifs, expliquant le plus grand recours aux soins que pour le trouble bipolaire et surtout les troubles psychotiques.

Une étude nationale française, observationnelle, a été menée en 2018 par Gervais et al (66) à partir d'une base de données nationale hospitalière. Près de 18 millions de patients ayant été hospitalisés en soins somatiques (quel que soit le motif de l'admission) entre 2009 et 2013 ont été inclus, à l'exception des hospitalisations de jour, longue durée et de causes obstétricales. Tout patient qui avait eu, au cours de cette période, au moins une hospitalisation pour un motif psychiatrique était inclus dans le groupe « maladie psychiatrique », regroupant ainsi 1,3 millions de participants. L'objectif

était de comparer la qualité des soins primaires prodigués antérieurement à l'admission hospitalière, via six indicateurs reflétant la sévérité de l'état de santé à l'admission, ainsi que durant l'hospitalisation. L'âge moyen d'hospitalisation était identique (58 ans) entre les patients présentant ou non un trouble psychiatrique. En moyenne, les patients atteints de troubles psychiatriques étaient plus souvent hospitalisés (ratio = 1,41), et pour une plus longue durée (ratio = 1,16). L'état clinique à l'admission était plus sévère (ratio = 1,77). De plus, les admissions se faisaient davantage via les urgences (ratio= 2,13), et le nombre d'hospitalisations évitables était doublé. Toutefois, la mortalité au cours de l'hospitalisation était identique, suggérant que ces patients décédaient plus souvent hors de l'hôpital. L'analyse par sous-groupes avec les principales pathologies chroniques (cancer, diabète, pathologie cardiovasculaire) montrait des tendances similaires ; les patients souffrant de trouble psychiatrique et de cancer associé avaient toutefois encore plus d'hospitalisations évitables (ratio = 1,71). Ainsi, cette étude suggérait que l'accès aux soins somatiques pouvait être retardé, inadéquat et/ou non optimal pour les patients présentant une pathologie psychiatrique. Cependant, une des limites de l'étude était qu'elle ne prenait pas en compte les troubles psychiatriques suivis en ambulatoire ; il n'y avait pas non plus de précision concernant la sévérité de la maladie psychiatrique.

Ces résultats corroborent ceux présentés dans d'autres travaux. En Australie en 2011, Mai et al (67) mettaient déjà en évidence que les hospitalisations évitables représentaient plus de 10% de toutes les hospitalisations somatiques des patients souffrant de trouble psychiatrique. Le diabète, la BPCO, l'épilepsie et les convulsions, l'insuffisance cardiaque congestive, et les effets indésirables liés aux médicaments en étaient les principaux motifs. Le risque d'hospitalisations évitables était doublé chez les patients souffrant de maladies psychiatriques, par rapport à ceux qui en étaient exempts. Les ratios d'hospitalisations évitables étaient les plus élevés pour les convulsions et l'épilepsie, les carences nutritionnelles, la BPCO et les effets indésirables liés aux traitements. Les pathologies les plus concernées par ces hospitalisations évitables étaient la schizophrénie et les autres troubles psychotiques. Dans l'étude nord-américaine de Capp et al (68) réalisée en 2016, le nombre de consultations aux urgences, au cours d'une période de cinq ans, avait augmenté de 53% pour les patients atteints de trouble psychiatrique, alors qu'il était en baisse pour les personnes ne présentant pas de maladie psychiatrique.

3.1.2 Recours à la médecine générale

En 2010, Oud et al (69) ont réalisé une étude de cohorte aux Pays-Bas, dans l'objectif d'évaluer les niveaux de soins fournis par les médecins généralistes aux patients souffrant de maladie psychiatrique. Ils ont inclus 734 patients atteints de schizophrénie, trouble schizo-affectif ou autres troubles psychotiques ; 734 patients exempts de toute pathologie psychiatrique ; il y avait également

un groupe contrôle souffrant de maladies psychiatriques autres que les troubles psychotiques. Les patients souffrant de troubles psychotiques bénéficiaient de davantage de contacts avec le médecin généraliste (tous contacts confondus), et de davantage de visites à domicile, par rapport à ceux souffrant d'autres troubles psychiatriques, ou à la population générale. La présence d'un trouble psychotique (uniquement pour les sujets entre 16 et 65 ans) ou de tout autre diagnostic psychiatrique majorait significativement le nombre de consultations au cabinet. De plus, la présence d'une maladie psychiatrique augmentait significativement le nombre de contacts téléphoniques entre le médecin généraliste et ses patients. Bien que les résultats ne soient pas significatifs, les patients souffrant de troubles psychotiques bénéficiaient de davantage de contacts avec le médecin généraliste en dehors des horaires habituels (soirées, week-ends). Concernant les adultes (16-65 ans) avec un trouble psychotique, il n'y avait pas de différence d'accès au médecin généraliste, que le diagnostic somatique soit un diabète, une pathologie cardiovasculaire ou une maladie respiratoire. Les personnes âgées (plus de 65 ans) atteintes de trouble psychotique avaient, par contre, moins de contact avec le médecin généraliste pour les pathologies cardiovasculaires ou respiratoires chroniques (par rapport aux personnes souffrant d'autre maladie psychiatrique, ou sans diagnostic psychiatrique associé). Ainsi, les adultes présentant une schizophrénie, un trouble schizo-affectif ou un autre trouble psychotique, avaient des contacts réguliers avec le médecin généraliste. Avec l'âge, l'accès aux soins semblait diminuer.

Kontopantelis et al (70) ont, en 2015, réalisé une étude de cohorte rétrospective au Royaume-Uni. Ils ont inclus 346 000 patients souffrant de maladies psychiatriques sévères (schizophrénie, trouble bipolaire et autres troubles psychotiques) à partir d'une base de données des consultations en soins primaires, représentative de la population générale. Entre 2000 à 2012, les taux moyens des consultations (toutes consultations confondues) avaient augmenté de 29,3 à 49,3 par an pour les personnes souffrant de schizophrénie et de 10,7 à 18,7 par an pour la population générale. Plus spécifiquement, les consultations au cabinet s'étaient majorées en cas de maladie psychiatrique (de 8,8 à 10,9) alors qu'elles restaient stables dans la population générale (4,8 en 2000 pour 4,7 en 2012). Dans les deux groupes, les taux d'augmentation des téléconsultations étaient similaires. Par diagnostic psychiatrique, les tendances étaient identiques mais les taux étaient globalement plus élevés pour le trouble bipolaire que pour la schizophrénie. Les femmes et les personnes âgées consultaient plus fréquemment que les hommes.

L'étude norvégienne de Hetlevik et al (71), parue en 2015, mettait également en évidence que la plupart des patients souffrant de schizophrénie avaient des contacts réguliers avec leur médecin généraliste. En effet 17% n'avaient pas eu de consultation en 2009 ; mais 26,2% en avaient eu une ou deux ; 25,3% en avaient eu trois à cinq ; et 16,1% en avaient eu plus de cinq. Pour les patients avec une schizophrénie et un diabète associé, le nombre moyen de consultation annuelle était de 5,7, contre 5

pour les patients avec une schizophrénie seule, et 2,6 pour ceux exempts de pathologie psychiatrique. Les patients souffrant de schizophrénie, avec ou sans diabète associé, se voyaient prescrire plus de tests biologiques que la population générale. Les consultations étaient moins longues, et les visites à domiciles et téléconsultations étaient plus nombreuses pour les patients souffrant de schizophrénie seule. Enfin, le recours à l'ECG, à la spirométrie ou la prescription d'HbA1c était identique ou moindre pour les patients souffrant de schizophrénie seule par rapport une schizophrénie associée au diabète ; mais supérieur à la population générale.

En 2019, l'étude de cohorte nationale danoise, populationnelle, par Norgaard et al (72) étayait ces résultats. Ils ont inclus près de 22 000 patients de 15 à 90 ans, atteints de schizophrénie, et 435 000 témoins. L'utilisation des soins en médecine générale était évaluée à un et cinq ans du diagnostic initial de schizophrénie. Les patients atteints de schizophrénie avaient davantage de comorbidités somatiques à un an (38% contre 18%) et à cinq ans (43% contre 25%). Ils bénéficiaient de davantage de consultations chez le médecin généraliste, que ce soit en journée ou hors horaires habituels, et ce surtout dans le premier mois après le diagnostic de schizophrénie. En journée, ils avaient en effet 95% de consultations en plus à un mois, puis 65% à quatre mois ; en dehors des horaires habituels, l'augmentation était respectivement de 433% et 300%. Les autres résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : recours au médecin généraliste pour les patients atteints ou non de schizophrénie, d'après Norgaard et al (72).

Variables étudiées	A un an			A cinq ans		
	Schizophrénie	Témoins	Ratio	Schizophrénie	Témoins	Ratio
Nombre moyen de consultations (en journée) par an						
Tout sexe confondu	6	3	1,82	6	4	1,76
Hommes	5	2	1,97	5	3	1,79
Femmes	7	5	1,64	8	5	1,71
Pas de comorbidités somatiques	5	3	1,68	5	3	1,69
Une comorbidité somatique	6	5	1,46	6	5	1,41
Au moins deux comorbidités	11	8	1,47	10	8	1,39
Proportion (%) d'absence de consultation chez le médecin généraliste						
Tout sexe confondu	21	24	0,68	21	24,5	0,79
Pas de comorbidités somatiques	23	27	0,73	23	27	0,81
Une comorbidité somatique	19	14	-	20	15	1,18-
Au moins deux comorbidités	12	7	-	13	8	1,36

« - » : résultats non significatifs

Les patients souffrant de schizophrénie consultaient davantage leur médecin généraliste. Au cours des consultations, ils bénéficiaient de davantage d'ECG, de prescription de bilans sanguins et bilans pulmonaires, par rapport à la population générale. Les prescriptions de tests urinaires, de dosage de la numération sanguine et de la CRP étaient, elles, identiques. Ces résultats indiquaient un certain niveau de dépistage et de suivi des maladies cardiovasculaires et respiratoires. De plus, le nombre de consultations annuelles était plus élevé, dans les deux groupes, en cas de comorbidité respiratoire chronique plutôt que de diabète ou de maladie cardiovasculaire. En l'absence de comorbidités somatiques, il y avait moins de patients souffrant de schizophrénie qui ne consultaient pas leur médecin généraliste qu'en population générale. Cette absence de consultation diminuait, et ce pour les patients souffrant ou non de schizophrénie, avec l'augmentation du nombre de

comorbidités somatiques. Par contre, la diminution était moins marquée dans le cas de la schizophrénie. Cela se traduisait ainsi par une majoration du risque de ne pas consulter un médecin généraliste pour les patients souffrant de schizophrénie avec des comorbidités somatiques. Ces résultats faisaient supposer une insuffisance dans la prise en charge des pathologies organiques de ces patients, pourtant les plus vulnérables sur le plan somatique. Ces patients-là représentaient également ceux avec le moins de contacts hospitaliers. Ainsi, ces résultats sont source d'inquiétude quant à la prise en charge appropriée des pathologies somatiques.

Au total, les médecins généralistes pourraient jouer un rôle non négligeable dans la prévention, le diagnostic et le traitement des pathologies somatiques chez ces patients. Ces études montrent qu'ils sont des acteurs importants dans la prise en charge somatique des patients souffrant de schizophrénie, et de trouble psychiatrique en général.

3.2 Inégalités dans les prises en charge

3.2.1 Pathologies cancéreuses

Plusieurs études mettent en évidence une détection plus tardive des cancers chez les patients atteints de maladie psychiatrique, avec une proportion plus importante de métastases dans cette population. De plus, il semblerait qu'il existe un retard et des inégalités dans la prise en charge thérapeutique de ces patients. Tous ces éléments pourraient ainsi expliquer les chiffres plus élevés de mortalité par cancer lorsqu'une comorbidité psychiatrique est présente.

3.2.1.1 Dépistage

Mitchell et al (73) ont réalisé en 2014 une des premières méta-analyses traitant de la place de la mammographie dans les troubles psychiatriques. Ils ont inclus 41 études issues des principales revues psychiatriques internationales, impliquant plus de 715 000 femmes atteintes de troubles psychiatriques. Le taux de dépistage du cancer du sein par mammographie était significativement réduit chez les femmes atteintes de trouble dépressif (OR = 0,91). Plus globalement, ce taux était inférieur lorsqu'un trouble de l'humeur était diagnostiqué (OR = 0,83). La plus grande différence se trouvait être pour les femmes atteintes de schizophrénie et troubles psychotiques en général, avec environ 50% de chances en moins de bénéficier d'une mammographie de dépistage.

La cohorte rétrospective de plus petite taille réalisée en 2018 par Thomas et al (74) corroborait ces résultats. Parmi les 15 000 femmes âgées de 48 à 67 ans, résidant en Californie et bénéficiant de soins psychiatriques entre 2010 et 2011, seules 26,3% avaient eu accès à une mammographie dans

l'année précédente, contre 43% des femmes américaines en population générale. L'origine ethnique, l'âge et le lieu de résidence n'avaient pas d'impact significatif. La schizophrénie, ainsi que les troubles de l'usage, étaient les maladies psychiatriques associées au plus faible taux de dépistage, par rapport au trouble bipolaire, au trouble anxieux et au trouble dépressif récurrent.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, James et al (75) ont inclus 30 000 femmes issues d'une population similaire à celle de l'étude précédente (excepté l'âge qui était de 18 à 67 ans) afin de mener une cohorte rétrospective. Seules 20,2% des femmes atteintes de maladie psychiatrique avaient eu accès à un dépistage, c'est-à-dire deux fois moins que les femmes en population générale californienne. D'après les auteurs, ces résultats étaient préoccupants car bien que ces patientes recevaient des soins psychiatriques publics, il semblerait qu'elles n'aient pas bénéficié d'autant de soins préventifs que la population générale, et ce malgré le fait qu'elles représentaient une population à risque de cancer du col de l'utérus (consommation de tabac, partenaires sexuels souvent multiples, etc). La présence d'un trouble de l'usage n'avait pas d'impact significatif. Mais comme dans l'étude de Thomas et al, les femmes atteintes de trouble bipolaire, de trouble anxieux ou de trouble dépressif récurrent avaient davantage de chances d'avoir un dépistage du cancer du col de l'utérus que celles atteintes de schizophrénie. Dans ces deux études, les données d'utilisation des soins de santé non psychiatriques étaient fortement associées à un dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus (RR = 3). Toutefois, ces deux études ont été réalisées aux Etats-Unis, où le système de santé est différent de celui existant en France avec un accès aux soins non universel et une absence de programmes nationaux de dépistage, ce qui pourrait éventuellement accentuer les différences d'accès aux soins préventifs des personnes atteintes de trouble psychiatrique, et limiter l'extrapolation des résultats.

En 2016, Woodhead et al (76) ont réalisé une étude populationnelle au Royaume-Uni, dans le but d'évaluer le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus parmi les femmes atteintes de maladie psychiatrique sévère, dans un système d'accès universel aux soins de santé et de programmes nationaux de dépistage. Ce travail a utilisé des éléments provenant d'un couplage entre les données de soins primaires (fréquence des consultations chez le médecin généraliste, diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire ; réalisation d'une mammographie ou d'un dépistage du cancer du col de l'utérus) et secondaires (diagnostic psychiatrique ; sévérité de la maladie ; prescription actuelle ou passée d'un traitement antipsychotique ; traitement par injection retard). Ces données ont permis d'inclure, respectivement pour le cancer du sein et le cancer de l'utérus, 625 femmes âgées de 50 à 70 ans et 1393 femmes âgées de 25 à 64 ans. Les femmes atteintes d'une maladie psychiatrique sévère bénéficiaient de moins de mammographies (OR = 0,69) et dépistages du cancer du col utérin (OR = 0,72) que la population générale. Le diagnostic de schizophrénie et un traitement neuroleptique injectable actuel ou passé étaient associés aux plus faibles probabilités de recours au dépistage, avec des odds ratio respectivement de 0,59 et 0,46 concernant la mammographie et 0,48 pour le dépistage

du cancer du col de l'utérus. Plus la maladie psychiatrique était sévère, moins les patientes recevaient de soins préventifs. De plus, l'ajustement sur la fréquence des consultations de soins primaires avait davantage d'impact sur la fréquence du dépistage du cancer du col utérin que du sein, ce qui peut s'expliquer par le fait que la mammographie soit un dépistage organisé de manière systématique au niveau national, contrairement au frottis cervico-utérin reposant sur les soins primaires, avec les consultations gynécologiques.

Les éléments issus d'un échantillon de 10% des données du système de santé universel australien, au cours des dix dernières années, ont permis à Tuesley et al (77) de réaliser une cohorte rétrospective en 2018. Ainsi, 380 000 hommes âgés de 50 à 69 ans, 918 000 femmes entre 18 et 69 ans, et 760 000 sujets entre 50 et 69 ans, ont été inclus pour étudier respectivement les cancers de la prostate, du col utérin et colorectal. Les patients atteints de trouble bipolaire et schizophrénie représentaient environ 2% de chaque cohorte. Il ressort de ce travail que les patients présentant une maladie psychiatrique sévère avaient presque 20% de chances en moins (ratio du taux d'incidence de 0,83) de bénéficier d'un dépistage par dosage du PSA ou d'un frottis cervico-utérin, par rapport à la population générale. Le dépistage du cancer colorectal par recherche de sang dans les selles était lui légèrement plus fréquent en cas de trouble psychiatrique (ratio du taux d'incidence de 1,15) ; cependant, si le patient consultait son médecin traitant moins de cinq fois par an, ce rapport s'inversait et rejoignait celui du cancer utérin et prostatique (ratio du taux d'incidence de 0,83). Les auteurs supposaient qu'un mauvais accès aux soins de santé pouvait donc avoir un impact plus important sur la prévention du cancer chez les personnes atteintes de maladie psychiatrique sévère, que pour la population générale. Les taux plus élevés de recherche de sang dans les selles pour les personnes atteintes de maladie psychiatrique pouvaient également refléter l'utilisation de ce test comme un diagnostic plutôt qu'un test de dépistage, la méthode étant moins invasive qu'une coloscopie. Ainsi, tous ces auteurs soulignaient l'importance d'améliorer la détection précoce des cancers parmi cette population de patients atteints de maladies psychiatriques, en augmentant l'accès et la réalisation des tests de dépistages, afin de réduire le retard diagnostique et la perte de chance de ces patients.

La méta-analyse réalisée par Solmi et al (78) en 2019 synthétisait ces résultats. Les auteurs ont inclus 47 publications issues de tous les continents excepté le continent africain, regroupant plus de 4 700 000 sujets, dont environ 500 000 étaient atteints de maladie psychiatrique. Tous troubles psychiatriques confondus, la prévalence des sujets bénéficiant d'un dépistage (tous cancers confondus) était de 56,5%. Elle était de 62% pour le cancer du sein, de 60% pour le cancer du col utérin, de 48% pour le cancer prostatique, et seulement de 37% pour le cancer colorectal. Globalement, il ressortait d'importantes inégalités dans le dépistage des cancers entre la population générale et les personnes souffrant de maladie psychiatrique (OR = 0,76). La réduction du dépistage pour les cancers du sein, de la prostate et du col utérin était respectivement de 33%, 22% et 12%. Il n'y avait pas de

différence significative pour le cancer colorectal (les auteurs supposaient que les taux de dépistage étant également faibles en population générale, cela atténuait ainsi les disparités). Dans l'analyse séparée de la schizophrénie et du trouble bipolaire, les différences de dépistage étaient là aussi les plus importantes pour le cancer du sein. Concordant avec les études précédemment citées, les disparités étaient plus prononcées pour les individus souffrant de schizophrénie que de trouble bipolaire ; peut-être car la schizophrénie est une maladie davantage stigmatisée, mais également du fait que les troubles cognitifs sont plus permanents que dans le trouble bipolaire. De plus, les inégalités davantage prononcées dans le cas de cancers bénéficiant de programmes de dépistage organisés (cancer du sein par exemple) suggéraient que le bénéfice de ces campagnes pour la population générale ne s'étendait pas aux patients souffrant de troubles psychiatriques.

3.2.1.2 Diagnostic et traitement

En 2017, Iglay et al (79) ont mené une cohorte rétrospective aux Etats-Unis, incluant plus de 16 000 femmes de plus de 68 ans, atteintes d'un cancer du sein (des stades I à IIIa) diagnostiqué entre 2005 et 2007. Un diagnostic de maladie psychiatrique, antérieur à celui du cancer, a été retrouvé chez 3961 de ces femmes : trouble anxieux ; trouble dépressif ; troubles anxieux et dépressif associés ; maladie psychiatrique sévère (schizophrénie, trouble bipolaire, ou autres troubles psychotiques). Il en ressortait que le délai médian entre la date d'identification des symptômes (tels que les signes fonctionnels, une masse mammaire ou une anomalie à la mammographie) et le diagnostic anapathologique de cancer était relativement similaire avec ou sans maladie psychiatrique (respectivement 25 et 26 jours). Un tiers des femmes, atteintes ou non de trouble psychiatrique, avaient un retard diagnostique supérieur à 90 jours. Par diagnostic psychiatrique, les analyses montraient que seules les femmes atteintes de troubles anxieux et dépressif avaient une augmentation significative du risque (RR = 1,11) de retard diagnostique à 90 jours. D'autre part, il n'y avait pas de différence de risque significative de retard dans la prise en charge thérapeutique à 60 et 90 jours (toutes maladies psychiatriques et tous traitements confondus). Cependant, pour les maladies psychiatriques sévères uniquement, il existait une majoration du risque de retard de traitement de 36% à 60 jours. La tendance était similaire à 90 jours, mais non significative. Concernant le traitement chirurgical et la radiothérapie, il n'existait pas de différence significative, que ce soit toutes pathologies psychiatriques confondues, ou par diagnostic psychiatrique spécifique. Les femmes souffrant de maladies psychiatriques, tous diagnostics confondus, avaient un risque augmenté de 13% de délai de prise en charge par chimiothérapie. Les tendances étaient similaires par diagnostic, mais non significatives. Les auteurs justifiaient le choix des seuils de 60 et 90 jours par le fait que des délais diagnostiques de deux et trois mois étaient associés à des tumeurs plus agressives (stades plus

avancés, plus grande taille, plus d'envahissement lymphatique, plus de métastases, survie moindre). Cette étude n'apportait toutefois pas de données sur la sévérité de la maladie psychiatrique, l'utilisation de soins psychiatriques, la présence d'un trouble de l'usage, ou l'utilisation d'une hormonothérapie.

Les données issues du département des vétérans américains ont permis à Hwang et al (80) d'identifier, en 2011, 55 femmes souffrant de schizophrénie et d'un cancer du sein curable, traité par chirurgie. Ces 55 patientes étaient toutes éligibles à une chimiothérapie adjuvante. L'étude montrait que seules 85% des patientes éligibles s'étaient vues proposer cette chimiothérapie adjuvante ; parmi elles, 31% avaient refusé ou n'étaient pas compliantes au traitement.

L'étude de cohorte japonaise de 2016 d'Ishikawa et al (81), qui incluait près de 2500 sujets atteints de schizophrénie, pour 10 000 témoins, montrait des disparités significatives dans les stades de cancer de l'estomac ou colorectal lors de l'admission à l'hôpital, dans ce système de soins pourtant universel. En effet, par rapport aux sujets exempts de maladie psychiatrique, les patients atteints de schizophrénie présentaient moins souvent un stade I, peu élevé (23,8% contre 43,6%) qu'un stade IV, élevé (34% contre 18%) : le risque relatif d'être à un stade plus élevé si une schizophrénie était associée était de 1,86. Ces chiffres pouvaient refléter un retard diagnostique, un retard d'initiation du traitement, et/ou un moindre accès aux soins. De plus, les patients atteints d'une schizophrénie avaient 30% de chance en moins de bénéficier d'un traitement chirurgical ou endoscopique (56,5% contre 70,2%), et ce même après ajustement sur les stades de cancer. Lorsqu'un tel traitement était pratiqué, il était, dans le cas de la schizophrénie, davantage invasif par laparotomie (34% contre 29,5%) que peu invasif par endoscopie (22% contre 40%). Par conséquent, la durée d'hospitalisation était plus longue pour ces patients (25 jours contre 15). Enfin, la réduction de l'accès et de la qualité des soins, ainsi que les traitements chirurgicaux plus à risque, entraînaient une surmortalité significative à court terme (à un mois) des sujets atteints de schizophrénie (4,2% contre 1,8%, avec un OR = 1,35).

En 2018 au Danemark, Kaerlev et al (82) ont étudié la prise en charge du cancer colorectal chez les patients atteints de maladie psychiatrique sévère. Ils ont inclus environ 25 000 sujets issus de la base de données « Danish Colorectal Cancer Group », dont 16 600 avaient un cancer du côlon et 8500 un cancer du rectum ; tous avaient été pris en charge chirurgicalement entre 2007 et 2013. Parmi eux, 422 avaient un diagnostic, antérieur à celui du cancer, de trouble psychotique ou de trouble bipolaire. Les auteurs précisait que lors de la réalisation de l'étude, il n'existait pas encore de programme de dépistage national du cancer colorectal au Danemark. Pour les patients atteints de cancer colorectal avec comorbidité psychiatrique, il n'existait pas de différence significative dans l'utilisation de la chirurgie à visée palliative versus curative. L'objectif des auteurs était également d'étudier l'utilisation des traitements oncologiques néoadjuvants ou adjuvants à la chirurgie. Les patients atteints d'un cancer du côlon, avec une maladie psychiatrique associée, bénéficiaient de moins de traitement

oncologique que ceux sans maladie psychiatrique (OR = 0,55). L'association restait présente après ajustement sur l'âge, le sexe, les comorbidités, le statut socio-économique et éducationnel, ainsi que sur le stade du cancer. La moindre utilisation d'un traitement (néo)-adjuvant persistait dans les analyses en sous-groupes par diagnostic psychiatrique. Il semble nécessaire de noter que les troubles psychiatriques ne sont pourtant pas des contre-indications à ces traitements. Chez les patients atteints d'un cancer du rectum, la tendance était similaire, mais avec un odds ratio non significatif. L'étude mettait également en évidence que les patients atteints de maladie psychiatrique associée au cancer étaient significativement plus jeunes, d'un statut socio-économique inférieur, avec davantage de comorbidités, et à un stade de cancer plus élevé (pour le cancer du côlon uniquement). Ce dernier point pouvait probablement s'expliquer par un retard au diagnostic.

Ho et al (83) ont comparé, en 2018 et dans un cohorte américaine de 590 000 sujets, le recours à la chirurgie en urgence pour le cancer colorectal, c'est-à-dire réalisée lors de la survenue d'occlusion intestinale, de péritonite ou de perforation digestive, avec ou sans schizophrénie associée. Les chirurgies réalisées en urgence étaient significativement plus nombreuses parmi les patients atteints de schizophrénie, avec 19,3% contre 13,9% dans la population témoin (OR = 1,30). Ces résultats révélaient la présence de davantage de formes compliquées de cancer colorectal si une schizophrénie était associée, avec des répercussions négatives sur le pronostic oncologique, un risque opératoire plus élevé lors d'une chirurgie réalisée en urgence et donc un taux de mortalité post opératoire supérieur.

Selon Wieghard et al (84) en 2015, la présence d'un diagnostic psychiatrique préexistant au cancer du rectum était un facteur prédictif négatif significatif dans la réalisation d'une chirurgie conservatrice sphinctérienne, chez les patients souffrant de maladie psychiatrique. Cette étude américaine incluait 24 000 sujets parmi lesquels 4800 étaient atteints d'une maladie psychiatrique. Ces derniers bénéficiaient d'une chirurgie conservatrice dans 48% des cas, contre 52% dans le groupe témoin (OR = 0,77). Ce résultat était retrouvé pour les troubles de l'humeur (OR = 0,70), la schizophrénie/autres troubles psychotiques (OR = 0,64), les troubles de l'usage (OR = 0,81) mais pas les troubles anxieux. La durée d'hospitalisation ainsi que le nombre de complications post-opératoires immédiates étaient par contre similaires. Les personnes atteintes de maladie psychiatrique bénéficiaient de davantage de soins à domicile lors de la sortie d'hospitalisation. Cette étude soulignait ainsi les réelles disparités de prise en charge des patients avec un diagnostic psychiatrique préexistant, mais présentait toutefois quelques limites : absence d'information sur la hauteur du cancer, la présence ou non d'un traitement néoadjuvant, le stade évolutif.

La cohorte rétrospective nord-américaine de 2019 menée par Fried et al (85) incluait près de 50 000 hommes de plus de 67 ans, atteints de cancers prostatiques non métastasés mais de hauts grades locorégionaux (stades II ou III). Environ 500 d'entre eux souffraient de schizophrénie, de trouble bipolaire, ou d'autres troubles psychotiques, préexistant au cancer. Les résultats montraient que ces

patients avaient 34% de chance en moins de bénéficier d'un traitement curatif par prostatectomie dans l'année suivant le diagnostic, et 19% de chances en moins de recevoir un traitement curatif par radiothérapie et hormonothérapie concomitantes ; tous ces traitements étant pourtant recommandés en première intention. De plus la survie spécifique à cinq ans était réduite.

En 2019, près de 67 000 sujets nord-américains de plus de 68 ans, atteints d'un cancer de la vessie non métastatique, ont été inclus dans la cohorte rétrospective de Sathianathan et al (86). Les auteurs ont identifié 4500 patients avec un diagnostic préexistant de maladie psychiatrique sévère (schizophrénie, trouble bipolaire ou autre trouble psychotique), trouble anxieux et/ou trouble dépressif. La présence d'une pathologie psychiatrique était associée à des cancers plus agressifs à leur découverte, ce qui pouvait refléter une entrée plus tardive dans le système de soins. En effet, les sujets souffrant de maladie psychiatrique sévère et de trouble anxieux et/ou trouble dépressif présentaient, respectivement dans 23% et 21,7% des cas, un cancer de la vessie envahissant la paroi musculaire, contre 19,4% en l'absence de maladie psychiatrique associée. Le traitement curatif recommandé pour ces cancers envahissant la paroi musculaire était la cystectomie radicale ; la pratique d'une trithérapie par résection transurétrale de la vessie suivie d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie était considérée comme acceptable. Les maladies psychiatriques étaient associées à un moindre recours à ces stratégies thérapeutiques. En effet, la cystectomie radicale était moins pratiquée en cas de maladie psychiatrique sévère (OR = 0,67), de trouble dépressif (OR = 0,79) et de troubles anxieux et dépressifs associés (OR = 0,57). Il y avait une différence significative dans la délivrance d'une chimiothérapie néoadjuvante entre les patients avec ou sans maladie psychiatrique (17,3% contre 21,7%). De manière générale, la présence d'un trouble psychiatrique était associée à des inégalités dans les prises en charges, avec notamment moins de traitements curatifs (chirurgie ou trithérapie) réalisés.

Huang et al (87) ont réalisé en 2018 une étude de cohorte nationale taiwanaise, dont l'objectif était de comparer les traitements médicaux reçus par des patients avec un cancer, atteints ou non de schizophrénie, dans le mois et les trois mois précédant le décès. Etaient inclus les patients de plus de 20 ans, nouvellement diagnostiqués entre 2000 et 2012 pour un des six cancers les plus communs (colorectal, hépatocarcinome, pulmonaire, sein, oral ou prostatique). Deux cohortes ont été constituées : l'une de 1929 patients avec un nouveau diagnostic de cancer et atteints de schizophrénie, et l'autre de 110 772 témoins (un nouveau diagnostic de cancer, sans diagnostic de schizophrénie ou toute autre pathologie psychiatrique). Dans le mois précédant le décès, les résultats ne montraient pas de différence significative de durée d'hospitalisation (18,3 jours pour les cas contre 17,9 jours pour les témoins) ni dans l'utilisation générale des soins palliatifs. Une augmentation du recours aux unités de soins intensifs chez les patients avec un diagnostic de schizophrénie était par contre constatée (OR= 1,21). De plus, il y avait moins de consultations en soins palliatifs pour ces patients (OR= 0,59). Dans les trois mois précédant le décès, les résultats étaient similaires, excepté pour la durée

d'hospitalisation, qui était augmentée de manière significative chez les patients atteints de schizophrénie (35 jours contre 31 jours pour les témoins). Dans le mois précédant le décès, les patients souffrant de schizophrénie avaient bénéficié de moins de chimiothérapie (OR = 0,60). Le nombre d'examen diagnostiques réalisés était significativement inférieur pour les patients ayant un diagnostic de schizophrénie, excepté pour la panendoscopie et la coloscopie. Ces derniers bénéficiaient de 20% de moins de scanner, IRM ou échographie. La possibilité d'avoir un examen plus « avancé » était encore réduite, avec un odds ratio de 0,62 pour le scanner osseux, et 0,37 pour le PET-scan. L'étude mettait en évidence une augmentation significative du recours aux interventions invasives à savoir la réanimation cardio-pulmonaire (OR = 1,34), l'intubation orotrachéale (OR = 1,22), la ventilation mécanique (OR = 1,15), le sondage urinaire (OR = 1,19) et la pose de sonde nasogastrique (OR = 1,41). Des résultats similaires étaient retrouvés dans les trois mois précédant le décès. Les tendances étaient identiques dans les analyses en sous-groupes pour chaque cancer, avec moins de résultats significatifs du fait d'une puissance statistique moindre. Les auteurs suggéraient que les patients atteints de schizophrénie pouvaient être victimes de stigmatisation par les professionnels de santé, générant une moindre qualité de prise en charge que les patients atteints de cancer sans comorbidité psychiatrique. Ils formulaient également l'hypothèse d'une difficulté de prise en charge globale de ces patients ainsi que d'une moindre susceptibilité de rédaction de directives anticipées. Parmi les limites de l'étude étaient retrouvés l'absence de données sur le mode de vie des patients, les résultats des analyses biologiques, l'état physique, le support familial, les préférences familiales, les directives anticipées, ainsi que l'absence de précisions sur les stades évolutifs des cancers et la sévérité clinique de la schizophrénie.

Une autre étude de cohorte, française et réalisée par Fond et al (88) en 2019, étudiait également les soins de fin de vie prodigués aux patients atteints de schizophrénie. Les auteurs ont inclus, à partir d'une base de données hospitalière nationale, environ 220 000 patients souffrant d'un cancer cérébral, hépatique, ou tout cancer solide métastasé, qui ont bénéficié de soins palliatifs et sont décédés à l'hôpital entre 2013 et 2016. Près de 2500 d'entre eux souffraient de schizophrénie. Ces derniers décédaient en moyenne plus jeunes, et plus rapidement ; le délai entre le diagnostic et le décès était en effet réduit (OR = 0,36), pouvant traduire la présence de formes de cancer plus sévères chez les patients souffrant de schizophrénie. Les comorbidités étaient plus fréquentes, pouvant influencer le choix thérapeutique. Il y avait davantage de prises en charge dans des centres spécialisés. Les autres résultats significatifs sont détaillés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : analyse des soins de fin de vie chez les patients atteints de schizophrénie par rapport à une population témoin exempte de pathologie psychiatrique d'après Fond et al (88).

Variable étudiée	Odds ratios
Admissions en soins palliatifs	
Dans le mois précédant le décès	1,61
Dans les trois jours précédant le décès	2,52
Indicateurs de soins de haute intensité, dans le mois précédant le décès	
Transfusions	0,72
Chirurgies	0,71
Imagerie	0,66
Endoscopie	0,85
Chimiothérapie (dans les 14 jours)	0,53
Au moins une admission en unité de soins intensifs	0,73
Durée médiane de séjour en unité de soins intensifs	1,20
Décès aux urgences ou en soins intensifs	0,65

Contrairement à l'étude de Huang citée précédemment, les auteurs montraient ici que les individus souffrant de schizophrénie bénéficiaient de davantage de prises en charges en soins palliatifs que la population témoin, mais de moins de soins somatiques de haute intensité. Une de leurs hypothèses était que ces disparités de prise en charge s'expliquaient par les préférences des médecins d'admettre ces patients en soins palliatifs plutôt que de tenter des explorations complémentaires et des protocoles de soins parfois plus lourds, du fait des comorbidités, du potentiel plus haut risque post-opératoire, et des troubles cognitifs pouvant être présents dans la schizophrénie. D'autres hypothèses étaient également avancées, telles que le refus de traitement de la part du patient, ou la stigmatisation de la part des professionnels de soins somatiques. Enfin, l'analyse appariée retrouvait une différence significative concernant la présence de métastases, qui étaient contre toute attente moins fréquentes dans le cas de la schizophrénie. Pour les auteurs, il s'agissait probablement d'un sous diagnostic, comme suggéré par la fréquence moindre des explorations complémentaires.

3.2.2 Pathologies cardiovasculaires

3.2.2.1 Diagnostic et dépistage

Heiberg et al (89) ont réalisé une étude nationale norvégienne en 2019. Les données concernant près de 73 000 citoyens, décédés de causes cardiovasculaires entre 2011 et 2016, ont été utilisées. Parmi eux, 814 avaient un diagnostic de schizophrénie, et 673 de trouble bipolaire. Les causes de décès comprenaient notamment les pathologies cardiaques ischémiques (dont le syndrome coronarien aigu), les pathologies vasculaires cérébrales, et les autres formes de cardiopathies (dont les arythmies et l'insuffisance cardiaque). L'âge de décès était inférieur en cas de pathologie psychiatrique associée. Les résultats montraient des disparités dans l'utilisation des soins, primaires et spécialisés, avant le décès :

- Les patients (hommes et femmes) avec une schizophrénie avaient eu davantage de contacts téléphoniques avec leur médecin traitant que ceux exempts de pathologie psychiatrique ; ils avaient moins fréquemment consulté leur médecin traitant au cabinet, ainsi qu'un médecin somaticien ; la fréquence des consultations aux urgences et des admissions en unités de soins somatiques avait été, elle, similaire.
- Les sujets (hommes et femmes) souffrant d'un trouble bipolaire avaient eu une plus grande fréquence de consultations (téléphoniques et en présentiel) chez un médecin généraliste, aux urgences, et d'admissions en soins somatiques par rapport aux personnes sans maladie psychiatrique. La fréquence des consultations somatiques spécialisées avait été identique.
- Le trouble bipolaire était associé à un plus grand recours aux soins somatiques primaires et spécialisés que la schizophrénie.

De plus, 23% des individus souffrant de schizophrénie n'avaient pas reçu de diagnostic de pathologie cardiovasculaire avant leur décès, comparé à 17% des patients avec un trouble bipolaire, et 11% des patients exempts de pathologie psychiatrique. La plus grande proportion des décès cardiovasculaires non diagnostiqués concernait les 18-59 ans. Après ajustement sur l'âge de décès et les comorbidités, les résultats mettaient en évidence que les patients (hommes et femmes) atteints de schizophrénie (OR = 1,66), ainsi que les femmes présentant un trouble bipolaire (OR = 1,38), étaient plus à risque de ne pas recevoir de diagnostic cardiovasculaire, avant le décès de cette même cause. Le risque était par contre identique pour les hommes souffrant de trouble bipolaire. Les résultats par diagnostic cardiologique sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Risque d'absence de diagnostic de pathologie cardiovasculaire par cause de décès, d'après Heiberg et al (89).

Cause de décès	Odds ratios					
	Schizophrénie			Trouble bipolaire		
	Tout sexe	Hommes	Femmes	Tout sexe	Hommes	Femmes
Infarctus du myocarde	1,99	-	2,68	-	-	-
Pathologie ischémique	1,70	1,47	1,91	-	-	-
Autres diagnostics	1,85	-	1,85	-	-	-
Pathologies vasculaires cérébrales	1,47	-	-	-	-	1,77

« - » : résultats non significatifs

Ainsi, le risque de ne pas recevoir de diagnostic avant le décès (toutes causes cardiovasculaires confondues) était plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie. Il était particulièrement marqué chez les femmes décédées d'un infarctus. Cette disparité ne se retrouvait pas dans le cas du trouble bipolaire, sauf pour les femmes décédées d'une pathologie vasculaire cérébrale. De plus, les patients souffrant de schizophrénie décédaient plus souvent à domicile. Ainsi, la proportion de pathologies cardiovasculaires non dépistées avant le décès était plus élevée lorsqu'une maladie psychiatrique sévère était présente, alors que presque toutes ces personnes-là (98%) avaient eu recours à des soins somatiques primaires ou spécialisés avant de décéder (contre 88% en l'absence de pathologie psychiatrique). Ces résultats étaient concordants avec ceux de l'étude suédoise de Crump et al (90), dans laquelle les patients atteints de schizophrénie et décédés d'une cardiopathie ischémique étaient moins susceptibles que les autres d'avoir reçu un diagnostic antérieur de cette affection (26% contre 47%). Les différences retrouvées entre les groupes, pour des causes identiques de décès, suggéraient des inégalités dans les soins apportés aux patients présentant des pathologies psychiatriques, tant dans les soins primaires que spécialisés.

Heiberg et al (91) ont par la suite repris cette cohorte nationale de 73 000 personnes, afin d'évaluer l'impact des maladies psychiatriques sévères sur l'utilisation des tests diagnostiques ou de dépistage cardiovasculaires. De manière globale, les résultats montraient un recours comparable aux tests diagnostiques (tous tests confondus) en soins primaires parmi les patients atteints de trouble

bipolaire et de schizophrénie. Toutefois, il y avait une moindre réalisation de tests dans les soins cardiologiques spécialisés (RR = 0,78), uniquement pour les patients souffrant de schizophrénie. Les autres résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Recours aux tests diagnostiques cardiovasculaires avant le décès, pour les individus avec ou sans maladie psychiatrique, d'après Heiberg et al (91).

Tests diagnostiques	Ratios de prévalence					
	Schizophrénie			Trouble bipolaire		
	Tout sexe	Hommes	Femmes	Tout sexe	Hommes	Femmes
Au niveau des soins primaires						
ECG	-	-	-	-	-	-
Tension artérielle sur 24h	0,39	0,34	0,45	-	-	-
Glycémie à jeun	-	-	-	1,13	1,17	-
HbA1c	-	-	-	1,12	1,16	-
Au niveau des soins spécialisés						
Echographie cardiaque	0,77	0,74	0,79	0,90	-	0,84
Coronarographie	0,66	0,61	0,72	0,81	-	0,64
Echo-doppler des vaisseaux périphériques	0,44	0,46	0,41	-	-	-

« - » : résultats non significatifs

Ainsi, il n'y avait pas de différence dans le recours à l'ECG entre les patients souffrant de maladies psychiatriques et la population générale. La mesure de la pression artérielle sur 24 heures était moins fréquemment réalisée en cas de schizophrénie, alors qu'il n'y avait pas de différence en cas de trouble bipolaire. L'utilisation des tests de dépistage/suivi du diabète était similaire pour les patients atteints de schizophrénie, et plus élevée pour ceux souffrant de trouble bipolaire. Concernant les soins cardiologiques plus spécialisés, les patients souffrant de trouble bipolaire et de schizophrénie bénéficiaient tous de moins d'examens (excepté l'échodoppler dans le trouble bipolaire, pour lequel la fréquence était identique).

Ces deux études étaient concordantes avec les résultats retrouvés dans des travaux antérieurs. Il semble exister un retard diagnostique important des maladies cardiovasculaires pour les patients

souffrant de maladies psychiatriques. Les inégalités dans l'accès et l'utilisation des soins sont particulièrement préoccupantes, les maladies cardiovasculaires représentant la première cause de décès dans cette population. De plus, la plus faible prévalence des examens prodigués était particulièrement marquée pour les procédures demandant du temps ou un contact rapproché avec le patient (mesure de la pression artérielle sur 24 heures, échographie, coronarographie, échodoppler), ce qui pourrait s'expliquer par des facteurs liés aux patients, ou des attitudes stigmatisantes de la part des somaticiens. Par ailleurs, à cause de la mortalité cardiovasculaire plus précoce dans cette population, les personnes présentant une maladie psychiatrique pourraient décéder à des âges où les professionnels de santé ne suspectent habituellement pas une pathologie cardiovasculaire.

3.2.2.2 Diabète, hypertension artérielle et dyslipidémies

A partir de l'étude CATIE (citée dans la partie 2.1.1), Nasrallah et al (92) ont, en 2006, examiné le taux d'usage de différents traitements somatiques chez les patients souffrant de schizophrénie et d'une comorbidité somatique. Les résultats montraient que 30% de ces patients n'étaient pas traités contre le diabète ; les inégalités étaient plus marquées pour l'hypertension, avec une absence de traitement dans 62% des cas. Les disparités étaient les plus importantes dans le cas des dyslipidémies, avec un taux de non traitement de 82% (hypertriglycémie) à 85% (taux bas de HDL). Une des limites de l'étude était l'absence de données concernant les taux de LDL, limitant l'extrapolation des données. Enfin, les hommes étaient, pour le diabète et les dyslipidémies, davantage traités que les femmes.

La méta analyse de 2017, par Ayerbe et al (93), a identifié cinq études de cohorte portant sur les différences de prise en charge de l'hypertension. Les effectifs s'étendaient de 490 à 2,5 millions de personnes, et le suivi allait d'un à trente-cinq ans. L'étude anglaise de Roberts et al (94) reportait que les patients atteints de schizophrénie bénéficiaient de deux fois moins de mesures de la tension artérielle chez le médecin généraliste, par rapport à la population sans maladie psychiatrique. D'après Lahti et al (95), en Finlande les patients souffrant de schizophrénie se voyaient prescrire moins de traitements hypertenseurs (OR = 0,37) et également moins de traitements hypolipémiants (OR = 0,47). Dans l'étude danoise de Laursen et al (96), les prescriptions d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)/antagonistes du récepteur de l'angiotensine 2 (ARA2) ainsi que de bêtabloquants étaient réduites lorsqu'une schizophrénie ou un trouble bipolaire étaient associés. L'utilisation des diurétiques était par contre supérieure. Enfin, Kim et al (97) rapportaient une adhérence moindre aux traitements de la part de ces patients, tandis qu'Owens-Smith et al (98) ne trouvaient pas de différence significative.

La cohorte rétrospective menée en 2015 par Mangurian et al (99), en Californie, incluait près de 51 000 participants souffrant de maladie psychiatrique sévère (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble dépressif sévère, trouble anxieux). Parmi eux, seuls 30% bénéficiaient d'un dépistage du diabète par des tests spécifiques (glycémie à jeun et hémoglobine glyquée) ; il n'y avait pas de

différence selon le type de diagnostic psychiatrique. Environ 40% étaient dépistés, mais avec des tests non spécifiques. Et surtout, 30% ne bénéficiaient d'aucun dépistage du diabète. Ainsi, près de 70% des patients ne bénéficiaient pas de dépistage selon les recommandations en vigueur. Les participants qui avaient eu au moins une consultation chez un médecin généraliste au cours de la période d'étude, en association avec le suivi psychiatrique, avaient deux fois plus de chance d'être dépistés. Dans une autre étude de cohorte réalisée en 2018, Mangurian et al (100) montraient que les jeunes adultes et les sujets fumeurs étaient moins souvent dépistés que les autres personnes souffrant de maladie psychiatrique. Là aussi, le recours aux soins primaires ambulatoires était positivement corrélé à la fréquence des tests de dépistage.

Dans une cohorte rétrospective de petite taille, Liu et al (101) ont, en 2017, inclus 258 adultes souffrant de schizophrénie, trouble bipolaire ou trouble dépressif sévère, ainsi que de diabète. Tous les participants étaient issus des plans de santé « Medicaid » et « Medicare » aux Etats-Unis. Par rapport à des personnes de la population générale, ils bénéficiaient de moins de mesures de l'hémoglobine glyquée (48% contre 88%), de moins d'examens oculaires (13% contre 58%), de moins de dépistages des néphropathies (40% contre 83%) et de moins de contrôles de la tension artérielle (43% contre 61%).

3.2.2.3 *Pathologies cardiaques*

Dans l'étude danoise publiée en 2009, Laursen et al (102) ont suivi une cohorte populationnelle entre 1994 et 2007, afin d'évaluer si les patients atteints de maladie psychiatrique sévère avaient autant accès à des procédures thérapeutiques invasives dans le cas d'une pathologie cardiaque. Ils ont ainsi inclus 5000 personnes souffrant de trouble bipolaire, trouble schizo-affectif ou schizophrénie. Les procédures invasives correspondaient au pontage coronarien et à l'angioplastie transluminale percutanée. Dans les cinq ans après le premier évènement cardiaque, la probabilité d'en bénéficier était réduite chez les patients atteints de maladies psychiatriques sévères, par rapport à la population témoin (7% contre 12% chez les moins de 70 ans, et 3% contre 6% chez les plus de 70 ans). Lorsque les auteurs ont examiné uniquement les patients atteints d'un infarctus du myocarde, les disparités de prise en charge à cinq ans étaient encore plus importantes : 28% contre 42% chez les moins de 70 ans, et 11% contre 19% chez les plus de 70 ans.

A partir de la même population d'étude, Laursen et al (103) ont montré en 2011 que le taux d'incidence des admissions hospitalières pour une cardiopathie était stable dans le cas du trouble bipolaire, mais avait significativement augmenté dans celui de la schizophrénie, entre 1994 et 2006. De plus, les patients souffrant de schizophrénie et de trouble bipolaire bénéficiaient de moins de procédures thérapeutiques invasives, avec des ratios du taux d'incidence respectivement de 0,38 et 0,63. Parmi les patients atteints de schizophrénie, le recours à ces thérapeutiques était passé de 3%

entre 1994 et 1999, à 11% entre 2000 et 2006. Concernant le trouble bipolaire, la probabilité augmentait de 4% à 19%. Cependant, ces chiffres restaient moindres qu'en l'absence de maladie psychiatrique (de 7% à 23%). Ainsi, le recours à des soins cardiologiques invasifs était moins fréquent chez les patients atteints de trouble bipolaire par rapport à la population générale, et encore plus bas dans le cas de la schizophrénie.

En 2011, Mitchell et al (104) ont réalisé une méta-analyse afin d'étudier l'accès à la revascularisation dans le cadre d'un syndrome coronarien aigu, si une maladie psychiatrique sévère était associée. Ils ont inclus 22 études, toutes provenant des Etats-Unis, pour un total de 826 000 sujets. Les patients souffrant de pathologies psychiatriques bénéficiaient de 14% de moins de procédures de revascularisation, par rapport à la population témoin. Plus spécifiquement, il y avait moins de pontages coronariens (RR = 0,85), de cathétérismes cardiaques (RR = 0,85) et d'angioplastie transluminale percutanée avec pose de stent (RR = 0,87). Les inégalités étaient encore plus marquées dans la schizophrénie : en effet, ces patients recevaient deux fois moins de procédures thérapeutiques invasives, avec des risques relatifs de pontages coronariens et d'angioplastie respectivement de 0,69 et 0,5. Les auteurs notaient également une augmentation de 11% du taux de mortalité en cas de trouble psychiatrique sévère associé.

L'évolution du recours à la revascularisation suite à un syndrome coronarien aigu avec élévation du segment ST (SCA-ST+) entre 2003 et 2012, chez les patients souffrant de trouble bipolaire et de schizophrénie, a été étudiée aux Etats-Unis par Schulman et al (105). Cette étude nord-américaine incluait près de 30 000 patients avec une pathologie psychiatrique sévère. L'âge de survenue de l'infarctus était en moyenne plus jeune et les comorbidités plus fréquentes dans cette catégorie de patients. Au cours du temps, l'incidence des SCA-ST+ avait significativement diminué dans la population générale, mais pas lorsqu'une maladie psychiatrique était associée. Le recours aux techniques de revascularisation avait augmenté dans tous les groupes, mais restait moins commun dans les groupes « trouble bipolaire » et surtout « schizophrénie ». Les résultats de l'analyse après ajustement sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Associations entre revascularisation et pathologies psychiatriques d'après Schulman et al (105).

Variables	Odds ratios
Toutes pathologies psychiatriques confondues	
Revascularisation	0,59
Intervention coronaire percutanée	0,69
Pontage coronarien	0,59
Schizophrénie	
Revascularisation	0,41
Intervention coronaire percutanée	0,48
Pontage coronarien	0,57
Trouble bipolaire	
Revascularisation	0,78
Intervention coronaire percutanée	0,90
Pontage coronarien	0,62

Concordant avec les résultats des études citées précédemment, des inégalités de prise en charge des SCA-ST+ chez les patients souffrant de trouble bipolaire et surtout de schizophrénie étaient mises en évidence.

Récemment, en 2019, Mohamed et al (106) ont étudié les stratégies de prise en charge chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique sévère et qui avaient subi un infarctus du myocarde. Une étude de cohorte a ainsi été réalisée aux Etats-Unis. Près de 440 000 personnes atteintes de schizophrénie, d'autres troubles psychotiques non organiques, de trouble bipolaire ou de trouble dépressif sévère ont été inclus. Les patients atteints de pathologies psychiatriques sévères, quel que soit le diagnostic, étaient tous moins susceptibles de bénéficier d'une prise en charge invasive précoce par angiographie coronarienne ou intervention coronarienne percutanée. La probabilité était la plus faible dans le groupe des patients atteints de schizophrénie (risques relatifs respectivement de 0,46 et 0,57 pour l'angiographie et l'intervention percutanée). Les femmes bénéficiaient également de moins de thérapies invasives par rapport aux hommes, surtout celles souffrant d'un trouble bipolaire (15% et 34% de chances en moins d'être traitée par angiographie et intervention percutanée, respectivement). Les résultats montraient aussi que la schizophrénie et les autres troubles psychotiques étaient les seuls diagnostics associés à un pronostic défavorable (mortalité, hémorragies) après un infarctus du myocarde.

Dans l'étude de Heiberg et al (91), les patients avec une schizophrénie et un trouble bipolaire, décédés d'une maladie cardiovasculaire, avaient eu respectivement 42% et 21% de chances en moins de bénéficier d'un traitement cardiovasculaire invasif. Les traitements des arythmies cardiaques dans la schizophrénie (ratio de 0,65), ainsi que des chirurgies vasculaires périphériques dans la schizophrénie (ratio de 0,43) et le trouble bipolaire (ratio de 0,37), étaient nettement moins pratiqués.

Woodhead et al (107) ont, en 2016, évalué les traitements prescrits en prévention secondaire des maladies coronariennes et des infarctus du myocarde dans la région londonienne. Les analyses ont comparé 4000 patients avec un diagnostic de pathologie psychiatrique sévère (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble schizo-affectif ou autres troubles psychotiques) connus des services de santé psychiatriques primaires et secondaires, avec une population témoin. Dans le cas de l'arrêt cardiaque, les bêtabloquants étaient prescrits chez 40% des personnes souffrant d'une maladie psychiatrique, contre 70% dans la population témoin. La prescription d'IEC/ARA2 était, elle, de 62% contre 84%. Dans le cas des maladies coronariennes, le taux de prescription des bêtabloquants était de 55% chez les personnes avec une maladie psychiatrique, contre 66% en population témoin. Les autres résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8 : Association entre maladies psychiatriques et thérapeutiques prescrites en prévention secondaire selon Woodhead et al (107).

Variables	Odds ratios	
	Bêtabloquants	IEC/ARA2
Toutes pathologies psychiatriques	0,48	0,42
Schizophrénie	0,38	0,27
Trouble bipolaire	0,35	Non significatif
Antipsychotique injectable	0,22	0,32
Indicateur de sévérité de la maladie psychiatrique	0,39	0,31

Ces résultats reflétaient des inégalités dans la prévention secondaire d'évènements cardiovasculaires chez les patients souffrant de maladies psychiatriques, pourtant connus pour être une population à risque cardiovasculaire. Cela pourrait contribuer aux disparités d'espérance de vie. Les auteurs précisait que cette réduction de prescription était peu probablement liée à un manque d'accès aux soins primaires, car la fréquence des consultations était supérieure concernant les patients souffrant de maladie psychiatrique. L'étude de Kisely et al (108) mettait également en évidence des inégalités dans la prescription (en cas de schizophrénie associée) des bêtabloquants (OR = 0,82) et des statines (OR = 0,51). Enfin, l'étude canadienne de Kurdyak et al (109) montrait que la probabilité de

consulter un cardiologue dans le mois suivant un infarctus du myocarde, pour les patients souffrant de schizophrénie, était deux fois moins élevée que pour la population générale.

Les auteurs de ces études avançaient l'hypothèse selon laquelle les symptômes de la cardiopathie pouvaient être masqués par les symptômes psychiatriques ; cependant, les inégalités persistaient par exemple dans le cas de l'infarctus du myocarde (102), pourtant plus facilement objectivable. Ainsi, ils suggéraient que les patients atteints de maladie psychiatrique sévère pouvaient être victimes de discriminations dans les soins somatiques : examen clinique insuffisant, absence de proposition du traitement recommandé lié à des croyances de certains médecins (patients moins compliants à suivre les règles hygiéno-diététiques et les protocoles de rééducation, etc).

3.2.2.4 Pathologies vasculaires cérébrales

Peu d'auteurs ont étudié la prise en charge des patients souffrant conjointement de maladie psychiatrique et d'autres pathologies circulatoires, telles que l'accident vasculaire cérébral (AVC). En 2009, la cohorte rétrospective réalisée par Kisely et al (108) dans un pays avec un accès universel aux soins, le Canada, a pu inclure 600 patients admis à l'hôpital pour un AVC et présentant une schizophrénie (ou un autre trouble psychotique) préexistante. Le taux de mortalité dans ce groupe de patients était supérieur à celui de la population témoin. De plus, ils bénéficiaient de deux fois moins de techniques thérapeutiques spécialisées telles que l'angiographie cérébrale. La tendance était similaire pour l'endartériectomie carotidienne, mais non significative. Les femmes et les personnes âgées étaient les plus touchées par ces disparités. Chez les plus de 65 ans, près de deux fois moins de prescriptions de traitement de prévention secondaire par anticoagulant oral (warfarine) étaient constatées dans les trois mois après la sortie d'hospitalisation. Cette association n'était pas retrouvée pour les antiagrégants plaquettaires (clopidogrel et ticlodipine).

Dossa et al (110) ont, en 2011, réalisé une étude de cohorte de 2200 vétérans nord-américains admis pour un AVC et qui ont par la suite bénéficié de rééducation. Six cent cinq d'entre eux souffraient de trouble dépressif, de trouble anxieux, de trouble psychotique, de trouble de l'usage ou d'autres troubles psychiatriques. Leur durée de séjour hospitalier était plus longue. Les troubles dépressifs et les troubles anxieux étaient significativement associés avec une ré hospitalisation ou un décès dans les six mois (OR = 1,33 et 1,47, respectivement). Contrairement aux autres études, les troubles psychotiques n'étaient pas significativement associés à ces inégalités. Cependant, de par la population d'étude très spécifique, il se pourrait que la généralisation de ces résultats soit limitée.

Plus récemment, toujours aux Etats-Unis, 41 000 patients atteints de maladie psychiatrique et victimes d'un AVC ischémique ont été identifiés par Bongiorno et al (111) en 2017. La thrombolyse intraveineuse avait été administrée à 3,6% des patients avec maladie psychiatrique, contre 4,4% sans. Ainsi, la présence d'une maladie psychiatrique (tous diagnostics confondus) était significativement

associée à une réduction de 20% de réalisation d'une thrombolyse. Cette disparité se retrouvait également par diagnostic : schizophrénie et autres psychoses (OR = 0,61), trouble anxieux (OR = 0,88), et trouble dépressif (OR = 0,85). La tendance était similaire pour le trouble bipolaire mais non significative. Ainsi, la schizophrénie semblait être la pathologie la plus associée à des inégalités de prise en charge. Les auteurs précisait qu'il n'y avait pas de différences entre hommes et femmes.

3.2.3 Pathologies respiratoires

Peu de données de la littérature sont disponibles concernant la comparaison des prises en charge respiratoires, entre les patients souffrant ou non de maladie psychiatrique. En 2016 aux Etats-Unis, Becerra et al (112) ont identifié 183 000 adultes hospitalisés pour de l'asthme. Parmi eux, 53 000 étaient atteints de maladie psychiatrique : trouble de l'humeur, schizophrénie et autres troubles psychotiques, trouble anxieux, trouble grave de la personnalité, trouble de l'adaptation, et trouble de l'usage. La présence d'un trouble psychiatrique majorait de 10% la durée d'hospitalisation. Plus spécifiquement, le trouble de l'adaptation était la pathologie la plus associée avec l'augmentation de la durée d'hospitalisation (ratio d'incidence = 1,38), suivie du trouble anxieux (ratio = 1,11), du trouble bipolaire et de la schizophrénie (ratios = 1,07) et enfin du trouble grave de la personnalité (ratio = 1,03).

L'étude de Jorgensen et al (113) de 2018 semble être la première à étudier la qualité des soins prodigués à des patients souffrant de BPCO, associée ou non une schizophrénie. Cette étude nationale danoise incluait 73 000 patients ayant eu des contacts hospitaliers pour une BPCO entre 2008 et 2013 ; parmi eux, 621 souffraient également de schizophrénie. Ces derniers bénéficiaient de moins de traitements de fond par bêta-2 agonistes à longue durée d'action et antagonistes muscariniques à longue durée d'action (RR = 0,92). Ces traitements faisaient pourtant partie des recommandations en vigueur. Le sexe féminin, dans la schizophrénie, était associé à une plus grande fréquence de prescription de ces thérapeutiques par rapport au sexe masculin (RR = 1,19). La mortalité dans les trente jours suivant l'admission pour exacerbation de BPCO était plus élevée en cas de schizophrénie associée (RR = 1,27) ; il n'y avait par contre pas plus de réadmissions dans les trente jours suivant la sortie d'hospitalisation. Ce résultat pouvait traduire une carence dans les soins prodigués après la sortie d'hospitalisation (absence de ré hospitalisation malgré une dégradation de l'état clinique conduisant au décès) et pourrait être un facteur important à prendre en compte afin d'améliorer la survie des patients.

3.2.4 Prise en charge de la douleur

Brennan et al (114) ont, en 2014, réalisé un des premiers travaux évaluant la prise en charge de la douleur dans les EHPAD, pour les résidents avec ou sans pathologie psychiatrique. Ils ont ainsi inclus près de 14 000 résidents, aux Etats-Unis. Parmi eux, 9500 souffraient de démence, de maladie psychiatrique sévère (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble schizo-affectif), de trouble dépressif ou de trouble de l'usage. Les personnes avec une maladie psychiatrique sévère et un trouble dépressif étaient moins susceptibles d'être considérées comme algiques (respectivement 21% et 27%, contre 33% en l'absence de pathologie psychiatrique). Elles se voyaient prescrire moins de traitements antalgiques et moins de prises en charge non médicamenteuses de la douleur ; cependant les différences avec le groupe exempt de pathologie psychiatrique n'étaient pas significatives, après ajustement sur l'âge, le sexe, l'état physique et la sévérité de la douleur. Toutefois, les patients souffrant de schizophrénie, de trouble bipolaire, ou de trouble schizo-affectif, bénéficiaient de significativement moins de traitements opioïdes (37% contre 48%) et de davantage d'antalgiques non opioïdes comme le paracétamol ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens (44% contre 32%). Les tendances étaient similaires dans le cas de la dépression, mais non significatives. Le sexe masculin et une plus longue durée de séjour étaient associés, parmi les résidents souffrant de pathologies psychiatriques, à une moindre prise en charge de la douleur.

Plus récemment en 2018, Brennan et al (115) ont identifié 8300 vétérans nord-américains, résidant en EHPAD, dont 4900 souffraient de maladie psychiatrique. Les données concernant la prise en charge de la douleur étaient issues d'un hétéro-questionnaire largement recommandé dans les EHPAD aux Etats-Unis. Parmi les résidents rapportant des plaintes douloureuses, la présence d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire, ou d'un trouble schizo-affectif doublait le risque de ne pas recevoir de traitement antalgique (OR = 2,30). Ces maladies étaient associées à une moindre prescription de traitements antalgiques à la demande (OR = 0,52) et de prises en charge non médicamenteuses (OR = 0,81) par rapport aux autres résidents. Au contraire, les troubles dépressifs et les syndromes de stress post-traumatiques étaient associés à une plus grande prescription d'antalgiques en systématique (respectivement OR = 1,38 et OR = 1,33). Ainsi, ces deux études mettaient en évidence des disparités dans la prise en charge de la douleur, les patients atteints de pathologies psychiatriques sévères étant les plus touchés par ces inégalités.

3.2.5 Fin de vie et soins palliatifs

L'OMS définit en 2002 (116) les soins palliatifs comme des soins visant à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle. Cela passe notamment par la prévention et le soulagement de la douleur et des autres problèmes

physiques et psychologiques. Ils sont applicables tôt dans l'évolution de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie. Ils incluent également les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes, de manière à pouvoir les prendre en charge. Bien que la littérature ne soit pas extrêmement riche, les données suggèrent des inégalités dans l'accès aux soins palliatifs, entre les patients atteints ou non de trouble psychiatrique.

Chochinov et al (117) ont étudié en 2012 la prise en charge des patients atteints de schizophrénie dans les six mois à deux ans précédant le décès. Cette étude de cohorte canadienne incluait 3660 sujets dans le groupe schizophrénie, et 11 000 témoins. Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-dessous :

Tableau 9 : Comparaison de la prise en charge des patients avec ou sans schizophrénie, dans les six mois précédant le décès, d'après Chochinov et al (117).

Variable étudiée	Sans schizophrénie	Avec schizophrénie	Risques relatifs
Indicateurs de l'utilisation des services de santé			
Pourcentage de résidents en EHPAD	24,5%	52%	2,13
Durée de séjour en EHPAD	40 jours	90 jours	2,21
Patients hospitalisés	66%	52%	0,79
Taux de sortie de l'hôpital (décès, retour à domicile), pour 1000	1184	863	0,73
Durée d'hospitalisation	22 jours	17 jours	0,80
Soins à domicile	41%	23%	0,56
Durée des soins à domicile	49 jours	36 jours	0,74
Consultations chez les différents professionnels de santé			
Médecins généralistes	74%	83%	1,15
Médecins psychiatres	1%	7%	Non communiqué
Médecins spécialistes	25%	10%	0,72
Prise en charge de la douleur			
Traitements analgésiques	36%	23%	0,72

Lorsque ces différents indicateurs étaient analysés selon les décès par cancers ou par pathologies circulatoires, les tendances étaient similaires.

Tableau 10 : Comparaison de la prise en charge des patients avec ou sans schizophrénie, dans les deux ans précédant le décès, d'après Chochinov et al (117).

Variable étudiée	Sans schizophrénie	Avec schizophrénie	Odds ratios
Tous soins palliatifs confondus	17%	7%	0,48
Soins palliatifs hospitaliers	15%	6%	NC
Soins palliatifs ambulatoires	7%	2%	NC

Ainsi, les patients atteints de schizophrénie étaient davantage suivis par des médecins généralistes que par des spécialistes, à l'exception des psychiatres. Toutefois, les consultations en psychiatrie étaient deux à trois fois moindres qu'avant que la maladie somatique ne soit à un stade avancé. De plus, les taux d'hospitalisations et de recours aux soins à domicile étaient inférieurs. Les patients souffrant de schizophrénie étaient plus fréquemment pris en charge au sein d'institutions de soins au long cours telles que des EHPAD. Au sein de ces structures, le recours aux soins palliatifs était moindre que pour les patients hospitalisés (OR = 0,12). Etant donné le nombre important de comorbidités que peuvent présenter les patients atteints de schizophrénie, il semble étonnant qu'ils bénéficient de moins de consultations par des médecins spécialistes, ainsi que de moins de soins hospitaliers ou à domicile. Enfin, ces patients recevaient moins fréquemment des traitements antalgiques, ce qui était concordant avec les données actuelles de la littérature concernant la prise en charge de la douleur chez les patients souffrant d'une maladie psychiatrique. Cette inégalité était, dans cette étude, particulièrement marquée pour les patients décédant d'un cancer.

Martens et al (118) ont montré, à partir de la même population d'étude, que le lieu de décès était plus fréquemment un EHPAD (29,7% contre 13,9%) qu'un hôpital (55,5% contre 70,5%) pour les personnes décédées et atteintes de schizophrénie (toutes causes de décès confondues et par cause spécifique, à l'exception des décès par suicide ne montrant aucune différence). Les personnes souffrant de schizophrénie étaient deux à trois fois moins susceptibles d'avoir recours à des spécialistes en soins palliatifs par rapport à la population générale. Dans l'étude néo-zélandaise de Butler et al (119), ce taux était presque similaire, les personnes avec un diagnostic de maladie psychiatrique bénéficiant en effet de 3,5 fois moins de soins palliatifs.

En 2017, Lavin et al (120) ont réalisé une étude de cohorte nord-américaine incluant 16 000 patients, dont 11% avaient une maladie psychiatrique préexistante (troubles psychotiques, de l'humeur ou anxieux). Ces patients étaient tous atteints d'au moins une pathologie chronique parmi les suivantes : cancer non hématologique, broncho-pneumopathie chronique obstructive, pathologie coronarienne, insuffisance cardiaque congestive, pathologie hépatique chronique, maladie rénale

chronique, diabète ou pathologie vasculaire. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'effet des maladies psychiatriques sur l'utilisation des soins intensifs au cours du mois précédant le décès. Les résultats sont détaillés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 11 : association entre maladie psychiatrique préexistante et soins au cours du dernier mois de vie d'après Lavin et al (120).

Variable étudiée	Sans maladie psychiatrique	Avec maladie psychiatrique	Odds Ratios
Intensité des soins dans le mois précédant le décès			
Fréquence des hospitalisations (hors chirurgie)	27%	21%	0,59
Durée des hospitalisations (hors chirurgie)	6 jours	5 jours	Non significatif
Fréquence des admissions en unités de soins intensifs	19%	13%	0,41
Durée des séjours en unités de soins intensifs	5 jours	3,5 jours	0,88
Fréquence des consultations aux urgences (non suivies par une hospitalisation)	3%	5%	1,64
Lieu de décès			
Domicile	34%	36%	Non significatif
Hôpital	40%	37%	0,67
EHPAD	11%	15%	1,27

Ainsi, les patients atteints de pathologies psychiatriques bénéficiaient de moins de soins intensifs au cours du dernier mois de vie, excepté pour les consultations aux urgences. Ils étaient moins souvent hospitalisés et pris en charge en soins intensifs ; lorsqu'ils l'étaient, la durée du séjour était réduite. De plus, les décès survenaient moins fréquemment à l'hôpital. Les passages aux urgences se concluaient plus fréquemment par des retours à domicile ou des transferts en EHPAD que par des hospitalisations.

A partir d'un sondage réalisé aux Etats-Unis en 2011 dans les maisons de retraite, Cai et al (121) ont mis en évidence que 57% des résidents atteints de maladie psychiatrique avaient rédigé des directives anticipées, contre 68% des sujets exempts de maladie psychiatrique, soit une réduction

significative de 24%. Ces disparités concernaient à la fois les directives autour de la volonté de vie (OR = 0,71), du choix de non réanimation (OR = 0,83), du choix de non hospitalisation (OR = 0,72), que de la restriction de traitement, d'alimentation et hydratation (OR = 0,84). Les auteurs soulevaient plusieurs questionnements : les troubles liés à la maladie psychiatrique interféraient-ils directement dans la réalisation des directives anticipées ? ces patients bénéficiaient-ils d'une information suffisante concernant ces directives anticipées ? Ou bien étaient-ils négligés ?

Selon Foti et al (122), les professionnels de santé somatique estimerait que les patients atteints d'une maladie psychiatrique sont globalement incompetents dans la compréhension et la prise de décision. Cela affecterait la quantité d'informations cliniques que les médecins pourraient partager avec eux, et conduirait souvent à ce que la personne ne soit pas suffisamment impliquée dans ses propres décisions de soins de fin de vie. Pourtant, ces auteurs montraient que les personnes souffrant de maladie psychiatrique étaient en capacité de prendre des décisions quant à leur fin de vie, et de participer à la rédaction de directives anticipées, quand la maladie psychiatrique était stabilisée. De plus, leurs préoccupations et inquiétudes concernant leur fin de vie étaient relativement similaires à celles de la population exempt de maladie psychiatrique (123, 124).

4 Rappel des concepts de la stigmatisation

4.1 *Etymologie*

Le terme « stigmatisation » provient du verbe « stigmatiser » (125). Celui-ci trouve ses origines dans le latin « stigmatis », lui-même issu du grec ancien « stigma », signifiant « piqûre, marque au fer rouge, stigmaté » (126). Le stigmaté peut se définir comme une « marque durable sur la peau », et de façon plus générale, comme une « marque visible, un signe apparent de quelque chose de pénible, d'accablant ou d'avilissant » (127). Empreinte au fer rouge faite sur le bras des criminels ou des esclaves dans l'Antiquité gréco-romaine, le stigmaté marquait l'appartenance à une classe sociale, et pouvait aller jusqu'à constituer un signe d'infamie lorsqu'il ciblait l'esclave fugitif ou encore le déserteur. Sous l'Ancien Régime, il correspondait à une marque au fer rouge faite sur l'épaule des galériens et des voleurs (127).

4.2 *Définitions*

Historiquement, la stigmatisation était une opération consistant à marquer d'une façon indélébile le corps d'une personne pour lui imprimer un signe distinctif, une marque d'infamie (128). De nos jours, la stigmatisation peut être définie comme une « accusation sévère et publique, flétrissure

morale portée à l'encontre d'une personne, de ses actes, de sa conduite » (128), ou encore comme « l'action de stigmatiser », c'est-à-dire « dénoncer, critiquer publiquement quelqu'un ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible » (129).

4.3 Les fondements du concept de stigmatisation

Dans les années 1960, la sociologie et la psychologie sociale nord-américaines vont axer leurs recherches autour des phénomènes de déviance, introduisant notamment la notion de stigmaté et de stigmatisation (130).

L'ouvrage *Social Pathology* de Lemert va constituer les racines de ces travaux (131). Il considère la déviance comme « une qualité conférée rétrospectivement à un individu à travers une réaction socialement organisée où une étiquette de déviant est posée ». Lemert distingue deux types de déviations :

- La déviance primaire qui correspond à la transgression de normes sociales, mais qui n'a pas d'effet sur la structure psychique des individus et n'affecte pas leur rôle social.
- La déviance secondaire qui est une violation des normes sociales. Elle induit une restructuration profonde du psychisme du déviant, qui intériorise le stigmaté et s'identifie au rôle déviant qui lui est assigné.

Par la suite, deux sociologues de l'École de Chicago vont laisser une empreinte majeure : Howard Becker et Erving Goffman.

Dans son ouvrage *Outsiders* en 1963 (132), Becker considère que les comportements sont déviants lorsqu'ils transgressent des normes sociales. Il développe le concept selon lequel la déviance n'est pas le comportement en tant que tel, mais le produit d'une interaction avec les normes sociales. Ainsi, Becker est l'un des pères fondateurs de la « labeling theory » ou « théorie de l'étiquetage » : « le déviant est celui à qui l'étiquette de déviant a été appliquée avec succès ». Le comportement de déviant est le comportement que les gens stigmatisent comme tel.

Dans son œuvre *Stigmaté* en 1963 (133), Goffman définit le stigmaté comme « l'attribut qui rend l'individu différent de la catégorie dans laquelle on voudrait le classer ». Il distingue ainsi trois catégories de stigmatés :

- Les stigmatés corporels ou « monstruosité du corps » (handicaps physiques, défauts du visage ou du corps, etc).
- Les stigmatés tenant à la personnalité et/ou au passé de l'individu ou « tares de caractère » (antécédents psychiatriques, alcoolisme, etc).
- Les stigmatés « tribaux » (appartenance ethnique, religion, nationalité, et peuvent être transmis de génération en génération).

Par ailleurs, il distingue les « normaux » et les « stigmatisés ». Ainsi, l'individu stigmatisé peut être « discrédité » lorsqu'il porte des stigmates visibles, ou bien « discréditable » lorsque le stigmate est invisible (telle qu'un trouble psychiatrique). Dans ce dernier cas, le problème rencontré par l'individu est le contrôle de l'information sociale à propos de son stigmate, afin que celui-ci reste invisible aux yeux d'autrui. Selon Goffman, il y a donc stigmate lorsqu'il existe un désaccord entre « l'identité sociale réelle » (ce qu'est l'individu) et « l'identité sociale virtuelle » (ce qu'il est par jugement d'autrui). Ainsi, il définit la stigmatisation comme « un sérieux désaccord social de caractéristiques ou croyances personnelles qui sont perçues comme allant à l'encontre des normes culturelles ». Le processus social est omniprésent, et la stigmatisation doit s'analyser en termes relationnels.

4.4 Modèles conceptuels actuels de la stigmatisation

Plus récemment, deux principaux modèles appliqués à la stigmatisation de la maladie psychiatrique sont retrouvés (134): celui de Link et Phelan, et celui de Corrigan.

Un des axes principaux de la « théorie de l'étiquetage modifié » de Link et Phelan (135) concerne les sources et les conséquences du stigmate, ainsi que l'observation des discriminations affectant les personnes atteintes de maladie psychiatrique. Cette théorie intègre par ailleurs la notion d'auto stigmatisation : les individus stigmatisés ont tendance à s'appliquer eux-mêmes des conceptions péjoratives du trouble mental. Selon les auteurs, le stigmate est vu comme un processus prenant en compte cinq notions qui doivent co-occourir dans une situation de pouvoir :

- L'étiquetage ou « labeling » de Becker (exemple : le trouble psychiatrique).
- Les stéréotypes : selon les croyances culturelles dominantes, des caractéristiques indésirables sont attribuées aux personnes étiquetées (exemple : « les personnes atteintes de trouble psychiatrique sont dangereuses »).
- La distance sociale : les personnes étiquetées sont mises à l'écart dans des catégories différentes de celle du groupe stigmatisant : c'est la séparation entre « eux » et « nous » (exemple : « nous ne sommes pas dangereux comme eux »).
- La perte de statut social et la discrimination, générant ainsi des inégalités sociales en termes d'emploi, d'éducation, de santé, de liens sociaux (exemple : « la personne atteinte de trouble psychiatrique ne devrait pas travailler »).
- Les relations de pouvoir entre les deux groupes : le groupe stigmatisé doit se trouver en position inférieure au groupe stigmatisant, en termes social, économique et politique.
- Une sixième composante à savoir les réponses émotionnelles du stigmatisé et du stigmatisant, sera ultérieurement rajoutée (136).

D'autre part, Corrigan développe la « théorie de l'attribution » (137) dans la compréhension de la stigmatisation du trouble psychiatrique. Un rapport linéaire entre trois éléments principaux est mis en avant dans ce modèle cognitivo-comportemental :

- Les stéréotypes, attribués à partir d'une étiquette (exemple : « les patients atteints de trouble psychiatrique sont moins intelligents »).
- Les préjugés : l'attribution d'un stéréotype fait naître une réponse cognitive et émotionnelle négative (exemple : peur, pitié, colère, rejet, etc).
- La discrimination : les conséquences comportementales des préjugés (exemple : évitement des personnes atteintes de trouble psychiatrique) du point de vue des liens sociaux, de l'accès aux soins, de l'emploi, de l'éducation, du logement etc.

5 Discussion

5.1 Hypothèses quant aux disparités de prise en charge

5.1.1 Facteurs inhérents au système de soin

Dans leur revue de la littérature, Lawrence et al (138) évoquaient la séparation géographique, financière et managériale des soins somatiques et psychiatriques, entraînant notamment un manque de clarté autour du suivi du patient : quel professionnel de santé est responsable de la prise en charge somatique (139)? Cette fragmentation induisait un manque de communication et de coopération entre les différents intervenants; la continuité des soins était ainsi mise à mal (138). Un des facteurs limitant était financier, avec un coût plus élevé pour une bonne intégration des soins (139). Les résultats de l'étude de Brämberg et al (140) indiquaient que le système des soins somatiques se basait sur la capacité des patients à initier un contact avec les professionnels de santé, ce qui pouvait être difficilement réalisable pour certains patients atteints de trouble psychiatrique. Dans cette étude, le manque de coopération, repéré par les cliniciens comme par les patients, reflétait la manière dont les soins spécialisés se concentraient sur un paradigme de maladie unique. Ce paradigme était considéré comme un facilitateur de soins hautement spécialisés, mais aussi comme une barrière pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques comorbides.

5.1.2 Facteurs inhérents aux patients et au trouble psychiatrique

Lawrence et al (138), tout comme Laursen et al (141), indiquaient que le mode de vie des patients atteints de maladie psychiatrique sévère avait un impact sur leur espérance de vie. Les

principaux facteurs repérés étaient ceux influant sur les facteurs de risque cardio-vasculaire : la consommation importante de tabac, les mauvaises habitudes alimentaires ainsi que le manque d'activité physique. L'abus de substances et les conduites sexuelles à risque étaient également relevés dans les études. En modifiant par exemple les facteurs de risque cardio-vasculaire, les antipsychotiques, de par leurs effets indésirables, jouaient également un rôle .

Selon De Hert et al (139), les conséquences socio-économiques de la maladie psychiatrique, telles que l'isolement social et familial, les faibles revenus, les problématiques de logement et de transport, participaient aux difficultés d'accès aux soins somatiques. Ils expliquaient également que les troubles cognitifs, les difficultés dans les relations interpersonnelles (notamment les difficultés de communication), le repli sur soi, représentaient des obstacles aux soins médicaux appropriés. Par ailleurs la sévérité des symptômes psychiatriques, comme les idées délirantes et les hallucinations, pouvaient constituer des facteurs limitants d'accès aux soins en altérant la perception des symptômes somatiques. En effet, ils pouvaient limiter le repérage et la verbalisation des symptômes physiques, ainsi que l'évaluation de leur sévérité. Les difficultés pour la prise de rendez-vous médicaux (notamment le temps d'attente au téléphone) et pour se rendre aux consultations (avec par exemple la problématique du moyen de transport) pouvaient être également des freins dans la bonne utilisation des soins. Les auteurs constataient que les patients présentant les symptômes psychiatriques les plus sévères étaient ceux bénéficiant le moins de consultations en médecine. L'observance au traitement, psychiatrique mais également somatique, pouvait également être réduite. Ainsi, les patients atteints de maladies psychiatriques pouvaient présenter des difficultés à s'inscrire dans une prise en charge somatique. Tous ces éléments entraînaient potentiellement un retard dans le diagnostic et les prises en charge.

En 2018, les cinquante patients inclus dans l'étude de Brämberg et al (140) ont tous mis en exergue le rôle non négligeable de l'auto-stigmatisation. La peur de ne pas être cru ou pris au sérieux par les médecins, associée à leurs propres croyances et connaissances sur la maladie psychiatrique, les amenaient parfois à se demander si les symptômes physiques présentés étaient bien réels. Ils percevaient également la tendance des médecins à attribuer une haute importance au diagnostic psychiatrique. Un patient témoignait avoir attendu plusieurs jours avant de se rendre aux urgences, de peur que les professionnels de santé attribuent d'emblée ses symptômes à la maladie psychiatrique et aux psychotropes. Un autre patient disait avoir eu peur de recevoir de moins bons traitements dès lors que les médecins avaient appris l'existence du trouble psychiatrique.

5.1.3 Facteurs inhérents aux professionnels de santé

Selon Lawrence et al (138), la plupart des psychiatres reconnaissaient l'importance du suivi somatique des patients. Mais en pratique, beaucoup admettaient le faire passer au second plan ; ils

pensaient soit qu'il était assuré par un autre médecin, ou bien ne se sentaient pas compétents dans ce domaine. Les auteurs constataient que les psychiatres déléguaient souvent la prise en charge somatique à un confrère. De Hert et al (139) évoquaient leur tendance à se focaliser sur les symptômes psychiatriques, par habitude, manque de temps ou de connaissances en médecine somatique par exemple, avec un examen physique incomplet et une réduction de la qualité des soins somatiques proposés.

Une des barrières mentionnée dans l'étude de Brämberg et al (140) était aussi le manque de connaissances des pathologies psychiatriques par le personnel de médecine somatique. Les médecins interrogés rapportaient avoir parfois des difficultés dans la compréhension de la description des symptômes par les patients, notamment dans le cas des troubles psychotiques. Les cliniciens eux-mêmes soupçonnaient avoir fréquemment sous-estimé les symptômes des patients, en raison de la difficulté à établir les antécédents médicaux ou à réaliser un examen clinique complet et de qualité. Du fait de ces difficultés de communication, les plaintes des patients pouvaient ne pas être prises au sérieux. Selon Lawrence et al (138), certains médecins de soins somatiques se trouvaient dans un certain inconfort vis-à-vis des patients atteints de maladie psychiatrique sévère. Les équipes pouvaient être non équipées ou non formées à gérer ces patients, qui peuvent demander davantage d'attention et de temps passé à leurs côtés (139).

Le phénomène de « *diagnostic overshadowing* » et la stigmatisation des patients souffrant de maladie psychiatrique constituaient également des freins à la bonne prise en charge par les somaticiens.

5.2 Stigmatisation par les professionnels de santé somatique

Pour Henderson et al (142), la stigmatisation dans les soins de santé somatiques des patients souffrant de maladie psychiatrique contribuerait probablement aux disparités observées et citées dans ce travail. La stigmatisation globale des troubles psychiatriques constituerait, selon Kuey et al (143), les fondements de la stigmatisation envers les problèmes de santé physique de ces patients. Les plaintes somatiques seraient ainsi évaluées par les médecins dans l'ombre des symptômes ou du diagnostic psychiatrique et par conséquent seraient négligées, ignorées, et/ou attribuées à tort à la maladie psychiatrique. Plus de 17% des patients souffrant de schizophrénie, questionnés par Harangozo et al (144), se sentaient victimes de discriminations dans le traitement des pathologies somatiques. Ces ressentis pouvaient notamment inciter les patients à ne pas se rendre dans les services de soins concernés, de peur de subir des attitudes défavorables en raison de leur schizophrénie.

Selon Thornicroft (145), ce phénomène de stigmatisation était particulièrement présent dans les services d'urgences. Les patients y ressentaient fréquemment un manque de respect et de dignité, voire des attitudes infantilisantes, ayant pour regrettables conséquences un manque d'informations concernant leur prise en charge, comme s'ils n'avaient pas les capacités à comprendre les explications prodiguées. De plus, les patients ressentaient un manque de prise au sérieux et ils avaient l'impression de ne pas être crus vis-à-vis de leurs plaintes somatiques (146). Par ailleurs, un des urgentistes interrogés par van Nieuwenhuizen et al (147) expliquait qu'une fois l'étiquetage « maladie psychiatrique » présent, la réflexion des médecins était influencée, dès l'arrivée aux urgences, par la connaissance de ce diagnostic. L'étiquetage amenait ainsi à la stigmatisation de ces patients par les médecins et les infirmiers qui pouvaient leur accorder moins de temps, parfois par crainte d'actes de violence de la part des patients envers ces derniers (146, 147). Au sein de différentes unités d'un hôpital général, Liggins et al (148) mettaient en évidence que la présence ou même la suggestion d'une maladie psychiatrique, altérait l'interprétation des symptômes physiques. Les patients ressentaient, là encore, un jugement négatif de la part des équipes soignantes, et s'estimaient plus souvent ignorés. Il arrivait que des professionnels de santé leur indiquent qu'ils n'avaient pas leur place en médecine somatique, mais plutôt en psychiatrie.

Corrigan et al (149) ont présenté à des professionnels de santé, des vignettes de patients atteints ou non de schizophrénie et consultant pour des dorsalgies invalidantes. Les croyances étaient nettement plus erronées dans le cas de la schizophrénie. Les médecins ayant les attitudes stigmatisantes les plus marquées étaient les plus enclins à juger le patient souffrant de schizophrénie comme non adhérent aux traitements, et à se montrer réticents pour l'adresser vers une consultation spécialisée et reconduire la prescription d'antalgiques. D'autres croyances erronées de la part des médecins pouvaient se retrouver dans les études : certains d'entre eux estimaient par exemple ces patients incapables de suivre les conseils prodigués (règles hygiéno-diététiques, observance, etc) (139); d'autres les considéraient comme étant perturbateurs ou dangereux, empêchant ainsi, l'application de soins adaptés (138).

La stigmatisation ne se retrouvait pas uniquement chez les médecins hospitaliers. Trente et un pour cent des médecins généralistes questionnés par Magliano et al (150) estimaient que les patients souffrant de schizophrénie et hospitalisés à l'hôpital général devaient être davantage surveillés par rapport aux autres patients (et 41% estimaient que cela était partiellement vrai). Près de 20% pensaient qu'ils devaient être séparés des autres patients, et qu'ils étaient incommodants. La moitié des médecins les considéraient comme « imprévisibles », ne sachant pas quelle attitude adopter envers eux. Un quart des médecins était totalement convaincu que les personnes souffrant de schizophrénie étaient dangereuses envers autrui (65% adhéraient partiellement à cette croyance). Enfin, les trois quarts des professionnels estimaient qu'un avis psychiatrique devait systématiquement

être demandé dès lors qu'un patient souffrant de schizophrénie était hospitalisé en médecine somatique. Autrement dit, les attitudes discriminatoires étaient motivées par des convictions autour de la dangerosité et de la nécessité de distanciation sociale. Dans une autre étude de Magliano et al (151), les médecins généralistes qui n'avaient pas connaissance du diagnostic de schizophrénie, avaient moins de croyances discriminatoires, notamment par rapport à l'accès aux soins somatiques. Graber et al (152) mettaient en évidence que des antécédents psychiatriques influençaient l'évaluation des symptômes présentés par le patient, l'estimation de la présence d'une maladie organique, et la prise de décision pour faire pratiquer des examens complémentaires.

Les études citées dans ce travail révélaient, globalement, davantage d'inégalités envers les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères telles que le trouble bipolaire et la schizophrénie, au regard d'autres pathologies psychiatriques. Vistorte et al (153) montraient que les médecins de soins primaires avaient davantage d'attitudes négatives et stigmatisantes envers les personnes atteintes de schizophrénie que de dépression. Les attitudes des médecins généralistes interrogés par Lam et al (154) s'orientaient également dans ce sens. Ils considéraient les patients souffrant de schizophrénie comme moins compliant aux soins, émettaient davantage de doutes quant à leur capacité à être impliqués dans les décisions thérapeutiques, et se sentaient impuissants vis-à-vis de leur prise en charge. Ils les considéraient également comme « imprévisibles », et étaient plus réservés quant à leur poser des questions personnelles. Par ailleurs, 60% des praticiens considéraient les patients avec un trouble psychiatrique comme étant « difficiles » et nécessitant de longues consultations. Treize pour cent les jugeaient « imprévisibles », « vulnérables » et « bizarres ». Les praticiens les plus expérimentés, de sexe féminin, exerçant à l'hôpital, dans le secteur public et n'ayant pas de proches souffrant de maladie psychiatrique étaient les plus à même d'avoir des attitudes stigmatisantes. Selon Mittal et al (155), les praticiens les plus en contact (que ce soit dans leur pratique professionnelle ou dans leur vie personnelle) avec des personnes souffrant de maladies psychiatriques, étaient ceux qui possédaient le moins d'attitudes stigmatisantes.

Happell et al (156) indiquaient que cette stigmatisation était un frein majeur vis-à-vis de soins somatiques adéquats ; et faisait acte de présence à tous les niveaux de la prise en charge. La connaissance même du diagnostic psychiatrique, influençait l'attitude des professionnels de santé avant même d'avoir vu, interrogé et examiné les patients. Pareillement, le fait qu'une partie des professionnels de santé somatiques soient sceptiques quant aux capacités des patients atteints de maladies psychiatriques à repérer et reporter des symptômes médicaux (150), pourrait être à l'origine de la sous-estimation des plaintes physiques dans cette population (142), et donc influencer les processus diagnostiques et thérapeutiques. Les croyances erronées pourraient ainsi être à l'origine d'inégalités dans les prises de décisions de santé pour les personnes vivant avec une maladie psychiatrique.

Au total, les professionnels de santé avaient tendance à attribuer les symptômes physiques à des manifestations psychosomatiques (138, 139, 157). Ce phénomène, nommé « *diagnostic overshadowing* », est un processus dans lequel les professionnels de santé présument à tort que les symptômes physiques présentés par le patient correspondent à une conséquence de la maladie psychiatrique (158). De ce fait, le patient reçoit un diagnostic ou un traitement inadéquat. Shefer et al (146) rapportaient deux cas de décès dans un service d'urgences, pour lesquels le diagnostic psychiatrique aurait pu interférer avec le diagnostic somatique. Un de ces patients avait été renvoyé à son domicile, sans que le caractère urgent des symptômes somatiques ne fût pris en compte ; ce dernier décéda chez lui. Cinq autres cas de retard diagnostique avaient conduit à des atteintes physiques irréversibles pour les patients. Par ailleurs, de nombreux patients étaient adressés à la psychiatrie de liaison, après que les urgentistes aient, selon eux, éliminé une étiologie organique. Ce sont les membres de la psychiatrie de liaison qui avaient dû insister pour faire pratiquer des examens somatiques plus avancés, au cours desquels un problème organique avait été diagnostiqué. Le risque de « *diagnostic overshadowing* » était le plus important dans les présentations complexes et/ou atypiques, ou lorsque les examens initiaux, « de routine », ne montraient pas d'anomalies.

6 Conclusion

Les troubles psychiatriques sévères sont associés à une plus grande prévalence des comorbidités organiques, notamment cardiovasculaires et respiratoires, qu'en population générale. Toutefois, selon la pathologie psychiatrique et la sévérité de cette dernière, les patients accèdent plus difficilement aux soins somatiques. L'utilisation des services de santé et la qualité des prises en charge apparaissent réduites par rapport à celles dont bénéficie la population générale. Ce constat concerne tous les champs de la santé : la détermination d'un diagnostic, les soins préventifs et curatifs, les actions de dépistage, l'accompagnement en fin de vie. Ces inégalités, associées à la présence de davantage de comorbidités somatiques, retentissent très largement sur l'espérance de vie des patients. Par rapport à la population générale, le taux de mortalité est effectivement deux à quatre fois supérieur et l'espérance de vie est réduite de quinze à vingt ans. Contrairement aux idées préconçues, ce ne sont pas les étiologies non naturelles qui représentent la majeure partie des causes de décès. La très large majorité de la surmortalité observée est effectivement attribuable aux causes cardiovasculaires et tumorales, loin devant les suicides, les accidents et les homicides. Cette surmortalité s'aggrave au fil des années, alors que l'espérance de vie de la population générale augmente.

Ce moindre accès au dépistage, au diagnostic et au traitement des personnes vivant avec des troubles psychiatriques s'explique par de nombreux facteurs liés à la maladie, aux soignants et à l'organisation du système de soins. Le rôle de la non reconnaissance des problèmes physiques, par le patient, ses proches, et les professionnels de santé, apparaît non négligeable. Des ruptures dans la continuité des soins sont souvent constatées par défaut de coordination et de communication entre médecine somatique et psychiatrie. Par ailleurs, il est indispensable de mettre en exergue le rôle de la stigmatisation par les professionnels de santé somatique. Elle est reconnue par de nombreuses études internationales comme un problème majeur, générant des inégalités de traitement. Elle entrave la recherche d'aide ainsi que l'accès global aux soins. En effet, les discriminations dont sont victimes les personnes vivant avec une affection psychiatrique se retrouvent à tous les niveaux des soins, et peuvent les amener à fuir des services de médecine physique. Des comportements ou plaintes présentés par les patients peuvent être attribués à la maladie psychiatrique plutôt qu'à un symptôme d'une maladie organique. Par conséquent les équipes soignantes, guidées par des stéréotypes négatifs et des croyances erronées liés à l'étiquetage « maladie psychiatrique », ont tendance à proposer une moins bonne qualité des soins somatiques à ces patients.

Les professionnels de santé somatique bénéficient, au cours de leur parcours universitaire, d'une formation en psychiatrie qui semble insuffisante. Pourtant, ces praticiens, notamment les médecins généralistes, occupent une place importante dans la filière de soin des personnes souffrant

de pathologie psychiatrique. Les former sur les risques somatiques de ces patients pourrait représenter une piste afin de les sensibiliser au dépistage, à la prévention, au traitement et à la surveillance des maladies physiques. Les enjeux sont majeurs puisqu'une formation solide des praticiens de médecine somatique conditionne une réduction des attitudes stigmatisantes et une coopération efficace avec les psychiatres, afin d'optimiser la prise en charge de ces personnes. En 2018, la Haute Autorité de Santé a publié un guide visant à améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les acteurs de soins psychiatriques. Sur un modèle anglo-saxon, diverses propositions étaient abordées, telles que des lieux d'exercice de soins partagés, des dispositifs communs, la coordination du parcours santé, et ce dans le but de mettre en place des soins collaboratifs et intégrés. Enfin, pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des prises en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques, il est indispensable de lutter directement contre la stigmatisation par les professionnels de santé somatique. Les études montrent que cette dernière se retrouve dès l'université, chez les étudiants et les enseignants. Améliorer la formation en psychiatrie au cours des études, ou lors de la formation continue à l'aide par exemple d'e-learning, d'outils vidéo, ou des mises en situations cliniques, permettrait une réduction des croyances erronées autour de ces maladies ainsi qu'une augmentation de la capacité des praticiens à prendre en charge ces patients. Des interventions à visée informative ou éducative et des campagnes de sensibilisation pourraient également être développées au sein des hôpitaux afin de réduire la réticence des médecins à soigner ce groupe de patients.

7 Références bibliographiques

1. DE Hert M, Correll CU, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011 ; 10:52-77.
2. McEvoy JP, Meyer JM, 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*. 2005 ; 80:19-32.
3. <http://www.s fendocrino.org/article/828/poly2016-item-251-ndash-ue-8-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adulte>. Consulté le 06/09/2019.
4. Reilly S, Olier I, et al. Inequalities in physical comorbidity: a longitudinal comparative cohort study of people with severe mental illness in the UK. *BMJ Open*. 2015 ; 5:e009010.
5. Goff DC, Sullivan LM, et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res*. 2005 ; 80:45-53.
6. Vancampfort D, Wampers M, et al. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls. *World Psychiatry*. 2013 ; 12:240-250.
7. Vancampfort D, Correll CU, et al. Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in patients with major depressive disorder: a meta-analysis of prevalences and moderating variables. *Psychol Med*. 2014 ; 44:2017-2028.
8. Ayerbe L, Forgnone I, et al. Hypertension risk and clinical care in patients with bipolar disorder or schizophrenia; a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018 ; 225:665-670.
9. Fan Z, Wu Y, et al. Schizophrenia and the risk of cardiovascular diseases: a meta-analysis of thirteen cohort studies. *J Psychiatr Res*. 2013 ; 47:1549-1556.
10. Wu S-I, Chen S-C, et al. Relative Risk of Acute Myocardial Infarction in People with Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Population-Based Cohort Study. *PLoS ONE*. 2015 ; 10:e0134763.
11. Leucht S, Burkard T, et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2007 ; 116:317-333.
12. Hung Y-N, Yang S-Y, et al. Cancer incidence in people with affective disorder: nationwide cohort study in Taiwan, 1997-2010. *Br J Psychiatry*. 2014 ; 205:183-188.
13. Chen LY, Hung YN, et al. Cancer incidence in young and middle-aged people with schizophrenia: nationwide cohort study in Taiwan, 2000-2010. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018 ; 27:146-156.
14. Toender A, Munk-Olsen T, et al. Impact of severe mental illness on cancer stage at diagnosis and subsequent mortality: A population-based register study. *Schizophr Res*. 2018 ; 201:62-69.

15. Li H, Li J, et al. The incidence rate of cancer in patients with schizophrenia: A meta-analysis of cohort studies. *Schizophr Res.* 2018 ; 195:519-528.
16. Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, et al. Risk of malignancy in patients with schizophrenia or bipolar disorder: nested case-control study. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 ; 64:1368-1376.
17. Myles H, Myles N, et al. Obstructive sleep apnea and schizophrenia: A systematic review to inform clinical practice. *Schizophr Res.* 2016 ; 170:222-225.
18. Stubbs B, Vancampfort D, et al. The prevalence and predictors of obstructive sleep apnea in major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016 ; 197:259-267.
19. Gupta MA, Simpson FC. Obstructive sleep apnea and psychiatric disorders: a systematic review. *J Clin Sleep Med.* 2015 ; 11:165-175.
20. Hsu J-H, Chien I-C, et al. Increased risk of chronic obstructive pulmonary disease in patients with schizophrenia: a population-based study. *Psychosomatics.* 2013 ; 54:345-351.
21. Hsu J-H, Chien I-C, et al. Increased risk of chronic obstructive pulmonary disease in patients with bipolar disorder: A population-based study. *J Affect Disord.* 2017 ; 220:43-48.
22. Zareifopoulos N, Bellou A, et al. Prevalence of Comorbid Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Individuals Suffering from Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Systematic Review. *COPD.* 2018 ; 15:612-620.
23. Matte DL, Pizzichini MMM, et al. Prevalence of depression in COPD: A systematic review and meta-analysis of controlled studies. *Respir Med.* 2016 ; 117:154-161.
24. Willgoss TG, Yohannes AM. Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *Respir Care.* 2013 ; 58:858-866.
25. Chen Y-H, Lin H-C, et al. Poor Clinical Outcomes Among Pneumonia Patients With Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2011 ; 37:1088-1094.
26. Li M-S, Hung GC-L, et al. Excess incidence and risk factors for recurrent pneumonia in bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2018 ; 72:337-348.
27. Sokal J, Messias E, et al. Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *J Nerv Ment Dis.* 2004 ; 192:421-427.
28. Wu M-K, Wang H-Y, et al. Significantly Higher Prevalence Rate of Asthma and Bipolar Disorder Co-Morbidity: A Meta-Analysis and Review Under PRISMA Guidelines. *Medicine (Baltimore).* 2016 ; 95:e3217.
29. Krishna VN, Thunga R, et al. Association between bipolar affective disorder and thyroid dysfunction. *Asian J Psychiatr.* 2013 ; 6:42-45.
30. Chakrabarti S. Thyroid functions and bipolar affective disorder. *J Thyroid Res.* 2011 ; 2011:306367.
31. Jessurun JG, van Harten PN, et al. The Relation between Psychiatric Diagnoses and Constipation in Hospitalized Patients: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry J.* 2016 ; 2016.

32. De Hert M, Hudyana H, et al. Second-generation antipsychotics and constipation: a review of the literature. *Eur Psychiatry*. 2011 ; 26:34-44.
33. Cheng H-S, Wang L-C. Intestinal parasites may not cause nosocomial infections in psychiatric hospitals. *Parasitol Res*. 2005 ; 95:358-362.
34. Kilbourne AM, Horvitz-Lennon M, et al. Oral health in Veterans Affairs patients diagnosed with serious mental illness. *J Public Health Dent*. 2007 ; 67:42-48.
35. Hesdorffer DC. Comorbidity between neurological illness and psychiatric disorders. *CNS Spectr*. 2016 ; 21:230-238.
36. Jeyagurunathan A, Abdin E, et al. Prevalence and comorbidity of migraine headache: results from the Singapore Mental Health Study 2016. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. August 2019.
37. Hunt GE, Large MM, et al. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2018 ; 191:234-258.
38. Carney CP, Jones L, et al. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. *J Gen Intern Med*. 2006 ; 21:1133-1137.
39. Bobes J, Arango C, et al. Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. *Schizophr Res*. 2010 ; 119:101-109.
40. Hunt GE, Malhi GS, et al. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016 ; 206:331-349.
41. Jackson JG, Diaz FJ, et al. A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. *Bipolar Disord*. 2015 ; 17:575-597.
42. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition>. Consulté le 17/03/19.
43. Chang C-K, Hayes RD, et al. All-cause mortality among people with serious mental illness (SMI), substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: a cohort study. *BMC Psychiatry*. 2010 ; 10:77.
44. Hoang U, Goldacre MJ, et al. Avoidable mortality in people with schizophrenia or bipolar disorder in England. *Acta Psychiatr Scand*. 2013 ; 127:195-201.
45. Hayes JF, Miles J, et al. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2015 ; 131:417-425.
46. <https://www.ined.fr/fr/lexique/esperance-de-vie>. Consulté le 17/03/19.
47. <http://data.oecd.org/fr/healthstat/annees-potentielles-de-vie-perdues.htm>. Consulté le 31/03/19.
48. Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res*. 2011 ; 131:101-104.

49. Wahlbeck K, Westman J, et al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011 ; 199:453-458.
50. Chang C-K, Hayes RD, et al. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS ONE*. 2011 ; 6:e19590.
51. Pratt LA, Druss BG, et al. Excess mortality due to depression and anxiety in the United States: results from a nationally representative survey. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 ; 39:39-45.
52. Walker ER, McGee RE, et al. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015 ; 72:334-341.
53. Hjorthøj C, Stürup AE, et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017 ; 4:295-301.
54. Saha S, Chant D, et al. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*. 2007 ; 64:1123-1131.
55. Hoang U, Stewart R, et al. Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *BMJ*. 2011 ; 343:d5422.
56. Lee EE, Liu J, et al. A widening longevity gap between people with schizophrenia and general population: A literature review and call for action. *Schizophr Res*. 2018 ; 196:9-13.
57. Nielsen RE, Uggerby AS, et al. Increasing mortality gap for patients diagnosed with schizophrenia over the last three decades - a Danish nationwide study from 1980 to 2010. *Schizophr Res*. 2013 ; 146:22-27.
58. Coldefy M, Gandre C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *IRDES*. 2018 :1-8.
59. Lawrence D, Hancock KJ, et al. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*. 2013 ; 346:f2539.
60. John A, McGregor J, et al. Premature mortality among people with severe mental illness - New evidence from linked primary care data. *Schizophr Res*. 2018 ; 199:154-162.
61. Westman J, Eriksson SV, et al. Increased cardiovascular mortality in people with schizophrenia: a 24-year national register study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018 ; 27:519-527.
62. Olfson M, Gerhard T, et al. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2015 ; 72:1172-1181.
63. Ha C, Decool E, et al. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017 ; 23:500-508.
64. McGinty EE, Baller J, et al. Quality of medical care for persons with serious mental illness: A comprehensive review. *Schizophr Res*. 2015 ; 165:227-235.

65. Swildens W, Termorshuizen F, et al. Somatic Care with a Psychotic Disorder. Lower Somatic Health Care Utilization of Patients with a Psychotic Disorder Compared to Other Patient Groups and to Controls Without a Psychiatric Diagnosis. *Adm Policy Ment Health*. 2016 ; 43:650-662.
66. Gervais J, Haour G, et al. Impact of mental illness on care for somatic comorbidities in France: a nation-wide hospital-based observational study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019 ; 28:495-507.
67. Mai Q, Holman CDJ, et al. The impact of mental illness on potentially preventable hospitalisations: a population-based cohort study. *BMC Psychiatry*. 2011 ; 11:163.
68. Capp R, Hardy R, et al. National Trends in Emergency Department Visits by Adults With Mental Health Disorders. *J Emerg Med*. 2016 ; 51:131-135.e1.
69. Oud MJ, Schuling J, et al. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. *BMC Fam Pract*. 2010 ; 11:92.
70. Kontopantelis E, Olier I, et al. Primary care consultation rates among people with and without severe mental illness: a UK cohort study using the Clinical Practice Research Datalink. *BMJ Open*. 2015 ; 5:e008650.
71. Hetlevik Ø, Solheim M, et al. Use of GP services by patients with schizophrenia: a national cross-sectional register-based study. *BMC Health Serv Res*. 2015 ; 15:66.
72. Nørgaard HCB, Schou Pedersen H, et al. Schizophrenia and attendance in primary healthcare: a population-based matched cohort study. *Scand J Prim Health Care*. 2019 ; 37:358-365.
73. Mitchell AJ, Pereira IES, et al. Breast cancer screening in women with mental illness: comparative meta-analysis of mammography uptake. *Br J Psychiatry*. 2014 ; 205:428-435.
74. Thomas M, James M, et al. Mammography Among Women With Severe Mental Illness: Exploring Disparities Through a Large Retrospective Cohort Study. *Psychiatr Serv*. 2018 ; 69:48-54.
75. James M, Thomas M, et al. Rates of Cervical Cancer Screening Among Women With Severe Mental Illness in the Public Health System. *Psychiatr Serv*. 2017 ; 68:839-842.
76. Woodhead C, Cunningham R, et al. Cervical and breast cancer screening uptake among women with serious mental illness: a data linkage study. *BMC Cancer*. 2016 ; 16:819.
77. Tuesley KM, Jordan SJ, et al. Colorectal, cervical and prostate cancer screening in Australians with severe mental illness: Retrospective nation-wide cohort study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2019 ; 53:550-558.
78. Solmi M, Firth J, et al. Disparities in cancer screening in people with mental illness across the world versus the general population: prevalence and comparative meta-analysis including 4 717 839 people. *Lancet Psychiatry*. 2020 ; 7:52-63.
79. Iglay K, Santorelli ML, et al. Diagnosis and treatment delays among elderly breast cancer patients with pre-existing mental illness. *Breast Cancer Res Treat*. 2017 ; 166:267-275.
80. Hwang M, Farasatpour M, et al. Adjuvant chemotherapy for breast cancer in patients with schizophrenia. *Oncol Lett*. 2012 ; 3:845-850.

81. Ishikawa H, Yasunaga H, et al. Differences in cancer stage, treatment and in-hospital mortality between patients with and without schizophrenia: retrospective matched-pair cohort study. *Br J Psychiatry*. 2016 ; 208:239-244.
82. Kaerlev L, Iachina M, et al. Colon cancer patients with a serious psychiatric disorder present with a more advanced cancer stage and receive less adjuvant chemotherapy - A Nationwide Danish Cohort Study. *BMC Cancer*. 2018 ; 18:1050.
83. Ho VP, Steinhagen E, et al. Psychiatric disease in surgically treated colorectal cancer patients. *J Surg Res*. 2018 ; 223:8-15.
84. Wieghard NE, Hart KD, et al. Psychiatric Illness is a Disparity in the Surgical Management of Rectal Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2015 ; 22 Suppl 3:S573-579.
85. Fried DA, Sadeghi-Nejad H, et al. Impact of serious mental illness on the treatment and mortality of older patients with locoregional high-grade (nonmetastatic) prostate cancer: retrospective cohort analysis of 49 985 SEER-Medicare patients diagnosed between 2006 and 2013. *Cancer Med*. 2019 ; 8:2612-2622.
86. Sathianathan NJ, Fan Y, et al. Disparities in Bladder Cancer Treatment and Survival Amongst Elderly Patients with a Pre-existing Mental Illness. *Eur Urol Focus*. February 2019.
87. Huang H-K, Wang Y-W, et al. Disparity of end-of-life care in cancer patients with and without schizophrenia: A nationwide population-based cohort study. *Schizophr Res*. 2018 ; 195:434-440.
88. Fond G, Salas S, et al. End-of-life care among patients with schizophrenia and cancer: a population-based cohort study from the French national hospital database. *Lancet Public Health*. 2019 ; 4:e583-e591.
89. Heiberg IH, Jacobsen BK, et al. Undiagnosed cardiovascular disease prior to cardiovascular death in individuals with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2019 ; 139:558-571.
90. Crump C, Winkleby MA, et al. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry*. 2013 ; 170:324-333.
91. Heiberg IH, Nesvåg R, et al. Diagnostic tests and treatment procedures performed prior to cardiovascular death in individuals with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. February 2020.
92. Nasrallah HA, Meyer JM, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res*. 2006 ; 86:15-22.
93. Ayerbe L, Forgnone I, et al. Hypertension risk and clinical care in patients with bipolar disorder or schizophrenia; a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018 ; 225:665-670.
94. Roberts L, Roalfe A, et al. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract*. 2007 ; 24:34-40.
95. Lahti M, Tiihonen J, et al. Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Psychol Med*. 2012 ; 42:2275-2285.

96. Laursen TM, Mortensen PB, et al. Cardiovascular drug use and mortality in patients with schizophrenia or bipolar disorder: a Danish population-based study. *Psychol Med*. 2014 ; 44:1625-1637.
97. Kim HK, Park JH, et al. Differences in adherence to antihypertensive medication regimens according to psychiatric diagnosis: results of a Korean population-based study. *Psychosom Med*. 2010 ; 72:80-87.
98. Owen-Smith A, Stewart C, et al. Adherence to Common Cardiovascular Medications in Patients with Schizophrenia vs. Patients without Psychiatric Illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 ; 38:9-14.
99. Mangurian C, Newcomer JW, et al. Diabetes screening among underserved adults with severe mental illness who take antipsychotic medications. *JAMA Intern Med*. 2015 ; 175:1977-1979.
100. Mangurian C, Schillinger D, et al. Diabetes Screening among Antipsychotic-Treated Adults with Severe Mental Illness in an Integrated Delivery System: A Retrospective Cohort Study. *J Gen Intern Med*. 2018 ; 33:79-86.
101. Liu J, Brown J, et al. Disparities in diabetes and hypertension care for individuals with serious mental illness. *Am J Manag Care*. 2017 ; 23:304-308.
102. Laursen TM, Munk-Olsen T, et al. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 ; 66:713-720.
103. Laursen TM, Nordentoft M. Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder - changes in the Danish population between 1994 and 2006. *J Psychiatr Res*. 2011 ; 45:29-35.
104. Mitchell AJ, Lawrence D. Revascularisation and mortality rates following acute coronary syndromes in people with severe mental illness: comparative meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2011 ; 198:434-441.
105. Schulman-Marcus J, Goyal P, et al. Comparison of Trends in Incidence, Revascularization, and In-Hospital Mortality in ST-Elevation Myocardial Infarction in Patients With Versus Without Severe Mental Illness. *Am J Cardiol*. 2016 ; 117:1405-1410.
106. Mohamed MO, Rashid M, et al. Acute Myocardial Infarction in Severe Mental Illness: Prevalence, Clinical Outcomes, and Process of Care in U.S. Hospitalizations. *Can J Cardiol*. 2019 ; 35:821-830.
107. Woodhead C, Ashworth M, et al. Cardiovascular disease treatment among patients with severe mental illness: a data linkage study between primary and secondary care. *Br J Gen Pract*. 2016 ; 66:e374-e381.
108. Kisely S, Campbell LA, et al. Treatment of ischaemic heart disease and stroke in individuals with psychosis under universal healthcare. *Br J Psychiatry*. 2009 ; 195:545-550.
109. Kurdyak P, Vigod S, et al. High mortality and low access to care following incident acute myocardial infarction in individuals with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2012 ; 142:52-57.

110. Dossa A, Glickman ME, et al. Association between mental health conditions and rehospitalization, mortality, and functional outcomes in patients with stroke following inpatient rehabilitation. *BMC Health Serv Res.* 2011 ; 11:311.
111. Bongiorno DM, Daumit GL, et al. Comorbid Psychiatric Disease Is Associated With Lower Rates of Thrombolysis in Ischemic Stroke. *Stroke.* 2018 ; 49:738-740.
112. Becerra BJ, Banta JE, et al. Burden of mental illness on hospital and patient outcomes among asthma hospitalizations. *J Asthma.* 2016 ; 53:392-397.
113. Jørgensen M, Mainz J, et al. Quality of care and clinical outcomes of chronic obstructive pulmonary disease in patients with schizophrenia. A Danish nationwide study. *Int J Qual Health Care.* 2018 ; 30:351-357.
114. Brennan PL, SooHoo S. Psychiatric disorders and pain treatment in community nursing homes. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014 ; 22:792-800.
115. Brennan PL, Greenbaum MA, et al. Mental health disorder, pain, and pain treatment among long-term care residents: Evidence from the Minimum Data Set 3.0. *Aging Ment Health.* 2019 ; 23:1146-1155.
116. <http://www.soinspalliatifs.be/definition-des-soins-palliatifs-oms.html>. Consulté le 18/04/2020.
117. Chochinov HM, Martens PJ, et al. Comparative health care use patterns of people with schizophrenia near the end of life: a population-based study in Manitoba, Canada. *Schizophr Res.* 2012 ; 141:241-246.
118. Martens PJ, Chochinov HM, et al. Where and how people with schizophrenia die: a population-based, matched cohort study in Manitoba, Canada. *J Clin Psychiatry.* 2013 ; 74:e551-557.
119. Butler H, O'Brien AJ. Access to specialist palliative care services by people with severe and persistent mental illness: A retrospective cohort study. *Int J Ment Health Nurs.* 2018 ; 27:737-746.
120. Lavin K, Davydow DS, et al. Effect of Psychiatric Illness on Acute Care Utilization at End of Life From Serious Medical Illness. *J Pain Symptom Manage.* 2017 ; 54:176-185.e1.
121. Cai X, Cram P, et al. Origination of Medical Advance Directives Among Nursing Home Residents With and Without Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv.* 2011 ; 62:61-66.
122. Foti ME, Bartels SJ, et al. Medical advance care planning for persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2005 ; 56:576-584.
123. Foti ME, Bartels SJ, et al. End-of-life treatment preferences of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2005 ; 56:585-591.
124. Sweers K, Dierckx de Casterlé B, et al. End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2013 ; 27:246-252.
125. <http://www.cnrtl.fr/etymologie/stigmatisation>. Consulté le 31/01/19.
126. <https://fr.wiktionary.org/wiki/stigmatiser>. Consulté le 31/01/19.

127. <http://www.cnrtl.fr/definition/stigmate>. Consulté le 31/01/19.
128. <http://www.cnrtl.fr/definition/stigmatisation>. Consulté le 31/01/19.
129. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stigmatisation>. Consulté le 31/01/19.
130. Lacaze L. La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*. 2008 ; 5:183-199.
131. Lemert Edwin M. *Social Pathology: A Systematic Approach to the Theory or Sociopathic Behavior*. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc. 1951.
132. Becker HS. *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. The Free Press of Glencoe. 1963.
133. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon & Schuster. 1963.
134. Rüsç N, Angermeyer MC, et al. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*. 2005 ; 20:529-539.
135. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001 ; 27:363-385.
136. Link BG, Yang LH, et al. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*. 2004 ; 30:511-541.
137. Corrigan PW. Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006 ; 7:48-67.
138. Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol (Oxford)*. 2010 ; 24:61-68.
139. DE HERT M, COHEN D, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011 ; 10:138-151.
140. Björk Brämberg E, Torgerson J, et al. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract*. 2018 ; 19.
141. Laursen TM, Nordentoft M, et al. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014 ; 10:425-448.
142. Henderson C, Noblett J, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*. 2014 ; 1:467-482.
143. Küey L. The impact of stigma on somatic treatment and care for people with comorbid mental and somatic disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 ; 21:403-411.
144. Harangozo J, Reneses B, et al. Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *Int J Soc Psychiatry*. 2014 ; 60:359-366.
145. Thornicroft G, Rose D, et al. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 2007 ; 19:113-122.

146. Shefer G, Henderson C, et al. Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study. *PLoS One*. 2014 ; 9.
147. van Nieuwenhuizen A, Henderson C, et al. Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2013 ; 22:255-262.
148. Liggins J, Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005 ; 27:359-364.
149. Corrigan PW, Mittal D, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res*. 2014 ; 218:35-38.
150. Magliano L, Punzo R, et al. General practitioners' beliefs about people with schizophrenia and whether they should be subject to discriminatory treatment when in medical hospital: The mediating role of dangerousness perception. *Am J Orthopsychiatry*. 2017 ; 87:559-566.
151. Magliano L, Strino A, et al. Effects of the diagnostic label "schizophrenia", actively used or passively accepted, on general practitioners' views of this disorder. *Int J Soc Psychiatry*. 2017 ; 63:224-234.
152. Graber MA, Bergus G, et al. Effect of a Patient's Psychiatric History on Physicians' Estimation of Probability of Disease. *J Gen Intern Med*. 2000 ; 15:204-206.
153. Vistorte AOR, Ribeiro WS, et al. Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *Int J Psychiatry Med*. 2018 ; 53:317-338.
154. Lam TP, Lam KF, et al. Attitudes of primary care physicians towards patients with mental illness in Hong Kong. *Asia Pac Psychiatry*. 2013 ; 5:E19-28.
155. Mittal D, Ounpraseuth ST, et al. Providers' Personal and Professional Contact With Persons With Mental Illness: Relationship to Clinical Expectations. *Psychiatr Serv*. 2016 ; 67:55-61.
156. Happell B, Scott D, et al. Perceptions of barriers to physical health care for people with serious mental illness: a review of the international literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2012 ; 33:752-761.
157. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry*. 2011 ; 199:441-442.
158. Jones S, Howard L, et al. "Diagnostic overshadowing": worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 ; 118:169-171.

ACCES AUX SOINS SOMATIQUES ET STIGMATISATION DES PATIENTS SOUFFRANT DE PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES SEVERES

Résumé

Longtemps, la santé physique des patients souffrant de troubles psychiatriques a été méconnue. Pourtant, les maladies psychiatriques sévères sont associées à une plus grande prévalence des comorbidités organiques qu'en population générale. L'utilisation des services de santé et la qualité des prises en charge apparaissent toutefois réduites par rapport à celles dont bénéficie la population générale. Ainsi, le taux de mortalité des personnes vivant avec une maladie psychiatrique sévère est deux à quatre fois supérieur, et l'espérance de vie est réduite de quinze à vingt ans. L'écart de mortalité s'aggrave au fil des années, et, contrairement aux idées préconçues, les principales causes de décès de ces personnes ne sont pas représentées par le suicide, mais bel et bien par des étiologies naturelles avec, en tête de file, les causes cardiovasculaires et tumorales. Ce moindre accès au dépistage, au diagnostic et au traitement peut s'expliquer par des facteurs liés à la maladie psychiatrique, aux soignants et à l'organisation du système de soins. Ainsi, de nombreuses études mettent en exergue le rôle non négligeable de la stigmatisation par les professionnels de santé somatique eux-mêmes, entravant la recherche d'aide et l'accès global aux soins. Au cours de la pratique clinique, les psychiatres et les patients sont en effet régulièrement confrontés à des préjugés concernant les maladies psychiatriques, interférant dans les soins somatiques, avec des conséquences parfois graves pour la santé des patients. Les stéréotypes négatifs et les croyances erronées liées à l'étiquetage « maladie psychiatrique » sont, de nos jours, encore bien présents. Afin d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des prises en charge de ces patients, la lutte contre la stigmatisation par les somaticiens apparaît donc, entre autres mesures, indispensable.

Mots Clés

Maladies psychiatriques sévères, comorbidités somatiques, espérance de vie, mortalité, disparités de soins, inégalités de prise en charge, stigmatisation

Discipline

Sciences médicales (psychiatrie)

Intitulé et adresse de l'U.F.R. ou du laboratoire

Université de Bordeaux- Victor Segalen, 146 Rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex