



HAL
open science

Étude de la prise en charge somatique à titre préventif des patients sévères et chroniques par les psychiatres : état des lieux et recherche d'obstacles

Marie Trouve

► **To cite this version:**

Marie Trouve. Étude de la prise en charge somatique à titre préventif des patients sévères et chroniques par les psychiatres : état des lieux et recherche d'obstacles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02990625

HAL Id: dumas-02990625

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02990625v1>

Submitted on 5 Nov 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.



Faculté
de Médecine

Aix-Marseille Université

Etude de la prise en charge somatique à titre préventif des patients sévères et chroniques par les psychiatres

Etat des lieux et recherche d'obstacles

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

La Faculté de Médecine de Marseille

Le 14 Octobre 2020

Par TROUVE Marie

Née le 14 Février 1991 à TOULOUSE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Spécialité : Psychiatrie

Membres du Jury de la Thèse :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Christophe LANCON

Monsieur le Professeur CERMOLACCE

Monsieur le Docteur Ludovic CASANOVA

Madame le Docteur Blandine BARUT

Monsieur le Docteur Julien LUC



Faculté
de Médecine

Aix-Marseille Université

Etude de la prise en charge somatique à titre préventif des patients sévères et chroniques par les psychiatres

Etat des lieux et recherche d'obstacles

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

La Faculté de Médecine de Marseille

Le 14 Octobre 2020

Par TROUVE Marie

Née le 14 Février 1991 à TOULOUSE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Spécialité : Psychiatrie

Membres du Jury de la Thèse :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Christophe LANCON

Monsieur le Professeur CERMOLACCE

Monsieur le Docteur Ludovic CASANOVA

Madame le Docteur Blandine BARUT

Monsieur le Docteur Julien LUC

UNIVERSITE D'AIX-MARSEILLE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * pour le Département Professionnel Continu : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Christian BRUNET

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Gilles BOUVENOT et Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Gérard SEBAHOUN
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Stéphane BERDAH
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * DPC Spécialités Médicales : Gilbert HABIB
- * DPC Spécialités Chirurgicales : Jean-Luc JOUVE
- * DPC Médecine Générale : Yves FRANCES
- * DPC Paramédicaux : Catherine METZLER/GUILLEMAIN
- * Personnel BIATSS : Emmanuelle CHARAFFE-JAUFFRET
- * Etudiants : Lola LOUSSERT

Chef des services généraux :

- * Pascale SOLO

Chefs de service :

- * Communication : Ghislaine HANCY
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Scolarité Pédagogique : Christine GAUTHIER
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Intérieur : Joëlle FRAVEGA

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GEROLAMI-SANTANDREA André
	ALDIGHERI René		GIUDICELLI Roger
	ALLIEZ Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	AQUARON Robert		GOUDARD Alain
	ARGEME Maxime		GOUIN François
	ASSADOURIAN Robert		GRIMAUD Charles
	BAILLE Yves		GRISOLI François
	BARDOT André		GROULIER Pierre
	BERARD Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERGOIN Maurice		HASSOUN Jacques
	BERNARD Dominique		HEIM Marc
	BERNARD Pierre-Marie		HOUEL Jean
	BERTRAND Edmond		HUGUET Jean-François
	BISSET Jean-Pierre		JAQUET Philippe
	BLANC Bernard		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUTIN Christian		KHALIL Richard
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BUREAU Henri		LOUCHET Edmond
	CAMBOULIVES Jean		LOUIS René
	CANNONI Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CARCASSONNE Yves		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CHAMLIAN Albert		MALLAN- MANCINI Josette
	CHARREL Michel		MALMEJAC Claude
	CHOUX Maurice		MATTEI Jean François
	CIANFARANI François		MERCIER Claude
	CLEMENT Robert		METGE Paul
	CODACCIONI Jean-Louis		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CORRIOL Jacques		MIRANDA François
	COTTE Gérard		MONFORT Gérard
	DALMAS Henri		MONGES André
	DESANTI Etienne		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	FARISSE Jacques		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELLET William
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony
	FIGARELLA Jacques		PENE Pierre
	FRANCOIS Georges		PERRIMOND Henri
	FUENTES Pierre		PIANA Lucien
	GABRIEL Bernard		PICAUD Robert
	GALINIER Louis		PIGNOL Fernand
	GALLAIS Hervé		POGGI Louis
	GAMERRE Marc		PONCET Michel
	GARCIN Michel		POYEN Danièle
	GASCARD Emile		PRIVAT Yvan
	GAUTHIER André		QUILICHINI Francis
	GERARD Raymond		RANQUE Jacques

PROFESSEURS HONORAIRES

MM RANQUE Philippe
REBOUD Eugène
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUF Henri
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Henry
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITE Raymond
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TOURNIGAND Pierre
TRIFAUD André
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI Aubert	CHIARONI Jacques	GRANEL/REY Brigitte
ALBANESE Jacques	CHARPIN Denis	GRILLO Jean-Marie
ALESSANDRINI Pierre <i>Surnombre</i>	CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles
ALIMI Yves	<i>CHAUVEL Patrick Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
AMABILE Philippe	CHINOT Olivier	GUEDJ Eric
AMBROSI Pierre	CHOSSEGROS Cyrille	GUIEU Régis
ARGENSON Jean-Noël	CLAVERIE Jean-Michel	GUIS Sandrine
ASTOUL Philippe	COLLART Frédéric	GUYE Maxime
ATTARIAN Shahram	<i>CONTE-DEVOLX Bernard Surnombre</i>	GUYOT Laurent
AUDOUIN Bertrand	COSTELLO Régis	GUYSS Jean-Michel
<i>AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre</i>	<i>COULANGE Christian Surnombre</i>	HABIB Gilbert
AUQUIER Pascal	COWEN Didier	HARDWIGSEN Jean
AUTILLO/TOUATI Amapola	CRAVELLO Ludovic	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	CUISSET Thomas	HEIM Marc
AZORIN Jean-Michel	CURVALE Georges	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DA FONSECA David	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
BARDOT Jacques	DARMON Patrice	<i>JAMMES Yves Surnombre</i>
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DE LAGUSIE Pascal	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	<i>DE MICCO Philippe Surnombre</i>	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	DEHARO Jean-Claude	KERBAUL François
BARTOLIN Robert	DELARQUE Alain	KREITMANN Bernard
BARTOLOMEI Fabrice	DELPERO Jean-Robert	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DENIS Danièle	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSEIN Alain	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DESSI Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DISDIER Patrick	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DODDOLI Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Louis	DRANCOURT Michel	LE CORROLLER Thomas
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE TREUT Yves-Patrice
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LECHEVALLIER Eric
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LEGRE Régis
BLADOU Franck	DURAND Jean-Marc	LEONE Marc
BLAISE Didier	DUSSOL Bertrand	LEONETTI Georges
<i>BLANC Jean-Louis Surnombre</i>	ENJALBERT Alain	LEPIDI Hubert
BLIN Olivier	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
<i>BOLLINI Gérard Surnombre</i>	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BONGRAND Pierre	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	MARTIN Claude
<i>BOTTA Alain Surnombre</i>	FONTES Michel	MEGE Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FOURNIER Pierre-Edouard	MERROT Thierry
BOUBLI Léon	FRAISSE Alain	METELLUS Philippe
BRETELLE Florence	FRANCES Yves	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	FUENTES Stéphane	MICHEL Gérard
BRUDER Nicolas	GABERT Jean	MICHELET Pierre
BRUE Thierry	GAINNIER Marc	MONCLA Anne
BRUNET Christian	GARCIA Stéphane	MORANGE Pierre-Emmanuel
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	MOULIN Guy
BURTEY Stéphane	<i>GARNIER Jean-Marc Surnombre</i>	MOUTARDIER Vincent
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MUNDLER Olivier
<i>CAU Pierre Surnombre</i>	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	<i>NAZARIAN Serge Surnombre</i>
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICCOLI/SIRE Patricia
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OREHEK Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CHARREL Rémi

GORINCOUR Guillaume

PAGANELLI Franck

PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POITOUT Dominique Surnombre
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth

RIDINGS Bernard
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard Surnombre
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TARANGER Colette

THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THOMASSIN Jean-Marc Surnombre
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
VACHER-COPONAT Henri
VALERO René
VEY Norbert
VIALETES Bernard Surnombre
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

DUMOND-HUSSON Monique
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent	DUFOUR Jean-Charles	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
ANDRE Nicolas	FABRE Alexandre	MICALLEF/ROLL Joëlle
ATLAN Catherine	FARAUT Françoise	MICHEL Fabrice
BACCINI Véronique	FAUGERE Bernard	MOTTOLA GHIGO Giovanna
BALIQUE Hubert	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
BARTHELEMY Pierre	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OUAISSI Medhi
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GAUDART Jean	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GAUDY/MARQUESTE Caroline	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GAVARET Martine	REY Marc
BLONDEL Benjamin	GELSI/BOYER Véronique	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BONELLO Laurent	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	ROLL Patrice
BOULAMERY/VELLY Audrey	GREILLIER Laurent	SARI/MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GRISOLI Dominique	SARLON BARTOLI Gabrielle
BREGEON Fabienne	GUIDON Catherine	SAVEANU Alexandru
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SECQ Véronique
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	HRAIECH Sami	SOULA Gérard
CAMILLERI Serge	JOURDE CHICHE Noémie	TAIEB David
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASTINETTI Frédéric	LABIT/BOUVIER Corinne	TOGA Isabelle
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHICHEPORTICHE Colette	LAGIER Aude	TROUSSE Delphine
COURBIERE Blandine	LAGIER Jean-Christophe	VALLI Marc
COZE Carole	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VELLY Lionel
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	LE HUCHER-MICHEL Marie-Pascale	VELY Frédéric
DAHAN ALCARAZ Laëtitia	LEJEUNE Pierre-Jean	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARGOTAT Alain	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud	MATONTI Frédéric	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DUBOIS Christophe	STEINBERG Jean-Guillaume
BERLAND/BENHAIM Caroline	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERAUD/JUVEN Evelyne	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie	

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BONNET Pierre-André
CHEVALLIER Pierre-François
GENTILE Gaëtan
GUIDA Pierre
RAKOTO Jean-Claude

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAJ 01.11.2014

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

BRUNET Christian (PU-PH)
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
NAZARIAN Serge (PU-PH) *Sumombre*
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section Service Pr BRUNET C.)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
TARANGER-CHARPIN Colette (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) *Sumombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)
MICHEL Fabrice (MCU-PH)
VELLY Lionel (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DE MICCO Philippe (PU-PH) Sumombre
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)
CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MARGOTAT Alain (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

AUTILLO/TOUATI Amapola (PU-PH)
CAU Pierre (PU-PH) Sumombre
FONTES Michel (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)
ROLL Patrice (MCU-PH)

DUBOIS Christophe (MCF) (65ème section)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMILLERI Serge (MCU-PH)
TAIEB David (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GAUDART Jean (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)
SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
POITOUT Dominique (PU-PH) Surnombre
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

BLONDEL Benjamin (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRAISSE Alain (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

BONELLO Laurent (MCU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH)
SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

OUAISSI Medhi (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
BOLLINI Gérard (PU-PH) Surnombre
DE LAGAUSIE Pascal (PU-PH)
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

BLANC Jean-Louis (PU-PH) Surnombre
CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 KREITMANN Bernard (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BARDOT Jacques (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
 BOTTA/FRIDLUND Danielle (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 LAUGIER René (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

DAHAN ALCARAZ Laetitia (MCU PH)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH)
 CHICHEPORTICHE Colette (MCU-PH)
 LEPIDI Hubert (MCU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
 NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CONTE-DEVOLX Bernard (PU-PH) *sumombre*
 NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

CASTINETTI Frédéric (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH)
 THIRION Xavier (PU-PH)

BALIQUE Hubert (MCU-PH)
 BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETTELE Florence (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

COURBIERE Blandine (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

BONGRAND Pierre (PU-PH)
 KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH)

DUMON-HUSSON Monique (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CHEVALLIER Pierre-François (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 GENTILE Gaëtan (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 RAKOTO Jean-Claude (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
 CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
 FRERE Corinne (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) *Sumombre*

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 VACHER-COPONAT Henri (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)
 VIALETTES Bernard (PU-PH) *Surnombre*

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 METELLUS Philippe (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH)
 RIDINGS Bernard (PU-PH)

MATONTI Frédéric (MCU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 THOMASSIN Jean-Marc (PU-PH) *Surnombre*
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 NICOLI François (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)
 POUGET Jean (PU-PH) *Surnombre*

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY/VELLY Audrey (MCU-PH)
 MICALLEF/ROLL Joëlle (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH)
 DUMON Henri (PU-PH) *en surnombre*
 PIARROUX Renaud (PU-PH)

FARAUT Françoise (MCU-PH)
 FAUGERE Bernard (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)

BERNARD Jean-Louis (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GARNIER Jean-Marc (PU-PH) *sumombre*
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)

ANDRE Nicolas (MCU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
 BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 CHAUVEL Patrick (PU-PH) *Sumombre*
 JAMMES Yves (PU-PH) *Sumombre*
 JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 BREGEON Fabienne (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 GAVARET Martine (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)

THERAPEUTIQUE . MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 COULANGE Christian (PU-PH) *Sumombre*
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)
 SERMENT Gérard (PU-PH) *sumombre*

REMERCIEMENTS

Au Jury ,

A Monsieur le Professeur Christophe LANCON: Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de juger mon travail et de présider ce jury.

A Monsieur le Professeur Christophe CERMOLLACCE : Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être membre du jury. C'est un privilège de pouvoir partager ce travail avec vous.

A Monsieur le Docteur Ludovic CASANOVA : Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail et d'enrichir le jury de votre expérience exceptionnelle en tant que médecin généraliste.

A Madame la Docteur Blandine BARUT : Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci de m'avoir fait confiance, c'est un honneur de pouvoir commencer à travailler dans ton équipe , composée de personnes de si grandes qualités.

A Monsieur le Docteur Julien LUC : Un immense merci pour ta patience, ta disponibilité, et tes talents de pédagogue au cours de ce dernier semestre d'internat . Je te suis également très reconnaissante pour avoir pris le temps de relire ce travail avec autant de précision.

À Madame la Docteur Raphaëlle RICHIERI, ma directrice de thèse, Je vous remercie d'avoir accepté que je travaille avec vous.

À ma famille,

A mon Alvarito, mon Amour, Merci de partager ma vie. Ce travail n'aurait certainement pas abouti sans ta patience, ton écoute, ton énergie , ton exigence. Merci d'être là, à mes côté , merci de m'apporter autant de ta richesse dans l'aventure comme dans le quotidien.

Papa, ton soutien depuis 29 ans a sans nul doute, joué un rôle déterminant dans la réussite de toutes ces épreuves de la vie. Merci d'avoir toujours été là.

Annie, Merci d'être là, merci d'être la personne que tu es, merci d'avoir amené autant de sérénité et de calme dans nos vies.

Maman, Je suis très heureuse de t'avoir retrouvé, merci pour ton soutien infaillible au cours de ces dernières années, il compte beaucoup pour moi.

A Adèle, Ma grande sœur, un grand merci pour ton aide dans ce travail, merci pour ta clairvoyance, ta rigueur, ta sensibilité qui sont de constantes sources d'inspiration.

A Adélaïde, Ma demi-sœur, Merci pour ton authenticité, ta fraîcheur, ton âme d'artiste.

A Max, Merlin, Paloumba et Fuego, pour la joie inconditionnelle qu'ils m'ont apportée et m'apportent encore.

À mon maître de stage Docteur Denis, Merci pour votre confiance, votre bienveillance , et vos conseils avisés en toutes circonstances. Je remercie également le Dr Kavciyan et le Dr Mugard, pour leur encouragements et la richesse de leur stage.

A Monsieur Bernard Golliet, Merci pour votre écoute, si précieuse, et si riche d'enseignement.

A Monsieur Rosès, à qui je dois tant . Merci pour ces longues heures de travail passées à la recherche de la perfection. Votre enseignement m'accompagne dans toutes les disciplines que j'entreprends. Je ne vous oublierai jamais.

A mon ami Romain, Merci pour ton énergie exceptionnelle, ta capacité à voir des trésors partout et à rayonner comme un soleil ! A Eric, pour ta détermination, ta présence et pour continuer à prendre de soin de Paloumi. A Adam, Sue and Jeff , malgré le temps et la distance, vous gardez une place unique dans mon cœur.

Un grand merci à toute la bande d'amis : Simon, Rémi, Sandro, Rémi, Omar, Laura, Guillaume, Sonia, Lio ... pour leur support sans faille dans tous les crux de la vie ! Et une pensée aux amis de toujours: Sandy, Benny, Pedro, Jérem, Jeanne, Aline, Emy, Marie, Mathilde, Marion, Lucile, Marilou, Camille, Lulu, JP, ... ainsi que tous ceux que j'ai oubliés, sans qui le quotidien de ces années de lycée et de fac n'auraient pas eu la même saveur !

Une pensée toute spéciale à David, Céline ,Valérie, Agnès, Marie, Richard, et au Dr Issaca.

« Je ne répondis rien. À cet instant-là je me disais : « Si ce boulon résiste encore, je le ferai sauter d'un coup de marteau. »

Le petit prince déranga de nouveau mes réflexions : – Et tu crois, toi, que les fleurs...

– Mais non ! Mais non ! Je ne crois rien ! J'ai répondu n'importe quoi. Je m'occupe, moi, de choses sérieuses !

Il me regarda stupéfait. – De choses sérieuses !

Il me voyait, mon marteau à la main, et les doigts noirs de cambouis, penché sur un objet qui lui semblait très laid.

– Tu parles comme les grandes personnes !

Ça me fit un peu honte. Mais, impitoyable, il ajouta :

– Tu confonds tout... tu mélanges tout ! »

Le Petit Prince, Antoine de Saint-Exupéry, 1943

Introduction.....	1
A. Contexte	1
B. Définition des termes et délimitation du cadre	2
PARTIE 1 APPORTS THEORIQUES	5
1 Prise en charge des troubles somatiques en psychiatrie : d’hier à aujourd’hui.....	7
1.1 Déroulement par l’histoire	7
1.2 Organisation du soin en 2020 : du secteur aux zones non sectorisées.....	9
2 Facteurs de risque des comorbidités somatiques	11
2.1 Facteurs de risque cardiovasculaires.....	11
2.2 Facteurs liés à la maladie.....	16
2.3 Facteurs liés aux comportements à risque.....	17
2.4 Facteurs liés aux comorbidités addictives.....	17
2.5 Facteurs liés aux traitements psychotropes.....	19
2.6 Facteurs liés à l’organisation des soins	23
2.7 Facteurs liés à la stigmatisation.....	25
3 Conséquences des comorbidités somatiques.....	27
3.1 Diminution de l’espérance de vie et surmortalité.....	27
3.2 Coût financier	27
4 Recommandations Françaises	29
4.1 Risque cardio-vasculaire et métabolique	29
4.2 En dehors du risque cardio-vasculaire	34

4.3	Recommandations spécifiques.....	37
5	Place du psychiatre dans la prise en charge somatique	39
5.1	Rôle central du psychiatre	39
5.2	Pluralité des pratiques en psychiatrie	41
6	Données de la littérature actualisées	43
PARTIE 2: ENQUETE NATIONALE		45
1	Objectifs et hypothèses	47
1.1	Objectifs.....	47
1.2	Hypothèses	47
2	Matériel et méthodes	49
2.1	Type d'étude.....	49
2.2	Population.....	49
2.3	Echantillonnage	50
2.4	Questionnaire	51
2.5	Ethique.....	52
2.6	Recueil des données	52
2.7	Analyses des données.....	52
3	Résultats.....	55
3.1	Caractéristiques des participants	55
3.2	Examen somatique	57
3.3	Examen neurologique.....	62

3.4	Prévention proactive au tabac	65
3.5	Prévention du trouble de l'usage à l'alcool	68
3.6	Dépistage des autres substances psychoactives	71
3.7	Dépistage des maladies sexuellement transmissibles	71
3.8	Dépistage du syndrome métabolique	71
3.9	Surveillance du surpoids.....	75
3.10	Prescription de l'électrocardiogramme.....	78
3.11	Coordination et communication psychiatres-médecins généralistes.....	78
3.12	Cas d'absence de médecin généraliste	79
3.13	Représentations des psychiatres.....	82
3.14	Demande de normes	83
3.15	Niveau de confiance et formation des psychiatres	85
4	Discussion.....	91
4.1	Méthodologie	91
4.2	Résultats principaux	92
4.3	Analyse en sous-groupes	100
4.4	Obstacles de prise en charge.....	103
4.5	Forces et limites de l'étude	113
5	Conclusion.....	119
5.1	Implications pour la pratique clinique.....	119
5.2	Ouvertures.....	123

Bibliographie	125
Annexes	139
Liste des abréviations	167
Serment d'Hippocrate	169

RESUME FRANÇAIS

Contexte : L'absence fréquente de médecin traitant dans le suivi des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves et persistants (TPGP), sous-tend que les psychiatres organisent la prise en charge globale. Or, plusieurs études mentionnent que les spécialistes en santé mentale ne s'occupent guère du somatique et qu'ils délèguent peu ces soins à leurs confrères somaticiens, laissant présager d'une perte de chance pour les patients. Depuis l'émission de recommandations, en 2015, pour étayer les professionnels de santé dans la prise en charge somatique associés aux patients TPGP, on retrouve peu d'études évaluant les pratiques, notamment celles des psychiatres, dans ce domaine.

Objectifs : Evaluer les actes somatiques préventifs réalisés par les psychiatres. Rechercher les obstacles à cette réalisation.

Résultats : 98,4% des participants considèrent qu'ils doivent garder des connaissances somatiques théoriques et pratiques, 15,2% se coordonnent régulièrement au médecin généraliste, 45,6% préviennent proactivement le tabac, 65,3% dépistent un trouble de l'usage à l'alcool, 37,8% dépistent les autres substances psychoactives. Parmi les prescripteurs, 15,3% réalisent un examen somatique, 0,3% dépistent le syndrome métabolique, 9,1% surveillent le surpoids. Sur point d'appel somatique, 25,1% réalisent un examen neurologique, 11,4% recherchent les infections sexuellement transmissibles.

Conclusion : Les représentations des psychiatres semblent être les principaux freins à la réalisation des actes somatiques ; A savoir, la crainte d'un effet thérapeutique négatif si le psychiatre prend part à la prise en charge somatique et la représentation que ces actes n'incombent pas au psychiatre.

Mot clés : *Formation, Psychiatre, Maladie mentale grave, Santé physique, Prise en charge somatique, Prévention, Evaluation des pratiques médicales.*

RESUME ANGLAIS

Background: The frequent absence of a general practitioner in the follow-up of people suffering from severe and persistent psychiatric disorders (SPPD) means that psychiatrists organise comprehensive care. However, several studies mention that mental health specialists do not deal with the somatic and that they delegate little of this care to their somatic colleagues, suggesting a loss of opportunity for patients. Since recommendations were issued in 2015 to support health professionals in the somatic care associated with TPGP patients, there have been few studies evaluating practices, particularly those of psychiatrists, in this field.

Objectives: To evaluate preventive somatic acts performed by psychiatrists. To look for obstacles to this achievement.

Results: 98.4% of the participants consider that they should maintain theoretical and practical somatic knowledge, 15.2% coordinate regularly with the general practitioner, 45.6% proactively prevent smoking, 65.3% detect an alcohol use disorder, 37.8% detect other psychoactive substances. Among the prescribers, 15.3% carry out a somatic examination, 0.3% detect metabolic syndrome, 9.1% monitor overweight. On somatic call point, 25.1% carry out a neurological examination, 11.4% look for sexually transmitted infections.

Conclusion : Psychiatrists' representations seem to be the main obstacles to carrying out somatic acts; namely, the fear of a negative therapeutic effect if the psychiatrist takes part in somatic care and the representation that these acts are not the responsibility of the psychiatrist.

Key words: Training, Psychiatrists, Serious mental illness, Physical health, Somatic care, Prevention, Medical practices' assessment.

INTRODUCTION

A. CONTEXTE

La dichotomie entre troubles de la psyché et troubles somatiques reste encore une croyance très répandue en psychiatrie, mais également dans toute la communauté médicale et plus généralement dans la société. Cela conduit à des pratiques de soins segmentées et mal articulées, responsables de dommages importants dans la prise en charge curative et préventive, notamment des personnes souffrant de troubles psychiques graves et persistants (TPGP), telle que la schizophrénie et la bipolarité (1) (2).

Plusieurs études ont souligné que ces personnes étaient exposées à un risque augmenté de morbidité et mortalité, responsable d'une espérance de vie écourtée de 10 à 15 ans en France (3) par rapport à la population générale dite en bonne santé (85,6 ans pour les femmes et 79,7 ans pour les hommes) (4). Par ailleurs, il existe des preuves que cet écart de mortalité ne se résorbe pas (5) laissant présager d'inégalités persistantes en matière d'accès et d'offres de soins pour cette population.

Si la première cause de surmortalité chez les TPGP reste le suicide, il existe une nette surreprésentation de la mortalité imputable aux cancers, aux troubles cardiovasculaires, et une morbidité élevée pour les troubles respiratoires et les infections compliquées (2) (6).

Face à ces disparités d'espérance de vie, plusieurs facteurs ont été identifiés (7). Parmi eux, la mauvaise hygiène de vie (tabagisme actif et passif (8) (9), l'alimentation malsaine, la sédentarité (10) (11)), les conduites à risque (toxicomanie et pratiques sexuelles dangereuses), les facteurs liés à la maladie et aux médications, les facteurs liés à la précarité (isolement, inactivité, méconnaissance du dispositif de soins) et les facteurs systémiques (séparation des structures de soins somatiques et psychiatriques, la stigmatisation de la maladie mentale, le manque d'organisation de soins et de prises en charge appropriés à cette population, le manque de formations spécifiques aux professionnels de santé...). Tous

ces facteurs, concourent à la sous-utilisation des services médicaux et à l'éloignement du parcours de soins coordonné par le médecin traitant des personnes TPGP (12).

Il est donc important que l'état de santé des personnes TPGP fasse l'objet d'une surveillance régulière et intensive, portée par le personnel de psychiatrie en charge de ces patients. Cette surveillance, permettrait d'exclure une origine somatique aux symptômes psychiatriques, et d'identifier les facteurs pouvant compromettre le rétablissement du patient ou d'influencer le choix des traitements (13). Maintenu au cours du suivi, comme lors d'hospitalisations (14) (15), elle servirait à enregistrer les données somatiques du patient qui serviront de référence si son état se dégrade. Des études, ayant évalué cet aspect de la qualité des soins, avaient signalé que la plupart des personnes hospitalisées en psychiatrie ne recevaient pas de bilans somatiques approfondis (16) (17).

B. DEFINITION DES TERMES ET DELIMITATION DU CADRE

B.1 TROUBLES PSYCHIATRIQUES GRAVES ET PERSISTANTS

D'après les recommandations officielles (12), les troubles psychiatriques graves et persistants (TPGP) incluent la schizophrénie, pathologie sévère qui concerne 0.7 et 1 % (18) de la population mondiale et Française, et les troubles bipolaires, dont le taux de prévalence atteint 1 à 2% en France (19). Ces pathologies sont préférentiellement prises en charge par les psychiatres.

Les TPGP se distinguent des troubles anxieux et dépressifs qui sont plutôt gérés, en France, par les médecins généralistes (MG), du fait de leur sévérité moindre et du risque de complications moins élevé tant sur le plan thérapeutique que sur la vie globale du sujet (20).

La **Figure 1** appuyée sur le travail du Dr Neveux (21) et d'une étude antérieure (20), illustre la répartition des troubles psychiatriques entre les MG et les psychiatres de France, en fonction du degré de sévérité.

La gravité des TPGP se mesure en termes de handicap psychique (diminution voire perte d'autonomie psychique) et de retentissement sur la vie globale du sujet (familial, professionnel, social...) ; La persistance fait, quant à elle, référence à la chronicité de ces pathologies psychiatriques en lien avec l'absence de traitement curatif. L'enjeu de prise en charge des TPGP n'est donc pas la guérison, mais bien la prévention d'une recrudescence des troubles. Dans ce contexte, une prise en charge (PEC) préventive de qualité concernant l'état de santé général (somatique et psychiatrique), présage du maintien d'une stabilité psychique tout au long de la vie du sujet.

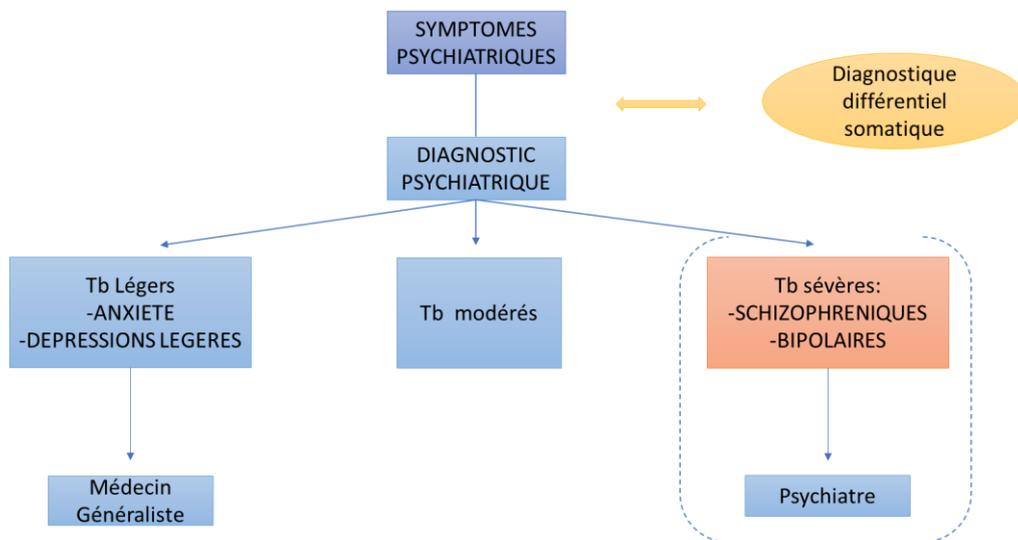


Figure 1: Elimination du diagnostic différentiel somatique et répartition de la prise en charge du trouble psychiatrique entre médecins généralistes et psychiatres

B.2 PRISE EN CHARGE SOMATIQUE PAR LES PSYCHIATRES

Pour notre étude, nous avons fait le choix de partir du postulat stipulant que lorsqu'un patient s'adresse à un psychiatre pour des symptômes psychiatriques, globalement, deux champs somatiques vont intéresser le spécialiste :

- Dans la démarche diagnostique : La recherche d'un diagnostic différentiel somatique expliquant la symptomatologie psychiatrique (cf. **Figure 1**)

- Après le diagnostic, au cours du suivi : La PEC des troubles somatiques présentés par le patient souffrant de troubles psychiatriques sévères.

B.2.1. Elimination du diagnostic différentiel somatique

Il constitue la première étape de toute prise en charge (PEC) d'un patient présentant des symptômes psychiatriques.

En effet face à la symptomatologie clinique psychiatrique exprimée, c'est l'absence d'anomalie ou lésion organique retrouvée (douleurs, troubles métaboliques, tumeur...) qui permettra de signer l'origine psychiatrique du trouble. Le diagnostic psychiatrique est donc par définition un diagnostic par défaut. (18)

- ⇒ La question de l'élimination du diagnostic différentiel somatique ne sera pas abordée au cours de cette étude.

B.2.2. Gestion des troubles somatiques au cours du suivi

La littérature scientifique et médicale suggère que les comorbidités médicales générales des patients TPGP sont sous-diagnostiquées et sous-traitées ou moins bien traitées que le reste de la population générale. Un des facteurs identifiés est l'absence fréquente de médecin traitant généraliste dans cette population (22) (23) (20) (24). Ce constat est d'autant plus important que le trouble psychiatrique est sévère et chronique.

Les autorités en santé ont émis des recommandations de bonnes pratiques afin de guider au mieux les pratiques des professionnels en charge de l'état de santé de ces patients. Ces recommandations, portent sur les actes de prévention primaire et secondaire visant à réduire le risque cardiaque et métabolique, et invitent à la surveillance de l'état de santé globale.

- ⇒ C'est à cette question que va tenter de répondre notre étude.

PARTIE 1

APPORTS THEORIQUES

1 PRISE EN CHARGE DES TROUBLES SOMATIQUES EN PSYCHIATRIE : D'HIER A AUJOURD'HUI

1.1 DETOUR PAR L'HISTOIRE

Pour comprendre pourquoi on accorde si peu d'attention à la santé physique des patients atteints de pathologie mentale, il faut faire un détour par l'histoire (25).

La psychiatrie française naît à l'hôpital général à Paris à la fin du XVIIIe siècle avec Philippe Pinel et Jean-Etienne Esquirol .

En 1838, une loi officialise la séparation des hôpitaux généraux avec la psychiatrie, leur interdisant ainsi de recevoir des personnes atteintes d'aliénation mentale (« les aliénés ») à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé : « les asiles » (26).

A la fin du XIXe – XXe siècle, de nombreuses théories cherchant à décrire l'aliénation comme une maladie mentale, permettent à la « psychiatrie » d'acquérir le rang de spécialité médicale -et à fortiori aux aliénés d'être reconnus comme des malades-. Cependant, la prise en charge des patients reste rattachée à des asiles relégués loin des villes, n'ayant pour autre vocation que de s'occuper des troubles psychiatriques, sans considération pour l'état de santé somatique.

Il faudra attendre 1960, pour qu'une circulaire « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales » envisage de mettre un terme à l'exclusion géographique des patients souffrant de troubles psychiques (27) avec la création du « secteur psychiatrique ». Face à l'hospitalo-centrisme émerge alors une volonté de s'organiser dans le milieu de vie du malade et non à l'écart. Les grands hôpitaux psychiatriques cèdent alors, peu à peu, la place aux petites structures et au maintien des malades mentaux au sein de la cité (28). Les infirmiers psychiatriques deviennent infirmiers de secteur psychiatriques (dont la formation spécifique s'arrêtera en 1992) et les psychologues sont de plus en plus nombreux dans les services. Peu à peu les

aides-soignants, les aides médico-psychologiques et les agents des services hospitaliers sont inclus dans les services, ainsi que du personnel spécialisé (ergothérapeutes, assistants sociaux, éducateurs spécialisés). Pour autant, l'initiative des soins somatiques incombe toujours à l'équipe psychiatrique et est assurée par les internes (29).

Il faudra attendre les années 1980 pour voir apparaître, des unités ou des services de médecine somatique dans les établissements psychiatriques. Ainsi, même si la prise en charge des maladies somatiques reste aux mains des psychiatres, le désir de créer une aire de concertation et de coordination avec l'ensemble des acteurs du soin médical et non médical se concrétise (27). Il n'existe à cette époque, encore ni norme ni standard, pour l'organisation des soins somatiques en santé mentale. Chaque établissement décide donc des moyens matériels et humains qu'il juge nécessaires, ce qui génère une grande diversité et inégalité dans ce domaine.

Lors des Etats Généraux de la Santé en 1999, le rapport Caniard met l'accent sur les demandes exprimées par les usagers, relatives aux droits des malades. Ces doléances, reprises par la Loi du 4 mars 2002 expriment le besoin d'une reconnaissance de la dignité des patients, incluant, la prise en compte de leur souffrance physique.

Sous la pression des associations d'usagers et de professionnels, telle que l'Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale (ANP3SM), la loi du 5 juillet 2011 (15), rend obligatoire la mise en place d'un examen somatique dans les 24 heures après une admission en soins sans consentement.

En parallèle on retrouve la création de plans en psychiatrie et santé mentale depuis 2001 permettant de remettre l'utilisateur au centre du dispositif de soin. Les thématiques portent sur la lutte contre la stigmatisation, le renforcement des droits des malades, l'amélioration des pratiques professionnelles, le développement du partenariat, la prévention, l'insertion sociale des personnes handicapées du fait des troubles mentaux. Ces plans font régulièrement l'objet de mises à jour (Plan 2005-2008, Plan 2011-2015, Plan 2018-2021).

Par ailleurs, facilitée par ce double mouvement de réintégration de la psychiatrie dans l'hôpital général et l'invitation des médecins psychiatres à mieux collaborer avec leurs pairs

somaticiens, a émergé en 1997 une sous-branche de la psychiatrie : « la psychiatrie de liaison ». Reconnue officiellement depuis 2004 par l'Association Américaine de psychiatrie, cette discipline a pris une place grandissante à l'hôpital général en France et crée un pont entre psyché et soma (27).

1.2 ORGANISATION DU SOIN EN 2020 : DU SECTEUR AUX ZONES NON SECTORISEES

A partir des années 60-70, le nombre de malades suivis en psychiatrie a considérablement augmenté la part budgétaire allouée aux soins en santé mentale (27). Le déplacement de des soins vers les structures extrahospitalières ambulatoires, a pris une place grandissante (diminution de 60% du nombre de lits d'hospitalisation entre 1976 à 2016), permettant de lutter contre les effets aliénants de l'hospitalisation et réduisant les coûts des soins temps plein.

En parallèle de cette politique de remodelisation, quelques établissements publics proposant des services surspécialisés (CHU et secteurs privés notamment), sont restés à l'écart de cette dynamique de sectorization.

En résumé, le dispositif de soins psychiatriques s'organise en deux grands secteurs (27):

- Le public, organisé à quelques exceptions près, autour d'un dispositif sectorisé proposant des activités de plus en plus spécialisées, des interventions variées et des partenaires multiples.
- Le privé qui, à l'opposé, développe des activités peu spécialisées, centrées sur son site hospitalier, représenté par des cliniques à but lucratif. Les activités de consultations post-hospitalisation, ont lieu en ville aux cabinets privés des psychiatres.

2 FACTEURS DE RISQUE DES COMORBIDITES SOMATIQUES

2.1 FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES

La littérature distingue les facteurs de risque cardiovasculaires « non modifiables », c'est-à-dire préexistants au trouble psychiatrique et « modifiables » (30).

Les facteurs cardiovasculaires dits « non modifiables » sont représentés par l'âge et le sexe du patient, ses antécédents somatiques (Insuffisance rénale chronique, Hyperhomocystéinémie...) et ses antécédents somatiques familiaux (accident cardiovasculaire précoces chez le père avant 55ans ou chez la mère avant 65 ans ; Diabète au premier degré...).

Les facteurs de risque « modifiables » sont représentés par L'hygiène de vie (cf. chapitre 2.1.1) et les Facteurs de risque cardiovasculaires à proprement parlé (cf. chapitre 2.1.2).

2.1.1 L'hygiène de vie

2.1.1.1 Tabagisme

La prévalence du tabagisme actif chez les schizophrènes est de 90%, soit trois fois plus que la population générale (9) ;

Sur le plan cardiovasculaire, le tabagisme est un facteur majeur de morbi-mortalité. Un paquet de 20 cigarettes par jour multiplie par 3 le risque de coronaropathie, par 5 le risque d'infarctus ou de mort subite et par 7 le risque l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) (30).

Dans les TPGP, plusieurs études rapportent une prévalence plus élevée de tabagisme dès le début des troubles psychiatriques, de tabagisme intensif, de forte dépendance à la nicotine,

ainsi qu'une plus grande vulnérabilité à commencer à fumer chez les patients TPGP (2) (31) (32).

Par ailleurs, le tabagisme constitue un facteur de risque majeur dans le développement d'affections respiratoires : Les patients atteints de TPGP présentent 7 fois plus de maladies respiratoires que la population générale. Une étude publiée dans « The European Journal of Psychiatry », recherchant les comorbidités respiratoires chez les patients atteints de TPGP avait retrouvé de la toux dans 58% des cas ; des expectoration (44,2%); de la dyspnée (28,6%); des hémoptysies (9,7%) et des douleurs thoraciques (20,1%). Des radiographies avaient été effectuées chez 57,1% des patients et suggéraient une maladie pulmonaire obstructive chronique dans 31,2% des cas et une pathologie interstitielle pulmonaire dans 19,1% (33).

Le tabagisme favorise également certains cancers : du poumon (risque multiplié par 10 ou 15), de la sphère ORL (34) et de la vessie.

85% des patients TPGP aurait une diminution de la qualité de vie secondaire à une pathologie induite par le tabagisme (35).

2.1.1.2 Hygiène alimentaire

De nombreuses études ont montré que l'alimentation des patients schizophrènes était généralement hypercalorique, avec une consommation excessive de sel, d'acides gras saturés (36), de sucre rapide (37), de glucides et pauvre en fruits et légumes (38).

Ce type de régime favorise des troubles du transit (constipation) pouvant évoluer vers un syndrome occlusif s'il n'est pas pris en charge à temps, il entraîne une prise de poids importante et augmente les facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, dyslipidémie, résistance à l'insuline, diabète) (36) (37) (38).

2.1.1.3 Sédentarité¹

L'activité physique², pratiquée de façon modérée et régulière est reconnue comme un facteur protecteur cardio-vasculaire.

Plus de la moitié des personnes TPGP n'exercerait pas d'activité physique (39) (40). Cela pourrait être liée à des manifestations des troubles psychiatriques comme l'anhédonie, l'apathie, les manifestations négatives, la dépression ou encore la sédation liée aux traitements. Le manque d'activité physique serait aussi corrélé avec l'importance des troubles cognitifs, l'évolution des troubles et les rechutes (41) (42).

2.1.2 Facteurs de risque cardiovasculaires à proprement parlé

2.1.2.1 Dyslipidémies

Présentent chez au-moins 25% des sujets TPGP, leur définition comprend :

- Un taux sanguins de LDL-cholestérol > à 1,6g/L
- Un taux de HDL-cholestérol < à 1,0 mmol/L (soit 0,4 g/L) chez les hommes et < 1,3 mmol/L (soit 0,5 g/L) chez les femmes
- Une élévation des triglycérides sanguins ≥ à 2g/L

Une méta-analyse réalisée avec des sujets atteints de TPGP a mis en évidence que 40% des patients sélectionnés présentaient une hypertriglycéridémie et 43% un faible taux de HDL-cholestérol. (43)

¹ **Facteurs de sédentarité:** *L'absence de travail, l'isolement social, le nombre d'heures passées devant la télévision, les effets sédatifs de certains traitements et les symptômes déficitaires de la maladie.*

² **L'activité physique :** *Selon l'OMS, elle regroupe, à la fois l'exercice physique de la vie quotidienne (ménage, jardinage, courses, aller au travail, la marche, l'usage des escaliers, les déplacements et les modes de transport), l'activité physique de loisirs, et la pratique sportive ; Le sport étant un « sous-ensemble de l'activité physique, spécialisé et organisé ».*

2.1.2.2 Hypertension artérielle (HTA)

- L'Hypertension artérielle (HTA) est définie par une pression artérielle systolique supérieure à 130 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure à 85 mmHg

Les facteurs inducteurs d'hypertension artérielle sont principalement les antécédents familiaux, la surconsommation d'alcool ou de sel dans l'alimentation et l'ensembles des autres facteurs cardio-vasculaires.

2.1.2.3 Diabète type 2

- Le diabète se définit par une glycémie à jeun $\geq 1,26\text{g/L}$, sur deux mesures séparées d'au moins 15j d'intervalle ou encore à n'importe quel moment de la journée par une glycémie $> 2\text{g/L}$.

Le diabète est pourvoyeur de complications métaboliques aiguës mais aussi d'une majoration du risque cardio-vasculaire à long terme (coronaropathies, AOMI, AVC).

En France la prévalence du diabète est plus élevée dans la population psychiatrique (13%) que dans la population générale (3%) et ce indépendamment de la prise d'antipsychotiques (44). Par exemple, chez les patients schizophrènes, il est retrouvé une prévalence du diabète de type 2 deux à quatre fois plus élevée que dans la population générale (45) (46) (47), (48) variant entre 16 et 25% (49) (50) et ce indépendamment du traitement (51) (52). Cette association pourrait s'expliquer par une vulnérabilité génétique commune et/ou être favorisée par le stress taux de cortisol élevé (53) (54).

2.1.2.4 Obésité abdominale

- Elle est définie par la fédération française de diabétologie par un indice de masse corporelle $\text{IMC} \geq 30\text{Kg/m}^2$ ($\text{IMC} = \text{poids}/\text{taille}^2$) associé à un périmètre abdominal supérieur à 80 cm pour les femmes et 94 cm pour les hommes.

L'obésité abdominale est le reflet de l'accumulation de tissu adipeux viscéral et sous-cutané favorisant l'insulino-résistance, l'HTA, l'athérosclérose, l'obésité et la libération d'acide gras. Elle traduit à elle seule un facteur de risque majeur d'infarctus du myocarde et de diabète type 2, même en cas d'IMC normal associé.

42 % des patients schizophrènes sont en surpoids ou obèses soit presque 2,8 à 3,5 fois plus que pour la population générale (55) (56), et le sexe féminin apparaît plus sévèrement touché (57). Dans une autre méta analyse, Mc Elroy montre que les patients souffrant de maladie bipolaire ont une prévalence plus élevée que la population générale de surpoids (44 % vs 25 %), d'obésité abdominale (20 % vs 13 %) (58).

2.1.2.5 *Syndrome métabolique*

La définition du syndrome métabolique (SM) varie selon si les patients sont très jeunes (< 18 ans) ou âgés (> 65ans).

La Fédération Internationale de Diabétologie le définit chez l'adulte de 18 à 65 ans comme l'association de 5 critères: L'obésité abdominale (critère obligatoire), ajoutée à au-moins deux critères parmi : Hypertriglycéridémie , faible taux de HDL , hypertension artérielle, hyperglycémie .

L'apparition d'un syndrome métabolique (SM), en dehors de facteurs génétiques hypothétiques, est lié à plusieurs facteurs tels que les troubles du sommeil, le régime alimentaire hypercalorique et l'absence d'activité physique. Sa présence augmente le risque de développer des troubles cardiovasculaires et/ou un diabète de type II.

Chez les personnes souffrant de TPGP, la prévalence du SM est estimée entre 24 et 43% chez les hommes, ou entre 27 et 52% chez les femmes, soit 2 à 4 fois plus que dans la population générale (59) (39).

Plusieurs études soulèvent par ailleurs que les facteurs de risques cardio-vasculaires (dont le syndrome métabolique) sont présents chez de nombreux patients dès le début des troubles (60). Une méta-analyse en 2013, a retrouvé que plus de 10% des patients faisant un premier

épisode psychotique présentait un SM. Les troubles tensionnelles représentaient un pourcentage encore plus important (59).

2.2 FACTEURS LIES A LA MALADIE

La pathologie mentale est une source de retard diagnostic pour les pathologies organiques ; elle compromet l'adhésion aux soins, le respect des contraintes du traitement et donc le pronostic (61)

Les patients TPGP (62) présentent en général plus de difficultés pour prendre soin d'eux-mêmes, la pathologie psychiatrique revêtant souvent une importance plus grande que leurs plaintes physiques ce qui concoure à fragiliser leur observance aux traitements et aux régimes prescrits (63).

Dans certains cas, le trouble psychiatrique entraîne une modification des perceptions du corps et des interprétations sensorielles, comme chez les patients schizophrènes, ce qui peut compliquer l'interprétation des symptômes d'un trouble somatique (64).

Les troubles cognitifs, fréquents chez les patients TPGP, affectent les capacités de raisonnement, le langage ou les facultés à modifier un comportement. Ils constituent, à ce titre, de réelles barrières pour entreprendre des changements, tel qu'améliorer leur hygiène de vie ou l'état de précarité sociale induit par leur maladie mentale (par exemple: faible niveau d'instruction, réseau sociaux réduits, chômage, manque de soutien familial, logement insalubre) (65) (66). Les troubles cognitifs, en entravant les capacités d'anticipation d'organisation et de planification, peuvent également perturber la prise de rendez-vous chez un médecin (66).

Les troubles des interactions sociales, également surreprésentées dans la population des TPGP peut être une source de difficultés pour décrire leurs vécus et leurs symptômes. Une étude montrait d'ailleurs que les patients schizophrènes pouvait être moins susceptibles à se plaindre que la population générale (67).

D'autre part, il est important de garder à l'esprit que la plainte réelle du patient peut être masquée ou embolisée par des symptômes psychiatriques tels que des thèmes délirants fixés sur le corps (syndrome de Cotard) (68) ou se retrouver noyée dans un flot de symptômes chez le patient anxieux ayant tendance à somatiser, rendant le décodage de la plainte somatique du patient psychiatrique plus difficile (69).

2.3 FACTEURS LIES AUX COMPORTEMENTS A RISQUE

Cela concerne principalement les rapports sexuels à risque (partenaires multiples et absence de protection) et l'usage de drogues intraveineuses (héroïne, cocaïne...) à l'aide de matériel non stérile.

Le principal risque sur le plan somatique de ces comportements est la transmission d'infections dites « sexuellement transmissibles » (IST). Elles peuvent toucher tous les appareils : cardiaque (endocardites), pulmonaire (pneumopathies, bronchites), hépatique (hépatites B et C), cutanéomuqueux (infections à staphylocoques), osseux (spondylodiscites, ostéites...), gynécologique (infections sexuellement transmissibles dont VIH).

Chez les patients TPGP le risque de développer une hépatite B ou C est multiplié par 10 et le risque de contracter le VIH est multiplié par 5 (70)

2.4 FACTEURS LIES AUX COMORBIDITES ADDICTIVES

Comme souvent en psychiatrie, l'importance des conduites addictives dans la morbi-mortalité est souvent négligée dans les études et la pratique. Toutefois, en dehors du rôle majeur joué par le tabac et l'alcool, les addictions en générales paraissent jouer un rôle important, très certainement sous-évalué (32).

2.4.1.1 Alcool

30 à 40% des patients bipolaires et 10 à 50% des patients schizophrènes présenteraient un abus avec dépendance à l'alcool.

Au niveau hépatique l'alcool est responsable d'insuffisance hépatocellulaire qui se complique en cirrhose lequel est facteur élevé de carcinome hépatocellulaire.

Au niveau pancréatique, l'alcool est responsable de pancréatite aiguës, chroniques.

Sur le plan neurologique la consommation chronique est responsable d'altérations cognitives très fréquentes (mémoire surtout visuelle, capacités visuo-spatiales, fonctions exécutives, l'abstraction) et d'encéphalopathies (Gayet Wernicke et Korsakoff).

Enfin, une consommation excessive d'alcool s'accompagne d'une augmentation du risque cardiovasculaire (première causes de cardiomyopathies dilatées, et risque élevé d'accident vasculaire cérébral)

2.4.1.2 Cannabis

50 % chez les schizophrènes (versus 5,6 à 7,7 % en population générale) et 16 % chez les patients bipolaires (71).

Bien que les résultats soient contradictoires, plusieurs études montrent que l'usage régulier de cannabis et plus spécifiquement l'exposition chronique à sa fumée se rapprochent des tableaux cliniques observés avec le tabac.

2.4.1.3 Cocaïne et stimulants

La cocaïne est un puissant vasospastique susceptible d'entraîner des infarctus du myocarde. La prévalence de sa consommation a été estimée à environ 9% parmi les personnes TPGP et serait plus fréquente chez les patients bipolaires (71).

2.5 FACTEURS LIES AUX TRAITEMENTS PSYCHOTROPES

2.5.1.1 Antipsychotiques (= Neuroleptiques)

Ils constituent le traitement principal des troubles psychotiques mais leur indication s'est élargie avec des AMM dans le trouble bipolaire voire dans certains troubles psycho-comportementaux contribuant à majoration de leur utilisation (+ 4,5 % entre 2008 et 2010) (72) ; A l'heure actuelle 0.8 à 2.7% des français seraient sous antipsychotiques de façon ponctuelle ou chronique .

- Il en existe deux classes :
 - les neuroleptiques conventionnels, dits 1^{ère} génération (AP1) : Ils sont de moins en moins utilisés du fait de leurs effets indésirables sur le plan neurologique (symptômes extrapyramidaux).
 - les antipsychotiques atypiques, dits de 2^e génération (AP2) : Olanzapine, Clozapine, Risperdal, Quétiapine, Aripiprazole, Amisulpride. Leur usage est recommandé par rapport à la 1^{ère} génération du fait de leur meilleure tolérance (neurologique) et d'une meilleure efficacité sur les symptômes négatifs.

Bien que préférés, les AP2 présentent des effets indésirables secondaires (E12), principalement métaboliques (prise de poids, diabète, dyslipidémie) (73).

Cependant le risque de SM dépend de la molécule utilisée et plus particulièrement du profil métabolique de chaque antipsychotique (cf. **Tableau 1**).

Une étude récente montre que le risque de diabète est 1,32 fois plus important pour les AP2 que pour les AP1 (74). Au sein des AP2, le profil métabolique varie également. Les traitements à l'origine d'une prise de poids plus important et les plus pourvoyeurs de diabète semblent être la Clozapine et l'Olanzapine. La Rispéridone et la Quétiapine ne sont pas associées au diabète de façon systématique. Quant à l'Aripiprazole, elle ne semble pas associée à un risque d'hyperglycémie (75).

Le tableau suivant présente l'impact métabolique en fonction des molécules. Il a été établi à partir d'une revue de la littérature (76) et d'une étude (77) :

Tableau 1: Profils métaboliques des antipsychotiques atypiques

Molécules	Clozapine	Olanzapine	Rispéridone	Amisulpride	Aripiprazole
Risque métabolique	Elevé	Elevé	Modéré	Modéré	Faible
Glycémie	+++	++	+	0	0
Poids	++	++	+	+	±
Triglycérides	++	++	±	0	0
Cholestérol total	+	+	±	0	0
HDL-cholestérol	-	-	±	0	0
LDL-cholestérol	±	±	±	0	0

A noter que la prise de poids est majeur au cours des 12 premières semaines et se poursuit ensuite (78). Elle est d'autant plus marqué en cas d'association des antipsychotiques entre eux ou avec d'autres molécules (79) .

Les antipsychotiques sont également susceptibles de majorer le risque cardiovasculaire via l'allongement de l'espace QT à l'origine d'une arythmie ventriculaire avec torsades de pointes (80).

Sur le plan hématologique, la Clozapine est à risque d'agranulocytose médicamenteuse. Ce risque peut être augmenté en cas d'interaction médicamenteuse comme avec le méthotrexate dans certains protocoles de chimiothérapie (81).

L'exposition aux antipsychotiques chez la femme participe à l'augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes (notamment en cas de nulliparité et d'obésité) (82) (83) et favorise le cancer colorectal chez les hommes (84).

Sur le plan digestif, les neuroleptiques sont associés à un risque 6 fois plus importants de décès sur occlusion intestinal, trois ans après l'initiation du traitement (85).

D'autre part, le taux de mort par fausses-routes, en lien avec les dyskinésies tardives induites par les antipsychotiques, serait 9 fois plus élevé qu'en population générale (10).

2.5.1.2 Régulateurs de l'humeur

Ils constituent le traitement principal des troubles bipolaires seuls ou associés à d'autres entités nosographiques (trouble schizo-affectif) et les AP2 et sont représentés par le lithium (sels de lithium) ainsi que certaines molécules antiépileptiques (Valproate, Valpromide, Carbamazépine et Lamotrigine) ;

Ces molécules du fait de leurs effets indésirables secondaires (E12) contribuent à l'augmentation des comorbidités somatiques dont les pathologies cardio-vasculaires et le syndrome métabolique notamment par le biais de la prise de poids et de la somnolence qui limitent l'activité physique.

- E12 notables du lithium : prise de poids, somnolence, tremblements, vertiges, dysarthrie, dysthyroïdie, photosensibilisation, syndrome de Brugada. Sur le long terme, le lithium est responsable d'insuffisance rénale sévère (néphrite interstitielle) ; D'autre part, la fourchette thérapeutique du lithium étant très étroite les effets toxiques de ce traitement surviennent à des doses proches des effets thérapeutiques. Il convient donc de rester très vigilant à tous les facteurs susceptibles d'entraîner un surdosage : tels que les interactions médicamenteuses (AINS, diurétiques thiazidiques, IEC), un état de déshydratation (sudation excessive, diarrhée, infection) (86) (87) susceptibles d'accroître la néphrotoxicité du lithium.
- E12 notables du Valproate : sédation, tremblements, vertiges, céphalées, signes digestifs, prise de poids, alopecie et effets tératogènes. D'autre part des cas de pancréatites et d'insuffisances hépatiques rares mais sévères et fatales existent. (88)
- E12 Carbamazépine : sédation, prise de poids, nausées, diarrhée ; Trouble de l'équilibre, céphalées ; Leucopénie bénignes transitoires (leurs fréquence peut atteindre 10% des patients) ; éruption cutanées. Bien que rares la carbamazépine peut avoir des E12

mettant en jeu le pronostic vital : aplasie médullaire, syndrome de Steven-Johnson, syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone anti-diurétique (SIADH) (89)

➤ E12 Lamotrigine : Rash bénin (environ 10%) ; Sédation, tremblements, trouble de l'accommodation ; troubles digestifs. Rares : Défaillance multiviscérale associée à un syndrome de Stevens-Johnson ou une nécrolyse épidermique toxique (90) (91).

2.5.1.3 Anxiolytiques

Ils constituent une famille thérapeutique hétérogène comprenant les benzodiazépines et les anxiolytiques non benzodiazépiniques.

Les effets secondaires les plus fréquents des anxiolytiques sont la sédation, les vertiges, la confusion. Ces effets sont amplifiés chez le sujet âgé ou en cas de prise concomitante avec d'autres sédatifs centraux comme l'alcool.

2.5.1.4 Antidépresseurs

Ils sont composés majoritairement par les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS : Escitalopram, paroxétine, Fluoxétine, Sertraline ...) ; Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRN : Venlafaxine et Duloxétine) ; Les tricycliques (Amitriptyline) et autres (Mirtazapine)

➤ Les E12 des ISRS : Dysfonction sexuelle (retard ou trouble de l'érection chez l'homme ; anorgasmie chez la femme) ; Troubles gastro-intestinaux (nausée, diarrhée, constipation) ; Prise de poids (Paroxétine, Amitriptyline, Mirtazapine) ; Symptômes d'imprégnation sérotoninergique (sédation, tremblement, vertiges). Cas (rares) d'hépatites/insuffisances hépatiques (sous Agomélatine).

L'association des ISRS avec des anticoagulants (AINS, warfarine) augmente le risque d'hémorragie.

- Les E12 ISRN : Aux E12 des ISRS s'ajoute l'activité anticholinergique responsable d'anorexie, d'augmentation de la pression artérielle (jusqu'à 2mmHg pour la duloxétine) et de la pression intraoculaire (risque de glaucome), et de rétention d'urine (risque de globe vésical chez les sujets âgés)

L'association avec des médicaments réduisant leur élimination au niveau rénal (AINS, tramadol, IEC) peut aboutir en cas de surdosage à un syndrome sérotoninergique qui est une urgence vitale. Une étude française portant sur 125 patients présentant un syndrome sérotoninergique a montré que 40 % d'entre eux ont développé le syndrome au cours d'un traitement avec un seul médicament sérotoninergique, principalement un inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou la venlafaxine et que dans 60% des cas il s'agissait d'une interaction médicamenteuse, essentiellement entre le tramadol et un ISRS (92)

- E12 des tricyclique : l'activité anticholinergique explique les effets sédatifs, la sècheresse buccale, la constipation et la vision floue. La prise de poids est liée aux propriétés antihistaminiques. Le blocage des récepteurs alpha1 sont responsables des vertiges de la sédation et de l'hypotension. L'arythmie cardiaque, les crises comitiales en cas de surdosage sont liées au blocage des canaux ioniques.

2.6 FACTEURS LIES A L'ORGANISATION DES SOINS

2.6.1 Facteurs liés à l'accès aux soins

Selon un auteur (93), les obstacles d'accès aux soins dans les TPGP sont la séparation physique des soins somatiques et psychiatriques (hôpitaux séparés, dossiers différents et non partagés) qui entravent la communication entre les spécialistes et contribuent à un retard des soins (94) (95) , les difficultés de gestion et le manque de ressources financières des hôpitaux généraux et psychiatriques (7) (96), le manque de clarté et de consensus quant à quel intervenant revient la responsabilité de la prise en charge de l'état de santé général des patients TPGP, la fragmentation des soins entre les différentes spécialités médicales, le

manque de coordination entre médecine générale et psychiatrie, le manque de continuité des soins entre ville/hôpital, sanitaire et médico-social (97) et psychiatre/ médecin généraliste.

2.6.2 Facteurs liés à la qualité des soins

Plusieurs études ont mis en avant que les patients atteints de TPGP recevaient des taux d'interventions chirurgicales plus faibles pour l'endoprothèse et la greffe de pontage, ou qu'ils étaient moins susceptibles de recevoir une artériographie cérébrovasculaire ou de la warfarine après un AVC (98) alors qu'ils présentent une morbidité et mortalité cardiovasculaire plus élevée que la population générale (99) (100) (101). De même, de nombreuses études montrent que les patients TPGP sont 1,5 à 2 fois plus susceptibles de mourir de leur cancer (102). Les facteurs avancés sont la découverte plus tardive de la maladie à un stade métastatique, le fait que ces patients bénéficient de moins de séances de chimiothérapie et ont moins recours aux traitements chirurgicaux, quand cela est indiqué, par manque de dépistage systématique de ces affections (103) (104). Par ailleurs, lors de traitements chirurgicaux, les complications postopératoires (insuffisance respiratoire, septicémie, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, iléus paralytique, accident vasculaire cérébral et délire postopératoire) sont généralement plus importantes chez ces personnes ; De même, la mortalité post-opératoire dans les études à 30 jours est 3 fois plus importante que pour la population générale (84).

2.6.3 Facteurs liés à la demande de soins par le patient

Outre le fait que les patients TPGP ont moins accès aux soins médicaux, il a été suggéré que ces personnes consomment moins et sont également moins conformes aux soins médicaux (105). Par exemple dans une étude de 2007 (106) Cooke montrait que des patients atteints de schizophrénie souffrant d'appendicite se sont avérés plus susceptibles de se présenter tardivement aux urgences, avoir plus de complications telles que la gangrène ou la perforation de l'appendice, et avoir de moins bons résultats chirurgicaux .

2.6.4 Facteurs liés aux médecins

Certaines études soulignent le manque de connaissance de la pathologie mentale des praticiens non-psychiatres pouvant être à l'origine d'un sentiment de malaise ou d'incompréhensions face au patient. De même une étude de grande envergure dans les années 90 montrait que les patients avec un TPGP déclaraient significativement moins de médecin traitant que les patients sans troubles psychiatriques (107)(24). Une étude menée dans un CMP parisien sur des patients suivis en ambulatoires (108) avait montré que seuls 33% d'entre-eux avaient un médecin traitant alors que 28% des patients sur le groupe avaient au-moins une pathologie somatique chronique laquelle était méconnue par le médecin traitant dans 56% des cas, et du psychiatre dans 61% des cas. En conséquence, Février et al. avait démontré que 45% des affections générales des patients atteints de TPGP n'étaient pas diagnostiquées (61).

2.7 FACTEURS LIES A LA STIGMATISATION

La stigmatisation³ fait obstacle à l'accès au soin des patients TPGP en renforçant leur sentiment de peur: peur de ne pas être cru (109), que la consultation somatique se termine par une hospitalisation pour raison psychiatrique (110), peur de la discrimination (24) ce à quoi se greffent des sentiments de culpabilité et d'indignité.

³ **Stigmatisation** : Englobe la discrimination, les croyances erronées et les attitudes négatives associées aux représentations sur les pathologies mentales sévères qui sont souvent perçues comme dangereuse dans l'imaginaire collectif.

3 CONSEQUENCES DES COMORBIDITES SOMATIQUES

3.1 DIMINUTION DE L'ESPERANCE DE VIE ET SURMORTALITE

Après beaucoup d'attention portée sur le suicide, des études plus récentes montrent qu'aujourd'hui, les patients TPGP décèdent en majorité de pathologies somatiques, en particulier les maladies cardiovasculaires avec une mortalité 2 à 4 fois plus élevée (1) (110), les maladies respiratoires et les cancers (111) (112).

En France, sur l'ensemble de la population consommatrice de soins, les patients TPGP présentent un taux de mortalité global⁴ supérieur d'environ 2,6 fois (dont 1/3 est attribué aux suicides d'après l'Inserm) et une mortalité prématurée⁵ 4 fois supérieure (113).

Il faut également mentionner les décès par mort subite beaucoup plus élevés dans cette population, pouvant être favorisés par certains psychotropes et/ou certaines interactions médicamenteuses (61).

3.2 COUT FINANCIER

Les pathologies mentales et leurs comorbidités somatiques ont un réel coût: En 2013, ces troubles représentaient 15% du montant total des dépenses santé (hors hospitalisations ponctuelles) (114).

En terme de coût, les maladies psychiatriques et leurs traitements par psychotropes se classent parmi la catégorie de pathologies passant devant les maladies cardiovasculaires

⁴ **Taux de mortalité (brut)** : Le taux brut de mortalité est le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

⁵ **Taux de mortalité prématurée** : Le taux de mortalité prématurée est le nombre de décès, au cours de l'année, d'individus âgés de moins de 65 ans, rapporté à la population totale des moins de 65 ans, la même année.

(115), en représentant le coût le plus élevé avec un budget de 22,5 milliards d'euros de dépense pour l'assurance maladie en 2015 (116)

En France la schizophrénie représente à elle seule 20% des hospitalisations psychiatriques à temps complet et 1% des dépenses de santé publique (117) (118).

4 RECOMMANDATIONS FRANÇAISES

En 2015, devant le constat alarmant de ces données et l'absence de support pertinent concernant la prise en charge somatique préventive des TPGP en France, la Fédération Française de Psychiatrie-Conseil National Professionnel de Psychiatrie (FFP-CNPP) a élaboré des Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP) validées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Ces recommandations s'adressent aux personnes souffrant de TPGP, âgées de 18 à 65 ans. Elles portent sur des mesures préventives visant à faciliter la surveillance, le repérage et la prise en charge de récurrences précoces de pathologies somatiques (12) (117).

4.1 RISQUE CARDIO-VASCULAIRE ET METABOLIQUE

4.1.1 Evaluation du risque cardio-métabolique à J0⁶

4.1.1.1 Interrogatoire à J0⁶

- **Facteurs prédictifs de prise de poids** : Sexe féminin ; Age jeune < 45 ans ; IMC faible, tendance à l'hyperphagie en situation de stress, comorbidités addictives, antécédent personnel ou familial d'obésité ; Premier épisode psychotique ; Trouble bipolaire avec traits psychotiques (hors cycle rapide).

- **Facteurs de risque d'athérosclérose**: Tabagisme ; Antécédents personnels ou familiaux d'hypertension artérielle (HTA), d'obésité, de dyslipidémie, de diabète.

⁶ **Evaluation à J0** : L'évaluation inclue l'interrogatoire oral, l'examen physique et les bilans complémentaires, effectués lors d'une première consultation en psychiatrie (en ambulatoire ou à l'hôpital) avant instauration de tout traitement.

- **Signes évocateurs de diabète:** syndrome polyuro-polydipsique, asthénie, amaigrissement, nausées, vomissements, douleurs abdominales, déshydratation et polypnée et valeurs antérieures de la glycémie, ou d'HbA1c si diabète déjà connu.
- **Facteurs de risque d'arythmie:** Age élevé ; Antécédent personnel ou familial d'HTA, infarctus du myocarde (IDM), valvulopathie, insuffisance cardiaque (IC), surpoids, diabète, hyperthyroïdie, trouble de l'usage lié à l'alcool ou la cocaïne .
- **Facteur de risque de thrombophlébite :** Antécédents de thrombose veineuse profonde ; Age avancé; Sédentarité (clinophilie) ; Obésité ; Tabagisme ; Contraception oestroprogestative ; Médications (traitement substitutif de la ménopause, chimiothérapie anti-œstrogènes, corticoïdes, diurétiques...) ; Facteurs d' hypercoagulabilité ; Cancers ; Etats inflammatoires chroniques (infections, maladies auto-immunes...) ; Maladies cardiovasculaires (IDM, insuffisance cardiaque, insuffisance veineuse chronique) ; Points de pressions (exemple : contention physique).
- **Hygiène de vie :** Facteurs de stress ; Mauvaise hygiène alimentaire ; Tabagisme et autres addictions ; Facteurs de sédentarité.
- **Traitements en cours** (antalgiques, anti-inflammatoires, diurétiques, antidiabétiques, hypolipémiants, antihypertenseurs ...)

4.1.1.2 Examen somatique à J0⁶

- **Pression artérielle :** Une hypertension artérielle est définie par une tension artérielle systolique supérieure ou égale à 130 mmHg et/ou une pression diastolique supérieure à 85 mmHg.
- **Mesure poids, taille, index de masse corporelle (IMC) :** Le surpoids est défini par un $IMC \geq 25 \text{Kg/m}^2$, l'obésité par un $IMC \geq 30 \text{Kg/m}^2$, l'obésité morbide par un $IMC > 40 \text{Kg/m}^2$, avec $IMC = \text{Poids(kg)} / (\text{Taille}^2 \text{(mètres)})$

➤ **Périmètre abdominal (PA)** : Il doit être mesuré en position debout, sans habit, en expiration normale, au niveau de l'ombilic. Pour les individus caucasiens, une obésité abdominale est définie par un tour de taille supérieur à 94 cm chez l'homme et 80 cm chez la femme.

4.1.1.3 Examens complémentaires à J0⁶

• Le bilan biologique de base comprend un dosage systématique de :

➤ **Glycémie à jeun (GAJ)** : Un dosage supérieur ou égal à 1,26g/l (7,0 mmol/L) à deux reprises, ou, supérieur à 2g/L (11,1mmol/l) à tout moment de la journée, définit le diabète.

➤ **Exploration d'une anomalie lipidique (EAL)** : avec dosage du Cholestérol total, HDL-cholestérol, LDL-cholestérol et Triglycérides.

Une hypertriglycéridémie est définie par un taux de triglycérides égal ou supérieur à 1,7mmol/L (150 mg/dl).

Une hypocholestérolémie HDL est définie par un taux de cholestérol HDL inférieur à 1,03 mmol/L (40 mg/dl) chez l'homme et 1,29 mmol/L (50 mg/dl) chez la femme.

Un bilan sanguin standard inclue également: Numération formule sanguine (NFS), Bilan hépatique, C-Reactive Protein (CRP), Ionogramme sanguin, Bilan rénal, Béta HCG chez la femme en âge de procréer, TSH ultrasensible et si points d'appel : Dosage des toxiques urinaires.

• **Electrocardiographie (ECG)** : systématique à J0 si Homme âgé de plus de 50 ans, ou Femme de plus de 60 ans ; Si au-moins un facteur de risque cardio-vasculaire, ou une comorbidité addictive (alcool, cocaïne), ou un traitement en cours présentant une toxicité cardiaque s'il est associé à un psychotrope.

L'ECG recherche des anomalies cardiaques et permet de calculer l'espace QT corrigé (QTc), prédictif d'arythmie (torsades de pointe) :

➤ Espace QTc > 450 ms impose une surveillance particulière du risque d'arythmie

- Espace QTc > 500ms contre-indique l'utilisation des antipsychotiques classiques ou des antipsychotiques de 2ème génération

4.1.2 Instauration du traitement et suivi cardio-métabolique

Lors de la mise en place d'un traitement, il est fondamental d'informer le patient des effets indésirables secondaires pouvant survenir en aigu et au long cours tel que le risque cardiaque et métabolique encouru sous antipsychotiques .

Après instauration d'un antipsychotique, il est recommandé de mettre en place un suivi somatique rapproché à la 4^e , 8^e 12^e notamment pour les patients à risque cardio-vasculaire élevé, comme indiqué dans le **Tableau 2** , extrait des recommandations officielles (12):

Tableau 2 : Recommandations de suivi cardio-métabolique sous antipsychotiques selon la FFP ^(a)

	J0	1 mois	2 mois	3 mois	Tous les 3 mois	Tous les ans
Histoire et FDR personnels et familiaux	x					
Poids/IMC	x	x	x	x	x	
Périmètre abdominal	x	x				x
Glycémie à jeun	x			x		x
Anomalies lipidiques	x			x		x
ECG ^(b)	x	x				x
Pression artérielle	x			x		x

^(a)La fréquence du suivi peut-être plus rapprochée en fonction des données cliniques.

^(b) Un ECG initial de base est recommandé ; le contrôle dépend des facteurs primaires de risque cardiovasculaire

Le suivi somatique devra être d'autant plus rapproché que le traitement interfère avec le métabolisme glucidique et lipidique (AP2, Lithium, Paroxétine, Mirtazapine) ou en cas d'association médicamenteuses (12).

A noter que pour la population pédiatrique (< 18 ans) qui présente une sensibilité accrue aux effets secondaires, bien que l'ANSM ou la FFP n'aient formulé aucune recommandation spécifique, les experts s'entendent sur la nécessité d'effectuer une évaluation similaire à J0, accompagnée d'une surveillance accrue après instauration des traitements.

4.1.3 Préconisations en cas d'apparition d'anomalies cardio-métaboliques

En cas de pathologie organique importante ou de survenue d'anomalies clinico-métaboliques lors du suivi, le changement d'antipsychotiques classiques ou d'antipsychotiques de 2ème génération peut être envisagé en tenant compte du contexte psychiatrique et en réévaluant le rapport bénéfice/risque du médicament prescrit (12). La décision devra être collégiale (décidée en équipe à l'hôpital ou avec le médecin traitant et les autres spécialistes en ambulatoire).

4.1.3.1 Prise de poids

- Mise en place de mesures hygiéno-diététiques (119):
 - Hygiène alimentaire : Diminution de l'apport calorique global; Augmentation de la consommation de fruits, légumes, légumineuses, privilégier les sucres à index glycémique bas (céréales complètes), éviter les boissons sucrées, diminuer l'apport d'acides gras saturés au profit d'acides gras mono- ou polyinsaturés (huiles végétales, noix, poissons gras), réduire la consommation de viande transformée, limiter l'apport de sel. Eviter les plats transformés.
 - Activité physique : 150 minutes par semaine d'une activité physique d'intensité modérée (Marche rapide, vélo, danse, yoga) ou 75 minutes hebdomadaires d'activités physiques intenses (Jogging, cyclisme, tennis, natation) ; Lutter contre la sédentarité (escaliers au lieu des ascenseurs, vélo au lieu de voiture...)

- Sommeil : Prévenir les insomnies, l'hypersomnie, et éliminer un éventuel syndrome d'apnées obstructive du sommeil (SAOS) lequel s'aggrave mutuellement avec le surpoids et l'obésité et un facteur de risque de syndrome métabolique.

En absence de réponse satisfaisante à ces mesures, un avis spécialisé est recommandé (endocrinologue, diététicien, spécialiste du sommeil)

4.1.3.2 Anomalies glycémiques

- Si la glycémie est comprise entre 1.0g/L et 1.26 g/L : Réévaluation des facteurs de risque cardio-vasculaires ; Mesures hygiéno-diététiques; Avis d'un médecin généraliste ou endocrinologue.
- En cas de diabète : Mesures hygiéno-diététiques ; Relai de PEC à un endocrinologue.

4.1.3.3 Dyslipidémie

- Valeurs dans la limite haute : Mesures hygiéno-diététiques.
- Valeurs au-dessus de la normale : Relai de prise en charge à un médecin généraliste, cardiologue ou endocrinologue pour mise en place d'un traitement hypolipémiant.

4.1.3.4 Hypertension artérielle

- Mesures hygiéno-diététiques et avis spécialisé (médecin généraliste, cardiologue) pour mise en place d'un traitement antihypertenseur.

4.2 EN DEHORS DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

4.2.1 Evaluation de l'état de santé général

- **Etat général** : Asthénie, amaigrissement, anorexie.
- **Bilan ophtalmologique** : Après 40 ans, dépistage du glaucome avec prise de la pression intra oculaire tous les 2 ans été ; A partir de 65 ans : contrôle de l'acuité visuelle et du fond d'œil tous les 18 mois.
- **Bilan bucco-dentaire** : Tous les ans (recherche de caries, maladies parodontales...) et rappel des bonnes pratiques d'hygiène dentaire.
- **Bilan respiratoire** : Dépistage du cancer du poumon ; En cas de signes cliniques de bronchite chronique, d'emphysème, BPCO : Prescrire une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) ; Prévention des facteurs de mort par étouffement : Rééducation si facteurs de risque (âge avancé ; dyskinésies tardives ; tachyphagie ; fausses routes).
- **Bilan gastro-intestinal** : Recherche de troubles digestifs (nausées, vomissements), de troubles du transit (diarrhée, constipation) afin de prévenir le risque d'occlusion intestinale majoré chez les patients traités par antipsychotiques ; Dépistage du cancer colorectal entre 50 et 74 ans.
- **Bilan hépatique** : Recherche de signes de stéatose hépatique, de cirrhose chez des patients avec une maladie métabolique ou consommateur d'alcool. Si anomalie, **bilan hépatique** : Transaminasémie, Volume globulaire moyen (VGM), γ -glutamyl transférase (GGT), Transferrinémie désialylée (CDT).
- **Bilan gynécologique** chez la femme >25 ans avec frottis de dépistage du cancer du col utérin et mammographie de dépistage du cancer du sein.
- **Bilan rénal** : La fonction rénale doit être surveillée de façon rapprochée chez tous les patients et d'autant plus ceux traités sous Lithium.
- **Bilan endocrinologique** : Mesures préventive contre **l'ostéoporose** (Surveillance de la prolactine ; Lutte contre la sédentarité ; Prévention du tabagisme, de l'abus d'alcool et de la toxicomanie ; Régime alimentaire riche en vitamine D, C ; Prévention de la polydipsie ; Exposition raisonnable au soleil sous couvert d'une bonne protection solaire pour éviter

une photosensibilisation liée aux antipsychotiques classiques et au lithium, et prévenir l'apparition de mélanomes) ; Les **dysthyroïdies** (Dosage TSH ultrasensible et T4) ; **l'hyperprolactinémie** si points d'appel (Retard pubertaire chez l'adolescent, Galactorrhée ; Baisse de la libido (80% des sujets traités sous antipsychotiques) ; Aménorrhée primaire ou secondaire)

- **Dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST)**: Sérologies VIH, VHC, VHB et développer des stratégies d'information et d'éducation adaptées au patient
- **Bilan algique** : Si besoin prescrire de la kinésithérapie, relai de prise en charge à un rhumatologue, neurologue...

4.2.2 Prévention proactive au sevrage tabagique et autres addictions

La sortie du tabagisme est une priorité pour les patients TPGP . Elle implique chacun des intervenants à chaque moment de la prise en charge.

Le traitement d'aide au sevrage tabagique chez les patients atteints de TPGP stabilisées n'est pas un facteur de décompensation psychiatrique (109) le sevrage doit donc être fortement encouragé d'autant plus que les outils existant sont nombreux (substituts nicotiques, e-cigarette, médicaments, TCC, entretien motivationnel, réalité virtuelle...) et que dans la majorité des expériences publiées, les patient TPGP sont capables de se les approprier s'ils sont facilement accessibles. Une formation continue des personnels soignants en psychiatrie sur la question du tabac (et des addictions) reste à ce titre indispensable.

Cependant, l'arrêt du tabac a des implications importantes pour la prise en charge des patients prenant de la Clozapine et de l'Olanzapine. L'arrêt brutal du tabagisme est associé à un risque potentiellement grave de toxicité médicamenteuse chez les patients prenant de la clozapine. Dans une étude Cormac et al (120) ont constaté que le pourcentage de patients avec un taux plasmatique de clozapine supérieur à 1000 µg/L avait augmenté de 41,7% au cours des six mois suivant le sevrage tabagique malgré les diminutions posologiques. Par conséquent, les taux plasmatiques de Clozapine et d'Olanzapine doivent être étroitement

surveillés et des ajustements de posologies doivent être effectués, si nécessaire, pendant au moins six mois après (120).

De plus, l'arrêt du tabac augmente également le risque à court terme de Diabète de type 2 (DT2) : Dans une étude prospective, les adultes qui avaient arrêté de fumer avaient connu un risque accru de DT2 qui avait culminé dans les 3 ans suivant l'arrêt (rapport de risque, HR = 1,91), et restait encore observable 6 ans après le sevrage. L'augmentation de ce risque semble être partiellement médiée par une prise de poids, en effet le retrait de la nicotine peut entraîner une augmentation de l'appétit et un apport calorique excessif, par conséquent, il est important d'envisager des contre-mesures en particulier pour les gros fumeurs (121)

En cas d'autres comorbidités addictives (alcool, cannabis, cocaïne...): proposer une aide au sevrage des addictions par un addictologue et une psychothérapie

4.3 RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

4.3.1.1 Hospitalisation et soins sous contrainte :

Lors d'une hospitalisation, le suivi médical et les examens biologiques doivent inclure la recherche de complications liées aux traitements.

Pour les soins sous contrainte, conformément à la loi du 5 juillet 2011 (15), le patient doit bénéficier d'un examen somatique complet dans les 24 premières heures incluant au minimum: Vigilance ; Pression artérielle ; Pouls ; Température ; Fréquence respiratoire ; Glycémie capillaire ; En cas d'agitation une mesure de la SpO2 (oxymétrie de pouls) est recommandée dès que possible.

La surveillance relative aux éventuelles privation de liberté en chambre d'isolement (CI) avec ou sans mesures de contention portera sur l'état de conscience, les troubles du transit et de la prévention du risque thromboembolique (122) (123).

Au moment de la sortie d'hospitalisation, il est recommandé d'organiser la continuité des soins avec le CMP ou le psychiatre libéral. D'autre part le compte rendu d'hospitalisation doit être adressé au médecin traitant désigné ou s'il n'y en a pas d'organiser la référence à un médecin traitant pour coordonner le suivi.

4.3.1.2 *Prise en charge en ambulatoire :*

Il est recommandé d'insister auprès des patients sur l'importance de la continuité des soins somatiques. Le contact avec les proches, l'identification de la personne de confiance sont également des éléments clefs pour assurer la bonne continuité des soins

4.3.1.3 *En cas d'urgence*

Un examen clinique exhaustif doit être réalisé par un urgentiste aux urgences de l'hôpital général. (12)

5 PLACE DU PSYCHIATRE DANS LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE

5.1 ROLE CENTRAL DU PSYCHIATRE

5.1.1 Absence de médecin généraliste

Pour rappel, depuis 2005 (Loi du 13 août 2004) le médecin traitant est le personnage central dans l'orientation et le suivi des patients dans le système de soins et le secteur médico-social. Repris par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), le Médecin traitant, qu'il soit généraliste ou spécialiste, somaticien ou psychiatre, à l'hôpital ou en ville, libéral ou salarié, est celui qui coordonne le dossier médical personnel et oriente le patient vers celui qui est le plus apte à traiter sa situation spécifique. Afin de privilégier les médecins traitants généralistes, un dispositif de la loi 2004 impose entre-autre le renouvellement des affections longues durées par les médecins généralistes.

En France, 99,5% des médecins traitants déclarés sont des médecins généralistes (124).

Si pour la majorité de la population, le médecin traitant (MT) joue un rôle clé au niveau des soins primaires, pour de nombreux patients TPGP, il n'a soit jamais véritablement existé, soit se fait progressivement remplacer par le secteur psychiatrique (24). Une étude de 2008, avait d'ailleurs identifié 3 facteurs significatifs ($p < 0,0001$) liés à l'absence de médecin traitant déclaré: un diagnostic psychiatrique principal F20-29⁷, une hospitalisation longue durée et l'incapacité à répondre à un questionnaire sans aide (24).

⁷ **Diagnostic F20-29** : Schizophrénie, Troubles schizotypiques et Troubles délirants ; Extrait du manuel des Troubles mentaux et du comportement (F00-F99) de la classification internationale des maladies (CIM-10) publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Pour étayer ce constat, la littérature suggère des facteurs liés au patient (réticence à aller voir un MG (61) (62), trouble cognitifs rendant difficile la prise de rendez-vous (66) peur d'être stigmatisé ou juger (24) (109) (110)...).

Les recommandations émises à ce sujet (12), stipulent **qu'en absence de MG, il revient au psychiatre d'assurer le suivi somatique** et d'engager tous les moyens à sa disposition (encouragement, accompagnement, prise de RDV pour le patient...) pour aider le patient à retrouver un médecin généraliste.

5.1.2 Rôle pivot du psychiatre

Ce défaut fréquent de médecin généraliste dans le suivi des patients TPGP (20) (22) octroie au psychiatre un rôle central dans la coordination des soins ; La prise en charge des troubles psychiatriques nécessitant celle des comorbidités somatiques et de la situation sociale (isolement, logement, aide financière, reconnaissance du statut handicapé (AAH). La **Figure 3**, inspirée du travail du docteur Neveu (21), illustre notre propos :

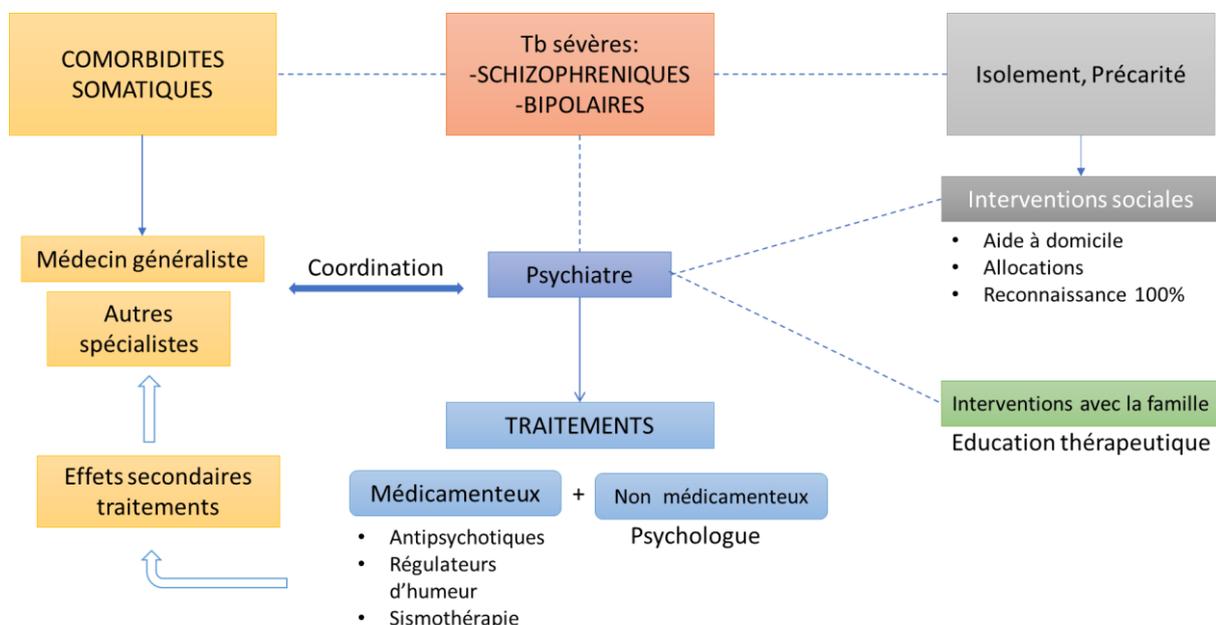


Figure 2 : Place centrale du psychiatre dans la prise en charge des patients atteints de TPGP et leurs comorbidités

5.2 PLURALITE DES PRATIQUES EN PSYCHIATRIE

La profession de psychiatre se décline en une pluralité des manières d'exercer et de pratiquer la psychiatrie pouvant rendre complexe l'étude de la prise en charge somatique par les psychiatres.

5.2.1 Orientations des pratiques d'exercice

La profession de psychiatre est très disparate allant des praticiens « chimiatres » exclusivement tournés vers la prescription médicamenteuse ou sismothérapeutique, aux psychiatres ayant fait le choix de ne plus prescrire pour exercer essentiellement comme thérapeute (psychanalyse, hypnose, thérapie cognitivo-comportementale...). Entre les deux, on retrouvera des médecins aux pratiques moins tranchées combinant à différents degrés les outils disponibles.

5.2.2 Variations des modes d'exercice

En France, d'après les données DREES (125), sur les 15 388 psychiatres en activités au 1^{er} Janvier 2018, 4 623 travaillent dans le secteur privé (en clinique privée, en cabinet privé ...), 7 735 soit exercent comme salariés de la fonction publique (à l'hôpital dans des unités d'hospitalisation, des hôpitaux de jour (HDJ), dans des centres médico-psychologiques (CMP), des centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), 1 827 combinent une activité mixte (libéral/public) et 1203 exercent dans le secteur du médico-social.

Cette disparité dans les modes d'exercice est appuyée par Younès et al (126) dans une étude montrant que selon la structure, les médecins psychiatres ne rencontraient pas les mêmes types de pathologies et des pathologies avec des degrés de sévérité différents. Ainsi les troubles de l'humeur légers à modérés étaient vus en priorité par des psychiatres dans le libéral tandis que les pathologies plus lourdes (troubles psychotiques par exemple) et les suivis post-hospitalisation étaient pris en charge par les psychiatres dans le public en CMP, en HDJ ou en unité d'hospitalisation.

5.2.3 Eventail des sous-spécialités

Dans le cursus universitaire du diplôme d'étude spécialisé en psychiatrie, les psychiatres peuvent choisir de se sur-spécialiser dans des domaines tels que l'addictologie, la pédopsychiatrie et la gériopsychiatrie.

6 DONNEES DE LA LITTERATURE ACTUALISEES

Si la partie 1 de cette étude a permis de faire un état des lieux sur les patients atteints de TPGP et de délimiter la place du psychiatre dans ce système, le peu d'études portant sur l'évaluation des pratiques médicales suggèrent un manque d'interrogation à ce niveau. Quelques travaux récents extraits de la littérature grise soulignent pourtant des difficultés dans ce domaine.

L'enquête nationale menée par le psychiatre Nicolas Meton en collaboration avec l'INSERM (127) avait évalué les différences de prise en charge par des médecins urgentistes en fonction de la présence de troubles ou antécédents psychiatriques connus chez les patients. Les résultats avaient montré que plus les patients présentaient des éléments d'ordre psychiatrique, moins la prise en charge était approfondie, moins la recherche d'étiologies spécifiques et potentiellement graves était réalisée et moins la douleur était prise en compte.

Une autre étude (20) avait montré que le manque de communication et de coordination des psychiatres avec leurs confrères généralistes faisait obstacle à la prise en charge somatique des patients sévères et chroniques par les médecins généralistes. Ainsi 98% des généralistes déclaraient adresser un courrier pour une première consultation chez un psychiatre et en retour, seulement 23% déclaraient recevoir un courrier des psychiatres et services de psychiatrie suivant leurs malades (128)

Evaluant un autre aspect des soins, l'enquête menée par Dr Lepierre en 2018 (129) à partir des bases des données de l'Assurance maladie avait mis en évidence que moins de 3% des patients traités par antipsychotiques, recevaient une surveillance biologique adéquate du risque cardio-métabolique par les psychiatres à l'origine de la prescription ; Aussi, 15% des patients n'avaient aucun suivi somatique après leur prescription de neuroleptique (129).

Enfin, une étude nationale réalisée au royaume Unis en 2019 et portée sur la mise en évidence des obstacles à la réalisation de l'examen somatique par les psychiatres (130) avait révélé que le manque de temps, le manque de matériel, le manque de congruence entre la

situation et la pratique de l'ES, le manque confiance dans les compétences, le manque de formation et le manque de supervision au cours de la formation étaient les facteurs majeurs limitant les psychiatres.

Depuis l'émission des recommandations en 2015 en France sur les pathologies psychiatriques sévères et persistantes pour améliorer leur prise en charge somatique, aucune étude portant sur l'évaluation des actes de prévention somatique réalisés par les psychiatres, n'est retrouvée. Les médecins sont peut-être peu enclins à être évalués dans ce domaine. Une remise en question de nos pratiques peut être un exercice difficile, et la critique vécue de façon inconfortable, voir malvenue. Pourtant cette démarche pourrait s'inscrire dans une dimension d'optimisation des soins et permettrait un éventuel gain de chance pour le patient. C'est d'ailleurs l'objectif même de notre étude.

PARTIE 2: ENQUETE NATIONALE

1 OBJECTIFS ET HYPOTHESES

1.1 OBJECTIFS

Réaliser un état des lieux des actes de prévention somatiques effectués par les psychiatres. Objectiver d'éventuels facteurs qui limiteraient significativement la réalisation des actes somatiques par les psychiatres.

1.2 HYPOTHESES

Hypothèse 1: Les psychiatres réalisent peu d'actes médicaux relatifs à la prévention des maladies cardio-métaboliques (tension artérielle, mesure du poids, IMC, périmètre abdominal, dépistage du syndrome métabolique, ...), du tabac, de l'alcool (et autres substances psychoactives), et des maladies sexuellement transmissibles chez leurs patients TPGP. Que ce soit au cours de leur pratique habituelle ou encore lorsqu'ils ont connaissance que le patient n'a pas de suivi par un médecin généraliste.

Hypothèse 2: Les psychiatres sous-effectuent la coordination avec leurs confrères généralistes.

Hypothèse 3: Les principaux obstacles limitant les psychiatres dans la réalisation des actes de prévention somatique sont le manque de temps, le manque de confiance dans les compétences, le manque de matériel (moyens financiers et équipement), le manque de formation à la prise en charge somatique, la volonté de séparer le soma et la psyché (crainte d'un effet thérapeutique négatif) ou la représentation que cette prise en charge n'incombe pas à leur fonction.

Hypothèse 4: Les psychiatres sont en demande de formations pour améliorer leurs connaissances théoriques et pratiques relatives à la pratique des actes somatiques mais sont défavorables à l'émission de normes obligatoires pour délimiter le champ somatique qui leur incombe.

2 MATERIEL ET METHODES

2.1 TYPE D'ETUDE

Notre étude est une enquête observationnelle descriptive (car absence de groupe contrôle), transversale, avec données déclaratives semi-qualitatives, réalisée sous la forme d'un questionnaire (ANNEXE 2).

2.2 POPULATION

Elle est composée de l'ensemble des internes et médecins psychiatres exerçants sur le territoire Français (métropolitain et d'outre-mer) entre le 25 Janvier 2020 et le 07 Juin 2020; Soit 14 185 médecins thésés (libéraux exclusifs N=4623, mixtes N=1827, salariés hospitaliers N=7 735) et les internes en psychiatrie N=1890 . Soit un total de 16 075 (internes + thésés)

Le conseil national de l'ordre des médecins ayant refusé de nous aiguiller, les taux de prévalence nationaux des psychiatres thésés ont été calculés en se basant sur les estimations de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) au premier janvier 2018 (125). La prévalence nationale des internes a été approximée en calculant le nombre d'internes ayant choisis la spécialité de psychiatrie à l'examen classant national (ECN) des quatre dernières années (2016, 2017, 2018, 2019). (Données disponibles sur le site internet du Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers (CNG)).

N'étaient pas inclus dans la population d'étude les psychiatres retraités, ceux ayant changé de profession, et les salariés n'ayant plus aucune activité de pratique clinique (activités administratives, etc...).

2.3 ECHANTILLONNAGE

L'objectif était d'obtenir l'échantillon le plus étendu afin d'être aussi représentatif que possible de la population d'étude.

Pour cela, nous nous sommes fixés un objectif purement aléatoire de 10% de participation, soit 1418 thésés et 189 internes, afin de garantir un niveau de représentativité qui nous semblait acceptable au vue des études similaires à la nôtre (127) (130).

- Invitation des psychiatres à participer à l'enquête

➤ Par mail :

Aux 25 associations Françaises de psychiatres, aux 114 conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) (métropole, Corse et outre-mer), aux 17 Agences Régionales de Santé (ARS), aux 17 Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), aux départements des affaires médicales et des ressources humaines de 393 établissements psychiatriques sur les 552 recensés en France (131) (publiques, privés d'intérêt commercial et privé d'intérêt collectif).

➤ Par téléphone :

Soumis à la « *Loi informatique et libertés*⁸ », les CDOM et URPS ont refusé la diffusion du questionnaire aux psychiatres libéraux. Nous avons donc appelés en personne les praticiens du privé, à savoir 1654 médecins, présents sur l'annuaire en ligne. Dans ce cas précis, les médecins acceptant de participer, nous ont transmis leur adresse mail professionnelle ou personnelle. En retour, le mail d'invitation avec le lien vers l'enquête leur était envoyé.

➤ Par le biais des réseaux sociaux (Facebook, Twitter)

Aux hôpitaux (13 CHU), aux associations et syndicats d'internes.

⁸ *Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés c'est-à-dire la liberté de fichier les personnes humaines. Cette liberté étant indissociable de l'activité informatique, cette loi régleme donc les conséquences potentiellement antisociales de l'activité informatique.*

A noter que le questionnaire a également été diffusé en version papier à une seule structure hospitalière pour qui l'ouverture du lien vers le sondage en ligne n'était pas sécurisée. Les réponses papiers (3 au total), ont ensuite été saisies en ligne afin de réaliser un fichier numérique commun et d'en faciliter l'analyse statistique.

➤ Mail d'invitation

Le contenu du mail (ANNEXE 1) d'invitation proposait, après une présentation succincte de l'étude et des objectifs de recherche, de répondre au questionnaire en ligne qui était hébergé sur une application Web indépendante du sondage (Google Forms®).

2.4 QUESTIONNAIRE

Créé à partir de la plateforme Google Forms® (ANNEXE 2), il se compose de 7 items visant à recouvrir les caractéristiques générales propres aux participants (région d'exercice, sexe, âge, spécialité en psychiatrie, secteur d'exercice, grade institutionnel) et de 20 items portant sur les représentations, les outils thérapeutiques employés, la réalisation des actes somatiques préventifs (examens cliniques et complémentaires, coordination avec le médecin traitant), et les obstacles rencontrés.

Les répondants étaient invités à s'exprimer librement à la fin de l'enquête, dans une plage de texte dédié.

Les réponses étaient anonymes. Seuls les médecins qui désiraient être informés des résultats ont laissé leur adresse mail à la fin de l'enquête afin de connaître les conclusions.

Le choix de la forme du questionnaire, à savoir numérique, a été fait pour des raisons de simplicité, d'économie et d'écologie.

2.5 ETHIQUE

Le prélèvement des mails des praticiens libéraux nous a conduit à déclarer cette étude à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL). Notre travail a été classé comme relevant de l'application de la méthodologie de référence n° MR 001 et MR 004 (ANNEXE 3), nous dispensant du recueil de consentement écrit des participants.

En retour, nous nous sommes engagés à collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche, à n'utiliser que les données indirectement identifiantes et à informer individuellement (lors des appels téléphoniques des libéraux) et par écrits (mails, questionnaires) ces informations à nos participants.

Dans les mails, le questionnaire et lors des appels, il était rappelé aux psychiatres que toute participation se faisait sur la base du volontariat et que le recueil des données était anonyme.

Aucune demande d'autorisation auprès du comité d'éthique de l'université Aix-Marseille n'a été exigée.

2.6 RECUEIL DES DONNEES

L'application web Google Forms® a permis de recueillir les données des participants tout en préservant l'anonymat des répondants en ne cliquant pas sur « Collecter les adresses e-mail des personnes interrogées ».

Les résultats ont ensuite été exploités avec le logiciel Word Excel® pour le traitement statistique et graphique des données.

2.7 ANALYSES DES DONNEES

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 26.

Lors de l'analyse en sous-groupe, le test utilisé dépend de la nature des variables :

Lorsque les deux variables sont qualitatives nous avons utilisé un test du Chi Deux. Si les effectifs théoriques sont inférieurs à 5, un test de Fisher est utilisé (le symbole * est alors indiqué à côté de la p value)

Lorsqu'une variable est qualitative et l'autre quantitative, un test de Student pour échantillons indépendants a été utilisé si la variable qualitative a deux classes et un test de Kruskal Wallis si la variable a plus de deux classes.

Le risque de première espèce alpha était arbitrairement fixé à 5 %, une différence était considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05.

3 RESULTATS

3.1 CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

3.1.1 Tableau des caractéristiques socio-démographiques des participants

Tableau 3: Tableau 3Caractéristiques socio-démographiques des participants de l'étude

Caractéristiques des participants	Total questionnaires (N=1459)
Sexe	
-Homme	606 (41,5)
-Femme	853 (58,5)
Age	
-Moyenne (Ecart type) (années)	40,90 (14,12)
-Min - Max (années)	23-78
Spécialité	
-Psychiatrie générale (dont internes)	1124 (77,0)
-Pédopsychiatrie	262 (18)
-Addictologie	59 (4,0)
-Gérontologie	14 (0,95)
Statut professionnel	
-Interne	406 (27,8)
-Médecins thésés	1053 (72,2)
Mode d'exercice	
-Salariés du public	994 (68,1)

-Mixtes	85 (5,8)
-Libéraux seuls	376 (25,8)
Statut hiérarchique à l'hôpital	
-Internes	406 (40,8)
-Assistants / chefs de clinique	122 (12,3)
-Praticiens hospitaliers (PH)	499 (50,2)
-PUH-PUPH, MCU	29 (2,9)
Secteur en libéral	
-Secteur 1	284 (62,4)
-Secteur 2	171 (37,6)

Description : Dans notre échantillon, sur les 1459 psychiatres ayant participé, les femmes étaient plus nombreuses (58,5%) que les hommes (41,5%) .

L'extrême des âges allait de 23 à 78 ans, soit un âge moyen de l'échantillon total de 41ans .

L'échantillon était composé d'environ 1/3 d'internes (27,8%) et 2/3 de médecins thésés (72,2%)

Les psychiatres généralistes étaient majoritaires (77%) soit presque 8 psychiatres sur 10, suivis des pédopsychiatres (18,0%), puis des addictologues (4,0%) et des gériatologues (0,95%).

Sur l'ensemble, 68% étaient salariés du public, 26% des libéraux, 6% des mixtes.

Parmi les psychiatres à l'hôpital, les praticiens (50,2%) et les internes (40,8%) étaient les plus nombreux, contrairement aux assistants-CCA (12,3%) ou aux PUPH (2,9%)

Dans le libéral, 62,4% travaillaient en secteur 1 et 37,6% en secteur 2.

3.1.2 Les régions participantes

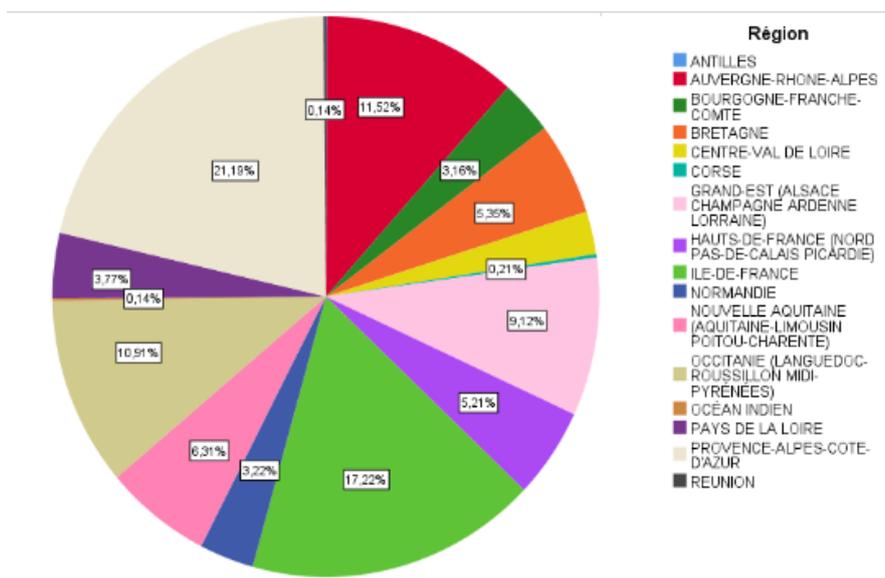


Figure 3 : Participation des 16 régions de France (métropole et outre-mer)

3.2 EXAMEN SOMATIQUE

3.2.1 Résultats principaux

Définition: Nous avons défini l'examen somatique (ES) selon les RBP validées par l'HAS en 2015 (12). Il inclue la mesure du poids, de la tension artérielle et du périmètre abdominal (critère obligatoire) et pouvait être élargi à l'auscultation, la palpation, percussion, etc.

Pour cette question nous n'avons inclus que les médecins prescripteurs de neuroleptiques.

Sur les 1459 participants à l'étude, 1285 déclarent **prescrire des neuroleptiques, soit 88,0%**.

Parmi eux, seuls 197 psychiatres, soit **15,3% réalisent un examen somatique**.

Tableau 4: Etat des lieux de la pratique de l'ES par les psychiatres prescripteurs

	Pratique l'examen somatique		p value
	Non (n=1073)	Oui (n=197)	
Age du psychiatre	40,56 ± 13,75	33,75 ± 10,01	<0,001

D'après les résultats du **Tableau 4**, la moyenne d'âge des psychiatres réalisant l'ES est proche de 34 ans tandis que l'âge moyen de ceux ne le réalisant pas est proche de 41 ans ($p<0,001$).

3.2.2 Analyse en sous-groupe

3.2.2.1 Par tranches d'âge

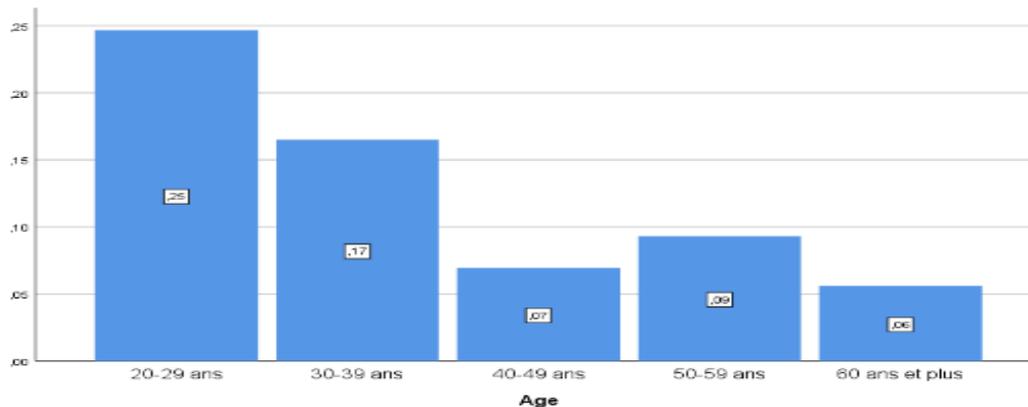


Figure 4 : Proportion de psychiatres prescripteurs de neuroleptiques réalisant l'examen somatique, en fonction de l'âge ($p<0,001$; Test du Chi 2)

D'après les résultats de la **Figure 4**, l'ES est réalisé par 26% des [20-29 ans], 17% des [30-39 ans], 7% des [40-49 ans], 9% des [50-59 ans] et 6% des > 60 ans. L'ES est significativement plus réalisée par les moins de 39 ans. Aussi, **plus l'âge du praticien augmente, moins l'ES est réalisée** ($p<0,001$).

3.2.2.2 Selon le statut hospitalo-universitaire

D'après les résultats de la **Figure 5**, 27% des PUH/PU-PH, 26% des internes, 19% des CCA/assistants, et 11% des PH réalisent l'ES. Une différence significative ($p<0,001$) apparaît entre les internes, les assistants et les PH mais pas entre les internes et les PU-PH.

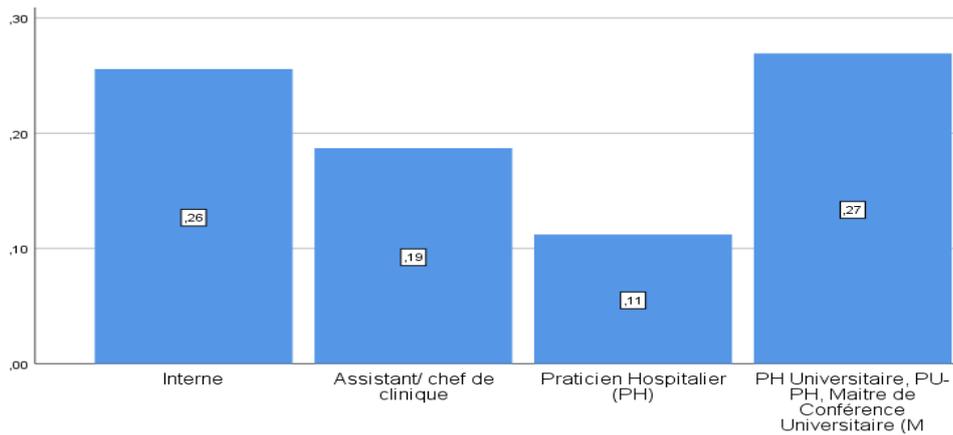


Figure 5: Proportion de psychiatres hospitaliers prescripteurs de neuroleptiques réalisant l'examen somatique ($p < 0,001$)

3.2.2.3 Selon l'année d'internat (1^{ère}, 2^e, 3^e ou 4^e année d'internat)

Pas de différence significative selon le niveau d'internat ($p = 0,055$)

3.2.2.4 Selon le sexe

Pas de différence significative entre les hommes et les femmes ($p = 0,623$)

3.2.2.5 Selon le mode d'exercice (public, libéral ou mixte)

D'après les résultats du **Tableau 5**, illustrés par la **Figure 6**, l'ES est réalisée par 18,6% des praticiens exerçant dans le public, 10,9% des praticiens en activité mixte public/libérale, et 6,2% des praticiens du libéral. Cette différence est significative ($p < 0,001$).

Tableau 5: Pratique de l'examen somatique selon le mode d'exercice (public, le libéral et en mixte)

	Pratique l'examen somatique		p value
	Non	Oui	
Public (n=929)	756 (81,4)	173 (18,6)	
Mixte (n=64)	57 (89,1)	7 (10,9)	<0,001
Privé (n=274)	257 (93,8)	17 (6,2)	

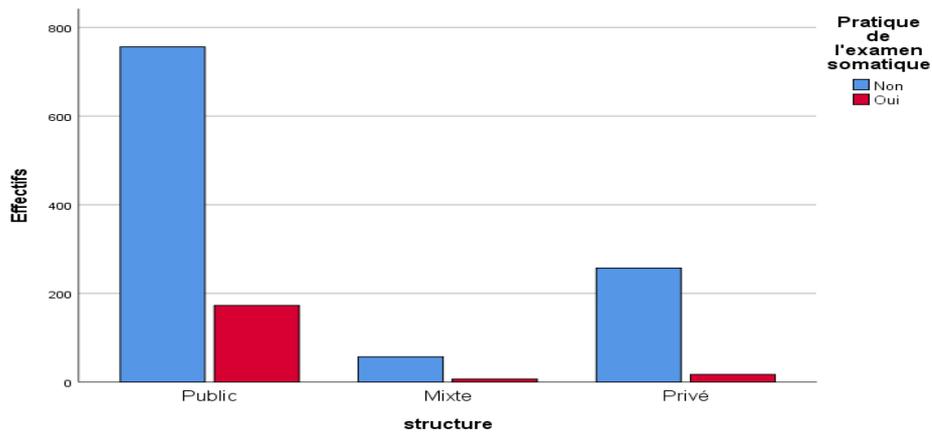


Figure 6: Pratiques de l'examen somatique selon le mode d'exercice (public, le libéral et en mixte)

3.2.2.6 Selon secteur 1 ou 2, en libéral

Pas de différence significative ($p=0,810$).

3.2.2.1 Selon les époques à l'internat

D'après la **Figure 7**, plus les générations avancent, moins l'examen somatique est pratiqué au cours des stages d'internat. Cette différence est significative ($p<0,001$). Ainsi en 30 ans, le nombre de stage où les internes sont amenés à pratiquer régulièrement l'examen somatique est passé de 4,9 à 2,8 soit une baisse significative de 88% ($p<0,001$).

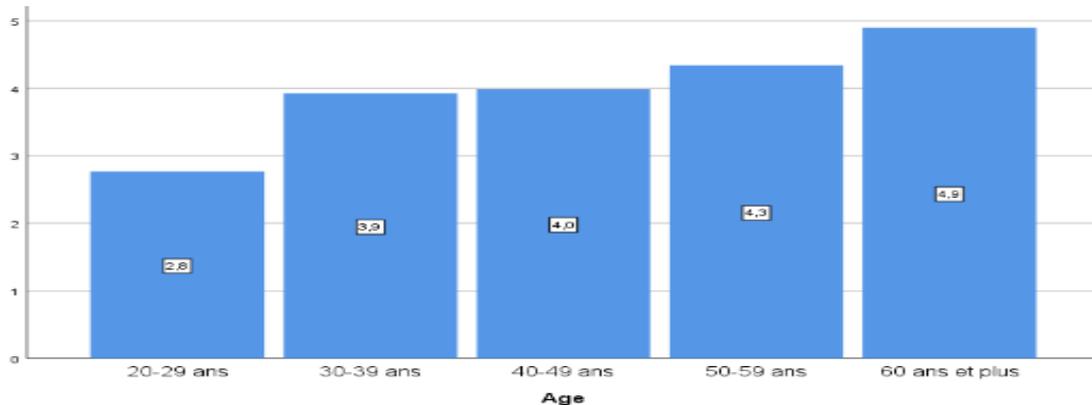


Figure 7 : Nombre de stages pendant l'internat de psychiatrie où l'examen somatique est régulièrement effectué par l'interne en fonction des tranches d'âge (Test de Kruskal Wallis, $p<0,001$)

3.2.3 Recherche d'obstacles à la pratique de l'examen somatique

Tableau 6: Comparaison de la pratique de l'ES par les psychiatres en fonction des obstacles hypothétiques

	Pratique l'examen somatique		p value
	Non	Oui	
Manque de confiance (n=663)	606 (91,4)	57 (8,6)	<0,001
Confiance (n=607)	467 (76,9)	140 (23,1)	
Pas de manque de formation (n=378)	328 (86,2)	50 (13,2)	0,143
Manque de formation (n=892)	745 (83,5)	147 (16,5)	
Pas de nécessité de poser des normes (n=679)	585 (86,2)	94 (13,8)	0,078
Nécessité de poser des normes (n=591)	488 (82,6)	103 (17,4)	
Pas de manque de temps (n=429)	429 (83,6)	84 (16,4)	0,485
Manque de temps (n=757)	644 (85,1)	113 (14,9)	
Pas de manque de matériel (n=570)	464 (81,4)	106 (18,6)	0,006
Manque de matériel (n=700)	609 (87,0)	91 (13,0)	
Pas de volonté de séparer soma/psyché (n=988)	819 (82,9)	169 (17,1)	0,003
Volonté de séparer soma/psyché (n=292)	254 (90,1)	28 (9,9)	
Fait partie du champ de compétences (n=1077)	895 (83,1)	182 (16,9)	0,001
Ne fait pas partie du champ de compétences (n=193)	178 (92,2)	15 (7,8)	

D'après les résultats du **Tableau 6**, seuls 8,6% des psychiatres déclarant un manque de confiance dans leurs compétences réalisent l'examen somatique, soit 67% de moins que ceux ayant confiance. Cette différence est significative (**p<0,001**).

Parmi les psychiatres déclarant un manque de matériel, 13,0% réalisent l'ES soit 30% de moins que ceux ne déclarant pas le manque de matériel comme obstacle à la réalisation de l'ES. Cette différence est significative (**p=0,006**).

Parmi ceux qui craignent que réaliser l'ES produit un effet thérapeutique négatif, seuls 9,9% réalisent l'ES soit 52% de moins que ceux ne le craignant pas. Cette différence est significative (**p=0,003**).

Parmi ceux considérant l'ES comme hors de leur champ de compétence, seuls 7,8% font un ES, soit 41,7% de moins que ceux considérant que cet acte incombent aux psychiatres. Cette différence est significative (**p<0,001**).

On ne retrouve pas de différence significative relative au manque de temps ($p=0,485$), au manque de formation à la pratique de l'ES ($p=0,143$), ni à la nécessité de poser des normes pour délimiter le champs de l'ES incombant aux psychiatres ($p=0,078$).

3.3 EXAMEN NEUROLOGIQUE

Définition : la réalisation d'un examen neurologique (EN) a été défini selon des critères arbitraires, postulant qu'un EN doit être réalisé en cas de points d'appel somatiques faisant évoquer un trouble d'origine neurologique.

3.3.1 Résultats principaux

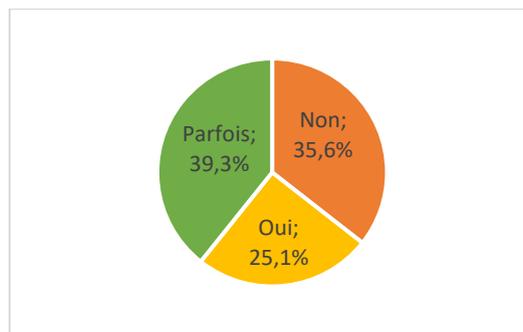


Figure 8: Taux de réalisation de l'examen neurologique par les psychiatres devant un point d'appel neurologique

Devant un point d'appel somatique faisant suspecter un trouble neurologique, 25,1% des psychiatres de notre échantillon déclarent réaliser systématiquement un EN, tandis que 35,6% déclarent ne jamais le faire (**Figure 8**).

3.3.2 Analyse en sous-groupe

3.3.2.1 Selon l'année d'internat

Pas de différence significative selon l'année d'internat ($p=0,438$).

3.3.2.2 Par tranche d'âge

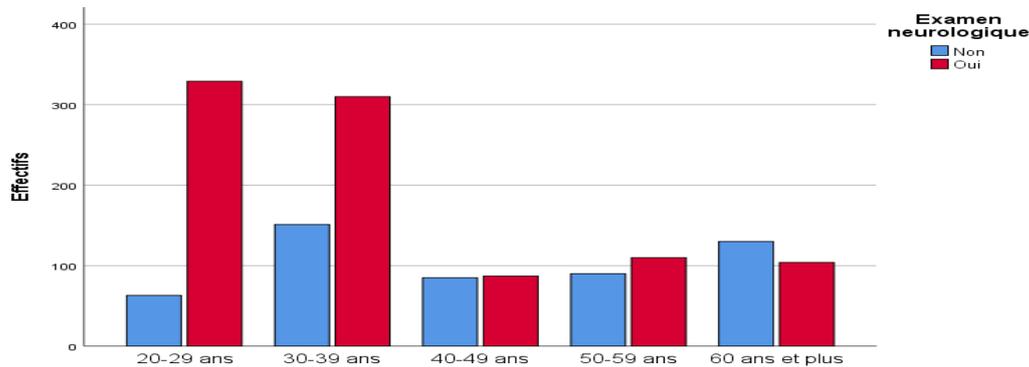


Figure 9: Comparaison de la pratique de l'EN selon les catégories d'âge ($p < 0,001$)

D'après les résultats de la **Figure 9**, l'examen neurologique est réalisé par 84% des [20-29 ans], 67% des [30-39 ans], 50% des [40-49 ans], 55% des [50-59 ans] et 44% des [> 60 ans]. Une différence significative apparaît entre les [20-29 ans], les [30-39 ans] et les [40-49 ans] ($p < 0,001$) mais pas entre les [40-49 ans], [50-59 ans] et [> 60 ans]. On observe donc que **plus l'âge des praticiens augmente, moins ils réalisent l'EN ($p < 0,001$)**.

3.3.2.3 Selon le mode d'exercice (privé, mixte, public)

D'après les résultats du **Tableau 7**, 73,3% des praticiens du public et 43,4% de ceux du libéral réalisent l'EN. Les psychiatres du public réalisent donc 69% plus l'EN que ceux du privé. Cette différence est significative ($p < 0,001$).

Tableau 7: Comparaison de la réalisation de l'EN selon le mode d'exercice (privé-mixte-libéral)

	Pratique l'examen neurologique		p value
	Non	Oui	
Public (n=1003)	268 (26,7)	735 (73,3)	
Mixte (n=83)	41 (49,4)	42 (50,6)	<0,001
Privé (n=369)	209 (56,6)	160 (43,4)	

3.3.2.4 Selon le secteur 1 et secteur 2, en libéral

Pas différence significative ($p=0,157$).

3.3.1 Recherche d'obstacles à la pratique de l'examen neurologique

Les données du **Tableau 8** montrent que, parmi les psychiatres déclarant manquer de confiance, seuls 12,6% réalisent l'EN, soit 68% moins que ceux ayant confiance en leur compétence. Cette différence est significative ($p<0,001$)

Les psychiatres pour qui le manque de matériel fait obstacle, réalisent 34,7% moins l'EN que ceux ne déclarant pas de manque de matériel. Cette différence est significative ($p<0,001$).

Parmi ceux déclarant que la réalisation de l'EN peut avoir un effet thérapeutique négatif seuls 15,0% réalisent l'EN soit 47% moins que ceux n'adhérant pas à cette idée. Cette différence est significative ($p<0,001$).

Il n'est pas retrouvé de différence significative relative au manque de formation ($p=0,145$), ou au manque de temps ($p=0,449$) pour la réalisation de l'EN.

La nécessité de poser des normes claires pour la réalisation de l'EN, entraîne une différence significative ($p<0,001$) n'allant pas dans le sens voulu ; On ne peut pas conclure.

Tableau 8: Réalisation de l'EN en fonction d'obstacles hypothétiques

	Pratique l'examen neurologique		p value
	Non / Parfois	Oui	
Manque de confiance (n=784)	685 (87,4)	99 (12,6)	<0,001
Confiance (n=675)	408 (60,4)	267 (39,6)	
Pas de manque de formation (n=447)	346 (77,4)	101 (22,6)	0,145
Manque de formation (n=1012)	747 (73,8)	265 (26,2)	
Pas de nécessité de poser des normes (n=807)	631 (78,2)	176 (21,8)	0,001

Nécessité de poser des normes (n=652)	462 (70,9)	190 (29,1)	
Pas de manque de temps (n=629)	465 (73,9)	164 (26,1)	0,449
Manque de temps (n=830)	628 (75,7)	202 (24,3)	
Pas de manque de matériel (n=676)	469 (69,4)	207 (30,6)	<0,001
Manque de matériel (n=783)	624 (79,7)	159 (20,3)	
Pas de volonté de séparer soma/psyché (n=1118)	803 (71,8)	315 (28,2)	<0,001
Volonté de séparer soma/psyché (n=341)	290 (85,0)	51 (15,0)	

3.4 PREVENTION PROACTIVE AU TABAC

3.4.1 Résultats principaux

Définition : La prévention proactive au tabac (PPT) se définit d'après les recommandations HAS 2015 par la promotion active de l'arrêt du tabac (bilan des consommations et recherche d'une éventuelle dépendance, informations et documentations nécessaires pour démarrer un sevrage tabagique) , une proposition de substituts nicotiques et de psychothérapie ainsi que la surveillance de la prise de poids au décours de l'arrêt avec un apport de conseils sur l'alimentation et l'activité physique.

D'après la **Figure 10**, **45,6% psychiatres** réalisent une prévention proactive du tabac, tandis que 54,4% ne le font pas.

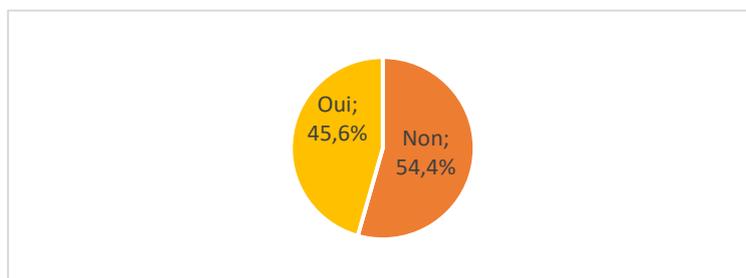


Figure 10: Pourcentage de psychiatre réalisant une prévention proactive au tabac

3.4.2 Analyse en sous-groupe

3.4.2.1 Par tranche d'âge

Les résultats du **Tableau 9** montrent une différence significative dans la réalisation de la PPT entre les tranches d'âge (**p<0,001**), notamment entre les [20-29 ans], les [30-39ans] et les [40-49 ans]. Cette différence disparaît entre les classes d'âge plus élevées après 49ans. On observe aussi que la réalisation de la PPT décroît significativement, plus l'âge du praticien augmente (**p<0,001**).

Tableau 9: Comparaison de la réalisation de la PPT entre les différentes tranches d'âge

	Prévention proactive du tabagisme		p value
	Non	Oui	
20-29 ans (n=392)	154 (39,3)	238 (60,7)	
30-39 ans (n=461)	215 (46,6)	246 (53,4)	
40-49 ans (n=172)	108 (62,8)	64 (37,2)	<0,001
50-59 ans (n=200)	133 (66,7)	67 (33,5)	
60 ans et plus (n=234)	183 (78,2)	51 (29,8)	

3.4.2.2 Selon le statut hospitalo-universitaire

D'après le **Tableau 10**, parmi les psychiatres exerçant à l'hôpital, la PPT est réalisée majoritairement par les internes (60,6%) et les CCA (55,7%), suivi des PUPH (44,8%) puis des PH (43,5%). Cette différence est significative. (**p<0,001**).

Tableau 10 : Comparaison de la réalisation de la PPT entre les différents grades hospitaliers

	Prévention proactive du tabac		p value
	Non	Oui	
Interne (n=406)	160 (39,4)	246 (60,6)	
Assistant / CCA (n=122)	54 (44,3)	68 (55,7)	
PH (n=499)	282 (56,5)	217 (43,5)	<0,001
PUH-PUPH (n=29)	16 (55,2)	13 (44,8)	

3.4.2.3 Selon le mode d'exercice (Public, Mixte, Privé)

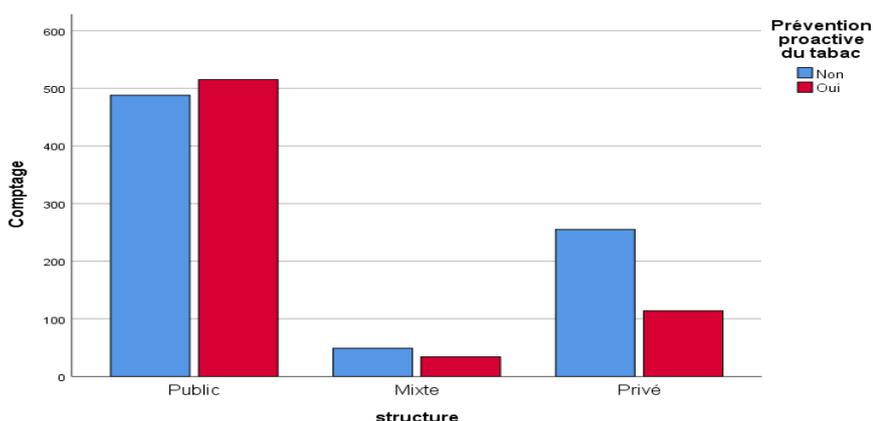


Figure 11: Comparaison de la réalisation de la PPT entre les praticiens du Public, Mixte, Libéral ($p < 0,001$)

D'après la **Figure 11**, 51,3% des praticiens du public réalisent la PPT soit 25% de plus que les praticiens avec une activité mixte et 66% de plus que les libéraux . Cette différence est significative ($p < 0,001$).

3.4.2.4 Selon l'année d'internat

Pas de différence significative selon l'année d'internat ($p = 0,458$)

3.4.3 Recherche d'obstacles à la prévention proactive au tabac

Tableau 11 : Réalisation de la PPT selon des obstacles hypothétiques

	Prévention proactive du tabac		p value
	Non / Parfois	Oui	
Manque de confiance (n=784)	467 (59,6)	317 (40,4)	<0,001
Confiance (n=675)	326 (48,3)	349 (51,7)	
Pas de manque de formation (n=447)	237 (53,0)	210 (47,0)	0,497
Manque de formation (n=1012)	556 (54,9)	456 (45,1)	
Pas de nécessité de poser des normes (n=807)	482 (59,7)	325 (40,3)	<0,001
Nécessité de poser des normes (n=652)	311 (47,7)	341 (52,3)	
Pas de manque de temps (n=629)	384 (61,0)	245 (39,0)	<0,001
Manque de temps (n=830)	409 (49,3)	421 (50,7)	
Fait partie du champ de compétences (n=1217)	628 (51,6)	589 (48,4)	<0,001
Ne fait pas partie du champ de compétences (n=242)	165 (68,2)	77 (31,8)	

D'après le **Tableau 11**, les psychiatres qui manquent de confiance réalisent 27,8% moins la PPT que ceux ne déclarant pas un manque de confiance. Cette différence est significative (**p<0,001**)

Les psychiatres considérant que la PPT ne fait pas partie de leur champ de compétence réalisent 34,3% moins la PPT que ceux n'adhérant pas à cette idée. Cette différence est significative (**p<0,001**).

Les psychiatres en demande de **normes** pour cadrer la réalisation de la PPT réalisent paradoxalement plus la PPT que ceux ne souhaitant pas de telles normes, **soit 29,9% de plus**. Cette différence est significative (**p<0,001**).

Les psychiatres déclarant manquer de **temps** réalisent paradoxalement plus la PPT que ceux ayant du temps pour la réaliser, soit 23,2% de plus. Cette différence est significative (**p<0,001**).

Le manque de formation n'entraîne pas de différence significative dans la réalisation de la PPT par les psychiatres (p=0,497).

3.5 PREVENTION DU TROUBLE DE L'USAGE A L'ALCOOL

3.5.1 Résultats généraux

952 psychiatres, soit 65,3%, réalisent une prévention du trouble de l'usage à l'alcool.

3.5.2 Analyse en sous-groupe

3.5.2.1 Selon le mode d'exercice

Pas de différence significative (p=0,827)

3.5.2.2 Selon la tranche d'âge

Tableau 12 : PEC du trouble de l'usage lié à l'alcool selon la tranche d'âge

	Prévention de l'alcoolisme		p value
	Non	Oui	
20-29 ans (n=392)	117 (29,8)	275 (70,2)	<0,001
30-39 ans (n=461)	152 (33,0)	309 (67,0)	
40-49 ans (n=172)	52 (30,2)	120 (69,8)	
50-59 ans (n=200)	77 (38,5)	123 (61,5)	
60 ans et plus (n=234)	109 (46,6)	125 (53,4)	

D'après le **Tableau 12**, les psychiatres en dessous de 49 ans réalisent significativement plus la prévention du trouble de l'usage à l'alcool (**p<0,001**).

3.5.2.3 Selon le statut hospitalo-universitaire

Tableau 13 : PEC du trouble de l'usage lié à l'alcool selon le statut hospitalo-universitaire

	Prévention de l'alcoolisme		p value
	Non	Oui	
Interne (n=406)	112 (27,6)	294 (72,4)	0,005
Assistant / CCA (n=122)	50 (41,0)	72 (59,0)	
PH (n=499)	184 (36,9)	315 (63,1)	
PUH-PUPH (n=29)	12 (41,4)	17 (58,6)	

D'après le **Tableau 13**, les internes et les PUPH réalisent significativement plus la prévention du trouble de l'usage lié à l'alcool par rapport aux Assistants/CCA et PH (**p= 0,005**).

3.5.2.1 Selon l'année de l'internat

Pas de différence significative (p=0,401)

3.5.2.2 Selon le mode d'exercice

Pas de différence significative (p=0,827)

3.5.3 Recherche d'obstacle au trouble de l'usage lié à l'alcool

D'après le **Tableau 14**, les psychiatres qui considèrent que la prévention au trouble lié à l'usage de l'alcool ne fait pas partie de leur champ de compétence réalisent 52% de moins la prévention (**p=0,04**) ; Ceux pour qui, cet acte est associé à un effet thérapeutique négatif, réalisent significativement moins la prévention à l'alcool soit 10,6% moins (**p=0,016**) ;

Les psychiatres désireux que des normes soient posées, réalisent paradoxalement 10,2% de plus la prévention à l'alcool que ceux ne souhaitant pas de telles normes (**p=0,005**).

Les psychiatres déclarant manquer de temps, réalisent significativement et paradoxalement plus la prévention à l'alcool, soit 9,7% de plus. (**p=0,009**)

Le manque de confiance, de formation ou de matériel n'entraînent aucune différence significative.

Tableau 14: Prévention et prise en charge de l'alcool en fonction d'obstacles hypothétiques

	Prévention de l'alcoolisme		p value
	Non	Oui	
Manque de confiance (n=784)	284 (36,2)	500 (63,8)	0,202
Confiance (n=675)	223 (33,0)	452 (67,0)	
Pas de manque de formation (n=447)	160 (35,8)	287 (64,2)	0,578
Manque de formation (n=1012)	347 (34,3)	665 (65,7)	
Pas de nécessité de poser des normes (n=807)	306 (37,9)	501 (62,1)	0,005
Nécessité de poser des normes (n=652)	201 (30,8)	451 (69,2)	
Pas de manque de temps (n=629)	242 (38,5)	387 (61,5)	0,009
Manque de temps (n=830)	265 (31,9)	565 (68,1)	
Pas de manque de matériel (n=676)	243 (35,9)	433 (64,1)	0,372
Manque de matériel (n=783)	264 (33,7)	519 (66,3)	
Pas de volonté de séparer soma/psyché (n=1118)	370 (33,1)	748 (66,9)	0,016
Volonté de séparer soma/psyché (n=341)	137 (40,2)	204 (59,8)	
Fait partie du champ de compétences (n=1217)	409 (33,6)	808 (66,4)	0,040
Ne fait pas partie du champ de compétences (n=242)	98 (40,5)	144 (59,5)	

3.6 DEPISTAGE DES AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Définition : les autres substances psychoactives (SPA) ont été définies dans cette étude comme les substances ayant un effet psychoactifs autres que l'alcool et le tabac : cannabis, cocaïne, opiacés, ...

951 soit 65,2% des psychiatres déclaraient rechercher à l'interrogatoire la consommation de SPA. Parmi eux, **552 soit 37,8%** réalisaient un dépistage des toxiques urinaires devant un interrogatoire positif pour la consommation de SPA.

A l'inverse, 127 soit 8,7% des psychiatres de l'échantillon déclarent ne jamais demander à leur patient s'ils consomment des substances psychoactives. 411 soit 28,2% ne prescrivent jamais de dépistage des toxiques urinaires.

3.7 DEPISTAGE DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

165 soit **11,3% des psychiatres** déclarent interroger la présence d'éventuels rapports sexuels à risque pendant l'entretien. Parmi eux, 105 psychiatres soit **63,3%** d'entre eux (ou **7,2% de l'échantillon total de l'enquête**) déclarent réaliser un bilan sanguin de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST).

3.8 DEPISTAGE DU SYNDROME METABOLIQUE

3.8.1 Résultats principaux

Le dépistage du syndrome métabolique (DSM) est défini selon les critères de la FFP 2015 par la surveillance du surpoids avec la mesure du poids et de l'IMC à J0, M1, M2, M3 puis tous les 3 mois et la recherche d'une obésité abdominale avec la mesure du périmètre abdominal à J0, M1, et tous les ans ; La recherche d'une hypertension artérielle avec mesure

tensionnelle à J0, M3 et tous les ans ; La surveillance biologique avec recherche d'une hyperglycémie et d'une dyslipidémie à J0, M3 puis annuelle .

Pour notre étude, une surveillance biologique complète sera définie par la prescription d'un bilan biologique à J0+M3+M12 ; une surveillance biologique partielle sera définie par la prescription d'un bilan biologique à M0+M3 ou M3+M12 ou M0+M12.

4 psychiatres, **soit 0,3% des prescripteurs de neuroleptiques** réalisent un dépistage du syndrome métabolique (DSM) comme préconisé dans les recommandations.

Relatif à la surveillance biologique d'un patient sous neuroleptique :

728 psychiatres, soit 57,3% réalisent un bilan biologique avant instauration (J0) d'un neuroleptique ; **160 psychiatres, soit 12,6%** réalisent un bilan biologique au 3^e mois (M3) après instauration d'un neuroleptique ; **412 psychiatres, soit 32,4%** réalisent un bilan biologique à 1 an et annuellement (M12).

324 psychiatres, soit 25,5% réalisent une surveillance biologique partielle.

21 psychiatres, soit 1,7 % réalisent une surveillance biologique complète.

Devant ces faibles résultats, nous avons choisi d'évaluer les psychiatres sur leur niveau de connaissance au sujet des critères diagnostiques du syndrome métabolique, par un QCM⁹.

174 soit 11,9% ont répondu « JUSTE » au QCM et 1285 soit 88,1% ont répondu « FAUX ».

3.8.2 Analyse en sous-groupe

3.8.2.1 Par tranche d'âge

Pas de différence significative (p=0,752*)

⁹ Le QCM était considéré « JUSTE » si toutes les bonnes et uniquement les réponses justes étaient cochées. Le QCM était considéré « FAUX » s'il y avait au moins une réponse fautive .

3.8.2.1 Selon le statut hospitalo-universitaire

Pas de différence significative ($p=0,165^*$)

3.8.2.2 Selon l'année d'internat

On ne retrouve pas de différence significative dans la réalisation du DSM selon les années d'internat. ($p=0,708^*$)

3.8.2.3 Selon le sexe

Pas de différence significative ($p=0,029$)

3.8.2.4 Selon le mode d'exercice (public, mixte, libéral)

Pas de différence significative ($p=0,139$)

3.8.2.5 Selon le secteur 1 ou secteur 2, en libéral

Pas de différence significative ($p=1,000^*$)

3.8.3 Recherche d'obstacles au dépistage du syndrome métabolique

Tableau 15: Comparaison de la pratique du DSM par les psychiatres en fonction des obstacles hypothétiques

	Dépistage syndrome métabolique		p value
	Non	Oui	
Manque de confiance (n=663)	661 (99,7)	2 (0,3)	1,000*
Confiance (n=607)	605 (99,7)	2 (0,3)	
Pas de manque de formation (n=378)	377 (99,7)	1 (0,3)	1,000*
Manque de formation (n=892)	89 (99,7)	3 (0,3)	
Pas de nécessité de poser des normes (n=679)	677 (99,7)	2 (0,3)	1,000*
Nécessité de poser des normes (n=591)	589 (99,7)	2 (0,3)	
Pas de manque de temps (n=429)	513 (100,0)	0 (0,0)	0,152*

Manque de temps (n=757)	753 (99,5)	4 (0,5)	
Pas de manque de matériel (n=570)	568 (99,6)	2 (0,4)	1,000*
Manque de matériel (n=700)	698 (99,7)	2 (0,3)	
Pas de volonté de séparer soma/psyché (n=988)	984 (99,6)	4 (0,4)	0,581*
Volonté de séparer soma/psyché (n=292)	282 (100,0)	0 (0,0)	
Fait partie du champ de compétences (n=1077)	1073 (99,6)	4 (0,4)	
Ne fait pas partie du champ de compétences (n=193)	193 (100,0)	0 (0,0)	1,000*

D'après les résultats du **Tableau 15**, aucune différence significative n'est retrouvée selon le niveau de confiance dans les compétences, le fait de manquer de formation pour la réalisation du DSM, l'absence de normes claires pour la réalisation de ce dépistage, le manque de temps, le manque de matériel, la crainte d'un effet thérapeutique négatif (volonté de séparer soma/psyché), ou la considération que le DSM ne fait pas partie du champs de compétence incombant aux psychiatres.

3.8.4 Analyse en sous-groupe du QCM

Tableau 16: Analyse en sous-groupe des résultats du QCM

	FAUX (n=1285)	JUSTE (n=174)	p valeur
Age			
20-29 ans	330 (84,2)	62 (15,8)	
30-39 ans	399 (86,6)	62 (13,4)	
40-49 ans	149 (86,6)	23 (13,4)	<0,001
50-59 ans	184 (92,0)	16 (8,0)	
60 ans et plus	223 (95,3)	11 (4,7)	
Grade hospitalier			
Interne	347 (85,5)	59 (14,4)	
Assistant / CCA	103 (84,4)	19 (15,6)	0,029*
PH	441 (88,4)	58 (11,6)	
PUH - PUPH	20 (69,0)	9 (31,0)	
Année d'internat			
1ère année	70 (78,7)	19 (21,3)	
2ème année	83 (84,7)	15 (15,3)	0,098
3ème année	96 (87,3)	14 (12,7)	
4ème année	114 (90,5)	12 (9,5)	
Réalise DSM			
Non	1280 (88,1)	173 (11,9)	0,534*
Oui	5 (83,3)	1 (16,7)	
Structure			

Public	863 (86,0)	140 (14,0)	0,002
Mixte	75 (90,4)	8 (9,6)	
Privé	343 (93,0)	26 (7,0)	
Secteur			
Secteur1	266 (93,7)	18 (6,3)	0,332
Secteur 2	156 (91,2)	15 (8,8)	
Manque de confiance en ses compétences somatiques			
Non	467 (88,8)	59 (11,2)	0,530
Oui	818 (87,7)	115 (12,3)	

D'après les résultats du **Tableau 16**, le groupe des gens ayant répondu JUSTE est significativement plus représenté par les tranches d'âge en-dessous de 49 ans (**p<0,001**), les praticiens du public (**p=0,002**) donc en particulier les PU-PH (**p=0,029**).

A l'inverse, le groupe des gens ayant répondu FAUX est significativement plus représenté par les tranches au-dessus de 50 ans (**p<0,001**), les praticiens du privé (**p=0,002**) et à l'hôpital les PH (**p=0,029**).

3.9 SURVEILLANCE DU SURPOIDS

3.9.1 Résultats principaux

Définition : Pour notre étude, les critères de surveillance du surpoids reposent sur les recommandations HAS (12) relatives à la vigilance des facteurs cardio-métaboliques sous antipsychotique. La surveillance au surpoids inclue la mesure du poids et de l'IMC à J0, M1, M2, M3 puis tous les 3 mois, un bilan de l'hygiène alimentaire, l'apport de conseils diététiques et nutritionnels, et la promotion d'une activité physique afin de prévenir ou limiter un surpoids déjà existant.

9,9% des psychiatres prescripteurs soit 126 médecins réalisent régulièrement une surveillance au surpoids (SS) (mesure du poids et IMC). Parmi, eux seuls 115 médecins, soit 9,1% des psychiatres prescripteurs y ajoutent en cas de surpoids avéré, la mise en place d'un suivi diététique et la prescription de l'activité physique.

3.9.2 Analyse en sous-groupe

3.9.2.1 Par tranche d'âge

Pas de différence significative (p=0,158)

3.9.2.2 Selon l'année d'internat

Pas de différence significative (p=0,488)

3.9.2.3 Selon le modes d'exercice (public, mixte, privé)

Pas de différence significative (p=0,857)

3.9.2.4 Selon le secteur 1 et 2, en libéral

Pas de différence significative (p=0,940).

3.9.2.5 Selon le statut hospitalo-universitaire

Tableau 17: Comparaison de la réalisation de la surveillance au surpoids selon le grade hospitalo-universitaire

	Prévention du surpoids		p value
	Non	Oui	
Interne (n=395)	351 (88,9)	44 (11,1)	0,002*
Assistant / CCA (n=107)	98 (91,6)	9 (8,4)	
PH (n=446)	408 (91,5)	38 (8,5)	
PUH-PUPH (n=26)	17 (65,4)	9 (34,6)	

D'après les résultats du **Tableau 17 (p=0,002)** une différence significative est retrouvée selon le grade hospitalo-universitaire. 34,6% des PU-PH déclarent assurer une surveillance au surpoids comme préconisés dans les RBP, suivis par 11,1% des internes, de 8,5% des PH et de 8,4% des CCA (**p=0,002**).

3.9.3 Recherche d'obstacles à la surveillance du surpoids

D'après les résultats du **Tableau 18**, parmi les praticiens qui déclarent un manque de confiance dans leur compétence, seuls 7,5% réalisent une SS, soit significativement, **40% moins** que les psychiatres ayant confiance en eux. (**p<0,005**).

Parmi les praticiens pensant que la SS peut avoir un effet thérapeutique négatif, seuls 4,6% réalisent une surveillance surpoids **soit 60% moins** que ceux n'adhérant pas à cette idée. Cette différence est significative (**p<0,001**).

Parmi les praticiens pensant que la SS n'appartient pas au champ de compétence des psychiatres seuls 5,2% réalisent une surveillance **soit 52% moins** que ceux n'adhérant à cette idée. Cette différence est également significative (**p=0,017**).

Pour les psychiatres déclarant manquer de formation pour la réalisation de la SS, on observe paradoxalement une différence significative (**p<0,001**) mais n'allant pas dans le sens voulu. Le résultat est non interprétable.

Par ailleurs on ne retrouve pas de différence significative dans la réalisation de la SS entre les psychiatres demandeurs de normes délimitant les actes somatiques incombant aux psychiatres et ceux non-demandeurs ($p=0,231$), entre les psychiatres déclarent un manque de temps pour le faire et ceux non ($p=0,243$), et non entre les psychiatres déclarant manquer de matériel pour sa réalisation et ceux non ($p=0,304$).

Tableau 18: Comparaison de la réalisation de la surveillance du surpoids en fonction des obstacles hypothétiques

	Prévention du surpoids		p value
	Non	Oui	
Manque de confiance (n=663)	613 (92,5)	50 (7,5)	0,003
Confiance (n=607)	531 (87,5)	76 (12,5)	
Pas de manque de formation (n=378)	352 (93,1)	26 (6,9)	0,018
Manque de formation (n=892)	792 (88,8)	100 (11,2)	
Pas de nécessité de poser des normes (n=679)	618 (91,0)	61 (9,0)	0,231
Nécessité de poser des normes (n=591)	526 (89,0)	65 (11,0)	
Pas de manque de temps (n=429)	456 (88,9)	57 (11,1)	0,243
Manque de temps (n=757)	688 (90,9)	69 (9,1)	
Pas de manque de matériel (n=570)	508 (89,1)	62 (10,9)	0,304

Manque de matériel (n=700)	636 (90,9)	64 (9,1)	
Pas de volonté de séparer soma/psyché (n=988)	875 (88,6)	113 (11,4)	0,001
Volonté de séparer soma/psyché (n=292)	269 (95,4)	13 (4,6)	
Fait partie du champ de compétences (n=1077)	961 (89,2)	116 (10,8)	
Ne fait pas partie du champ de compétences (n=193)	183 (94,8)	10 (5,2)	0,017

3.10 PRESCRIPTION DE L'ELECTROCARDIOGRAMME

Seuls 3 psychiatres prescripteurs d'antipsychotiques, soit 0,2% de l'échantillon total, réalisent une surveillance adéquate du risque cardiaque relative à la prescription d'antipsychotique en prescrivant un électrocardiogramme (ECG) à J0, M1 et tous les ans comme préconisé dans les RBP.

3.11 COORDINATION ET COMMUNICATION PSYCHIATRES-MEDECINS GENERALISTES

3.11.1 Résultats principaux

1476 médecins soit 99,5% des psychiatres déclarent adresser régulièrement leur patient TPGP à un médecin généraliste (MG) dans leur pratique courante.

99,5% des psychiatres de notre étude déclarent adresser régulièrement leur patients à un confrère MG. Parmi ces 99,5%, **seuls 15,2% déclarent se coordonner systématiquement avec le médecin généraliste de leur patient**, 76,3% le font « parfois », et 8,5% « rarement ».

75,6% des psychiatres se coordonnaient avec le MG pour l'informer d'une anomalies retrouvées dans un examen complémentaire ; 67,3% pour discuter de l'état somatique de leurs patients ; 62,6% pour l'informer d'une plainte somatique observée; 47,2% pour l'informer d'une modification de traitement, 45,2% pour discuter/avoir des conseils sur la prescription médicamenteuse.

Les moyens de coordination employés pour communiquer avec les MG (**Figure 12**), étaient majoritairement le courrier remis en main propre au patient (85,2%), l'information orale au patient d'aller voir un MG (60,2%) et l'accompagnement infirmier (20,7%).

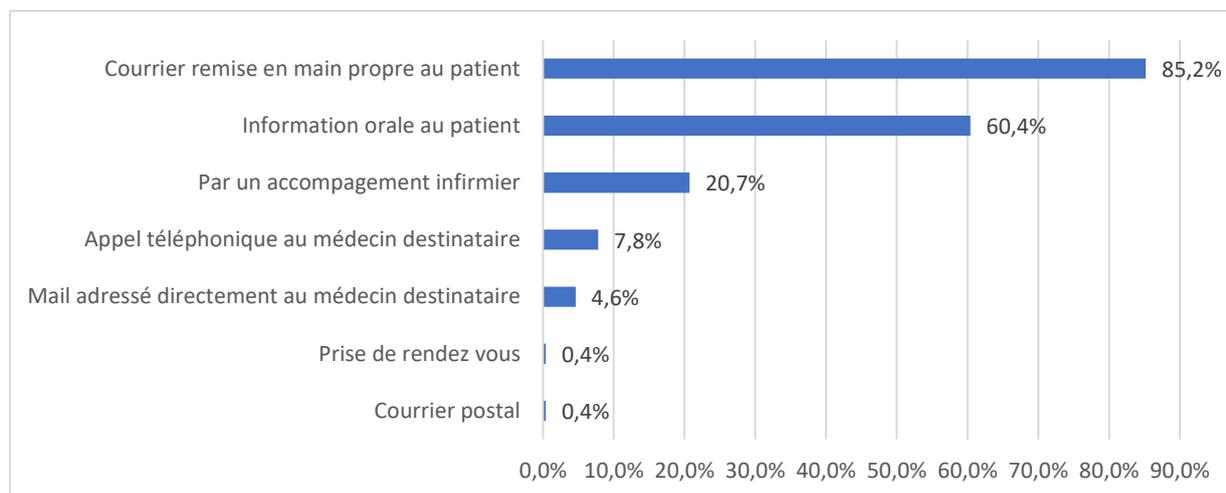


Figure 12: Moyens de communication employés pour correspondre avec les MG

3.12 CAS D'ABSENCE DE MEDECIN GENERALISTE

Définition : « L'absence de médecin généraliste » a été défini de façon arbitraire. Pour l'extrahospitalier, cette définition repose sur la connaissance qu'a le psychiatre, d'un défaut de suivi somatique régulier par un médecin généraliste chez un de ses patients TPGP. Pour l'intra-hospitalier, l'absence de médecin généraliste s'apparenterait à une structure où les médecins généralistes sont peu disponibles ou absents.

201 psychiatres tous confondus, soit 13,6% au total déclarent assurer totalement la prise en charge somatique en absence de médecin généraliste.

801 soit 54,2% psychiatres déclarent assurer partiellement cette prise en charge en la limitant à la prescription de traitements de premières lignes (antalgiques...), ou au renouvellement d'ordonnances anciennes de traitements somatiques.

3.12.1 Analyse en sous-groupe

3.12.1.1 Par tranche d'âge

Tableau 19 : Comparaison des psychiatres assurant une prise en charge somatique en absence de MG selon la tranche d'âge

	Prise en charge somatique		p value
	Non	Oui	
20-29 ans (n=392)	48 (12,2)	344 (87,8)	<0,001
30-39 ans (n=461)	126 (27,3)	335 (72,7)	
40-49 ans (n=172)	66 (38,4)	106 (61,6)	
50-59 ans (n=200)	90 (45,0)	110 (55,0)	
60 ans et plus (n=234)	128 (54,7)	106 (45,3)	

D'après les résultats du Le **Tableau 19** montre que parmi les [20-29 ans], 87,8% déclarent assurer un suivi somatique complet ou partiel s'il n'y a pas de MG soit 20,7 % plus que les 30-39 ans, 42% plus que les [40-49 ans], 59,5% plus que les [50-59 ans], et 93,7% plus que les [> 60 ans]. Donc dans la configuration où il n'y a pas de médecin généraliste, plus les psychiatres sont âgés, moins ils effectuent de prise en charge somatique chez leurs patients ($p<0,001$).

3.12.1.1 Selon le statut hospitalo-universitaire

Tableau 20: Comparaison des psychiatres assurant une prise en charge somatique en absence de MG selon le statut hospitalo-universitaire

	Prise en charge somatique		p value
	Non	Oui	
Interne (n=406)	44 (10,8)	362 (89,2)	<0,001
Assistant / CCA (n=122)	25 (20,5)	97 (79,5)	
PH (n=499)	174 (34,9)	325 (65,1)	
PUH-PUPH (n=29)	8 (27,6)	21 (72,4)	

D'après les résultats du Le **Tableau 20** montre une différence significative de la prise en charge somatique des patients en absence de MG selon le statut hospitalo-universitaire. Ainsi 89,2% des internes assurent une prise en charge somatique des patients TPGP en

absence de MG soit 11,9% plus que les CCA, 36,8% plus que les PH et 23, 1% plus que les PU-PH ($p<0,001$).

3.12.1.1 Selon le mode d'exercice (public, mixte, libéral)

Tableau 21: Comparaison de la prise en charge somatique par les psychiatres en absence de MG selon le mode d'exercice (Public, Mixte, Libéral)

	Prise en charge somatique		p value
	Non	Oui	
Public (n=1003)	229 (22,8)	774 (77,2)	
Mixte (n=83)	42 (50,6)	41 (49,4)	<0,001
Privé (n=369)	185 (50,1)	184 (49,9)	

D'après les résultats du Le **Tableau 21** montre que parmi les psychiatres du public, 77,2% déclarent assurer une prise en charge somatique des patients TPGP en absence de MG soit 54% fois plus que les praticiens libéraux . Cette différence est significative ($p<0,001$).

3.12.2 Recherche d'obstacles à la prise en charge en absence de médecin généraliste

Tableau 22: Prise en charge somatique en absence de MG en fonction d'obstacles hypothétiques

	Prise en charge somatique		p value
	Non	Oui	
Manque de confiance (n=784)	281 (35,8)	503 (64,2)	<0,001
Confiance (n=675)	177 (28,2)	498 (73,8)	
Pas de nécessité de poser des normes (n=807)	296 (36,7)	511 (63,3)	<0,001
Nécessité de poser des normes (n=652)	162 (24,8)	490 (75,2)	
Pas de manque de temps (n=629)	223 (35,5)	406 (64,5)	0,004
Manque de temps (n=830)	235 (28,3)	595 (71,7)	
Pas de volonté de séparer soma/psyché (n=1118)	311 (27,8)	807 (72,2)	<0,001
Volonté de séparer soma/psyché (n=341)	147 (43,1)	194 (56,9)	
Fait partie du champ de compétences (n=1217)	347 (28,5)	870 (71,5)	<0,001
Ne fait pas partie du champ de compétences (n=242)	111 (45,9)	131 (54,1)	

Selon les résultats du **Tableau 22**, parmi les psychiatres n'ayant pas confiance en leur compétence, 64,2% déclarent réaliser une PEC somatique en absence de MG, soit 13,1% de moins que ceux ayant confiance ($p<0,001$); Parmi les psychiatres souhaitant séparer soma psyché, 56,9% réalisent une PEC somatique soit 21% de moins que ceux n'adhérant pas à cette idée ($p<0,001$). Parmi les psychiatres considérant qu'assurer une PEC en absence de MG ne fait pas partie de leur champ de compétences, 54,1% réalisent une PEC somatique soit 24% de moins que ceux considérant que cela incombe aux psychiatres ($p<0,001$).

Le manque de temps ou la nécessité de poser des normes pour réaliser cette PEC en absence de MG, entraînent des différences significatives, mais pas dans le sens voulue. Les résultats ne sont pas interprétables.

3.13 REPRESENTATIONS DES PSYCHIATRES

Définition : Nous avons postulé que les représentations des psychiatres, au sujet de leur représentations de la psychiatrie , ou de ce qui leur incombe en tant que spécialistes de la santé mentale pouvait faire obstacles à la PEC somatiques. Pour cela, nous avons proposé aux praticiens de donner leur avis à propos d'items arbitraires.

D'après les résultats de la **Figure 13**, 79,8% des psychiatres, soit une grande majorité, se déclarent « *tout à fait d'accord* », ou « *d'accord* » (18,6%) avec l'idée que tout psychiatre prescrivant des neuroleptiques doit garder un minimum de connaissances somatiques théoriques et pratiques, du fait des effets secondaires somatiques de ces molécules. A l'opposé, seuls 0,3% se déclarent « *pas d'accord* » ou encore « *absolument pas d'accord* » (1,1%).

79,3% des psychiatres déclarent concevoir la psychiatrie comme « une discipline différente des autres car elle permet d'aborder le soma par des outils différents ».

67,9% des répondants déclarent être « *tout à fait d'accord* » ou « *d'accord* » avec l'idée que la psychiatrie est une spécialité systémique au même rang que la médecine interne.

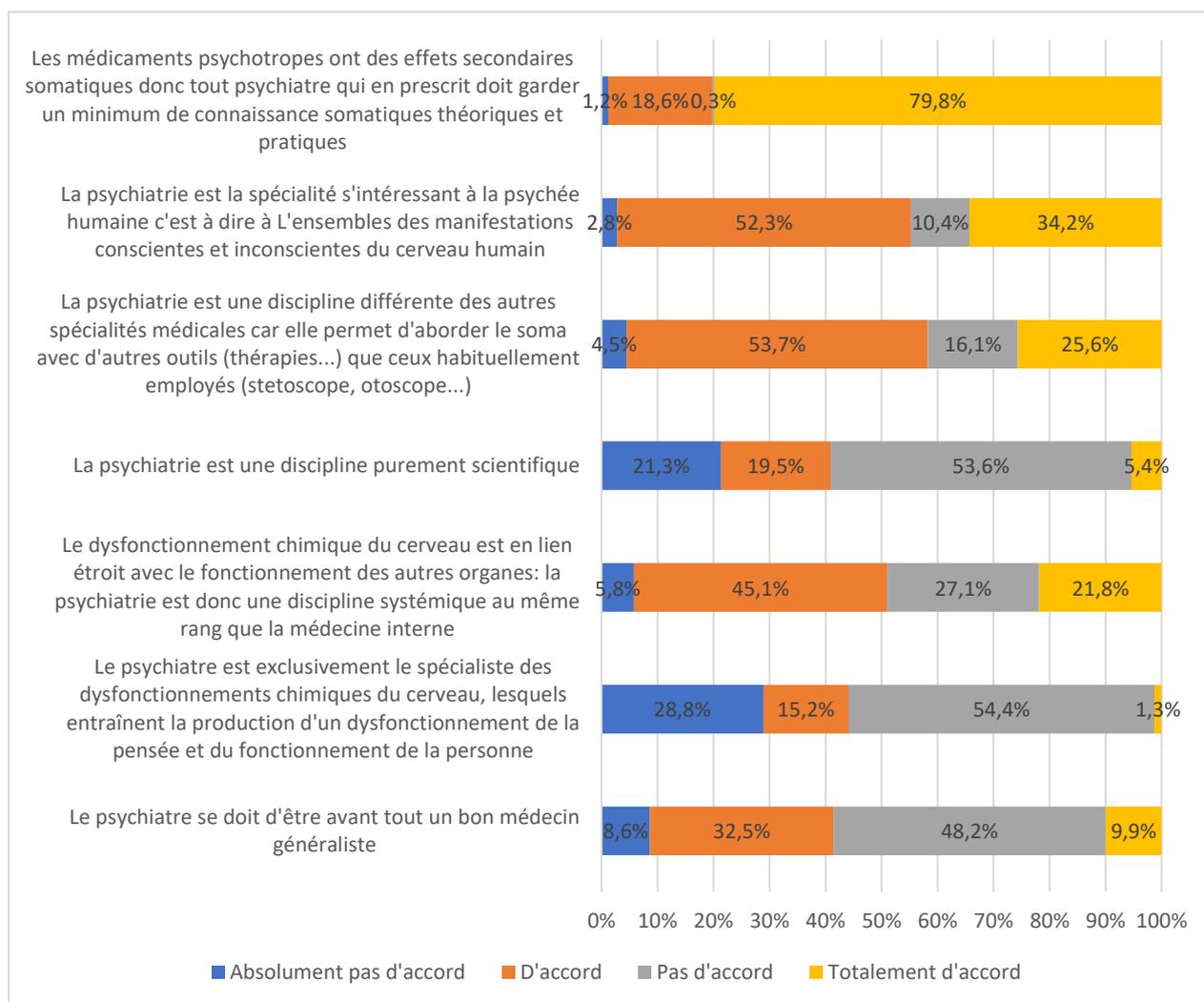


Figure 13: Avis des psychiatres concernant les items proposés

3.14 DEMANDE DE NORMES

Une publication de 2013 (16), stipulait que la mise en place de formulaires structurés, permettant de documenter les résultats de la prise en charge somatique, augmentait significativement la quantité d'informations enregistrées (16). Nous avons demandé aux praticiens s'ils étaient favorables à l'instauration d'un protocole clair délimitant les actes de la prise en charge somatique qui incombent aux psychiatres dans le cadre du suivi de leurs patients atteints de TPGP .

807 soit 55,3% des psychiatres , soit la majorité, ont déclarés être défavorables à un tel protocole. A l'opposé, 652 soit 44,7% qui y seraient favorables.

Les résultats du **Tableau 23** permettent de distinguer les sous-groupes où la demande de normes est plus importante :

Tableau 23: Analyse du sous-groupes de psychiatres en faveur d'un protocole délimitant le cadre de PEC somatique des psychiatres

	Non	Oui	p value
Sexe			
Homme	348 (43,2)	258 (39,6)	0,165
Femme	458 (56,8)	394 (60,4)	
Structure d'exercice			
Public	492 (61,2)	511 (78,5)	<0,001
Mixte	62 (7,7)	21 (3,2)	
Privé	250 (31,1)	119 (18,3)	
Age			
20-29 ans	165 (20,4)	227 (34,8)	<0,001
30-39 ans	240 (29,7)	221 (33,9)	
40-49 ans	108 (13,4)	64 (9,8)	
50-59 ans	130 (16,1)	70 (10,7)	
60 ans et plus	164 (20,3)	70 (10,7)	
Statut à l'hôpital			
Interne	175 (32,7)	231 (44,3)	<0,001
Assistant / CCA	57 (10,7)	65 (12,5)	
PH	286 (53,5)	213 (40,9)	
PUH - PUPH	17 (3,2)	12 (2,3)	

Selon que la personne soit en demande ou non de normes claires , la répartition du mode d'exercice , les tranches d'âges [20-29ans] [30-39 ans] et[40-49 ans], et le grade hospitalo-universitaire, présentent une différence significative (**p<0,001**) qui n'est pas retrouvée pour le sexe (**p=0,165**).

Le sous-groupe de praticiens en demande des normes est composé par des praticiens du public , dont une majorité d'internes et de PH. On note également une grande majorité qui à moins de 39 ans, tandis que cette majorité est plus faible chez les non-demandeurs de normes.

3.15 NIVEAU DE CONFIANCE ET FORMATION DES PSYCHIATRES

Le besoin de formation étant lié à un manque de savoir, de confiance ou encore une atrophie des connaissances, il nous a paru important d'évaluer le niveau de compétence des psychiatres dans quelques domaines de prévention somatiques par l'intermédiaire d'autoévaluation.

3.15.1 Résultats des autoévaluations

Les résultats des autoévaluations des psychiatres sont représentés dans le **Tableau 24** :

Tableau 24 : Notes moyennes des auto-évaluations

Compétence examen physique	5,16 / 10
Compétence dépistage syndrome métabolique	6,28 / 10
Compétence pour réaliser une PPT	5,66 / 20

3.15.2 Analyse en sous-groupes

3.15.2.1 Selon le sexe

Tableau 25: Comparaison des moyennes d'autoévaluations selon le sexe (note/10)

	Moy ± ET	p value
Compétence à effectuer un examen physique		
Homme	5,32 ± 2,10	0,013
Femme	5,05 ± 1,98	
Compétence à dépister un syndrome métabolique		
Homme	6,39 ± 2,33	0,128
Femme	6,21 ± 2,08	
Compétence à réaliser une prévention proactive au sevrage tabagique		
Homme	5,70 ± 2,30	0,514
Femme	5,63 ± 2,13	

Le **Tableau 25** montre que les hommes s'autoévaluent mieux que les femmes pour la réalisation de l'ES, avec une moyenne/10 de 5,32 ± 2,10 pour les hommes et 5,05 ± 1,98 pour les femmes; Cette différence est significative (**p=0,013**).

3.15.2.1 Selon le mode d'exercice (Public, mixte, libéral)

Tableau 26: Moyennes des autoévaluations selon le mode d'exercice (note/10)

	Moy ± ET	p value
Compétence à effectuer un examen physique		
Public	5,37 ± 1,87	
Mixte	4,63 ± 2,28	<0,001
Privé	4,73 ± 2,31	
Compétence à dépister un syndrome métabolique		
Public	6,51 ± 2,01	
Mixte	5,58 ± 2,39	<0,001
Privé	5,83 ± 2,47	
Compétence à promouvoir et prendre en charge l'arrêt du tabac		
Public	5,91 ± 2,09	
Mixte	5,10 ± 2,30	<0,001
Privé	5,07 ± 2,33	
Compétence à promouvoir et prendre en charge un trouble de l'usage associé à l'alcool		
Public	6,18 ± 2,16	
Mixte	5,95 ± 2,36	0,627
Privé	6,11 ± 2,33	

D'après le **Tableau 26**, on observe que les praticiens du public s'autoévaluent mieux en général que les praticiens du privé, qu'il s'agisse de la capacité à réaliser l'examen somatique (5,37 ± 1,87 pour le public contre 4,73 ± 2,31 pour le privé), la capacité à promouvoir et prendre en charge l'arrêt du tabac (5,91 ± 2,09 pour le public versus 5,07 ± 2,33 pour le privé) ou la capacité à dépister un syndrome métabolique (6,51 ± 2,01 pour le public versus 5,83 ± 2,47 pour le privé) que les praticiens du privé avec une note moyenne de. Ces différences sont toutes significatives (**p<0,001**).

3.15.2.2 Par tranche d'âge

D'après le **Tableau 27** on observe que la tranche des [20-29ans] et des [30-39 ans] s'évaluent mieux que les autres tranches d'âge pour toutes les compétences proposées (examen somatique, syndrome métabolique, promouvoir et prendre en charge l'arrêt du tabac ou un trouble de l'usage associé à l'alcool). Ces différences observées sont toutes significatives (**p<0,001**).

Tableau 27: Moyennes des autoévaluations selon les tranches d'âge (note/10)

	Moy ± ET	p value
Compétence à effectuer un examen physique		
20-29 ans	5,77 ± 1,64	
30-39 ans	5,12 ± 1,87	
40-49 ans	4,73 ± 2,11	<0,001
50-59 ans	4,82 ± 2,10	
60 ans et plus	4,85 ± 2,53	
Compétence à dépister un syndrome métabolique		
20-29 ans	6,40 ± 1,86	
30-39 ans	6,42 ± 2,11	
40-49 ans	6,23 ± 2,28	0,012
50-59 ans	6,31 ± 2,20	
60 ans et plus	5,83 ± 2,67	
Compétence à promouvoir et prendre en charge l'arrêt du tabac		
20-29 ans	6,15 ± 1,82	
30-39 ans	6,18 ± 2,04	
40-49 ans	5,41 ± 2,27	<0,001
50-59 ans	5,12 ± 2,32	
60 ans et plus	4,46 ± 2,36	
Compétence à promouvoir et prendre en charge un trouble de l'usage associé à l'alcool		
20-29 ans	6,24 ± 1,96	
30-39 ans	6,43 ± 2,16	
40-49 ans	6,15 ± 2,46	<0,001
50-59 ans	5,86 ± 2,32	
60 ans et plus	5,69 ± 2,37	

3.15.2.1 Selon le statut hospitalo-universitaire

D'après le **Tableau 28** on observe que pour l'examen somatique, les internes s'évaluent le mieux, (5,82 ± 1,66) suivi des PU-PH (5,69 ± 1,75), des CCA (5,47 ± 1,81) et des PH (4,93 ± 2,00). Cette différence est significative (**p<0,001**).

Concernant le dépistage du syndrome métabolique, les PUPH s'autoévaluent nettement mieux (7,48 ± 2,10) que les internes (6,46 ± 1,86), les PH (6,53 ± 2,11) ou les CCA (6,53 ± 2,11). Cette différence est significative (**p=0,049**).

Concernant la capacité à promouvoir et prendre en charge l'arrêt du tabac, les CCA s'autoévaluent le mieux, suivis des PU-PH, des internes puis des PH. Cette différence est significative (**p<0,002**).

Tableau 28: Moyennes des autoévaluations selon le statut hospitalo-universitaire (note/10)

Compétence à effectuer un examen physique		
Interne	5,82 ± 1,66	
Assistant / CCA	5,47 ± 1,81	<0,001
PH	4,93 ± 2,00	
PUH - PUPH	5,69 ± 1,75	
Compétence à dépister un syndrome métabolique		
Interne	6,46 ± 1,86	
Assistant / CCA	6,53 ± 2,11	0,049
PH	6,45 ± 2,13	
PUH - PUPH	7,48 ± 2,10	
Compétence à promouvoir et prendre en charge l'arrêt du tabac		
Interne	6,12 ± 1,76	
Assistant / CCA	6,21 ± 2,14	0,002
PH	5,64 ± 2,30	
PUH - PUPH	6,17 ± 2,58	
Compétence à promouvoir et prendre en charge un trouble de l'usage associé à l'alcool		
Interne	6,27 ± 1,92	
Assistant / CCA	6,34 ± 1,23	0,432
PH	6,12 ± 2,33	
PUH - PUPH	6,66 ± 2,24	

3.15.1 Formations relatives aux pratiques somatique

Nous avons questionné l'avis des praticiens sur leur souhait d'instaurer des formations obligatoires continues tout au long de leur cursus (de l'internat à la retraite).

D'après les données du **Tableau 29**, 80,3% et 82,9% des psychiatres sont favorables à l'instauration de formations systématiques et obligatoires, pour les praticiens prescripteurs, respectivement, du libéral et du public.

Tableau 29: Avis des praticiens sur l'instauration des formations obligatoires relatives à la PEC somatique des patients TPGP

	Non	Oui
Prescripteurs-Public	249 (17,1)	1210 (82,9)
Prescripteurs-Libéral	288 (19,7)	1171 (80,3)

Le **Tableau 30** permet de visualiser les sous-groupes où la demande de formation est plus importante :

Tableau 30: Répartition des avis sur la nécessité d'instaurer une formation systématique et obligatoire pour les psychiatres prescripteurs en fonction de sous-groupes

	Non	Oui	p value
Sexe			
Homme	135 (54,2)	471 (39,0)	<0,001
Femme	114 (45,8)	738 (61,0)	
Structure d'exercice			
Public	125 (50,2)	878 (72,8)	<0,001
Mixte	24 (9,8)	59 (4,9)	
Privé	100 (40,2)	269 (22,3)	
Age			
20-29 ans	35 (14,1)	357 (29,5)	<0,001
30-39 ans	66 (26,5)	395 (32,6)	
40-49 ans	35 (14,1)	137 (11,3)	
50-59 ans	52 (20,9)	148 (12,2)	
60 ans et plus	61 (24,5)	173 (14,3)	
Statut à l'hôpital			
Interne	38 (25,9)	368 (40,5)	<0,001*
Assistant / CCA	13 (8,8)	109 (12,0)	
PH	94 (63,9)	405 (44,6)	
PUH - PUPH	2 (1,4)	27 (3,0)	

Selon que la personne soit en demande de formations ou non ,la répartition selon le sexe, le mode d'exercice , les tranches d'âges, et le grade hospitalo-universitaire, présentent une différence significative (**p<0,001**).

Ainsi le sous-groupe de praticiens en demande de formations est représenté à 61% par des femmes , 72,8% sont des praticiens du public (dont 44% sont des PH et 40% des internes) avec un âge majoritairement en-dessous de 39 ans . A l'opposé les non-demandeurs de formations obligatoires sont majoritairement composés d'hommes, exerçant dans le public, avec une grande majorité de PH, sans distinction d'âge.

4 DISCUSSION

4.1 METHODOLOGIE

4.1.1.1 Type d'étude

Notre étude est dite « observationnelle transversale descriptive ». Dans la hiérarchie des recommandations officielles (132), elle est classée « Grade C-niveau 4 » autrement dit, « faible niveau de preuve scientifique ». A l'opposé, les études « Grade A-niveau 1 » correspondent à un niveau de « preuve scientifique établie ».

Sur le plan méthodologique, notre type d'étude présentent cependant des **avantages** : l'obtention rapide des résultats obtenus , le faible coût de l'étude, l'absence de nécessité de suivre les participants (ce qui fait qu'il n'y a pas de perdus de vue), la possibilité d'étudier plusieurs évènements à la fois, et, le fait qu'elle soit adaptée aux objectifs descriptifs (prévalence). A l'inverse, son **inconvenient** majeur réside dans le fait qu'elle ne permette pas de faire de liens de cause à effet, mais seulement de générer des hypothèses.

4.1.1.2 Comparaison de l'échantillon à la population d'étude

La participation des internes dans notre échantillon s'élève à n=406, ce qui correspond à 21,48% des internes en France. Le nombre de thésés est n=1053, ce qui revient à 7,42% des thésés du public, du mixte et du libéral en France; Tout confondu, le nombre de participants total à notre étude s'élève à **1459 soit 9,07%** de la population générale des psychiatres français (internes et thésés inclus à l'exception des psychiatres du médico-social).

La moyenne d'âge de notre échantillon total (internes et thésés) était de 41 ans, or la moyenne d'âge des psychiatres en France est de 52 ans (source DREES et Conseil National des Médecin). Cette différence d'âge s'explique par l'inclusion des internes dans notre résultat contrairement aux données ministérielles.

Concernant, la féminisation, notre échantillon était composé de 58,5% de femmes. Ces chiffres sont relativement proches des taux de prévalence nationale qui s'élève à environ 52% de la population des psychiatres en France. La différence entre les données nationales et celles de notre échantillon, peut s'expliquer par un phénomène de féminisation de la profession médicale qui s'est accentué depuis 30 ans. Cette féminisation des jeunes générations est très marquée en psychiatrie avec un taux de 70% de femmes pour 30% d'hommes chez les internes en psychiatrie (133). Notre échantillon étant composé d'une part plus importante de jeune médecin par rapport à ce qui est retrouvé en population générale française, cela peut expliquer la prévalence plus importante de femme dans notre étude.

Par rapport à la représentativité des régions dans notre étude, la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) est beaucoup plus représentée que les autres régions du fait qu'initialement l'enquête devait être sur la région PACA. L'idée de l'étendre à l'échelle nationale est venue dans un second temps. Or l'investissement fait pour la région PACA n'a pu être fait pour les 12 autres régions de France.

4.2 RESULTATS PRINCIPAUX

Hypothèse 1 : *Les psychiatres réalisent peu d'actes médicaux relatifs à la prévention des maladies cardio-métaboliques (Tension artérielle, mesure du poids, IMC, périmètre abdominal, surveillance biologique du Syndrome métabolique et ECG), du tabac, de l'alcool, des autres substances psychoactives, et des maladies sexuellement transmissibles chez leurs patients TPGP au cours de leur pratique habituelle ou encore lorsqu'ils ont connaissance que le patient n'a pas de suivi par un médecin généraliste.*

D'après la section **3.Résultats**, la majorité des psychiatres n'effectuent pas les actes de prévention somatique préconisés dans les recommandations officielles.

4.2.1 L'examen somatique

L'examen somatique (ES) avait été défini selon les critères HAS relatifs à l'amélioration de la prise en charge somatique des patients TPGP (12). Il se composait d'items peu invasifs (mesure du poids, tension artérielle, périmètre abdominale), nécessitant peu de compétences techniques, un minimum de temps et de matériel. Ils portaient essentiellement sur la prévention du risque cardio-métabolique.

L'inclusion seule des médecins prescripteurs de neuroleptiques a permis de limiter les biais de confusion pour cette question.

15,3% soit environ 1 psychiatre prescripteur de neuroleptiques sur 6 réalise régulièrement l'ES.

Les obstacles entraînant une diminution significative à la réalisation de l'ES sont le manque de confiance dans les compétences et le manque de matériel. Ces résultats corroborent avec ceux d'une précédente enquête (130); Cependant, ils rentrent en contradiction avec cette même étude sur le fait que pour nos répondants le manque de temps n'était pas un obstacle à la réalisation de l'ES. Aussi, dans notre étude, les psychiatres considéraient l'ES comme un acte ne faisant pas partie du champs de compétence des psychiatres et ils percevaient l'ES comme porteur d'un effet thérapeutique négatif.

4.2.2 L'examen neurologique

25,1 % soit 1 psychiatre sur 4 effectuent un examen neurologique (EN) en cas de point d'appel somatique. Ce meilleur résultat que pour l'ES peut s'interpréter par le fait qu'un EN peut paraître plus congruent face à un patient avec des troubles psychiatriques, la neurologie et la psychiatrie traitant du même organe : le cerveau. Ainsi, des signes de sédation ou des troubles cognitifs devront faire éliminer un état de confusion, un tremblement (chez un patient sous lithium, par exemple) devra faire éliminer une pathologie neurologique débutante (exemple : Maladie de Parkinson), des signes de raideurs des

membres d'origine extrapyramidal chez un patient sous neuroleptique, devront éliminer un accident vasculaire cérébral aigu, etc.

Les obstacles à l'origine d'une baisse significative de l'EN étaient le manque de confiance dans les compétences, le manque de matériel et la crainte d'un effet thérapeutique négatif. Le manque de matériel peut apparaître discutable, l'examen neurologique ne nécessitant quasiment aucun outils pour être réalisé. Un examinateur expérimenté pourra facilement faire abstraction d'un marteau réflexe et d'une table d'examen même si elle rend l'examen plus confortable pour le patient (134). Le manque de confiance dans les compétences suggère une formation et une supervision insuffisante dans ce domaine, or cela permettrait une pratique plus régulière de l'EN et relativiserait les fausses croyances des psychiatres sur l'effet thérapeutique négatif de cet examen.

4.2.3 Dépistage du syndrome métabolique et surveillance du surpoids

Le dépistage du syndrome métabolique (DSM) et la surveillance du surpoids (SS) ont été définis d'après les critères HAS, relatifs à la surveillance du risque cardiovasculaire chez les patients sous neuroleptiques. Comme pour l'ES, l'inclusion seule des médecins prescripteurs de neuroleptiques a permis de limiter les biais de confusion.

Seuls 9,1% des médecins déclarent réaliser une surveillance du poids comme préconisée dans les RBP.

Dans la littérature, le surpoids est pourtant souligné comme « le principal responsable des problèmes de santé physique » tant par les usagers que les fournisseurs de soins.

Les obstacles associés à une baisse significative de la surveillance au surpoids sont le manque de confiance dans les compétences, la crainte que cela ait un effet thérapeutique négatif et la considération que cet acte ne faisait pas partie du champs de compétence des psychiatres. Rappelons pourtant ici que la surveillance au surpoids, n'est pas un acte curatif mais bien préventif. S'il apparaît évident que les psychiatres n'ont pas à sortir du cadre de leur spécialité en matière de PEC curative, la réalisation d'actes préventifs restent tout de même de leur ressort.

Pour le dépistage du syndrome métabolique, il est réalisé selon les critères HAS par seulement 0,3% des praticiens. Plus spécifiquement à la surveillance biologique, 25,5% réalisent une surveillance partielle et 1,7 % une surveillance biologique complète. Ces résultats corroborent aux données d'une précédente enquête réalisée sur les bases de données de la CPAM (129) qui montraient que seuls 0,3% des psychiatres réalisaient une surveillance biologique adéquate complète du risque métabolique après instauration d'un antipsychotique. .

Les obstacles associés à une baisse significative du DSM sont le manque de confiance dans les compétences et à la crainte d'un effet thérapeutique négatif (ou « dissociation soma/psyché »)

Ces très faible résultats à mettre en place un suivi médical adéquat par les psychiatres peut s'expliquer de plusieurs manières : la méconnaissance des recommandations existantes, les difficultés de mobilisation du prescripteur face aux recommandations imposées et la réticence au changement (135) malgré la connaissance de risques supplémentaires sur le plan somatique pour cette population (136). Les recommandations peuvent aussi être perçues comme optionnelles par le prescripteurs (137) ou encore les préjugés de nombreux médecins partant du postulat que l'initiation d'un changement de mode de vie chez les patients psychotiques est difficile. Par conséquent les psychiatres n'effectueraient pas de façon systématique un bilan de surveillance. Pourtant l'efficacité et la bonne adhésion à des programmes spécifiques tel que le sevrage tabagique ou l'amélioration de la nutrition ont été démontré auprès de ces patients (138) (139).

Cette représentation cloisonnante qu'ont les professionnels médicaux, et notamment les psychiatres, entre soma et psyché est un fait souligné par de nombreuses études. Lemogne et al. (140) avait mis en évidence que cette scission était en partie responsable de la négligence des points d'appel somatiques et du moindre recours aux examens de dépistage. Gervais et al (141) avaient montré dans une étude que ce moindre recours aux examens préventifs chez les patients TPGP, aboutissait à des retards de prise en charge, une admission plus souvent via les urgences (+113 %), pour des hospitalisations plus souvent évitables (+43 %), plus fréquentes (+40 %), et plus longues (+16 %) que dans la population

générale pour une même maladie somatique donnée, ce qui entraînait également en fin de compte des coûts plus élevés de prise en charge .

4.2.4 Prévention proactive du tabac et des autres substances psychoactives

45,6% des psychiatres réalisent une PPT chez leurs patients TPGP, soit presque un psychiatre sur deux ; 65,3% réalisent une prévention de la consommation d'alcool.

Ces résultats, peu alarmants, restent néanmoins insuffisants. La prévention des substances psychoactives ne semble, en effet, pas reconnue par tous les psychiatres comme relevant de leur champs de compétence ce qui entraîne une baisse significative de 11,1% de la prévention à l'alcool et de 34,3% de la prévention au tabac. La perception d'un effet thérapeutique négatif, à l'origine d'une diminution significative de 10,6% de la prévention au trouble de l'usage à l'alcool peut être perçue comme un préjugé des psychiatres à l'égard des patients TPGP, tant sur leur capacité à modifier leurs habitudes que sur le fait qu'un sevrage en alcool pourrait compromettre leur adhésion au traitement.

Notre échantillon étant majoritairement composé de psychiatres généralistes (78%) et la part d'addictologues étant minimales (4,0%), peut-être qu'une analyse en sous-groupe par spécialité aurait été pertinente pour voir si les psychiatres addictologues avaient des taux de prise en charge comparativement plus élevés que les psychiatres généraux. Si tel est le cas, l'hyperspécialisation pourrait être perçue comme « néfaste » à la prise en charge addictologique, les psychiatres généraux, déléguant ces actes à leurs collègues très minoritaires mais surspécialisés. Concernant les pédopsychiatres, plusieurs ont souligné que cette prise en charge (tabac, alcool...) ne les concernait pas tous, notamment quand l'âge de leurs patients était très jeune (<10 ans).

4.2.5 L'électrocardiogramme

Seuls **3 psychiatres** prescripteurs d'antipsychotiques, **soit 0,2%**, assurent une surveillance du risque cardiaque par le respect du schéma de prescription d'électrocardiogramme (ECG) préconisé dans les recommandations.

Les neuroleptiques modifient le fonctionnement électrique du cœur, surtout à forte dose. Ce qui peut conduire à des troubles cardiaques graves, voire mortels. Le risque est augmenté en cas de bradycardie et d'hypokaliémie (142). Pour évaluer ce risque, il est important d'effectuer un ECG et une prise de sang avant la prise de neuroleptique (ce qui peut être difficile en cas d'urgence), et régulièrement ensuite. Les médicaments qui ralentissent le rythme cardiaque et ceux qui abaissent la kaliémie augmentent le risque (142). Certains antidépresseurs provoquent parfois des troubles du rythme cardiaque qui justifient une surveillance notamment par électrocardiogramme. C'est le cas en particulier de la venlafaxine (Effexor®), du citalopram (Seropram®) et de l'escitalopram (Seroplex®) et des antidépresseurs imipraminiques (Anafranil®) (142).

4.2.6 La prise en charge somatique en absence de MG

Sur les 67,8% des psychiatres qui déclarent assurer une prise en charge somatique préventive en absence de MG, 13,6% assurent cette prise en charge complètement, tandis que 54,2% l'assurent en partie par la prescription de traitements de première ligne, ou en renouvelant des ordonnances de traitements somatiques.

Les obstacles retrouvés induisant une baisse significative de la prévention somatique en absence de MG par les psychiatres sont le manque de confiance (-13,1%), la volonté de séparé soma/psyché (-21%) et la considération que cet acte ne fait pas partie du champs de compétence des psychiatres (-24%).

Hypothèse 2 : *Les psychiatres sous-effectuent la coordination avec leurs confrères généralistes .*

4.2.7 Communication psychiatres-médecins généralistes

Au vu du faible taux de prévention somatique exercé par les psychiatres, nous souhaitons déterminer si les spécialistes en santé mentale, déléguaient correctement cette prise à leur confrères somaticiens, à défaut de pouvoir le faire eux-mêmes.

99,5% des psychiatres de notre étude déclarent adresser régulièrement leur patients à un confrère MG. Parmi ces 99,5%, **seuls 15,2% déclarent se coordonner systématiquement avec le médecin généraliste de leur patient**, 76,3% le font « parfois », et 8,5% « rarement ».

Les raisons invoquées le plus souvent pour « parfois » et « rarement » sont : « **chronophage** » et « **difficile à organiser** » ; Ces raisons sont également rapportées dans plusieurs commentaires.

Commentaire : « *Je suis pédopsychiatre (...) Soma et psyché sont liés bien sûr, et il faut les considérer comme tels, mais pour prendre en charge les enfants, les espaces doivent être bien différenciés. Le lien avec le MG est donc essentiel, mais on manque de temps pour le faire autant que l'on voudrait* »

Commentaire : « *La concertation avec la médecine générale est primordiale cependant chronophage (difficile d'avoir le confrère au téléphone au moment voulu puis nous sommes tous débordés et nous passons à autre chose...).* »

Ces résultats corroborent avec les données de l'étude EseMED (143) (144) qui montrait que les MG se plaignaient du manque de retour d'information de la part des psychiatres.

Les études sur ce sujet, soulignent que ce manque de communication et de coopération de la part des psychiatres vers les médecins généralistes (et réciproquement) est sous-tendu

par une absence de langage commun et un problème très clair de définition des rôles lorsque la PEC d'un patient devient partagée (145) (126).

Dans notre étude, le faible taux de coordination systématique des psychiatres avec leurs pairs somaticiens peut être interprété comme une méconnaissance des recommandations existantes et/ou une difficulté de mobilisation du prescripteur face aux recommandations imposées par les autorités de santé et une réticence au changement. En effet, les recommandations HAS et le Code de déontologie médicale stipulent clairement la nécessité pour chaque premier entretien de patient fait par un psychiatre qu'un courrier soit envoyé au MG référent incluant la conduite à tenir et une information sur la surveillance à appliquer (22). Une étude qui s'était penchée sur cet aspect des soins, avait montré des taux allant jusqu'à 80% d'absence de comptes rendus médicaux pour les MG, de la part des psychiatres (146) et dans 91% des cas, les psychiatres ne préconisaient pas de surveillance aux MG dans leurs courriers, comme préconisé dans les recommandations. En France, dans le cadre d'une enquête réalisée au niveau national, la quasi-totalité des médecins généralistes déclaraient envoyer un courrier au psychiatre lorsqu'ils orientaient un patient. En retour, 74 % disaient ne recevoir aucune réponse (128).

L' inconstance des psychiatres de notre échantillon à communiquer avec leurs confrères généralistes (76,3% le font « parfois », et 8,5% « rarement »), car cela est « chronophages » ou « difficile à organiser », corroborent avec les résultats d'études antérieures qui suggèrent l'implication de facteurs organisationnels (manque de temps ou de rémunération) comme principaux obstacles à la mauvaise communication des psychiatres vers leurs confrères MG (146) (147).

Cette difficulté à communiquer est également valable pour les MG, qui soulèvent une difficulté à comprendre l'organisation du dispositif de soins en santé mentale (126) (145), les longs délais d'attente avant d'avoir un rendez-vous (128) (148), une répartition inégale de l'offre de soin en psychiatrie (disparité d'attractivité des territoires d'installation, difficulté de recrutement en psychiatrie infanto juvénile existants occasionnant une saturation des services existant...) (148).

Ce manque de communication entraîne finalement une méconnaissance des traitements prescrits par chaque praticien et suscite un risque de duplication/réplication des examens et/ou des traitements (146) (149). Le manque de médecin traitant désigné ou le refus du patient de divulguer les coordonnées de son médecin généraliste, peut faire que le psychiatre ne sait pas vers qui s'orienter pour assurer le suivi somatique et inversement parlant. Le psychiatre ou le MG peuvent alors supposer que leur confrère assure la surveillance sans en avoir la certitude. Une étude montrait qu'à défaut d'information suffisante, 60% des généralistes pensaient que le suivi somatique était assuré par le psychiatre (40).

De nombreux participants nous ont fait remarquer que nous n'avions pas demandé dans le questionnaire si une équipe somatique qui assurait les soins généraux, résidait sur le lieu de travail du psychiatre ; Nous rappelons que l'objectif de cette étude n'était de savoir si les psychiatres réalisaient ou non les actes en personne mais plutôt de voir, si dans le cas où ils ne le faisaient pas, ils déléguaient correctement cette prise en charge à leurs confrères somaticiens. L'absence de cette donnée n'est donc pas, à l'origine d'un biais de confusion car elle ne sous-estime pas la part réelle des actes de prise en charge réalisée par les psychiatres. Il aurait cependant été intéressant de poser cette question, est de voir si la proximité d'une équipe somatique sur le lieu de travail (exemple : service du SPAD en détention), augmente ou facilite le taux de coordination des psychiatres avec leurs confrères généralistes.

4.3 ANALYSE EN SOUS-GROUPES

4.3.1 Selon les tranches d'âge

Les médecins les plus jeunes (en dessous de 39 ans) réalisent une prise en charge somatique plus importante notamment pour l'examen somatique, l'examen neurologique, la prévention proactive au tabagisme, et en général pour assurer une prise en charge somatique lorsqu'il n'y a pas de MG. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus d'après les auto-évaluations des psychiatres pour l'ES, la PPT et le DSM (cf. **chapitre 3.15.2 Analyse en sous-groupes**).

La part plus actives des tranches d'âge jeunes (<39 ans) est peut être favorisée par la proximité avec les années de formation.

4.3.2 Selon le statut hospitalo-universitaire

Les résultats de notre étude indiquent que les PU-PH sont les plus actifs dans la réalisation de l'ES et la surveillance au surpoids.

Les internes se présentent quant à eux comme très actifs sur la quasi-totalité des actes somatiques étudiés: l'ES à égalité avec les PU-PH, l'EN, la PPT, la PEC somatique en absence de médecin généraliste.

Les CCA présentaient des performances globalement intermédiaires situées entre celles des internes et des PH.

A l'opposé, pour tous les actes de PEC somatique évalués, les PH étaient ceux qui en réalisaient le moins. Ce résultat est confirmé par les participants en commentaires.

Commentaire : « *En tant qu'interne nous demeurons souvent très impliqués sur le plan somatique, alors que certains PH délaissent malheureusement cette facette du métier.* »

Cette différence entre les différents statuts hospitaliers peut s'expliquer par le fait que les internes sont encore en formation. De même, le temps dédié à la formation universitaire et à la recherche, dont bénéficient les CCA et les PU-PH, contribue probablement à leur mise à jour régulière sur les recommandations récentes. Les PH, incluant autant les médecins de services intra/extra hospitaliers que les chefs de services, les chefs de pôles... ont une fonction de terrain, centrée sur la pratique clinique ou la gestion des services. Contrairement aux internes CCA et PU-PH, ils n'ont pas de temps réservé à la formation et peuvent moins se remettre à jour.

4.3.3 Selon le mode d'exercice (public, privé)

Globalement, les psychiatres du public réalisent majoritairement plus les actes somatiques que les psychiatres du libéral.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que dans le libéral les actes somatiques ne sont pas côtés et donc non rémunérés ce qui n'encouragent pas les psychiatres à les réaliser . Par ailleurs, les libéraux ont laissé en commentaire que le conseil de l'ordre leur recommande explicitement de ne pas réaliser d'actes qui sortiraient du cadre de leur pratique.

Commentaire : « *Je ne fais pas d'examen médical car lorsque j'ai opté pour ma spécialité l'ordre des médecins m'a imposé de me cantonner à ma spécialité. En cas de problème, je suis hors de la réglementation. Donc pas de risque inutile* » ;

Commentaire : « *Selon moi , un psychiatre en libéral n'a pas le droit sauf urgence de s'occuper de médecine générale. Il peut être attaqué sauf s'il peut mettre en avant un cas d'urgence* » ;

Commentaire : « *La pratique ordinale des deux spécialités n'est plus possible donc elle serait peut-être quasiment fautive* » ;

En intra-hospitalier, la présence d'équipes somatiques sur place, permet aux psychiatres de déléguer la part somatique à leurs confrères ; Mais ces équipes ne sont pas systématiquement présentes dans tous les services, et le psychiatre se doit donc de garder un certain niveau de connaissance et d'aisance dans la pratique médicale générale, du-moins pour les actes préventifs.

Commentaire : « *Certains hôpitaux publics n'ont pas forcément un médecin généraliste à disposition, ce qui nous oblige en tant que psychiatre à s'en charger ou demander un avis spécialisé à l'extérieur. Mais de manière générale, je préfère déléguer.* »

Commentaire : « *En milieu pénitentiaire, la prise en charge somatique est exclusivement faite par le service somatique UCSA. Je n'ai donc pas à examiner les patients car leur prise en charge est déjà organisée.* »

Commentaire : « *Je trouve extrêmement préjudiciable que l'ensemble des confrères psychiatres (pour les plus anciens en tout cas) se reposent entièrement sur le généraliste pour tout ce qui concerne le corps physique, d'une part, du fait des temps ridicules impartis à la médecine générale (1.4 ETP pour 150 malades), et d'autre part du fait de la non- considération de l'impact de la psyché sur le soma*».

Les psychiatres du médico-social n'ont pas été représenté dans les résultats du nombre très faible de nombre (<10) travaillant dans le médico-social de façon exclusive.

4.4 OBSTACLES DE PRISE EN CHARGE

Hypothèse 3 : Les principaux obstacles limitant les psychiatres dans la réalisation des actes de prévention somatique sont le manque de temps , le manque de confiance dans les compétences, le manque de matériel (moyens financiers et équipement), le manque de formation à la prise en charge somatique, la volonté de séparer le soma et la psyché (crainte d'un effet thérapeutique négatif) ou la représentation que cette prise en charge n'incombe pas à leur fonction.

4.4.1 Représentations des psychiatres

Un facteur contributif identifié dans notre enquête mais rarement pris en compte lors des audits précédents, est l'évaluation des représentations des psychiatres concernant la prise en charge des troubles somatiques et comment est-ce qu'ils se positionnent face à la question de la réalisation des actes somatiques dans leur pratique.

La très grande majorité des psychiatres de notre étude (98,4%), déclarent se sentir concernés ou très concernés par la prise en charge des troubles somatiques, donnée qui corrobore à la littérature (7) (12) (130). Pourtant dans les faits, nos résultats indiquent que peu de psychiatres réalisent en pratique des actes somatiques, notamment, à titre préventif.

Les arguments mis en avant sont le manque de confiance dans les compétences (ES, PPT), la crainte d'un effet thérapeutique négatif s'ils ne dissocient pas le soma du psychique (ES, EN, SS, prévention de l'alcool), ou encore par considération que ces actes n'incombent pas à leur pratique (ES, SS).

Commentaire : « *Les patients se dévoilent psychiquement à leur psychiatre; il est peut être préférable qu'ils se dévoilent physiquement à quelqu'un d'autre, sauf urgence. Raison pour laquelle je n'examine pas volontairement mes patients, ça donnerait peut être trop de pouvoir au thérapeute* ».

Commentaire : « *Je ne vois pas l'intérêt pour un psychiatre de se substituer de manière médiocre à un généraliste, mais il doit être capable de déceler une anomalie et être capable d'orienter son patient; et surtout il doit connaître les causes organiques de manifestations psychiatriques* ».

Commentaire : « *Je déplore que les psychiatres refusent parfois de se confronter au côté somatique de leurs patients alors que je trouve que ça reste primordial!* »

Commentaire : « *Il me semble important de conserver des connaissances somatiques pour dépister des troubles notamment chez nos patients parfois négligents pour leur santé physique, mais ce n'est pas notre corps de métier. A tout mélanger, on perdra notre spécificité et le lien au patient deviendra ambiguë* »

Ces résultats corroborent avec de précédentes études (7) (130) (150) (151).

Plusieurs commentaires laissés par les participants expliquaient que, s'ils se sentaient concernés par la prise en charge somatique de leurs patients, ils n'éprouvaient pas pour autant la nécessité de réaliser eux-mêmes ces soins; D'autant plus avec les patients TPGP, où la question de la psychose est souvent présente et face à laquelle ils déclaraient que le psychiatre ne peut rester indifférent.

Commentaire : « *Prenant en charge principalement des patients psychotiques, il est régulièrement vécu comme intrusif voire persécutant par le patient qu'il existe un*

rapprochement psychique ET physique. C'est la raison principale de mon retrait du somatique. »

Nombreux ont rappelé que pour beaucoup de leurs patients, la prise en charge somatique restait une situation vécue comme « intrusive », voire, suscitait des réactions violentes s'inscrivant dans un processus délirant. Il semblait donc « délicat » que le psychiatre ait la charge de ces soins. Certains ont déclaré que le psychiatre n'avait pas à prendre la place du médecin généraliste, les patients TPGP, devant pouvoir bénéficier de soins somatiques de qualité et d'une prise en charge organisée par un médecin traitant.

Commentaire : *« Il y a un parcours de soins coordonnés et il ne faut pas jouer dans la cour des généralistes! »*

C'est pourquoi, de nombreux participants se sont plutôt positionnés comme souhaitant incarner la place du « *garant de la santé physique de leurs patients* » et non comme celui de « *un psychiatre tentant de se substituer de manière médiocre à un généraliste* ».

Commentaire : *« Pour moi un des objectifs d'une prise en charge psychiatrique est de permettre au patient d'avoir une bonne prise en charge somatique, ce qui ne signifie pas que la psychiatrie assure cette prise en charge directement, elle a un rôle de sensibilisation (des collègues somaticiens et des patients) et d'accompagnement. »*

4.4.2 Manque de temps

Commentaire : *« Ce n'est pour ma part pas un manque d'envie, mais on n'a clairement déjà pas le temps de bien recevoir psychiatriquement nos patients comme on le voudrait, alors les examiner... »*

Commentaire : *« Je suis addictologue alors il est très important pour moi de prendre en charge/dépister les pathologies somatiques dans les limites de mes connaissances évidemment ; mais faire le psy + le médecin gé+ l'addictologue est impossible en une consultation ! »*

Malgré les nombreux commentaires laissés, la PPT est le seul acte pour lequel le manque de temps apparaît significatif. Pour tous les autres actes, les psychiatres déclarant manquer de temps sont ceux qui réalisent significativement plus d'actes de prévention que ceux n'en manquant pas.

Le manque de temps relatif à la PPT peut être interprété comme « l'absence d'urgence à réaliser un sevrage tabagique ». Ce sujet soulève une problématique d'actualité : faut-il réaliser un sevrage tabagique pour les patients TPGP ? Certes, les effets néfastes du tabac ne sont plus à démontrer, et des études récentes montrant la bonne tolérance des cures de sevrage tabagiques sont encourageantes (138) (139). Mais en pratique, le tabac garde une place importante pour les patients psychotiques, ne serait-ce que sur le plan social, où ces personnes, souvent isolées, y trouvent un prétexte pour créer du lien avec les autres. Par ailleurs, la tabagisme peut apparaître, pour les psychiatres, moins dangereux contrairement aux drogues dures (cannabis, cocaïne) ou à l'alcool, plus susceptibles d'entraîner une décompensation aiguë des troubles. Tous ces facteurs, soulevant encore des débats à ce jour, peuvent être des pistes pour comprendre pourquoi les psychiatres mettent au second plan le sevrage tabagique et nécessiteraient de « plus de temps » pour s'attaquer à ce problème.

4.4.3 Manque de matériel

Dans notre étude, le manque de matériel fait significativement obstacle à la réalisation de l'ES et de l'EN. Ce résultat corrobore à des résultats de précédentes études (130).

4.4.4 Dissociation soma-psyché ou « peur de l'effet thérapeutique négatif »

Cet obstacle est très représenté dans les résultats de notre étude, et entraîne une baisse significative de la réalisation de l'ES, l'EN, la surveillance au surpoids... ces résultats corroborent avec une étude de Montariol en 2004 : « la prise en charge d'éventuels troubles

somatiques par le psychiatre n'est pas en général souhaitable aux yeux des psychiatres eux-mêmes, pour qui la dissociation psyché-soma reste nécessaire au soin psychiatrique » (24) .

Il est en effet souvent reproché aux psychiatres de faire une dissociation physique-psychique. En effet, les spécialistes de la santé mentale ne prennent souvent en charge que l'aspect psychique de la santé de leur patient. Cette dissociation s'explique par l'histoire de la psychiatrie qui a évolué en parallèle des autres spécialité médicale mais elle prend surtout racine en 1968 lors de la séparation de la neurologie et de la psychiatrie. Le psychiatre, sous l'argument de ne pas vouloir provoquer de mouvements transférentiels dans sa relation thérapeutique, de ne pas être tout puissant, intrusif ou de ne pas altérer la confiance que pose le patient en lui, est de moins en moins amené à examiner physiquement son patient ou à prodiguer des soins somatiques. En perdant le contact avec les notions médicales générales, le risque est de ne plus avoir un regard assez orienté pour distinguer les plaintes physiques, des manifestations hallucinatoires ou psychosomatiques et d'entraîner un retard des soins adéquats.

Commentaire : « *Pour la question sur le pourquoi le psychiatre n'effectue pas l'examen clinique, (...) ce n'est pas seulement le manque de matériel ou de temps mais plutôt la question du rôle du psychiatre qui ne peut pas être tout puissant et tout gérer pour son patient (psychisme et soma) même s'il ne doit pas entretenir le clivage soma/psyché.* »

Commentaire : « *Je pense que la psychiatrie générale doit rester un métier spécialisé, donc c'est important d'orienter les plaintes somatiques vers des confrères qui sont eux aussi spécialisés dans leurs champs de compétence. Chacun doit pouvoir exercer sereinement dans son domaine sans surcharger les psychiatres de tâches supplémentaires.* »

Hypothèse 4 : En réponse à leur manque de confiance, les psychiatres sont en demande de formations pour améliorer leur connaissances théoriques et pratiques relatives à la pratique des actes somatiques mais sont défavorables à l'émission de normes obligatoires qui définiraient le cadre de prise en charge somatique qui leur incombent.

4.4.5 Formation

Les réponses dans cette enquête ont révélé une préoccupation considérable relative au manque de confiance en ses compétences et à l'atrophie des compétences/connaissance pour la réalisation de tous les actes somatiques étudiés (ES, EN, PPT, SS).

Dans les commentaires, plusieurs répondants nous ont indiqué que le déclin de leurs compétences dans la prise en charge somatique avait commencé au début de leur formation d'internat.

Commentaire : *« Je ne me fais pas du tout confiance sur mes compétences somatiques, elles s'envolent à vitesse grand V depuis le début de mon internat » ;*

Commentaire : *« Je pense que les psychiatres en général manquent de connaissances somatiques lié au manque de pratique. Des remises à niveau régulières pourraient permettre des connaissances de bases »*

Commentaire : *« Avant de vouloir les former à la méditation il serait bon de revoir l'enseignement de la pharmacologie et des prescriptions (...) Je suis très inquiet par les prescriptions des psychiatres avec lesquels je travaille ; Il est de plus en plus fréquent de voir 3 ou 4 antidépresseurs associés à des benzodiazépines sur la même ordonnance et même des associations contre-indiquées par rapport au risque de torsade de pointe. N'oublions pas que les médicaments restent l'arme essentiel face aux psychoses, aux troubles bipolaires... ils ne sont pas suffisants mais restent nécessaires »*

Commentaire : *« Sujet intéressant. En tant qu'interne il nous arrive de devoir gérer, parfois seuls, des situations somatiques complexes et plus l'externat s'éloigne, moins je me sens*

légitime et capable d'endosser cette responsabilité somatique. J'aimerais avoir plus de cours et de formations à ce sujet pendant mon internat »

Certains praticiens plus âgés, mettent cette atrophie des compétences somatique sur le compte de la séparation entre psychiatrie et neurologie autour des années 70 ;

Commentaire : « *J'ai toujours regretté qu'en 1972 la Psychiatrie ait été séparée de la Neurologie.* ».

Notre étude montre à ce sujet que la réalisation de l'ES par les internes en formation a nettement diminué au cours des 40 dernières années, soulignant ainsi que la prise en charge somatique tenait une place plus importante dans la formation en psychiatrie auparavant. Des participants , ont souligné à ce propos que si l'apprentissage en formation était important, il n'avait d'utilité que s'il était régulièrement mis en pratique et remis à jour pour rester effectif. Ces données corroborent avec de précédentes études (130)

Commentaire : « *Malgré la meilleure volonté du monde, maintenir son niveau dans l'examen somatique est (très) difficile.* »

Commentaire : « *Les connaissances somatiques se dégradent avec l'évolution des connaissances médicales si on n'est pas formé régulièrement. J'étais très forte au début de mon internat et très moyenne maintenant* »

Or, les résultats de notre étude montrent bien que les praticiens bénéficient trop peu de remise à jour et de formations concernant les compétences somatiques tout au long du reste de leur carrière ce qui entraîne une diminution drastique de pratique des actes somatiques.

Aussi, notre l'enquête révèle que 12,7% des psychiatres expérimentés déclarent laisser faire les plus jeunes soit car l'organisation du service l'impose soit car ils pensent que les compétences des internes sont meilleures que les leurs.

Commentaire : « *Je délègue l'examen somatique aux internes parce que c'est l'organisation du service qui le veut* »

A ce sujet, certains participants ont fait remarquer que si les psychiatres seniors perdent leurs compétences dans la prise en charge des troubles somatiques, ils se retrouvent donc dans une position peu légitime pour superviser et accompagner les étudiants en formation, ce qui semble problématique.

La grande majorité des praticiens de l'échantillon (80,3% et 82,9%) se disent favorable à l'instauration de formations relatives à la PEC somatique. Cependant, beaucoup de participants ont laissé en commentaire que ces formations devaient rester optionnelles, et non obligatoires.

Ce fort taux de demande de formations suggère un manque de formation qui peut s'expliquer de différente manière ; A commencer par les études médicales qui sont faites de telle façon qu'après le choix de la spécialité psychiatrique les médecins psychiatres ne sont quasiment plus amenés à prendre en charge les pathologies somatiques des patients qu'ils soignent, c'est alors qu'une certaine dichotomie se crée.

Par exemple, les connaissances limitées des psychiatres en termes de prise en charge du syndrome métabolique, du diabète ou des facteurs de risque cardio-vasculaires peuvent altérer la prescription des surveillances associées. L'hypothèse serait donc que, ne sachant pas interpréter les résultats des analyses et/ou comment les prendre en charge, les psychiatres ne réaliseraient pas les examens complémentaires recommandés. Une méconnaissance des enjeux (mortalité, qualité de vie, espérance de vie, coût) de la prise en charge des effets secondaires constitue également un obstacle à la réalisation du suivi idéal. D'où l'importance d'une formation continue proposée aux praticiens et adaptée à leurs besoins tout au long de leur cursus professionnel.

Par ailleurs, au vue de la qualification de « spécialiste en santé mentale », certains praticiens s'insurgent de leur absence de formation portant sur la lecture des examens complémentaires de base ou les diagnostics différentiels d'origine somatique avec présentation purement psychiatriques tels que certains types d'encéphalites virales, certaines démences, ou encore la maladie de Niemann Pick type C...

Commentaires : « Il faut réconcilier soma et psyché. Un stage systématique de somatique au moins est une bonne idée. La réorganisation des services est aussi à promouvoir (matériel souvent insuffisant pour une prise en charge médicale qui oblige à transférer). On devrait pouvoir avoir accès aussi à des formations continues en somatique, nous sommes des médecins comme les autres »

Commentaires : « Par rapport à l'examen somatique, il faudrait peut-être mettre un accent sur l'examen neurologique et la connaissance des maladies neuro qui constituent quand même les premiers diagnostic différentiel »

Commentaires : « Sujet très intéressant. Je trouve que l'examen somatique devrait avoir une place plus importante en psychiatrie et être fait régulièrement et systématiquement au moins à l'hôpital. On devrait continuer à être formé en tant qu'interne à faire un examen général de base et un bon examen neurologique. Ce qui me semble aussi indispensable : bien connaître les diagnostics différentiels au moins les plus graves des maladies psychiatriques et savoir les dépister, savoir interpréter un ECG alors qu'on prescrit des psychotropes et savoir prescrire des traitements somatiques de base (antihypertenseurs, anticholestérolémiants, antidiabétique oraux (metformine), antidouleurs palier 2 et 3,... ainsi que savoir lire un scanner et une IRMc au lieu de voir des débits sanguins cérébraux sur lesquels aucun consensus d'interprétation n'est fixé... Ce lien avec la somatique est d'autant plus important qu'une proportion importante de nos patients vivent dans la précarité et n'ont souvent pas de suivi en médecine général régulier. Et puis les conséquence d'une méconnaissance peuvent être gravissimes. Expériences récentes : Une patiente avec une fracture du col déplacée a été diagnostiquée une semaine après sa chute car personne ne voulait croire qu'elle avait mal ; Un jeune patient a été hospitalisé 2 semaines en psychiatrie pour des idées délirantes avant qu'on ne découvre qu'il avait une encéphalite herpétique ; Primo-décompensation d'une femme de 54 ans avec tableau clinique dépressif associé à des éléments délirants. Elle se plaignait de troubles visuels (rétrécissement du champs visuel) depuis son entrée. Les 2 scanners effectués étaient négatifs. Elle n'a été entendue que 3,5mois plus tard où une IRMc a été effectuée et a révélé des métastases cérébrales... J'ai le sentiment que mes chefs et les internes de semestre plus élevé mettent cela de côté, parfois

même avec mépris, « ce n'est plus de leur ressort ». Ou alors ils ont simplement tout/quasiment tout oublié et ne sont plus à l'aise pour le faire. »

Commentaire : *« Une remise à niveau en ECG serait déjà utile avec cependant derrière, la possibilité de réaliser des ECG en CMP, si on ne pratique pas on oublie ... »*

Une orientation de la formation des psychiatres vers la capacité à pouvoir suspecter des diagnostics spécifiques qui mêlent la question de l'expertise psychiatrique jusque dans ces retranchement à la frontière avec les pathologies générales, améliorerait certainement la crédibilité des psychiatres en tant que médecins spécialistes, et profiterait à leurs relations avec leurs collègues dans les autres spécialités .

4.4.6 Manque de normes/ Emission de normes

Notre étude montre que l'absence de norme entraîne une diminution significative de l'EN et de la prévention du trouble de l'usage lié à l'alcool.

Pourtant, 55,3% des psychiatres sont contre l'instauration de normes à caractère obligatoire, par de peur de « *perdre leur spécificité de psychiatres* », ou « *d'être amputé de leur liberté et de leur marge d'adaptation au patient* ». Ces commentaires laissés par des participants de l'enquête concordent avec des données de la littérature qui rapportaient que l'imposition de normes dans leur pratique seraient perçues comme une menace pour l'autonomie d'exercice des psychiatres (152).

Commentaire : *« La solution d'un examen standard obligatoire pourrait être intéressante. »*

Une solution intermédiaire, exposée dans une précédente étude et ayant montré une amélioration significative de la quantité d'actes effectués par les psychiatres serait, la mise en place de formulaires structurés permettant de documenter les résultats de la prise en charge somatique (16).

4.5 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

4.5.1 Limites

4.5.1.1 Biais de sélection

➤ Biais de recrutement

Nous avons rencontré des difficultés pour diffuser notre questionnaire d'enquête à l'origine d'une taille plus restreinte de notre échantillon. Ces difficultés sont :

-l'absence de comité de pilotage

-Le refus des conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM), des agences régionales de santé (ARS) et des unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPSL) soumis à la loi « Informatique et Liberté » relative à la protection des données personnelles ce qui a empêché une plus grande participations des libéraux.

-l'épidémie nationale de Covid19 est à l'origine d'un biais de volontariat. En effet l'effet de crise a entraîné le refus des directions d'établissements hospitaliers et de nombreux psychiatres libéraux entre le 15 mars le 30 Mai 2020 dans certaines régions (notamment Grand Est, Bourgogne, Paris et Hauts de France) . A l'opposé, la plus grande disponibilité des internes en psychiatrie pendant cette période, et les nombreuses associations d'internes facilement joignables par les réseaux sociaux ont entraîné une grande participation des internes en psychiatrie

Propre au recrutement des différents modes d'exercice, les praticiens hospitaliers , libéraux et les internes n'ont pas été contacté de la même manière. Ainsi, suite aux refus des conseils départementaux d'ordre des médecins (CDODM), des Agences régionales de santé (ARS) ou encore des URPPS, les libéraux ont été contacté par téléphone un par un, contrairement aux psychiatres hospitaliers qui ont été contacté par l'intermédiaire des directions des ressources humaines ou des affaires médicales des établissements ou ceux exerçant en

clinique qui ont été contacté via les secrétaires d'établissement, du fait qu'aucun n'avait d'adresse mail disponibles. Ce qui est à l'origine d'un biais de recrutement . En effet, l'échange téléphonique avec les libéraux a pu influencer la participation à l'enquête.

➤ Biais de volontariat

La participation plus importante des médecins en formation, comparativement aux thésés, peut s'expliquer par le fait que les internes ont été contactés par l'intermédiaire de syndicats et associations d'internes et via les réseaux sociaux, qui forment des groupes très actifs et à l'aise avec les moyens de communications modernes (mails, questionnaires en ligne...). Qui plus est, cette tranche d'âge a manifesté un grand intérêt pour le sujet de l'étude ce qui a pu encourager leur participation et fausser les résultats en faveur des psychiatres qui s'intéressent plus que la moyenne aux soins de santé physique de leurs patients.

A l'inverse, nous avons eu beaucoup de refus de participation de la part de médecins se déclarant être « psychanalystes » et de ce fait ne plus faire de « psychiatrie ». Ces médecins avaient tous plus de 40ans et étaient majoritairement installés en cabinet libéral. Les arguments de refus étaient que le sujet « ne les intéressait pas » ou encore que leurs réponses auraient été peu informatives par rapport au sujet attendu . Il est possible que ce refus de participation à notre étude ait faussé les résultats en faveur des psychiatres qui réalisent plus que la moyenne une prise en charge somatique de leurs patients.

➤ Biais d'échantillonnage

Le sondage en ligne présente de nombreux avantages sur le plan opérationnel. Son coût d'utilisation est faible et il permet de collecter rapidement les données tout en couvrant un bassin géographique de répondants plus large. L'un des grands désavantages du sondage en ligne est lié à l'échantillonnage ou à ce qu'on appelle l'erreur de couverture. Elle est due au fait que certains individus dans la population ont une probabilité moindre de figurer dans l'échantillon. C'est le cas notamment des personnes que l'on souhaite cibler mais qui ont un usage limité de leur ordinateur et de leur boîte mail tels que les médecins plus âgés qui ne sont pas familiarisés. Par exemple, lors de la diffusion du questionnaire, une vingtaine de praticiens nous ont demandé de leur envoyer le questionnaire par voie postale à défaut

d'avoir d'ordinateur ou de boîte mail. Ce biais pourrait donc en partie avoir favorisé la participation des plus jeunes dans notre étude.

➤ Biais de « non-réponse »

Pour notre étude, le taux de réponse n'était que de 9,07%. Il est possible que le faible taux de réponse ait faussé les résultats en faveur des psychiatres qui s'intéressent plus que la moyenne à la prise en charge somatique de leurs patients. Cependant, les médecins, sont un groupe professionnel avec de faibles taux de réponse à l'enquête en général et il a été noté que la relation entre la non-réponse et le biais de non-réponse est complexe (153) (154) (155).

La longueur du questionnaire (20 questions+ 7 items sur les caractéristiques) a aussi pu être un frein à la participation des médecins, souvent très occupés, d'autant plus au cours de ces derniers mois avec la période Covid.

Par ailleurs, certains psychiatres ont souligné le manque de nuance dans les choix de réponses possibles, ce qui a pu forcer la réponse pour certains, voir même, décourager la participation. Pour résoudre ce problème, des échelle de Likert auraient pu être utilisées ainsi que des plages de commentaires libres à chaque question.

Commentaires : « *Les questions sont assez fermées, ça rend le questionnaire peut-être exploitable mais un peu frustrant à remplir* »

Commentaires : « *D'une manière générale, j'aurais apprécié plus de nuances dans votre questionnaire: certaines réponses sont un peu contraintes* »

Commentaires : « *Quelques sections où j'ai forcé ma réponse car je n'avais pas de proposition satisfaisantes* »

Sur le plan méthodologique, le biais de non -réponse a été minimisé en insistant par plusieurs rappels de diffusion auprès des personnes (tout en respectant leur droit de refus).

De manière générale, le tirage au sort des invités avant l'étude aurait permis de réduire les biais de sélection. Dans notre cas, cela n'était pas possible car l'étude était basée sur la base du volontariat.

4.5.1.2 Biais d'information

➤ Biais d'investigateur

On observe que dans notre étude les résultats vont souvent dans le même sens, notamment en ce qui concerne les analyses selon les tranches d'âge où on remarque que les tranches d'âges plus jeunes font systématiquement plus que les plus âgées ; Aussi dans le statut hospitalo-universitaire, il ressort que les internes et PUPH qui font plus et les PH toujours moins. On peut supposer là la présence d'un biais d'investigateur.

4.5.1.3 Biais de confusion

L'inclusion de toutes les sous-spécialités (psychiatrie générale, gériopsychiatrie, pédopsychiatrie, addictologie) pour l'analyse des prises en charge addictologiques (PPT, et prise en charge à l'alcool et autres SPA) a pu être à l'origine d'un biais de confusion, ces questions étant peu adaptées à la pratique des psychiatres infanto-juvéniles dont les patients n'excédaient pas l'âge de 6 ans et n'étaient donc, pas concernés par ces substances.

Les questions posées pouvaient ne pas être adaptées à chaque praticien selon ses pratiques, sa patientèle, et son mode d'exercice ce qui a pu créer des biais de confusion. Ce biais a d'ailleurs été limité pour l'analyse de l'examen somatique et le dépistage du syndrome métabolique avec l'inclusion exclusive des psychiatres prescripteurs de neuroleptiques .

Commentaire : « *Sujet très hétérogène suivant les pratiques, la patientèle, et le mode d'exercice* »

Commentaires : « *Certaines questions étaient difficiles à répondre car rarement rencontrées dans ma pratique quotidienne* »

Commentaires : « *Grosse différence entre le service de stage (pas d'examen somatique en général), et les gardes sur CHS où on a beaucoup de somatique mais où le but n'est pas forcément de soigner, mais surtout de prendre en charge (et la plupart du temps transférer) les urgences, et temporiser le reste jusqu'au passage du somaticien le lendemain* ».

Pour limiter les biais de confusion nous aurions pu utiliser un groupe contrôle , réaliser un appariement ou faire un choix plus stricte de la population étudiée pour avoir des groupes plus homogènes.

4.5.1.4 Biais méthodologique

Il a été beaucoup souligné le manque de précision de certaines questions ; notamment celle portant sur la fréquence de prescription des examens complémentaires où l'absence d'indication relative à un contexte de bilan pré/post introduction de neuroleptiques a rendu cette question imprécise pour les participants. La question portant sur la prescription de neuroleptiques, cherchait à rendre compte du schéma de surveillance biologique du prescripteur en l'interrogeant sur la prescription de bilans (biologiques, ECG...) à J0, M3, M12.

4.5.1.5 Biais de désirabilité sociale

Nous avons souhaité que les réponses des participants à cette étude soient les plus représentatives possible de leur pratique quotidienne. Pourtant il persiste un biais, dit de « désirabilité ». En effet, lorsque les participants ont répondu aux questions, derrière leur écran d'ordinateur, ils n'étaient pas soumis aux contraintes de leur métier, qu'il s'agisse de la fatigue, du stress, du manque de temps, de moyens... . On suppose donc que le biais de désirabilité sociale, qui correspond au fait que les personnes valorisent leurs réponses dans le souci de donner la meilleure image possible au sondeur, le sondé a en effet la possibilité de réaliser la prise en charge qu'il juge optimale, ce qu'il ne pourrait atteindre en conditions réelles.

On peut supposer que ce biais ait joué dans certaines sous catégories de participants notamment les internes et les PUPH. Les premiers étant nouvellement diplômés, ont été formatés à répondre à ce genre de questionnaire en format numérique pour l'obtention de leur diplôme de fin de 2ème cycle d'études médicales. Les seconds jouant un rôle important dans l'enseignement et participant à l'élaboration de ce type de questionnaire. Leurs réponses relèveraient donc probablement d'une dimension plus théorique que pratique, ce qui renforcerait là aussi le biais de désirabilité.

4.5.2 Forces

L'absence d'étude similaire retrouvée en France, signe le côté innovant de ce travail, à l'exception près que notre recherche bibliographique ne prétend pas avoir couvert de façon exhaustive toute la littérature à ce sujet ; Nous sommes en effet peut-être passé à côté d'études françaises ayant déjà traité le sujet avec le même angle d'attaque.

Pour le traitement des données , nous avons pu bénéficier d'une analyse des données de grande qualité avec un risque de première intention très acceptable fixé à 5% ($p < 0,05$) ce qui a permis de mettre en évidence la significativité (ou non) de nombreux résultats.

Cette étude s'est voulue la plus exhaustive possible concernant les actes somatiques pouvant être réalisés par les psychiatres, afin de pouvoir en extraire une idée représentative de ce qui se fait en pratique. Cette exhaustivité a cependant pu amoindrir la qualité d'approfondissement des items étudiés.

5 CONCLUSION

5.1 IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Comment les résultats de cette étude, peuvent-ils être utilisés de manière constructive pour améliorer la prévention des troubles somatiques, chez les personnes TPGP, par les psychiatres?

Le Plan Psychiatrie Santé Mentale (PPSM) 2011-2015 (14) (156) et les recommandations HAS (22) (119) proposent des axes d'amélioration allant dans le sens de nos résultats .

5.1.1 Assurer une meilleure coordination du parcours de santé

5.1.1.1 Replacer le médecin généraliste traitant au centre du dispositif de prise en charge des patients TPGP

Tout doit être mis en œuvre pour éviter la rupture entre soins somatiques et psychiques. Cette continuité des soins nécessite la réintégration des patients TPGP dans le parcours de soins centralisé par le médecin traitant (MT).

- Le MT, en lien avec le psychiatre référent, doit surveiller les effets indésirables des traitements, assurer un accès téléphonique direct au psychiatre, coordonner avec le psychiatres des passages d'équipes soignantes pluriprofessionnelles à domicile.
- De son côté, le psychiatre, doit identifier un médecin traitant pour chaque patient, assurer un accès téléphonique direct au médecin traitant, informer systématiquement le MT des soins envisagés, notamment en cas d'hospitalisation. Les admissions et comptes rendus d'hospitalisation seront accompagnés de courriers précisant les traitements et les modalités de retour à domicile. Le psychiatre doit organiser le relai de prise en charge sur le Centre Médico-Psychologique (CMP), et

informer, avec l'accord du patient, l'ensemble des personnes intervenant dans les soins, l'accompagnement social et médico-social.

5.1.1.2 Améliorer la coordination entre les intervenants du soin

- Psychiatre - Médecin traitant
 - Encourager les programmes de développement en réseaux qui ont montré leur efficacité (exemple : **Le programme « Coreso » du CH Le Vinatier**),
 - Développer les lieux d'exercice partagés (type co-location) qui tendent vers le regroupement dans un même lieu d'au-moins deux praticiens ou professionnels de santé. Cela pourrait se faire en augmentant le nombre de psychiatres dans les maisons de santé, en favorisant l'implantation d'équipes de médecins généralistes et d'infirmiers somaticiens dans les CMP ou encore en planifiant l'implantation de cabinets de psychiatres en ville à proximité des cabinets de généralistes (157).
 - Instaurer le dossier médical partagé (DMP) entre Psychiatres et Médecins traitants.
 - Former les psychiatres aux outils de communication modernes (boîtes mails professionnelles, logiciels d'appels téléphoniques et vidéos en ligne) ou encore à l'emploi de messageries (exemple : MonSisra) ou de serveurs communs sécurisés afin de faciliter le suivi des prescriptions lors des transitions Hôpital ↔ ville et des examens complémentaires.
 - Favoriser l'installation de services de liaison médicale et chirurgicale dans les structures psychiatriques (158).
- A l'hôpital, entre les équipes de psychiatrie et somatiques
 - La communication informelle (information donnée au patient, appels téléphoniques, courriers) nécessite un climat de confiance, de réciprocité et bonne-entente. Lorsque ces paramètres ne sont pas présents (Départs/Arrivées de professionnels dans les équipes, tensions, contentieux...) la communication est fragilisée. Il serait donc important d'organiser des rencontres formelles, (exemple : réunions entre équipes

de somatiques et psychiatrie dans les services d'accueil d'urgences ; Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) psychiatres-neurologues...)

5.1.2 Lorsque le psychiatre est seul

En cas d'impossibilité de réintégrer le patient dans le parcours de soins coordonné par le MT (refus, distance géographique...), il serait nécessaire d'établir des protocoles de prise en charge somatique pour étayer les psychiatres, en attendant une reprise de suivi par le MT (12). Cela implique une minimisation des obstacles à la prise en charge somatique par les psychiatres...

5.1.2.1 Fournir les moyens adéquats (matériel, financement)

- Un problème de longue date est la pénurie d'équipements nécessaire à la réalisation d'un ES ou EN (divan d'examen, appareil tensionnel, stéthoscope, balance, toise...) qui prévalent à la fois en ambulatoire et en milieu hospitalier mais qui est clairement inacceptable dans le milieu hospitalier où les soins de santé physique d'un patient sont en fin de compte la responsabilité de l'équipe psychiatrique (159) Si le manque de matériel constitue un réel obstacle à la réalisation de certains actes somatiques, ce problème pourrait être facilement résolu dans les structures hospitalières (intra et extra) et en cliniques en confiant la responsabilité de l'obtention, de la sécurisation et de la maintenance des équipements d'EP à certains membres du personnel et en les vérifiant régulièrement.
- Concernant les praticiens libéraux, notamment ceux en cabinet, la mise en place d'une tarification cotant les actes somatiques semblerait très pertinente pour inciter et améliorer la prise en charge somatique.

5.1.2.2 Accentuer la prise en charge préventive

- Rééquilibrer le rapport médicaments /psychothérapie : Un obstacle majeur étant le prix des séances avec un psychologue, il serait souhaitable de mettre en place le

remboursement des suivis psychologiques en ambulatoire et d'augmenter du nombre de psychologues dans les services intra-hospitaliers.

- Inciter les services des hôpitaux psychiatrique, à mettre en place des programmes de promotion à la santé (psychoéducation, régime alimentaire, promotion de l'activité physique) qui sont associées à une réduction de poids significative, à un indice de masse corporelle réduit, à un tour de taille diminué et à une baisse de la glycémie dans les études (39) (160) et qui permettraient de jouer un rôle stimulant dans la rééducation à la bonne hygiène de vie.
- Accentuer la prise en charge sur l'accompagnement infirmier, sur la réhabilitation psycho-sociale, pour limiter les effets indésirables des traitements et les comorbidités.
- Offrir une aide et un soutien aux familles par l'intermédiaire de programmes de psychoéducation et par la mise en place d'une ligne téléphonique qui leur serait consacrée.

5.1.2.3 Améliorer la formation des psychiatres tout au long de leur cursus

- Améliorer la formation des internes et s'assurer de la formation continue des praticiens tout au long de leur carrière pour les sensibiliser à l'importance de la prise en prévention des comorbidités somatique.
- Pour les internes, favoriser des stages dans les services somatiques (médecine générale, endocrinologie, neurologie, médecine interne) afin d'améliorer la confiance dans les compétences en matière de reconnaissance des troubles graves afin de garantir une prise en charge axée sur la prévention des facteurs de risque somatiques.
- Former les psychiatres à la prévention des facteurs de risque (Examen somatique, neurologique, Hypertension artérielle, diabète...) et superviser ces savoirs théoriques et pratique au cours de la formation afin de garder un niveau de compétence tout au long de la vie.
- Valoriser les formations adéquates (exemple : DIU psychiatrie de liaison et soins somatiques en santé mentale).

5.1.2.4 Travailler sur les représentations des psychiatres

S'il ressort de nombreux obstacles à la prise en charge par les psychiatres, il semble que le principal facteur limitant ne soit ni le manque de temps, ni le manque de matériel, ni l'absence de normes, ni le manque de formation mais bien les représentations des psychiatres concernant leurs représentations (crainte d'un effet thérapeutique négatif et actes considérés hors du champs de compétence des psychiatres).

Cet obstacle semble être une véritable barrière et tant qu'il n'est pas résolu, il met en échec la pleine participation des psychiatres à la réalisation des actes somatiques.

Une formation plus orientée vers la participation des psychiatres aux actes de prévention somatique, permettrait sûrement un changement considérable de leurs représentations et un gain d'espérance de vie majeur pour les patients TPGP.

Pr Olié Jean-Pierre, dans une interview récente s'était exprimé aux sujet des psychiatres (161) : *« Les uns se réfugient derrière le manque de temps et leur ignorance à propos de ces maladies, les autres derrière une soi-disant nécessaire scission entre psychique et somatique. Comme s'il était admissible que quelque médecin se déclare ignorant de pathologies qui touchent plus de 20 % de la population. Comme s'il était admissible que le psychiatre se déclare ou se veuille incompetent pour quelque symptomatologie somatique! ».*

5.2 OUVERTURES

Les nombreuses intrications entre troubles somatiques et psychiatriques, nous forcent à ne plus penser de manière binaire « corpus versus psyché » et concourent à accroître la responsabilité des intervenants en santé mentale, notamment des psychiatres, vers une prise en charge plus holistique. Du fait de leur place privilégiée dans la prise en charge des personnes atteintes de TPGP, une hypothèse envisageable serait de les intégrer à la prise en charge préventive des comorbidités somatiques de ces patients.

Cette enquête nationale, qui a recueilli les opinions des psychiatres dans toutes les sous-spécialités et modes d'exercice, suggère que les spécialistes de la santé mentale se préoccupent de la prise en charge somatique. Pourtant, en pratique, peu de praticiens effectuent les actes de prévention associés, considérant que cela ne sera pas bénéfique aux patients ou encore que cet aspect des soins sorte du cadre de leur fonction.

Si certains des obstacles mis en évidence, telle que la pénurie d'équipement, pourront être facilement résolus, les représentations des psychiatres ou l'atrophie des compétences nécessiteront des restructurations, notamment de la formation, sur le long terme. Des recherches et des audits supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si la résolution de ces obstacles améliorerait la prise en charge somatique des patients TPGP par les psychiatres.

BIBLIOGRAPHIE

1. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *L'Encéphale*. sept 2009;35(4):330-9.
2. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull*. 17 oct 2018;44(6):1195-203.
3. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. juin 2014;13(2):153-60.
4. INSEE, Institut national des statistiques et des études économiques. *Espérance de vie - Mortalité. Tableaux de l'économie française. 2020^e éd. 2020. 32-33 p.* (Insee références).
5. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*. 21 mai 2013;346(may21 1):f2539-f2539.
6. Bitter I, Czobor P, Borsi A, Fehér L, Nagy BZ, Bacskai M, et al. Mortality and the relationship of somatic comorbidities to mortality in schizophrenia. A nationwide matched-cohort study. *Eur Psychiatry*. sept 2017;45:97-103.
7. Lawrence D, Kisely S. Review: Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol (Oxf)*. nov 2010;24(4_suppl):61-8.
8. Dervaux A, Laqueille X. Tabagisme et comorbidités psychiatriques. *Presse Médicale*. déc 2016;45(12):1133-40.
9. Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie : aspects thérapeutiques. 2007;4.
10. Dipasquale S. The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. *J Psychiatr Res*. 2013;11.
11. Simard PA. Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale. 2011;19(4):4.
12. FFP-CNPP, Fédération Française de Psychiatrie-Conseil Nationale Conseil National Professionnel - Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique [Internet]. [cité le 07 février 2020]. Disponible sur: http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf.
13. Waern M. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ*. 8 juin 2002;324(7350):1355-1355.

14. HCSP, Haut Conseil de la Santé Publique. Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. [internet]. [cité le 23 avril 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>. :54-5.
15. Loi n°2011-803 du 5 Juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leurs prises en charge | Legifrance [internet]. [cité le 17 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/7/5/ETSX1117295L/jo/texte>.
16. Murray J, Baillon S. Case series of physical examinations on psychiatric inpatients: Influence of a structured form on the quality of documentation. *J Ment Health*. oct 2013;22(5):428-38.
17. Pettipher A, Ovens R. The psychiatric inpatient physical health assessment sheet (PIPHAS): a useful tool to improve the speed, efficiency, and documentation of physical examination in new psychiatric inpatients. *BMJ Qual Improv Rep*. 2015;4(1):u206294.w2558.
18. Krebs M-O, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, INSERM - Schizophrénie -[Internet]. [cité le 15 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrénie#:~:text=L'adolescence%2C%20p%C3%A9riode%20critique%20de,formes%20plus%20pr%C3%A9coces%20et%20invalidantes>.
19. Haute Autorité de Santé - Troubles bipolaires - Note de cadrage- Saint-Denis la Plaine: HAS; 2014. p6 [Internet]. [cité le 26 Juillet 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf.
20. Debaty E. Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques: étude qualitative des pratiques et des besoins des médecins généralistes marseillais. 2018;89.
21. Neveu N, Psychiatre à Paris, Membre du Collège National Professionnel de Psychiatrie , Vice-Président de la Commission d'évaluation des Psychothérapies - Prise en charge psy; Rôle des différents professionnels psy- [internet]. [cité le 16 mai 2020]. Disponible sur: <https://e-psychiatrie.fr/>.
22. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf.
23. Pillot-meunier F; Gelas Ample B; Fau L et al. Etablissement public de santé spécialisé en psychiatrie et santé mentale sur Lyon et l'Est lyonnais. CoReSo : Consultation et réseau somatique Centre Hospitalier Le Vinatier. [internet]. [cité le 28 août 2020].

Disponible sur: http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Documents/03_le_vinatier/organisation/organisation_polaire/190930_FIOPsy_Candidature_CoReSo.pdf.

24. Montariol P, Guillard M, Bollengier O, Escaffre-Groussard N, Hallouche N, Petitdemange M, et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *Inf Psychiatr*. 2006;82(10):793.
25. Willemsen C. Santé somatique en psychiatrie : une priorité. :2.
26. Carroy J, Ohayon A, Plas R, et al. CNLE, Conseil National de Lutte contre l'Exclusion et la Pauvreté. Histoire de la psychologie, le XIXe siècle, la loi de 1838 et l'« aliéniste ». *La Découverte. Grands repères*. 2006; p21. [internet]. [cité le 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html#nh1>.
27. Lopez A, Turan-Pelletier G, et al. Inspection générale des Affaires Sociales. Rapport IGAS: Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 -Tome 2- N°2017-064R. 2017; 7-19.
28. Coldefy M. De l'asile à la ville: une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France. :520.
29. Willemsen C. Santé somatique en psychiatrie : une priorité, *Santé Mentale*, n°185. fev 2014;2.
30. Motreff DP. Facteurs de risque cardio-vasculaire. 2005;7.
31. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. juill 2005;76(2-3):135-57.
32. Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R, Bramness JG, Reichborn-Kjennerud T, Næss Ø, et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. Chang C-K, éditeur. *PLOS ONE*. 23 août 2018;13(8):e0202028.
33. Sánchez-Mora N., Medina O., Francisconi B., Risk factors for respiratory disease in chronic psychiatric in patients_ *Eur. J. Psychiatr*. Vol. 21, N.° 3, (212-219) 2007.
34. Chen LY, Hung YN, Chen YY, Yang SY, Pan CH, Chen CC, et al. Cancer incidence in young and middle-aged people with schizophrenia: nationwide cohort study in Taiwan, 2000–2010. *Epidemiol Psychiatr Sci*. avr 2018;27(2):146-56.
35. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Benabarre A, Florez G, Bascaran MT, Díaz EM, et al. Impact of substance use on the physical health of patients with bipolar disorder: Substance use and physical health in bipolar patients. *Acta Psychiatr Scand*. 5 nov 2009;121(6):437-45.

36. Maayan L, Correll CU. Management of antipsychotic-related weight gain. *Expert Rev Neurother.* juill 2010;10(7):1175-200.
37. Ryan MCM, Collins P, Thakore JH. Impaired Fasting Glucose Tolerance in First-Episode, Drug-Naive Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* févr 2003;160(2):284-9.
38. Stokes C, Peet M. Short Communication. *Nutr Neurosci.* août 2004;7(4):247-9.
39. Vancampfort D, Guelinckx H, De Hert M, Stubbs B, Soundy A, Rosenbaum S, et al. Reliability and clinical correlates of the Astrand–Rhyming sub-maximal exercise test in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatry Res.* déc 2014;220(3):778-83.
40. Gignoux-Froment F, de Montleau F, Saravane D, Verret C. Évaluation de la prescription d'antipsychotiques en médecine générale : conséquences métaboliques. *L'Encéphale.* déc 2012;38(6):453-9.
41. Stubbs B, Chen L-J, Chung M-S, Ku P-W. Physical activity ameliorates the association between sedentary behavior and cardiometabolic risk among inpatients with schizophrenia: A comparison versus controls using accelerometry. *Compr Psychiatry.* avr 2017;74:144-50.
42. Schmitt A, Maurus I, Falkai P. Effects of Aerobic Exercise on Metabolic Syndrome, Cardiorespiratory Fitness, and Symptoms in Schizophrenia Include Decreased Mortality. :15.
43. Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K, van Winkel R, Yu W, De Hert M. Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities in Schizophrenia and Related Disorders—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull.* mars 2013;39(2):306-18.
44. Vaillat C, Védie C, Azorin J-M. Mort subite, antipsychotiques et schizophrénie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2011;169(4):269-75.
45. Lagrange F. Bibliothèque. *Pharm Hosp Clin.* sept 2015;50(3):364-5.
46. Bottai T, Quintin P, Perrin E. Antipsychotics and the risk of diabetes: A general data review. *Eur Psychiatry.* déc 2005;20(S4):S349-57.
47. Dixon LB, Kreyenbuhl JA, Dickerson FB, Donner TW, Brown CH, Wolheiter K, et al. A Comparison of Type 2 Diabetes Outcomes Among Persons With and Without Severe Mental Illnesses. *Psychiatr Serv.* août 2004;55(8):892-900.
48. van Winkel R, van Os J, Celic I, Van Eyck D, Wampers M, Scheen A, et al. Psychiatric Diagnosis as an Independent Risk Factor for Metabolic Disturbances: Results From a Comprehensive, Naturalistic Screening Program. *J Clin Psychiatry.* 15 août 2008;69(8):1319-27.

49. Sernyak MJ, Leslie DL, Alarcon RD, Losonczy MF, Rosenheck R. Association of Diabetes Mellitus With Use of Atypical Neuroleptics in the Treatment of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. avr 2002;159(4):561-6.
50. Dickerson FB, Goldberg RW, Brown CH, Kreyenbuhl JA, Wohlheiter K, Fang L, et al. Diabetes Knowledge Among Persons With Serious Mental Illness and Type 2 Diabetes. *Psychosomatics*. sept 2005;46(5):418-24.
51. Bushe C, Holt R. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. avr 2004;184(S47):s67-71.
52. Van Gaal LF. Long-term health considerations in schizophrenia: Metabolic effects and the role of abdominal adiposity. *Eur Neuropsychopharmacol*. sept 2006;16:S142-8.
53. DelMonte MT, Bostwick JR, Bess JD, Dalack GW. Evaluation of a computer-based intervention to enhance metabolic monitoring in psychiatry inpatients treated with second-generation antipsychotics: Computer-based intervention to enhance metabolic monitoring. *J Clin Pharm Ther*. déc 2012;37(6):668-73.
54. Lefebvre N, Chéreau I, Schmitt A, Llorca P-M. Comorbidités somatiques chez les patients souffrant de schizophrénie traitée. Recommandations actuelles. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mars 2006;164(2):159-64.
55. McCreadie R, Macdonald E, Blacklock C, Tilak-Singh D, Wiles D, Halliday J, et al. Dietary intake of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland: case-control study. *BMJ*. 19 sept 1998;317(7161):784-5.
56. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry*. sept 2009;24(6):412-24.
57. Allison DB, Chandler LP, Infante MC. Antipsychotic-Induced Weight Gain: A Comprehensive Research Synthesis. *Am J Psychiatry*. 1999;11.
58. McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, Nelson EB, Keck PE, Nemeroff CB. Are Mood Disorders and Obesity Related? A Review for the Mental Health Professional. *J Clin Psychiatry*. 15 mai 2004;65(5):634-51.
59. Mitchell AJ, Vancampfort D, De Herdt A, Yu W, De Hert M. Is the Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities Increased in Early Schizophrenia? A Comparative Meta-Analysis of First Episode, Untreated and Treated Patients. *Schizophr Bull*. 1 mars 2013;39(2):295-305.
60. Correll CU, Robinson DG, Schooler NR, Brunette MF, Mueser KT, Rosenheck RA, et al. Cardiometabolic Risk in Patients With First-Episode Schizophrenia Spectrum Disorders: Baseline Results From the RAISE-ETP Study. *JAMA Psychiatry*. 1 déc 2014;71(12):1350.

61. Février R, Bryssine S, Valon D, et al. Comorbidités somatiques en psychiatrie, Santé mentale, n°90, Septembre 2004, p.29-35.
62. Oud MJ, Meyboom-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. BMC Fam Pract. déc 2009;10(1):32.
63. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. :2.
64. Chaumartin DN, Baumann-Coblentz DL, Cornet PP, Ferreri DF, Biour DM, Chaumartin DN. Freins à la déclaration du médecin traitant chez les patients présentant une maladie mentale sévère : Enquête qualitative auprès de patients hospitalisés en psychiatrie. :106.
65. Kane JM. Creating a Health Care Team to Manage Chronic Medical Illnesses in Patients With Severe Mental Illness: The Public Policy Perspective. :1.
66. Vial-Cholley É. Les troubles psychiatriques et les pathologies somatiques. :1.
67. Phelan M, Stradins L, Morrison S. Physical health of people with severe mental illness. BMJ. 24 févr 2001;322(7284):443.
68. Marchand S, Saravane, Djéa, Gaumond, Isabelle, Grignon, S. Santé mentale et douleur: composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale. Springer. Vol. Schizophrénie et douleur: une perspective psychiatrique. 2016. (242):129-139.
69. Goldman LS. Medical Illness in Patients With Schizophrenia. :1.
70. Gold KJ, Kilbourne AM, Valenstein M. Primary Care of Patients With Serious Mental Illness: Your Chance to Make a Difference. :1.
71. Kahn J-P. Comorbidités et troubles bipolaires. L'Encéphale. août 2006;32(4):511-4.
72. Beysens M. Quel suivi cardiométabolique des patients traités par antipsychotiques: Enquête menée auprès des généralistes et des psychiatres du Poitou-Charente. [Thèse d'exercice]. [France]. Université de Poitiers; Faculté de Médecine et Pharmacie, 2012.
73. Tandon R, Belmaker RH, Gattaz WF, Lopez-Ibor JJ, Okasha A, Singh B, et al. World Psychiatric Association Pharmacopsychiatry Section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia. Schizophr Res. mars 2008;100(1-3):20-38.
74. Legrand G, Tauveron I, Tourtauchaux R, Vaille-Perret E, Jalenques I. Diabète chez le patient souffrant de schizophrénie et vieillissement. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. août 2009;167(6):471-5.

75. Chabroux S, Haffen E, Penfornis A. Diabète et antipsychotiques de seconde génération. *Ann Endocrinol.* sept 2009;70(4):202-10.
76. Biotteau M, Receveur-Doucet C, Suzanne I, Gaillard P, Camus V. Troubles métaboliques induits par les neuroleptiques atypiques : revue de littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2008;166(2):93-101.
77. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet.* janv 2009;373(9657):31-41.
78. Patel JK, Buckley PF, Woolson S, Hamer RM, McEvoy JP, Perkins DO, et al. Metabolic profiles of second-generation antipsychotics in early psychosis: Findings from the CAFE study. *Schizophr Res.* juin 2009;111(1-3):9-16.
79. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *N Engl J Med.* 22 sept 2005;353(12):1209-23.
80. Haddad PM, Anderson IM. Antipsychotic-Related QTc Prolongation, Torsade de Pointes and Sudden Death: Drugs. 2002;62(11):1649-71.
81. Bezy O, Dufлот E, et al. AFSOS, Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support. Troubles psychotiques en cancérologie.2014. [internet]. Disponible sur: https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/Troubles_psychotiques_AFSOS.pdf.
82. Irwin KE, Henderson DC, Knight HP, Pirl WF. Cancer care for individuals with schizophrenia: Cancer Care for Schizophrenia. *Cancer.* 1 févr 2014;120(3):323-34.
83. De Hert M, Peuskens J, Sabbe T, Mitchell AJ, Stubbs B, Neven P, et al. Relationship between prolactin, breast cancer risk, and antipsychotics in patients with schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatr Scand.* janv 2016;133(1):5-22.
84. Ishikawa H, Yasunaga H, Matsui H, Fushimi K, Kawakami N. Differences in cancer stage, treatment and in-hospital mortality between patients with and without schizophrenia: retrospective matched-pair cohort study. *Br J Psychiatry.* mars 2016;208(3):239-44.
85. Nielsen J, Meyer JM. Risk Factors for Ileus in Patients with Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1 mai 2012;38(3):592-8.
86. Tueth MJ, Murphy TK, Evans DL. Special Considerations: Use of Lithium in Children, Adolescents, and Elderly Populations. :1.
87. Malhi GS, Tanious M. Optimal Frequency of Lithium Administration in the Treatment of Bipolar Disorder: Clinical and Dosing Considerations. *CNS Drugs.* avr 2011;25(4):289-98.

88. Macritchie KA, Geddes JR, Scott J, Haslam DR, Goodwin GM. Valproic Acid, Valproate and Divalproex in the Maintenance Treatment of Bipolar Disorder. :2.
89. Smith LA, Cornelius V, Warnock A, Tacchi MJ, Taylor D. Pharmacological interventions for acute bipolar mania: a systematic review of randomized placebo-controlled trials. *Bipolar Disord.* sept 2007;9(6):551-60.
90. Calabrese JR, Bowden CL, Sachs GS, Ascher JA, Monaghan E, Rudd GD, et al. A Double-Blind Placebo-Controlled Study of Lamotrigine Monotherapy in Outpatients With Bipolar I Depression. *J Clin Psychiatry.* 15 févr 1999;60(2):79-88.
91. Calabrese JR, Sullivan JR, Bowden CL, Suppes T, Goldberg JF, Shelton MD, et al. Rash in Multicenter Trials of Lamotrigine in Mood Disorders: Clinical Relevance and Management. :1.
92. Abadie D, Rousseau V, Logerot S, Cottin J, Montastruc J-L, Montastruc F. Serotonin Syndrome: Analysis of Cases Registered in the French Pharmacovigilance Database. *J Clin Psychopharmacol.* juin 2015;1.
93. Druss BG. Improving Medical Care for Persons With Serious Mental Illness: Challenges and Solutions. :1.
94. Howard LM, Barley EA, Davies E, Rigg A, Lempp H, Rose D, et al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *Lancet Oncol.* août 2010;11(8):797-804.
95. Aggarwal A, Pandurangi A, Smith W. Disparities in Breast and Cervical Cancer Screening in Women with Mental Illness. *Am J Prev Med.* avr 2013;44(4):392-8.
96. Horvitz-Lennon M, Kilbourne AM, Pincus HA. From Silos To Bridges: Meeting The General Health Care Needs Of Adults With Severe Mental Illnesses. *Health Aff (Millwood).* mai 2006;25(3):659-69.
97. Cabaret W. L'accès aux soins somatiques pour les patients suivis en psychiatrie. :1.
98. Kisely S, Campbell LA, Wang Y. Treatment of ischaemic heart disease and stroke in individuals with psychosis under universal healthcare. *Br J Psychiatry.* déc 2009;195(6):545-50.
99. Druss BG. Mental Disorders and Use of Cardiovascular Procedures After Myocardial Infarction. *JAMA.* 26 janv 2000;283(4):506.
100. Kisely S, Smith M, Lawrence D, Cox M, Campbell LA, Maaten S. Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures. *Can Med Assoc J.* 13 mars 2007;176(6):779-84.

101. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic Hospital Contacts, Invasive Cardiac Procedures, and Mortality From Heart Disease in Patients With Severe Mental Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juill 2009;66(7):713.
102. Huang H-K, Wang Y-W, Hsieh J-G, Hsieh C-J. Disparity of end-of-life care in cancer patients with and without schizophrenia: A nationwide population-based cohort study. *Schizophr Res*. mai 2018;195:434-40.
103. Carney CP, Jones LE. The influence of type and severity of mental illness on receipt of screening mammography. *J Gen Intern Med*. oct 2006;21(10):1097-104.
104. Xiong GL, Bermudes RA, Torres SN, Hales RE. Use of Cancer-Screening Services Among Persons With Serious Mental Illness in Sacramento County. *Psychiatr Serv*. août 2008;59(8):929-32.
105. Hennekens CH. Increasing Burden of Cardiovascular Disease: Current Knowledge and Future Directions for Research on Risk Factors. *Circulation*. 24 mars 1998;97(11):1095-102.
106. Cooke BK, Magas LT, Virgo KS, Feinberg B, Adityanjee A, Johnson FE. Appendectomy for appendicitis in patients with schizophrenia. *Am J Surg*. janv 2007;193(1):41-8.
107. Bradford DW, Kim MM, Braxton LE, Marx CE, Butterfield M, Elbogen EB. Access to Medical Care Among Persons With Psychotic and Major Affective Disorders. *Psychiatr Serv*. août 2008;59(8):847-52.
108. Bohn I, Aubert JP. Evaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants [Thèse d'exercice]. [Paris 7, France]. Université Paris Diderot; Faculté de médecine; 2008. :(81).
109. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, 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*. juin 2011;10(2):138-51.
110. Gold KJ, Kilbourne AM, Valenstein M. Primary Care of Patients With Serious Mental Illness: Your Chance to Make a Difference. :1.
111. Kisely S, Smith M, Lawrence D, Maaten S. Mortality in individuals who have had psychiatric treatment: Population-based study in Nova Scotia. *Br J Psychiatry*. déc 2005;187(6):552-8.
112. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. nov 2007;116(5):317-33.
113. CNAM, Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019.

- [internet]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf>.
114. Carpin J. Décompensation du patient psychotique nécessitant une intervention du Smur: profil du patient et place du médecin généraliste dans le parcours de soins. :109.
 115. Bellamy R, t C. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. 2004;12.
 116. Bouvet M, Soual H. Coordonné par Hélène Soual. :212.
 117. Chevreur K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. Eur Neuropsychopharmacol 2013;23(8):879-86.
 118. Coldefy M. La prise en charge de la santé mentale. :316.
 119. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte, prise en charge médicale de premier recours .Recommandations de bonnes pratiques. Saint-Denis la Plaine; HAS 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf.
 120. Cormac I, Brown A, Creasey S, Ferriter M, Huckstep B. A retrospective evaluation of the impact of total smoking cessation on psychiatric inpatients taking clozapine. Acta Psychiatr Scand. mai 2010;121(5):393-7.
 121. Yeh H-C. Smoking, Smoking Cessation, and Risk for Type 2 Diabetes Mellitus: A Cohort Study. Ann Intern Med. 5 janv 2010;152(1):10.
 122. Haute Autorité de Santé. Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandations de bonnes pratiques. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2017_Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf.
 123. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
 124. Siegrist S, Etienne A. PPAC (programme personnalisé de l'après-cancer) : qu'en pensent les médecins traitants ? Oncologie. avr 2016;18(2-3):160-6.
 125. Ministère des solidarités et de la santé_Données data.Drees_Effectifs des médecins français par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge_année 2018_Disponible sur:http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,514.

126. Younès N, Hardy-Bayle M, Falissard B, Kovess V, Chaillet M, Gasquet I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health*. déc 2005;5(1):104.
127. Meton N. Troubles mentaux et comorbidités somatiques. Quelle prise en charge aux urgences générales? Etude transversale à partir d'un questionnaire auprès des internes en médecine et urgentistes sur le territoire Français. :130.
128. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):311.
129. Lepierre M. Surveillance biologique du syndrome métabolique après initiation d'un traitement par antipsychotique. Etude à partir de données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]. Université de Nantes. Faculté de médecine; 2018.
130. Baillon S, Murray J. A national survey of psychiatrists' attitudes towards the physical examination*. *J Ment Health*. 11 janv 2019;1-7.
131. ATIH, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Psychiatrie chiffres clés 2019. [internet]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2018.pdf.
132. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Etat des lieux. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2013. Disponibles sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf.
133. Sebbane D. Les internes de psychiatrie vus par leurs confreres : juges de pres mais prejuges... 2015;91:11.
134. AESP, Association Enseignement Sémiologie Psychiatrie. Examen neurologique standardisé en psychiatrie. [internet]. Disponible sur: http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2019/02/examen_neurologique_V2.pdf.
135. Cotes RO, de Nesnera A, Kelly M, Orsini K, Xie H, McHugo G, et al. Antipsychotic Cardiometabolic Side Effect Monitoring in a State Community Mental Health System. *Community Ment Health J*. août 2015;51(6):685-94.
136. Newcomer JW, Nasrallah HA, Loebel AD. The Atypical Antipsychotic Therapy and Metabolic Issues National Survey: Practice Patterns and Knowledge of Psychiatrists. *J Clin Psychopharmacol*. oct 2004;24:S1-6.
137. Morrato EH, Newcomer JW, Kamat S, Baser O, Harnett J, Cuffel B. Metabolic Screening After the American Diabetes Association's Consensus Statement on Antipsychotic Drugs and Diabetes. *Diabetes Care*. 1 juin 2009;32(6):1037-42.

138. Sugawara N, Sagae T, Yasui-Furukori N, Yamazaki M, Shimoda K, Mori T, et al. Effects of nutritional education on weight change and metabolic abnormalities among patients with schizophrenia in Japan: A randomized controlled trial. *J Psychiatr Res.* févr 2018;97:77-83.
139. Holt RIG, Pendlebury J, Wildgust HJ, Bushe CJ. Intentional Weight Loss in Overweight and Obese Patients With Severe Mental Illness: 8-Year Experience of a Behavioral Treatment Program. *J Clin Psychiatry.* 15 juin 2010;71(06):800-5.
140. Lemogne C. Troubles mentaux et perte de chances en soins somatiques. *Eur Psychiatry.* nov 2014;29(S3):572-3.
141. Gervais J, Haour G, Michel M, Chevreul K. Troubles mentaux et comorbidités somatiques : retard à la prise en charge, sévérité et coûts associés. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* mai 2017;65:S79.
142. Saravane D, Durand B, Caria A, Loubières C, Soins somatiques en psychiatrie, [internet], consulté le 12 décembre 2019. Disponible sur: www.psycom.org.
143. Debaty E. Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques: étude qualitative des pratiques et des besoins des médecins généralistes marseillais. 2018;89.
144. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators*, Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* juin 2004;109(s420):21-7.
145. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract.* déc 2005;6(1):18.
146. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):359.
147. Wenghofer E, Williams A, Klass D. Factors Affecting Physician Performance: Implications for Performance Improvement and Governance. *Healthc Policy Polit Santé.* 17 nov 2009;5(2):e141-60.
148. Cash E, Cash R, Dupilet C, Pinilo M, Richard T. Enquête qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins. :144.
149. Durbin J, Barnsley J, Finlayson B, Jaakkimainen L, Lin E, Berta W, et al. Quality of Communication Between Primary Health Care and Mental Health Care: An Examination of Referral and Discharge Letters. *J Behav Health Serv Res.* oct 2012;39(4):445-61.

150. Blanner Kristiansen C, Juel A, Vinther Hansen M, Hansen AM, Kilian R, Hjorth P. Promoting physical health in severe mental illness: patient and staff perspective. *Acta Psychiatr Scand.* déc 2015;132(6):470-8.
151. Hardy S, White J, Deane K, Gray R. Educating healthcare professionals to act on the physical health needs of people with serious mental illness: a systematic search for evidence: Educating staff about physical health in SMI. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* oct 2011;18(8):721-7.
152. Sernyak MJ. Implementation of monitoring and management guidelines for second-generation antipsychotics. :1.
153. Cunningham CT, Quan H, Hemmelgarn B, Noseworthy T, Beck CA, Dixon E, et al. Exploring physician specialist response rates to web-based surveys. *BMC Med Res Methodol.* déc 2015;15(1):32.
154. Groves RM, Peytcheva E. The Impact of Nonresponse Rates on Nonresponse Bias: A Meta-Analysis. *Public Opin Q.* 2 mai 2008;72(2):167-89.
155. Livingston EH. Minimum Response Rates for Survey Research. *Arch Surg.* 1 févr 2012;147(2):110.
156. Plan Psychiatrie et Sante Mentale 2011-2015, PPSM, [internet]; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf.
157. Afrite A, Mousquès J. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. 2014;8.
158. Davies M. Towards the development of a reciprocal liaison service: A survey of attitudes. *Psychiatr Bull.* oct 2000;24(10):379-81.
159. Greenstone H, Burlingham A. Where's that stethoscope? A survey of psychiatrists' attitudes to their role in managing physical health. *J Ment Health Train Educ Pract.* 12 févr 2020;15(3):141-55.
160. Scheewe TW, Backx FJG, Takken T, Jörg F, van Strater ACP, Kroes AG, et al. Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.* juin 2013;127(6):464-73.
161. Olié J-P, Les pathologies somatiques des malades mentaux : notre responsabilité, MACSF RESPONSABILITE N°76 Mars 2020 [internet]; cité le 17 Juillet 2020; Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/pathologies-somatiques-malades-mentaux>.

ANNEXES

Annexes 1 : Mail d'invitation aux psychiatres

Annexes 2 : Questionnaire Google Form©

Annexes 3 : Demande d'autorisation

ANNEXE 1- MAIL D'INVITATION

Cher futur confrère, chère future consœur,

Je m'appelle Marie TROUVE, je suis interne en psychiatrie (7e semestre) à Marseille. Dans le cadre de ma thèse, je souhaiterais vous inviter à participer à mon enquête nationale que je réalise chez tous les psychiatres, pédopsychiatres, psychiatres addictologues et les internes en psychiatrie de France.

Titre de l'étude : « Etude de la prise en charge, à titre préventif, des troubles somatiques associés aux troubles psychiatriques graves et persistants, par les psychiatres de France : Etat des lieux et Obstacles" »

Pour participer à l'enquête nationale, cliquez sur le **lien bleu ci-dessous** :



20 questions ,  7 minutes

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSffve_93axJoHuTFM7gHfh0dnUnCP2hlzjnFD48QTHLNzXMLw/viewform?usp=sf_link

L'ENQUÊTE NATIONALE

-Informations-

Toute participation à l'enquête se fait sur la base du volontariat. En acceptant de répondre au questionnaire vous acceptez que vos réponses soient utilisées anonymement pour l'analyse statistique et publiées dans les résultats de mon enquête finale.

Description : Enquête épidémiologique observationnelle et descriptive transversale

Directrice de thèse : Dr RICHIERI (PU-H à l'AP-HM)

Date de soutenance : 14 Octobre 2020



Contexte

La littérature montre que les patients avec des **Troubles Psychiatriques Graves et Persistants** (TPGP= Schizophrénie, troubles bipolaires) ont une espérance de vie diminuée de 15 à 20 ans par rapport à la population générale, en lien avec un taux de comorbidités somatiques plus élevé. Les études montrent pourtant que de nombreux patients TPGP restent sans suivi médical par un médecin généraliste. A défaut de médecin traitant, il incombe donc, au spécialiste de la maladie mentale, de prendre le relai de la coordination de la prise en charge globale, incluant les troubles somatiques, le temps de pouvoir réorienter le patient vers un confrère généraliste.



Objectifs

Faire un état des lieux et mettre en évidence d'éventuels obstacles à la réalisation des actes somatiques préventifs par les psychiatres, tout au long de leur cursus.



Méthodes

Population d'étude: Tous internes en psychiatrie, les psychiatres, les pédopsychiatres les addictologues, de l'hospitalier, du libéral et du médico-social exerçants en France métropole et outre-mer

Objectif d'échantillonnage : 2000 réponses attendues pour inclure 15% de la population totale des psychiatres exerçants

Questionnaire en ligne: 20 items, réalisé avec l'application « Google Forms »; Les réponses sont anonymes. Contacter moi pour recevoir le format papier si vous n'arrivez pas à l'ouvrir.



Merci chaleureusement pour votre participation !



MERCI de m'aider à diffuser le questionnaire autour de vous en France.

Marie TROUVE

Interne en psychiatrie

Des Questions, des critiques ? Envoyez-les-moi !

@: mariegenevieve@gmail.com

ANNEXE 2- QUESTIONNAIRE

Étude sur la prise en charge à titre préventif des troubles somatiques par les psychiatres

La participation à ce questionnaire est basée sur la base du volontariat.

En y participant, vous donnez votre accord explicite pour que les résultats issus de cette enquête soient publiés de manière anonyme dans mon travail de thèse final le 14 Octobre 2020.

Pour toutes questions supplémentaires, merci de m'envoyer un mail:

mariegenevieve@gmail.com.

Ce questionnaire questionne la réalisation des actes somatiques à titre préventif (examen somatique) par les psychiatres dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de troubles sévères et chroniques (Schizophrénie et Troubles Bipolaires).

* Required

I-PRÉSENTATION

1. 1) DANS QUELLE REGION VIVEZ-VOUS? *

Mark only one oval.

- ANTILLES
- AUVERGNE-RHONE-ALPES
- BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE
- BRETAGNE
- CENTRE-VAL DE LOIRE
- CORSE
- GRAND-EST (ALSACE CHAMPAGNE ARDENNE LORRAINE)
- HAUTS-DE-FRANCE (NORD PAS-DE-CALAIS PICARDIE)
- ILE-DE-FRANCE
- NORMANDIE
- NOUVELLE AQUITAINE (AQUITAINE-LIMOUSIN POITOU-CHARENTE)
- OCCITANIE (LANGUEDOC-ROUSSILLON MIDI-PYRÉNÉES)
- OCÉAN INDIEN
- PAYS DE LA LOIRE
- PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR
- REUNION

2. 2) VOUS ÊTES: *

Mark only one oval.

Un Homme

Une Femme

3. 3) QUEL ÂGE AVEZ-VOUS? (années) *

4. 4) VOTRE SPÉCIALITÉ PRINCIPALE? *

Mark only one oval.

Psychiatrie générale

Pédopsychiatrie

Addictologie

Structure médico-sociale

Other: _____

5. 5) OÙ EXERCEZ-VOUS? (plusieurs réponses possibles) *

Check all that apply.

À L'HÔPITAL PUBLIC en unité d'hospitalisation

À L'HÔPITAL PUBLIC: Consultations, CMP, CSAPPA, HDJ...

EN LIBÉRAL en cabinet privé

EN LIBÉRAL en clinique privée

Structure médico-sociale

Other: _____

6. 5-a) Si vous travaillez à L'HÔPITAL, quel est votre grade? (réponse facultative)

Mark only one oval.

- Interne *Skip to question 8*
- Assistant/ chef de clinique *Skip to question 9*
- Praticien Hospitalier (PH) *Skip to question 9*
- PH Universitaire, PU-PH, Maitre de Conférence Universitaire (MCU)
Skip to question 9

7. 5-b) Si vous travaillez dans le LIBÉRAL, vous êtes: (réponse facultative)

Mark only one oval.

- En secteur 1
- En Secteur 2

Untitled Section

8. Optionnelle : Si vous êtes interne en psychiatrie, précisez en QUEL SEMESTRE vous êtes:

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
1er semestre	<input type="radio"/>	8e semestre							

II- REPRÉSENTATIONS DES PSYCHIATRES PAR LES PSYCHIATRES

9. Concernant vos représentations personnelles sur la psychiatrie, les psychiatres, la psychée... *

Mark only one oval per row.

	Totalement d'accord	D'accord	Pas d'accord	Absolument pas d'accord
Le psychiatre se doit d'être avant tout un bon médecin généraliste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le psychiatre est exclusivement le spécialiste des dysfonctionnements chimiques du cerveau, lesquels entraînent la production d'un dysfonctionnement de la pensée et du fonctionnement de la personne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dysfonctionnement chimique du cerveau est en lien étroit avec le fonctionnement des autres organes: la psychiatrie est donc une discipline systémique au même rang que la médecine interne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le psychiatrie est une discipline purement scientifique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La psychiatrie est une discipline différente des autres spécialités médicales car elle permet d'aborder le soma avec d'autres outils (thérapies...) que ceux habituellement employés (stéthoscope, otoscope...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La psychiatrie est la spécialité s'intéressant à la psychée humaine c'est à dire à l'ensembles des manifestations conscientes et inconscientes du cerveau humain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les médicaments psychotropes ont des effets secondaires somatiques donc tout psychiatre qui en prescrit doit garder un minimum de connaissances somatiques théoriques et pratiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. 1) En général dans votre pratique quotidienne en tant que psychiatre, QUEL(S) OUTIL(S) THÉRAPEUTIQUE(S) utilisez-vous pour la prise en charge des patients sévères et chroniques? *

Mark only one oval per row.

	OUI	NON	PARFOIS
La prescription de traitements psychotropes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La thérapie cognitivo-comportementale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La psychanalyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'hypnose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Techniques de neuro-stimulation (rTMS, ECT...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La thérapie familiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compléments alimentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'activité physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuncture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homéopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. 2) Dans votre pratique quotidienne, quel(s) acte(s) somatiques êtes-vous amenés à réaliser EN PERSONNE dans le cadre de la prise en charge des patients sévères et chroniques? *

Mark only one oval per row.

	OUI	PARFOIS	NON
Peser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réaliser un Examen somatique (Peser, prendre la tension artérielle, mesurer le pourtour abdominal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réaliser un examen physique neurologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépister un Syndrome Métabolique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promouvoir l'arrêt du tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre en charge une dépendance au tabac (à l'aide de médicament ou d'une thérapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépister un trouble de l'usage à l'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre en charge un trouble de l'usage à l'alcool (à l'aide de médicaments ou d'une thérapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépister et prendre en charge un trouble de l'usage à d'autres substances (cannabis, cocaïne, héroïne, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promouvoir la pratique d'une activité physique: apports de conseils, exercices spécifiques...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discuter de l'hygiène alimentaire, apporter des conseils diététiques et nutritionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépister les infections sexuellement transmissibles (VIH, VHB, VHC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. 3) En général, à quelle fréquence prescrivez-vous les examens complémentaires suivants dans le cadre de la surveillance de vos prescriptions de neuroleptiques? *

Check all that apply.

	Au premier RDV	Toutes les semaines	Tous les mois	Tous les 3 mois	Tous les ans	Si point d'appel somatique	Jamais
Un bilan sanguin standard (avec au moins glycémie et recherche d'une anomalie lipidique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Recherche de toxiques urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Recherche d'infections sexuellement transmissibles (VIH, VHB, VHC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Prescription d'ECG (électrocardiogramme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Prescription d'EEG (électroencéphalogramme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Prescription d'Imagerie cérébrale (IRM ou SCANNER)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

13. 4) En tant que psychiatre, lorsque vous avez connaissance qu'un de vos patients sévères et chroniques n'a pas de médecin traitant: QUELLE CONDUITE ADOPTEZ-VOUS en général dans cette situation? (plusieurs réponses possibles)

*

Check all that apply.

- Vous assurez intégralement son suivi somatique (actes somatiques ET prescriptions médicamenteuses somatiques)
- Vous assurez uniquement les actes somatiques ET déléguez les prescriptions médicamenteuses somatiques
- Vous ne faites que le renouvellement des ordonnances de traitements somatiques si besoin
- Vous réajustez régulièrement les prescriptions somatiques (modifications des posologies, changements de traitements anti-hypertenseurs, anti-diabétiques, ...) si nécessaire
- Vous prescrivez des examens complémentaires en cas de plaintes ou points d'appel somatique
- Vous ne prenez jamais en charge le suivi somatique (aucun acte somatique, aucune prescription, renouvellement d'ordonnance ou réajustement de posologies)
- Vous tentez de convaincre régulièrement votre patient de reprendre contact avec un médecin généraliste ou un médecin "somaticien" en qui il a confiance
- Other: _____

14. 4) Dans le cadre de l'urgence, lorsque l'un de vos patients sévères et chroniques présente une plainte somatique* qui vous inquiète et que vous avez connaissance qu'il/elle n'a pas de médecin traitant: QUELLE CONDUITE ADOPTEZ-VOUS en général dans cette situation? (plusieurs réponses possibles)

*

*Dyspnées, Douleurs (abdominales, tendineuses, cardiaques...), Signes Neurologiques (troubles sensitivo-moteurs, vertiges...), etc

Check all that apply.

- Vous assurez intégralement le suivi somatique (examen physique ET prescriptions médicamenteuses)
- Vous effectuez un examen somatique rigoureuse avec vos moyens du bord mais ne faites aucune prescription médicamenteuse
- Vous n'examinez pas le patient (manque de matériel adéquat, manque de temps...) mais prescrivez un traitement somatique si nécessaires (antidouleurs, bronchodilatateur, insuline...)
- Vous vous cantonnez à prescrire des traitements de premières lignes (antidouleurs, pansements) mais préférez déléguer s'il s'agit de traitements plus spécifiques
- Vous ne prenez jamais en charge le suivi somatique (examen clinique +prescriptions) de vos patients
- Vous tentez de le convaincre régulièrement de reprendre contact avec un médecin généraliste ou un médecin en qui il a confiance
- Vous l'hospitalisez aux urgences par mesure de sécurité

Untitled Section

III-LA PSYCHIATRIE: UNE PRATIQUE UNIQUE PLURIELLE

15. Dans votre situation, pour quelles raisons préférez-vous DÉLÉGUER la pratique des actes somatiques (examen somatique, neurologique, dépistage du syndrome métabolique...)? (plusieurs réponses possibles) *

Check all that apply.

- Vous manquez de confiance dans vos compétences
- Vous n'avez pas été formé à prendre en charge les actes somatiques de vos patients dans le cadre de leur prise en charge
- En une consultation, vous n'avez pas le temps d'assurer et l'entretien psychiatrique et la prise en charge somatique
- Vous ne disposez pas du matériel adéquat
- Vous laissez faire les plus jeunes que vous car vous les pensez plus expérimentés que vous dans ce domaine
- Selon vous, les actes somatiques ne font pas partie du champs de compétences des psychiatres
- Vous craignez la réaction du patient (agitation, violence...)
- Pour vous le fait qu'un psychiatre effectue des actes somatiques dans la prise en charge de ses patients peut avoir un effet thérapeutique négatif (dissociation soma/psyché)
- Le contact physique (exemple pour prendre la tension, mesurer, faire l'examen neurologique..) vous met mal à l'aise
- Vous êtes psychothérapeute, vous ne réalisez donc plus d'actes somatiques
- Selon vous, l'absence de normes claires délimitant le champs des actes somatiques incombant aux psychiatres, est un obstacle à votre prise en charge

16. En ce qui concerne les actes somatiques (examen somatique, neurologique, dépistage du syndrome métabolique, prévention au tabac...), pensez-vous que DES NORMES PRÉCISES délimitant un examen de dépistage de base et spécifique à chaque sous-spécialités (psychiatrie, addictologie, pédopsychiatrie..) devraient-être fixées? *

Mark only one oval.

- OUI *Skip to section 6 (Untitled Section)*
- NON *Skip to question 17*

Untitled Section

IV- RELATION MÉDECIN PSYCHIATRE-MÉDECIN TRAITANT

17. 1) Dans votre pratique, vous arrive-t-il d'adresser votre patient atteint de trouble sévère et chronique à son Médecin Généraliste? *

Mark only one oval.

- OUI *Skip to question 18*
- NON *Skip to question 21*

Untitled Section

IV- RELATION MEDECIN PSYCHIATRE-MEDECIN TRAITANT

18. 1-a) Si oui, en général, par quel(s) moyen(s) adressez-vous votre patient à son médecin généraliste ? (plusieurs réponses possibles) *

Check all that apply.

- Information orale au patient
- Courier remis en main propre au patient
- Mail adressé directement au médecin destinataire
- Appel téléphonique au médecin destinataire
- Par un accompagnement infirmier

Other: _____

19. 1-b) Quelle(s) situation(s) vous amène(nt) à prendre systématiquement contact avec le médecin traitant de vos patients? (plusieurs réponses possibles) *

Check all that apply.

- L'Informer d'une modification de traitement (ajout/changement de molécules, ou de dosage)
- L'Informer d'une Plainte somatique d'un patient
- L'Informer d' anomalie(s) retrouvée(s) lors d'un examen complémentaire (biologie, imagerie)
- Discuter de l'état de santé somatique de vos patients
- Discuter/ avoir des conseils pour vos prises en charge somatiques/médicamenteuses

Other: _____

20. 1-c) Pour vous, communiquer avec le médecin traitant de vos patients c'est: *

Mark only one oval.

- Indispensable, vous le faites systématiquement
- Important mais vous ne le faites pas systématiquement
- Chronophage, cela vous ralentit beaucoup et vous le réservez qu'à des situations indispensables ou d'urgence
- Complexe à organiser
- Inutile car vous avez de bonnes connaissances théoriques et pratiques en médecine général qui vous en dispense

Untitled Section

V-AUTO-ÉVALUATION ET FORMATION DES PSYCHIATRES

21. 1) Seriez-vous favorable à l'instauration obligatoire de formations de "remise à niveau" en matière de prise en charge somatique à titre préventif, afin de maintenir un niveau de compétences théoriques et pratiques adéquat tout au long de sa carrière? *

Mark only one oval per row.

	OUI	NON
S'ils travaillent à l'hôpital public et SONT prescripteurs (de psychotropes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'ils travaillent à l'hôpital public et ne sont PAS prescripteurs e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'ils travaillent en libéral et SONT prescripteurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'ils travaillent en libéral et ne sont PAS prescripteurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. 1) Concernant la formation des jeunes psychiatres au cours des 4 ans d'internat de psychiatrie: Seriez-vous favorable à rendre systématique et obligatoire ... *

Mark only one oval per row.

	OUI	NON
Des stages dans des services de médecine somatique (médecine générale, Neurologie...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des formations aux différentes thérapies (Psychanalyse, Hypnose, EMDR, TCC...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. 2) Durant votre internat (actuel ou passé) en psychiatrie, Dans combien de stage(s) sur les 8 avez-vous été amené à RÉGULIÈREMENT examiner somatiquement vos patients? *

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
AUCUN	<input type="radio"/>	TOUS								

24. 3) Comment évalueriez-vous votre compétence à effectuer un EXAMEN PHYSIQUE (palpation, percussion, prise de poids, prise de tension artérielle, pourtour abdominal...) sur un patient ? (Attribuez-vous une note sur /10): *

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NULLE	<input type="radio"/>	EXCELLENTE										

25. 4) Comment évalueriez-vous votre compétence à dépister un syndrome métabolique ? (Attribuez-vous une note /10) *

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NULLE	<input type="radio"/>	EXCELLENTE										

26. 5) Quels sont d'après-vous les critères à rechercher pour CONFIRMER la présence d'un "SYNDROME MÉTABOLIQUE"? (plusieurs réponses possibles) *

Check all that apply.

- Indice de masse corporelle > 25 kg/m²
- Obésité abdominale
- Taux élevé de triglycérides
- Faible taux de cholestérol HDL
- Taux élevé de cholestérol LDL
- Taux élevé de ALAT
- Hypertension artérielle
- Glycémie > 1g/L
- Glycémie > 1,26g/L

27. 6) Comment évalueriez-vous votre compétence à promouvoir et prendre en charge l'arrêt du tabac ? (Attribuez-vous une note sur /10) *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NULLE	<input type="radio"/>	EXCELLENCE									

28. 7) Comment évalueriez-vous votre capacité à promouvoir l'arrêt et prendre en charge un trouble de l'usage associé à l'alcool? (Attribuez vous une note sur /10)

*

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NULLE	<input type="radio"/>	EXCELLENTE										

29. MERCI CHALEUREUSEMENT POUR VOTRE PARTICIPATION

30. Des questions, des incompréhensions, des remarques générales? Exprimez-vous ici:

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

ANNEXE 3- RECIPICE DE LA CNIL

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 8 septembre 2020

Madame Marie TROUVÉ

CHEZ M. ROSSI ET M. BUSTOS 2, RÉSIDENCE
DES VIGNES DE MARIUS
BATIMENT 8
13090 AIX EN PROVENCE

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame TROUVÉ Marie

Service :

Adresse : CHEZ M. ROSSI ET M. BUSTOS
2, RÉSIDENCE DES VIGNES DE MARIUS

BATIMENT 8

CP : 13090

Ville : AIX EN PROVENCE

N° SIREN/SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0669201561

Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 10 septembre 2020

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-001

reçue le 8 septembre 2020

Madame Marie TROUVÉ

CHEZ M. ROSSI ET M. BUSTOS 2, RÉSIDENCE
DES VIGNES DE MARIUS
BATIMENT 8
13090 AIX EN PROVENCE

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame TROUVÉ Marie

Service :

Adresse : CHEZ M. ROSSI ET M. BUSTOS
2, RÉSIDENCE DES VIGNES DE MARIUS

BATIMENT 8

CP : 13090

Ville : AIX EN PROVENCE

N° SIREN/SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0669201561

Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 10 septembre 2020

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation adulte handicapé

AP1 : Antipsychotique de 1^{ère} génération (= Antipsychotiques conventionnels)

AP2 : Antipsychotique de 2^{ème} génération (= Antipsychotiques atypiques)

ANSM : Agence Nationale de sécurité du médicament

CCA : Chef de clinique assistant

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre médico-psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DSM : Dépistage du syndrome métabolique

EAL : Examen des anomalies lipidiques

ECG : Electrocardiogramme

EDC : Episode dépressif caractérisé

EI2 : Effets indésirables secondaires

EN : Examen neurologique

ES : Examen somatique

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de jour

HTA : Hypertension artérielle

MG : médecin généraliste

MT : Médecin traitant

MCVA : Maladies cardiovasculaires aiguës

Patients TPGP : Patients souffrants de troubles psychiatriques graves et persistants

PEC : Prise en charge

PH : Praticien hospitalier

PU-PH : Professeur des universités, praticien hospitalier

PPT : Prévention proactive au sevrage tabagique

SM : Syndrome métabolique

SNC : Système nerveux central

SPA : Substances psychoactives

SS : surveillance du surpoids

SZP : Schizophrénie

TB : Trouble bipolaire

TN : Techniques de neurostimulation

TPGP : Troubles psychiatriques graves et persistants

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

