

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018 N°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

**Construction et évaluation d'un parcours de
prévention somatique destiné aux patients
psychotiques et bipolaires suivis par un secteur de
santé mentale**

Présentée et soutenue publiquement
le 11 avril 2018

Par

Zakari BENDJEMA

Né le 4 avril 1987 à Le Blanc-Mesnil

Dirigée par M. le Docteur FALCOFF Hector

Jury :

M. Le Professeur GRANGER Bernard (PU-PH) Président

Mme. La Professeure NOËL Frédérique (PA)

M. Le Professeur PELISSOLO Antoine (PU-PH)

M. Le Docteur FALCOFF Hector (Directeur)

Remerciements

A Monsieur le Professeur GRANGER Bernard

Professeur des Universités (Paris Descartes) – Praticien Hospitalier (Psychiatre et psychothérapeute) *Vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect pour la qualité de votre engagement dans la promotion et l'accès aux soins.*

A Madame la Professeure NOËL Frédérique

Professeure Associée (Paris-Sud) – Département de médecine générale

Vous m'avez fait l'honneur de juger cette thèse. Je vous fais part de ma gratitude pour la richesse de votre enseignement universitaire.

A Monsieur le Professeur PELISSOLO Antoine

Professeur des Universités (Paris-Est Créteil) – Praticien Hospitalier (Psychiatre)

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger de cette thèse. Recevez ici la marque de mes plus profondes considérations vis-à-vis de vos travaux.

Au Docteur FALCOFF Hector

Directeur de thèse – Médecin généraliste – Pôle Santé Paris XIII

Je vous remercie de m'avoir aidé à mener à bien ce travail. Votre engagement dans la transmission du Savoir est immense.

Merci à la Faculté de Médecine Paris Descartes et à l'ensemble des enseignants à qui je dois ma formation

Je remercie

L'Association de Santé Mentale du XIIIème arrondissement de Paris

Le Pôle Santé Paris 13

Nina Minagarishvili, Laroche Margaux, le Dr. Odier, ainsi que l'ensemble du personnel du CMP Philippe Paumelle (Paris XIIIème). Les infirmières psychiatriques.

Les Dr. Bonnemaïson, Brahimi, Falazi, Kapsambelis, Liermier, Malgat, Mercier, Muldworf, Racine, Sallustrau.



Philippe Paumelle (1923-1974)
Psychiatre français

Abréviations

American Diabetes Association

Antipsychotique de deuxième génération
 American Psychiatric Association
 Antipsychotique de première génération
 Centre Médico-Psychologique
 Direction générale de la Santé
 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
 Déviation standard
 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
 Education thérapeutique du patient
 CV Facteur de risque cardiovasculaire
 Global Assessment of Functioning
 Institut de veille sanitaire
 Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
 Ratio de taux d'incidence
 Maladie mentale sévère
 Numération Formule Sanguine
 Nombre nécessaire pour nuire
 Organisation Mondiale de la Santé
 Odds Ratio
 Ratio d'incidence standardisée
 Ratio standardisé de mortalité
 Tentative de suicide

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS.....	3
TABLE DES MATIERES	4
TABLE DES ILLUSTRATIONS	6

INTRODUCTION..... 7

RATIONNEL ET INTERET DE L'ETUDE..... 9

I.- QUELLES DONNEES CONCERNANT LA MORTALITE ? 9
1.1 LA SURMORTALITE..... 9
1.2 LE SUICIDE EXPLIQUE-T-IL SEUL CET EXCES DE MORTALITE ? 10
1.3 LA MORBI-MORTALITE LIEE AUX TROUBLES MENTAUX SEVERES..... 11
1.4 LES CAUSES DE CETTE MORBI-MORTALITE 15
II.- ORGANISATION GENERALE DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE..... 18
III.- UN SYSTEME MEDICAL EN ECHEC ? 21
1.1 LES RECOMMANDATIONS EN VIGUEUR 21
1.2 LES PRATIQUES 27
1.3 LE SECTEUR ET SES RELATIONS AVEC LA MEDECINE GENERALE 30

OBJECTIFS DE L'ETUDE..... 33

OBJECTIF PRINCIPAL.....
33 OBJECTIFS SECONDAIRES
..... 33

MATERIELS ET METHODES 34

1.1 CADRE DE L'ETUDE 34
1.2 POPULATION ETUDIEE..... 37
1.3 INTERVENTION..... 38
1.4 RECUEIL DES DONNEES QUALITATIVES..... 44
1.5 ANALYSE 46
1.6 TRAVAIL PREPARATOIRE INITIAL 47

RESULTATS..... 48

RESULTATS	QUANTITATIFS
.....	48
.....	POPULATION
.....	48 PROBLEMES
DETECTES PENDANT LA CONSULTATION 53
RESULTATS	
QUALITATIFS	56

ACCEPTABILITE ET UTILITE DE L'INTERVENTION 72
56 EVOLUTION DE L'INTERVENTION DANS LE CADRE DE LA RECHERCHE-ACTION
..... 72

DISCUSSION 77

CONCLUSION..... 88

BIBLIOGRAPHIE 90

ANNEXE 1 - LES TROUBLES MENTAUX SEVERES100
ANNEXE 2 - PHYSICIAN BELIEF SCALE102

ANNEXE 3 - INFORMATION/CONSENTEMENT	103
ANNEXE 4 - PRESCRIPTION BIOLOGIQUE	105
ANNEXE 5 - COURRIER DE SYNTHÈSE.....	106
ANNEXE 6 - PROMOTION AUPRES DES PSYCHIATRES.....	108
ANNEXE 7 - EXEMPLE DE COURRIER	109
ANNEXE 8 - LETTRE DE RETOUR	112
ANNEXE 9 - AFFICHAGE DE PROMOTION AUPRES DES PATIENTS	113
ANNEXE 10 - EXPERIMENTATIONS ET INITIATIVES LOCALES EN FRANCE	114
ANNEXE 11 – PROTOCOLE DE SUIVI SELON DE HERT	116
RESUME	
.....	
.....	
.....	122 117

Table des illustrations

TABLEAU 1. FACTEURS DE RISQUES CARDIOVASCULAIRES DANS LES TROUBLES MENTAUX SEVERES.	14
TABLEAU 2. LA MORTALITE PAR EVENEMENT CARDIOVASCULAIRE D'APRES WU S-I ET AL (3). ...	15
TABLEAU 3. DEFINITION DU SYNDROME METABOLIQUE (SELON LA FEDERATION INTERNATIONALE DU DIABETE).	23
TABLEAU 4. SURVEILLANCE DU RISQUE METABOLIQUE EN CONSULTATION DE PSYCHIATRIE CHEZ LES PATIENTS SOUS TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE.	27
TABLEAU 5. INSTRUMENTS DE MESURE UTILISES LORS DE L'EXAMEN PHYSIQUE.....	41

TABLEAU 6. CARACTERISTIQUES BIOMETRIQUES DES PATIENTS.	49
TABLEAU 7. LISTE DES ANTECEDENTS COLLECTES LORS DE LA CONSULTATION.	51
TABLEAU 8. PSYCHOTROPES PRESCRITS.	52
TABLEAU 9. ANOMALIES CLINIQUES DECOUVERTES ET NECESSITANT UN SUIVI DIAGNOSTIC ET/OU THERAPEUTIQUE.	55
TABLEAU 10. RETICENCES A L'IDEE D'UNE RELANCE DIRECTE PAR LES SOMATICIENS.	75
TABLEAU 11. PROPORTION (%) DE PATIENTS DU CMP BENEFICIANT DU SUIVI RECOMMANDE (SELON L'AFSSAPS 2010) : EPP REALISEE EN 2013.	78
FIGURE 1. COMPARAISON DES ANTIPSYCHOTIQUES CONTRE PLACEBO DANS LA PRISE DE POIDS. 16	
FIGURE 2. SECTORISATION DU XIIIEME ARRONDISSEMENT DE PARIS.	35
FIGURE 3. PLAN DU 4^E ETAGE DU CMP ET FLECHAGE DES ESPACES DE CONSULTATION.	39
FIGURE 4. REPRESENTATION DU PARCOURS DU PATIENT INCLUS.	43
FIGURE 5. GRILLE D'ENTRETIEN SIMPLIFIEE.	45
FIGURE 6. DIAGRAMME DE FLUX	48
FIGURE 7. TYPOLOGIE DES INTERVENTIONS EXPERIMENTALES EN FRANCE (SOURCE HAS 2017). 114	
FIGURE 8. PROTOCOLE DE SURVEILLANCE DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE PUBLIE PAR DE HERT M, DEKKER JM, WOOD D, KAHL K.G., MOLLER HJ - EUROPEAN PSYCHIATRY, VOLUME 24.	116

Introduction

Selon l'OMS, 14% de la charge totale de la morbidité dans le monde peut être attribuée aux troubles mentaux sévères. Si l'on considère l'ensemble des maladies non transmissibles, cette proportion passe à 30% (1). Souffrir de troubles mentaux sévères expose à une forte mortalité précoce (2). Le risque suicidaire en est en grande partie responsable, au point d'avoir longtemps été la priorité absolue des praticiens. Néanmoins, les morts violentes ne suffisent pas à expliquer la faible espérance de vie de cette population en Occident. Il existe un lien de causalité direct avec la santé somatique largement documenté par les études

épidémiologiques (3). Concernant les troubles psychotiques et bipolaires, le problème est particulièrement marqué avec une forte prévalence des comorbidités cardiovasculaires (4), métaboliques ainsi que de certains cancers (5). Les facteurs sociaux inhérents à la maladie mentale sévère se mêlent aux effets indésirables des psychotropes et thymorégulateurs pris au long cours (6). Ces facteurs de risque sont similaires à ceux de la population générale dans leur nature, mais sont surreprésentés. La majorité d'entre eux est modifiable (7), et les pathologies graves qui en découlent sont théoriquement accessibles à la prévention et au dépistage. Les pouvoirs publics, notamment en France, ont travaillé depuis des décennies à l'organisation de stratégies de médecine préventive. Appliquées à la population générale, elles ont largement démontré leur efficacité en termes de morbi-mortalité et de réduction des dépenses de Santé (8) (9) (10). Par contre ces politiques semblent inefficaces sur les patients atteints de troubles mentaux sévères pour qui la prise en charge effective reste inférieure à celle de la population générale (11). L'absence de suivi par un médecin traitant montre qu'il faut examiner les modalités d'accès ou d'orientation vers lui. Aucune donnée pertinente sur les pratiques de dépistage et de suivi somatique de ces patients n'est disponible en France, ce qui compromet l'identification des problèmes cliniques à résoudre (12). Les offres de prévention somatique en psychiatrie relèvent d'initiatives locales et les rares publications sont essentiellement anglo-saxonnes (13).

L'objectif principal de cette étude pilote est de construire puis d'évaluer un parcours de prévention somatique pour les patients psychotiques et bipolaires en territoire urbain. La

clé de voûte de l'intervention est une consultation de prévention somatique directement implantée dans le CMP d'un secteur de santé mentale.

Il s'agit plus précisément de :

- décrire et justifier les différentes procédures de prévention retenues, • évaluer l'acceptabilité de l'intervention au niveau des soignants et des patients, • évaluer l'utilité de la démarche par la nature et la fréquence des pathologies somatiques identifiées et par le succès ou l'échec à la mise en œuvre d'un suivi par un médecin généraliste traitant,
- proposer des solutions concrètes pour améliorer le dispositif.

Rationnel et intérêt de l'étude

I.- Quelles données concernant la mortalité ?

Schématiquement, les travaux explorant la mortalité des patients suivis en psychiatrie distinguent deux grands groupes selon les causes : la « mortalité non naturelle » qui inclut essentiellement le suicide mais également toutes les autres causes violentes ; et la « mortalité naturelle » qui est l'issue évolutive des pathologies et/ou du vieillissement (2).

1.1 La surmortalité

L'OMS estime que la prévalence mondiale des troubles mentaux affectant les adultes au cours de leur vie est de 12,2 à 48,6 %. Sur 12 mois, la prévalence est selon les études de 8,4 à 29,1 % (1). La surmortalité des patients atteints de troubles mentaux sévères (définition en **Annexe 1**) est largement documentée dans la littérature (2). En 2009 Tran E. & al. ont publié les résultats d'une cohorte américaine de 3.470 patients schizophrènes suivis pendant 11 ans : le taux de mortalité était 4 fois supérieur à celui de la population générale.

L'espérance de vie des patients atteints de troubles mentaux sévères était raccourcie d'environ 20% (14). Les chiffres sont élevés y compris dans les pays à très hauts standards de développement et sensibilisés aux questions relatives à la santé mentale. A titre d'exemple, en Suède l'espérance de vie des patients bipolaires est réduite de 12.7 ans chez les hommes et de 12.6 ans chez les femmes. Concernant les patients schizophrènes finlandais, elle est réduite de 17.1 ans chez les hommes, et de 15.6 ans chez les femmes (15). Les sujets psychotiques et bipolaires sont les plus vulnérables parmi l'ensemble de la population suivie en psychiatrie (16). En 1997, une méta-analyse de 18 études européennes, américaines et israéliennes a estimé l'élévation du taux de mortalité ajusté à l'âge chez les patients

schizophrènes à 1.5 (17). Elle est même plus proche de 2 à 4 sur les études les plus récentes, ce qui semble indiquer une aggravation du phénomène (18).

1.2 Le suicide explique-t-il seul cet excès de mortalité ?

L'Organisation Mondiale de la Santé recensait 804.000 suicides dans le monde en 2012, ce qui représentait un taux annuel global de 11.4 décès pour 100.000 habitants (15.0 chez les hommes et 8.0 chez les femmes). Ces chiffres étaient probablement sous-estimés du fait d'une sous-déclaration induite par les lois anti-suicide en vigueur dans de nombreux pays, et par le préjudice social subi par les familles de suicidés dans certaines cultures (19). Avec 16,2 suicides pour 100.000 habitants, la France se situe à un niveau sensiblement supérieur à la moyenne européenne (10,2 suicides pour 100 000 habitants) (20). Les causes de passage à l'acte pour un individu sont souvent multifactorielles (21). Selon l'InVS, entre 2004 et 2011, les troubles bipolaires, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques représentaient respectivement 2,5 %, 1,6 % et 2,7 % des séjours hospitaliers pour tentative de suicide. Ces chiffres étaient probablement sous-évalués devant les difficultés d'obtenir un diagnostic psychiatrique au terme des séjours hospitaliers très courts (22). Une méta-analyse identifiait la présence d'une pathologie psychiatrique dans au moins 90% des suicides (23).

Parallèlement, le suicide est une cause prépondérante de mortalité chez les patients diagnostiqués psychotiques ou bipolaires. Entre 1981 et 2006, le suivi d'une cohorte de 370 patients schizophrènes à Southampton en Grande-Bretagne (253.000 habitants), a permis d'objectiver un ratio standardisé de mortalité (SMR) à 1818 – IC_{95%} [994–3051]. Avec l'inclusion de toutes les morts violentes, le SMR a été chiffré à 854 – IC_{95%} [529–1305]. La mortalité par suicide était environ 18 fois supérieure à celle du reste de la population de Grande-Bretagne (24). Des observations concordantes ont été rapportées dans la littérature : sur 152 articles publiés entre 1966 et 1995, le SMR pour le suicide des patients schizophrènes a été estimé à 900 – IC_{95%} [842–962], et à 462 – IC_{95%} [211–876] pour les troubles psychotiques en général (2). De nombreuses études ont suggéré que la pathologie psychiatrique avec la plus forte prévalence de suicide était le trouble bipolaire avec un taux de décès de 0.395% par an – IC_{95%} [0.321–0.469] (25). Une revue systématique de la

littérature publiée en 2013 a estimé que le risque suicidaire chez les patients bipolaires était 20 à 30 fois plus élevé que dans le reste de la population (26).

Le suicide étant l'une des issues inhérentes à la nature même des troubles psychiatriques sévères, il constitue une source de confusion pour les cliniciens dont la priorité a longtemps été la prévention du risque de passage à l'acte. Or, la majorité des suicides et TS

surviennent en dehors de tout contexte de maladie mentale sous-jacente connue (19), et il est important de souligner que seule une partie des patients suivis pour des troubles mentaux décèdent de cause violente (2). Les morts dites naturelles représentent 80% des décès chez les patients schizophrènes, contre 97% des individus de la population générale (14). Les suicides et morts violentes expliquaient « seulement » 40% de l'excès de mortalité des patients schizophrènes dans la méta-analyse de Brown publiée en 1997 (17). La prévalence des pathologies somatiques dans les décès précoces chez les psychotiques et bipolaires est particulièrement élevée et représente 60% de l'excès de mortalité (27). Il s'agit notamment des maladies cardiovasculaires (28).

1.3 La morbi-mortalité liée aux troubles mentaux sévères

Les cancers

Les données concernant la prévalence globale des cancers sont contradictoires. Ainsi en 2002, M. Cohen concluait à une baisse du risque de cancer parmi les patients schizophrènes aux Etats-Unis entre 1986 et 2002, avec un odds ratio (OR) de 0.59 – IC_{95%} [0.38–0.93] après contrôle de l'âge, du sexe, de l'ethnie, du tabagisme et des conditions socio-économiques (29). En 2008, l'étude de Dalton SO. était en faveur d'un risque accru avec un ratio de taux d'incidence standardisé (IRR) pour le cancer de 1.47 chez les hommes schizophrènes et de 1.40 chez les femmes suivis au Danemark entre 1994 et 2003 (30). Ces divergences s'expliquent par l'hétérogénéité des cancers, la méconnaissance des facteurs de confusion, et surtout par la multiplication des biais de ces études essentiellement construites à partir d'analyse de registres.

Des analyses plus fines montrent que :

- le risque de cancer du côlon augmente de 190% chez les patients schizophrènes en Grande-Bretagne (OR = 2.90 – IC_{95%} [1.85–4.57]) et jusqu'à 308% avec la prise d'antipsychotiques (OR = 4.08 – IC_{95%} [2.43–6.84]) sur une étude cas-contrôle incluant 40.441 individus (31) ;
- le risque de cancer de la prostate est réduit (RIS = 0.59 – IC_{95%} [0.48–0.73]) selon VS Catts en 2008 (32) ;
- les données sont contradictoires concernant les cancers du sein et du poumon. Pour les

cancers broncho-pulmonaires, l'explication tient à une différence d'incidence qui disparaît après ajustement aux facteurs sociaux et au tabagisme (4).

- le risque de cancer du col de l'utérus augmente significativement avec un RR estimé à 1.35 (30).

Pour les cancers du côlon et du col de l'utérus, qui sont aisément dépistables, les données indiquent donc un surrisque.

Les facteurs de risque cardio-vasculaire

Les patients psychotiques ont une incidence sensiblement plus élevée de facteurs de risque cardio-vasculaires, au premier rang desquels le tabagisme actif. En 2005, dans l'étude américaine CATIE, les patients schizophrènes avaient un taux plus élevé d'addiction au tabac (68% versus 35%), de diabète (13% versus 3%), d'hypertension artérielle (27% versus 17%), et des taux de HDLc plus faibles (43.7 mg/dL versus 49.3 mg/dL) en comparaison aux groupes contrôles ($p = 0.0001$) (33). En 2013, l'étude PRISMA analysant 77 publications ($n = 25.692$), a identifié un taux de syndrome métabolique de 32.5% – IC_{95%} [30.1–35.0]. Selon une étude canadienne publiée en 2001, l'IMC moyen des patients schizophrènes était de 29.02 kg/m² chez les hommes (écart-type standard à 6.25) et de 30.02 kg/m² chez les femmes (écart-type standard à 6.45) avec une prévalence de l'obésité à 42.08%, soit 3.5 fois la moyenne du pays (34). Dans la population générale on observe un IMC > 27 kg/m² dans 27% des cas ; chez les patients psychotiques cette proportion passe à 42% (35) et s'observe de manière plus franche chez les femmes (36). En 2007, une publication norvégienne a

montré des résultats concordants, avec 39.9% de schizophrènes obèses, soit 2.5 fois plus que dans le reste de la population (37). Cette prévalence est plus forte dans certains sous groupes, notamment les minorités ethniques (38).

La prévalence de l'hypertension artérielle est significativement plus élevée chez les patients bipolaires que dans la population générale (39). Un tiers environ des patients sont touchés par l'hypertriglycéridémie (40), et 40% d'entre eux réunissent tous les critères du syndrome métabolique (41). L'association entre obésité et trouble bipolaire est clairement identifiée, la prévalence du surpoids est proche de 80% (42). 28% des hommes et 55% des femmes ont une obésité abdominale (43). Le risque de développer une cardiopathie ischémique est multiplié

par 2.1 (44).

Le diabète

Trois à quatre pour cent de la population mondiale a un diabète, avec une réduction de 10 ans ou plus de l'espérance de vie, principalement liée aux micro et macro angiopathies. Les données de la littérature convergent dans le sens d'une forte prévalence du diabète chez les patients psychotiques (3). Elle est estimée entre 2 et 5 fois celle de la population générale. Cette différence existe dans toutes les tranches d'âge (45). La prévalence du diabète avec complication double chez les patients schizophrènes avec un OR à 2.11 – IC_{95%} [1.36–3.28] (46). La schizophrénie semble être en soi un facteur de risque indépendant du diabète liée à un substrat neurochimique faisant intervenir les récepteurs histaminique H₁, sérotoninergique 5-HT_{2c} et β₃ adrénergique (47). Les patients présentent ainsi des troubles du métabolisme hépatique du glucose avant même le début d'un traitement antipsychotique (48).

Les patients bipolaires ont un risque d'environ 10% de développer un diabète (49), soit trois fois plus que le reste de la population (50).

Tableau 1. Facteurs de risques cardiovasculaires dans les troubles mentaux sévères. **Facteurs de risque Prévalence (%) et risque relatif (RR)** Schizophrénie
Trouble bipolaire

Obésité 45-55% RR = 2 26% **Tabagisme** 50-80% RR = 2-3 55% **Diabète** 10-14% RR = 2 10% **Hypertension** > 18% 15% **Dyslipidémie** RR = 5

Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME, Mauer B. Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Alex VA Natl Assoc State Ment Health Program Dir NASMHPD Med Dir Council. 2006 ;25.

Les pathologies cardio-vasculaires

Une large cohorte de 46.136 patients suivie en Grande-Bretagne a permis de déterminer que les maladies psychotiques exposaient à un risque accru de décès secondaire à un évènement coronarien. Le Hazard ratio (HR) était plus élevé chez les patients jeunes (HR = 3.22 – IC_{95%} [1.99–5.21] entre 18 et 49 ans ; HR = 1.86 – IC_{95%} [1.63–2.12] entre 50 et 75 ans) (4). Concernant les décès par accident vasculaires cérébraux, l'élévation de l'incidence était

également significative (HR = 1.89 – IC_{95%} [1.50 – 2.38] entre 50 et 75 ans). Chez les sujets bipolaires le taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires est deux fois plus élevé, et l'apparition des cardiopathies ischémiques est plus précoce (51). Ces résultats confirment des travaux préalables effectués par de nombreux auteurs (Tableaux 1 et 2).

Tableau 2. La mortalité par évènement cardiovasculaire d'après Wu S-I et Al (3).

Source, y	Study Description	Diagnostic Group	Relative Risk of CVD (95% CI)		
			Both Sexes	Men	Women
Brown, ⁷ 1997	Meta-analysis	Schizophrenia	110† (105-115)	112† (105-119)	109† (102-116)
Harris and Barraclough, ⁸ 1998	Meta-analysis	Schizophrenia	104† (100-108)	110† (104-116)	102† (96-108)
		Bipolar affective disorder	158† (139-180)	93† (72-119)	163† (89-274)
Ösby et al, 2000 ⁴	Inpatients in Sweden‡	Schizophrenia	NR	1.7-8.3§ (1.2-17.0)	1.7-5.0§ (1.4-4.3)
Hanson et al, 2001 ⁵	Inpatients in Norway	Schizophrenia	NR	2.1 (1.5-2.8)	2.1 (1.5-3.0)
Joukamaa et al, 2001 ⁶	Community in Finland	Schizophrenia	NR	2.92 (1.65-5.20)	1.63 (0.67-3.95)
Lawrence et al, 2003 ⁷	Community in Australia	Schizophrenia	NR	1.78 (1.21-2.61)	0.89 (0.50-1.49)
		Affective psychoses	NR	1.58 (1.32-1.90)	1.35 (1.13-1.60)
Enger et al, 2004 ⁸	US community	Schizophrenia	1.66 (0.34-8.22)	NR	NR

Abbreviation: CI, confidence interval; CVD, cardiovascular disease; NR, not reported.

*Results set in boldface type indicate that the CIs do not cross unity.

†Standardized mortality ratio rather than risk ratio.

‡First admissions to unit followed up.

§Presented in different calendar periods, relative risk worsening over time.

||Two inpatient units followed up after deinstitutionalization.

Les pathologies respiratoires

Les patients schizophrènes ont plus fréquemment un syndrome d'apnée du sommeil ainsi que des tableaux cliniques plus sévères (52). Ils développent également plus de bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) que le reste de la population (OR = 1.88 – IC_{95%} [1.51–2.32]) (53). Le risque de fausses routes est également majoré par la survenue de dyskinésies tardives liées au traitement et entraînant un nombre significatif de décès par étouffement (54). Cette fragilité globale augmente le risque de défaillance respiratoire exigeant une admission en service de réanimation (55).

1.4 Les causes de cette morbi-mortalité

L'intrication de multiples causes complexifie l'analyse des différentes interactions et l'identification du degré de responsabilité précis de chaque facteur (34). Cependant, le recul est suffisant pour conclure de manière fiable que les neuroleptiques et les thymorégulateurs jouent un rôle déterminant dans la morbi-mortalité des patients psychotiques et bipolaires.

L'exemple de la prise de poids

La prise de poids est significative pour tous les antipsychotiques à l'exception de l'halopéridol, de la ziprasidone et de la lurasidone (56). L'olanzapine, la clozapine et la zotépine sont les molécules liées à la plus forte prise de poids (Figure 1). La prise de poids est de grande ampleur aussi bien par sa fréquence que par son intensité. Elle concerne les ADG et les APG, les patients psychotiques et bipolaires. L'olanzapine est un ADG largement utilisé chez les patients psychotiques mais également comme traitement d'entretien chez les patients bipolaires devant son efficacité à prévenir les rechutes (57). La prise de poids est précoce avec un gain de 2.5 kg en 3 semaines (58), et plus importante lorsque cette molécule est associée à un autre antipsychotique, antidépresseur ou thymorégulateur (59). Sur une période de 12 semaines, un quart des patients bipolaires est concerné par cette prise de poids (60). La constance de la prise de poids est telle que lorsque des pertes de poids sont rapportées, elles évoquent en premier lieu une inobservance thérapeutique (61).

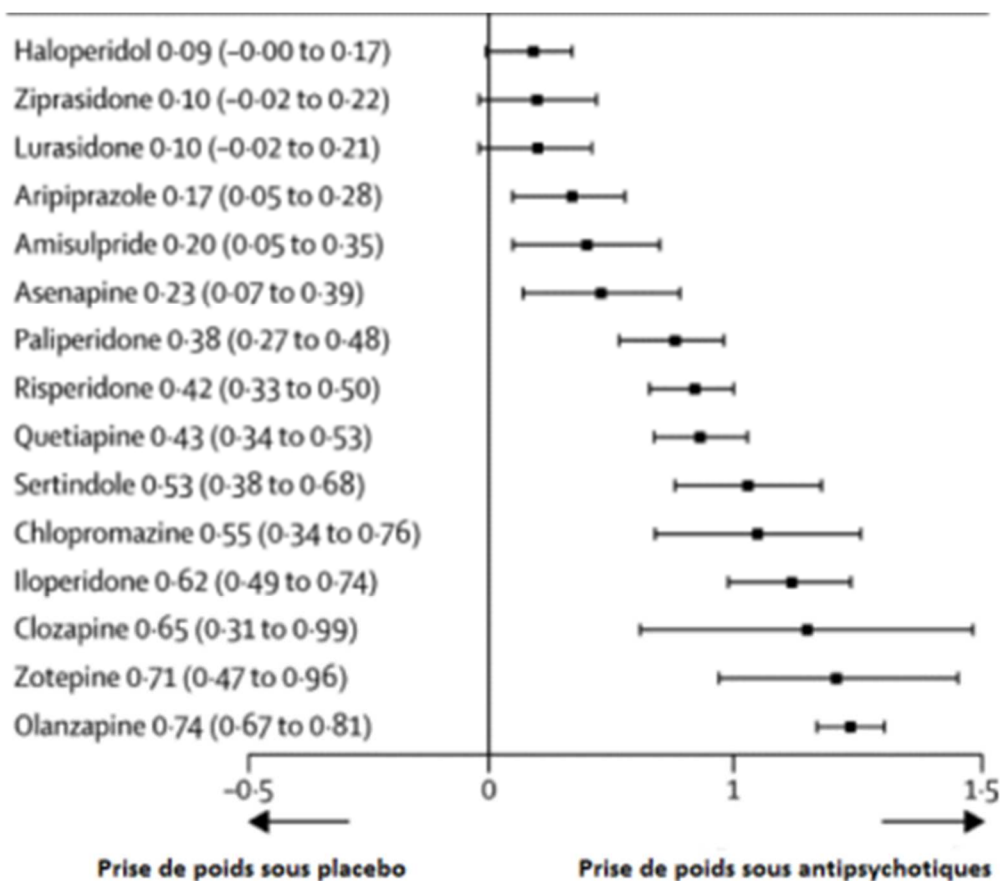


Figure 1. Comparaison des antipsychotiques contre placebo dans la prise de poids.

Sous traitement par clozapine, la moitié des patients bipolaires ont une hausse de poids de 20% en 90 jours (62). La risperidone est responsable d'un gain de poids de 2.5 kg (DS 7) dès les 3 premières semaines (63). Sur le long terme, cette prise de poids est plus importante pour la clozapine et l'olanzapine que la risperidone (64).

Ainsi, les ADG induisent une prise de poids dose-dépendante plus importante que les APG sur le long terme. L'olanzapine et la clozapine sont les 2 ADG qui entraînent la plus forte prise de poids chez les patients bipolaires et schizophrènes. La risperidone a un risque intermédiaire. L'olanzapine accroît le poids de 4 kg de plus que l'aripiprazole. (65).

De nombreuses modélisations décrivent la mécanique du gain pondéral. Mais les processus pharmacologiques directs ne sont pas complètement élucidés, car entrent en jeu des facteurs liés à l'effet sédatif ou à la modification du comportement alimentaire. S'ajoutent à cela les symptômes négatifs, la perte de motivation, la désorganisation des pensées, les troubles de l'humeur (66). Ainsi, une maladie mentale sévère est responsable de sédentarité (67), mais aussi d'une exigence d'escalade posologique et de recours à une association médicamenteuse qui interviennent ensemble dans la prise de poids. L'hérédité ajoute un degré de complexité car il semble que des facteurs génétiques spécifiques prédisposent à la co-occurrence de l'obésité et de la maladie mentale (68).

La maladie psychiatrique en elle-même

La nature des pathologies mentales sévères est directement responsable d'une apathie et d'un défaut d'initiative. L'inertie en est la principale conséquence. Les troubles des fonctions exécutives entravent la coordination et la gestion d'un agenda, avec d'importantes difficultés à se rendre sur un lieu de rendez-vous et à un horaire précis. Des troubles de l'attention et de la mémoire compliquent la tâche. L'anxiété vis-à-vis des transports et de la foule font de chaque déplacement un défi, et faire confiance à de nouveaux interlocuteurs est souvent un obstacle majeur. Les politiques modernes de prévention cherchent à repositionner le citoyen comme acteur de sa propre santé (69). Il s'agit de lui faire prendre conscience des différents risques par des campagnes de communication afin de l'inciter à s'engager dans une démarche de dépistage et de soins. Dans le cas des troubles mentaux sévères ces messages sont inaudibles à plusieurs niveaux : l'attention du sujet est plus difficile d'accès compte-tenu des situations fréquentes de grande précarité sociale et d'isolement, mais également de l'existence d'un déni et d'une désorganisation psychique. Là où des patients se rendent chez leur généraliste pour des conseils sur l'arrêt du tabac, le surpoids, un dépistage, le patient psychotique ou bipolaire

sévère ne reconnaît même pas l'existence d'un problème somatique, voire le nie lorsqu'on le lui signifie.

II.- Organisation générale de la psychiatrie en France

A partir des années 60, la prise en charge des psychoses est radicalement transformée par les neuroleptiques. La fréquence et la durée des hospitalisations sont réduites. Les effets secondaires pharmacologiques et les risques de rechute compromettent souvent le maintien ou le retour à l'emploi. Les patients ont besoin d'un suivi rapproché, et donc d'une offre de soins extrahospitalière renforcée. Cette nécessité a poussé les acteurs de la santé mentale à diversifier les modalités de la prise en charge. L'ambition est d'assurer l'accès aux soins au plus près du lieu de vie du patient, d'améliorer la fluidité de son parcours, et son insertion sociale. Or, le plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 a fait le constat d'un cloisonnement préjudiciable (70).

Il y a trois grands types d'offres de soins en psychiatrie (71) :

- **les hospitalisations complètes en services aigus.** En 2010, les séjours ont concerné 13% de l'ensemble des patients psychiatriques, totalisant ainsi 19 millions de journées. Les soins sont assurés en milieu ouvert ou fermé dans l'un des 600 établissements de santé autorisés en psychiatrie, dont 46 % sont de statut public. Environ un par département accueille exclusivement des malades atteints de pathologies mentales. Ces établissements sont désormais minoritaires. Anciennement appelés asiles d'aliénés, ils sont devenus des hôpitaux psychiatriques, puis des centres hospitaliers spécialisés pour certains (CHS) ou des établissements publics de santé mentale (EPSM) pour d'autres. La fermeture des lits dans ces établissements a entraîné la création des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux à partir des années 1970 pour en compter 180 en 2009.

- **Les alternatives extrahospitalières à temps complet** sont essentiellement développées par les établissements non lucratifs et couvrent environ 10 % des prises en charge à temps complet. Sous surveillance permanente en milieu ouvert ou fermé, elles

entraînent une forte coupure du patient avec son milieu social et familial. Les solutions proposées sont plus intensives que les visites programmées en CMP : appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique, hospitalisation à domicile. Les intervenants sont multi-professionnels, paramédicaux et sociaux. Elles visent un objectif de réinsertion, en passant par une étape intermédiaire limitée dans le temps.

- **Les alternatives extrahospitalières à temps partiel**, impliquent en premier lieu l'hospitalisation partielle, offrant des soins discontinus et/ou d'intensité modérée aux patients visant un retour à l'autonomie. Ce dispositif, essentiel à la réinsertion sociale, se présente selon différentes modalités avec l'hôpital de jour (26 539 places en 2010) ou de nuit (1 482 places), les 76 centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et ateliers thérapeutiques (près de 1 700 structures fin 2010, dont 614 infanto-juvéniles).

- **Les prises en charge ambulatoires et les consultations de ville** sont essentiellement assurées par les établissements de santé publics ou privés d'intérêt collectif (ESPIC), ainsi que la psychiatrie libérale. L'ambulatoire définit l'ensemble des prises en charge qui ne font pas intervenir d'hospitalisation. Le plus souvent, les malades sont vus dans le cadre de consultations en centre médico-psychologique (CMP). Officiellement définis par l'arrêté du 14

mars 1986 et déployés uniquement par les ESPIC, il existe 338 CMP. Ils sont structurés comme des points d'accueil en milieu ouvert situés au cœur de la ville et dotés d'équipes pluridisciplinaires qui suivent les patients et dispensent les soins sur place, à domicile ainsi qu'en établissement médico-social.

Selon les différents contextes locaux, il existe des équipes mobiles spécialisées pour la prise en charge des populations précaires, étrangères ou pénitentiaires. Certains CMP offrent la possibilité d'un d'accueil permanent, adossés aux services d'urgence d'hôpitaux généraux, et proposent une psychiatrie de liaison. Les locaux utilisés regroupent souvent des centres médico-psychologiques et des structures d'accueil à temps partiel.

Cette offre de soins s'organise en zones géographiques précisément délimitées au sein desquelles évoluent plusieurs équipes de professionnels de la santé mentale. Le découpage en aires géo-démographiques de proximité est un maillage territorial pensé pour

coordonner et rationaliser les ressources, couvrant ainsi au mieux les besoins de toute la population. Selon la localisation de son domicile, le patient est pris en charge par le Secteur dont il dépend : on parle de Sectorisation. C'est l'aboutissement de la refondation de la Psychiatrie française débutée après la seconde guerre mondiale dans un esprit de sortie de la vision hospitalo-centrée. Il est rendu possible par l'avènement des neuroleptiques. C'est une rupture radicale avec la politique asilaire, qui était devenue d'autant plus insupportable que l'horreur concentrationnaire était proche. Ce processus fut initié sous l'impulsion de grands noms de la psychiatrie comme Georges Daumazon, Lucien Bonnafé ou François Tosquelles. En 1958, le psychiatre Philippe Paumelle fonde l'Association de Santé Mentale du 13ème arrondissement de Paris qui définira les contours du premier réseau d'institutions sectorielles desservant un territoire en France. Le secteur dans sa présentation actuelle fait suite à la circulaire du 15 mars 1960. Le développement progressif de ce système s'est appuyé sur le réseau des dispensaires d'hygiène mentale implantés à l'échelle départementale et dont le rôle avait été préalablement renforcé par la réforme du 20 mai 1955. Contrairement à d'autres pays européens comme le Royaume-Uni ou l'Italie, la sectorisation française s'est construite comme un dépassement de l'hôpital psychiatrique dans un cadre de solution complémentaire plus large et non pas contre lui.

Aujourd'hui 817 secteurs de psychiatrie générale et 320 secteurs de psychiatrie infanto juvénile couvrent en moyenne chacun un bassin de population de 56.100 habitants. On parle

de file active pour désigner l'ensemble des patients du secteur en cours de traitement vus au moins une fois par un psychiatre.

Selon l'IRDES (72), au cours de l'année 2003, les dispositifs ambulatoires ont pris en charge 86 % des malades de la file active. 67 % des malades ont bénéficié de soins psychiatriques exclusivement dans ce cadre. 76% de l'ensemble des prises en charges ambulatoires psychiatriques de la file active du secteur ont été réalisées par le CMP.

Le temps complet qui correspond à une surveillance 24h/24 en hospitalisation ou en alternative extrahospitalière, concerne 25 % des patients de la file active chaque année. Le temps partiel qui exclut la surveillance continue et l'hébergement connaît la plus forte croissance au cours des dix dernières années (9 % de la file active).

III.- Un système médical en échec ?

1.1 Les recommandations en vigueur

Les chiffres de la mortalité que nous avons cités témoignent de l'impact des antipsychotiques, des facteurs de risque cardio-vasculaires et métaboliques, ainsi que du faible accès aux soins somatiques (14). De nombreuses règles de bonne conduite ont été émises par les différentes sociétés savantes internationales et à des échelles plus locales ; elles s'intéressent essentiellement aux effets indésirables à court, moyen et long terme des différentes molécules.

Le suivi du patient

Aux Etats-Unis

L'American Psychiatric Association (APA) proposait en 2009 une mise à jour détaillée des indications concernant la surveillance des traitements par antipsychotiques (73). Elle rendait compte des résultats des études CATIE, CUtLASS (74) et EUFEST (75), soulignant notamment le peu de différences entre les ASG et les APG. Dès 1997, les experts américains préconisaient l'usage des antipsychotiques de seconde génération en première intention (avis confirmé par la conférence de consensus de janvier 2003 à Paris). Les ASG débutés le plus précocement possible doivent dès lors être prolongés au moins 1 à 2 ans. La dose initiale est faible, puis majorée avec prudence. Les constantes vitales doivent être recueillies avant le

traitement et lors des premiers jours : mesure de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et de la température. La pression artérielle doit être recontrôlée après 3 mois de traitement puis annuellement.

Concernant la dyslipidémie, l'APA a fait une distinction entre les antipsychotiques à fort risque lipidogène exigeant une surveillance semestrielle et les antipsychotiques à faible risque permettant d'espacer la surveillance jusqu'à 5 ans : cholestérolémie totale, HDLc, LDLc, triglycéridémie. Quant au reste du suivi biologique, un dosage des transaminases et de la créatininémie est recommandé une fois par an avec ionogramme sanguin au cas par cas. Le bilan sanguin comprend aussi une NFS annuelle, à l'exception de la clozapine pour laquelle le risque d'agranulocytose impose des protocoles spécifiques de surveillance. La

prescription des β -HCG est réalisée chez les femmes en âge de procréer. La prolactinémie est dosée chez les patients schizophrènes sous antipsychotiques quand il existe des signes cliniques d'hyperprolactinémie afin de prévenir le risque d'ostéoporose (76). L'APA recommande la mesure du QTc lors de l'utilisation d'antipsychotiques à risque ou lorsqu'il existe une cardiopathie sous-jacente ou une association thérapeutique. L'ECG doit être réalisé avant l'initiation du traitement puis régulièrement.

En phase aiguë il doit y avoir une évaluation clinique hebdomadaire des signes extrapyramidaux précoces. Pour les patients suivis au long cours, une évaluation annuelle ciblera les signes extrapyramidaux tardifs.

Un examen ophtalmologique annuel chez les patients de plus de 40 ans permet de rechercher les troubles visuels, en particulier les cataractes secondaires ainsi que les glaucomes à angle fermé. Les autres complications liées aux effets anticholinergiques comme la constipation, les troubles mictionnels doivent faire l'objet de questions régulières.

En France

Les recommandations produites par les groupes de travail américains ont été critiquées par de nombreux auteurs car jugées insuffisantes : les objectifs de surveillance n'étaient pas assez ambitieux face aux enjeux de la santé physique. Aussi, la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) a publié en juin 2015 des recommandations beaucoup plus strictes quant à la prise en charge somatique des patients atteints de trouble psychiatriques sévères (12).

Les éléments du dépistage concernent :

- *Les facteurs médicaux* : surpoids, dyslipidémie, hypertension artérielle, antécédents personnels de syncope, facteurs de risque d'arythmie cardiaque, facteurs de risque de maladie thrombo-embolique veineuse ;

- *Les facteurs comportementaux* : mauvaise hygiène alimentaire, tabagisme et autres addictions, inactivité physique et sédentarité ;

- *Les facteurs génétiques* : contexte ethnique, histoire familiale de maladies métaboliques, cardiovasculaires ou de mort subite.

Le principal paramètre utilisé dans l'évaluation du surpoids est l'index de masse corporelle (IMC) (77), défini comme le poids de l'individu en kilogrammes, divisé par la taille en mètres élevée au carré (kg/m^2) (78). Mais il ne rend pas compte de la répartition topographique des graisses (79) et doit être complété par la mesure du périmètre abdominal, plus sensible et plus spécifique. Leur recueil doit être réalisé à 1 mois et 3 mois de traitement puis tous les trimestres. Une prise de poids de 7% ou plus doit alerter le prescripteur sur un diabète, et ce d'autant plus qu'elle est rapide. Plus généralement, les dosages de la glycémie à jeun et de l'hémoglobine glyquée doivent être effectués à 3 mois du début du traitement, puis une fois par an. En fonction du contexte ils peuvent être rapprochés (antécédents familiaux de diabète, taux de glycémie initiale).

Le syndrome métabolique est un puissant prédicteur des atteintes coronariennes. La définition du syndrome métabolique retenue est celle proposée en 2005 par la Fédération Internationale du Diabète (Tableau 3) (80) car elle intègre mieux l'insulinorésistance et le tissu adipeux abdominal comme facteur-clé du risque. Tout comme l'APA, la FFP insiste sur la stratification du risque en répartissant les patients selon les molécules prescrites.

Tableau 3. Définition du syndrome métabolique (selon la Fédération Internationale du Diabète).

Le syndrome métabolique comprend 2 volets obligatoires **Identification d'une obésité abdominale** : tour de taille supérieur ou égal à 94 cm

1

pour un homme et 80 cm pour une femme (il existe des variations ethniques). **Présence d'au moins 2 des 4 critères suivants :**

Triglycérides > 1.50 g/L ou un traitement spécifique en cours

HDLc < 0.40 g/L chez les hommes et < 0.50 g/L chez les femmes ou

traitement 2

spécifique en cours

Tension artérielle systolique ≥ 130 mmHg et diastolique ≥ 85 mmHg ou

traitement spécifique en cours

Hyperglycémie > 1 g/L ou traitement du diabète de type 2 en cours

La FFP recommande également un bilan respiratoire à la recherche de BPCO chez les patients fumeurs ainsi que le dépistage des cancers gynécologiques (frottis de dépistage et mammographie).

Synthèse du bilan somatique proposé par la FFP

Examen physique :

- mesure des constantes, notamment IMC avec périmètre abdominal •
- évaluation du risque cardiovasculaire avec réalisation d'un ECG
- recueil des valeurs antérieures de HbA1c ou de glycémie si le patient est diabétique •
- synthèse de l'ensemble des traitements psychiatriques et non psychiatriques •
- estimation du niveau d'activité physique et des habitudes alimentaires • évaluation des troubles addictifs
- l'examen physique doit être le plus complet possible
- bilan bucco-dentaire
- recueil de toute plainte somatique
-

En pratique, le bilan biologique doit systématiquement inclure :

- la glycémie à jeun
- une exploration des anomalies lipidiques
- la numération formule sanguine
- la CRP
- un ionogramme sanguin
- une évaluation de la fonction rénale
- un bilan hépatique
- le β -HCG plasmatique chez la femme en âge de procréer
- une TSH-us

Au cas par cas, seront dosés :

- les sérologies VIH, VHC, VHB, syphilis
- la procalcitonine
- la recherche de toxiques urinaires

Le National Institute for Clinical Excellence (NICE) a publié en 2006 un travail de synthèse concernant les règles de surveillance clinique et biologique des patients traités par Lithium (81). Comparables aux recommandations sur les antipsychotiques, elles présentent

néanmoins quelques particularités comme la recherche systématique des symptômes de surdosage avec une attention accrue portée aux sujets âgés, pour lesquels il peut survenir à des taux plasmatiques compris en zone cible thérapeutique. A chaque consultation le praticien doit s'attacher à rechercher les symptômes liés à la neurotoxicité tels que le déclin cognitif, les paresthésies, les tremblements et l'ataxie.

La surveillance biologique implique un dosage de la lithémie plasmatique tous les 3 mois et doit être rapprochée en cas d'altération de la fonction rénale ou d'une co-prescription de traitements à retentissement rénal (diurétiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens). La fonction rénale doit quant à elle être évaluée tous les 6 mois avec la recherche d'un syndrome polyuro-polydipsique à l'interrogatoire. Par ailleurs, la fonction thyroïdienne est testée tous les 6 mois par un dosage de la TSHus ; si celle-ci est anormale il faut doser les fractions libres des hormones thyroïdiennes (82).

La coordination des acteurs des soins

En théorie, les échanges d'informations se font entre des intervenants clairement identifiés : somaticiens, médecin traitant, infirmières, équipes du Secteur, psychiatres. La continuité du suivi doit être organisée avec le CMP en accord avec le malade. Et si la FFP insiste sur les échanges interprofessionnels, c'est qu'il y a des freins à la collaboration entre généralistes et psychiatres pesant autant que les obstacles liés à la psychopathologie.

Ce sont les aspects organisationnels et de communication qui interpellent en premier lieu. Le manque de visibilité et de clarté de l'organisation des soins psychiatriques pour les médecins généralistes (83) compliquent le processus d'adressage (84). L'effort pour structurer une collaboration représente un investissement de temps considérable (85), souvent incompatible avec l'intensification actuelle de l'activité médicale (86). D'une part des généralistes reprochent aux psychiatres leur manque de disponibilité (87) mais parallèlement à cela, ils sont eux-mêmes contraints par le flux des patients et par un système de rémunération qui décourage des interventions plus longues (88).

Pour les cliniciens en santé mentale, l'un des enjeux est de comprendre que le cadre de travail des somaticiens est radicalement différent du leur, et qu'il implique d'autres priorités.

Ainsi, les attentes immédiates des médecins généralistes ne sont pas forcément les mêmes et les stratégies thérapeutiques divergent (89). Les rôles des uns et des autres restent peu

clairs car la répartition des tâches ne fait pas l'objet d'un consensus (90). Depuis les années 80, de nombreuses études en sciences sociales et des thèses de médecine expliquent ces relations conflictuelles par une défaillance de la communication à l'origine d'une incompréhension professionnelle réciproque (91).

Aussi, l'idée est de répartir les responsabilités des soins entre le médecin traitant et le psychiatre en fonction des besoins du patient à différentes étapes du suivi, selon les compétences respectives de chacun (92) et avec un retour formel de l'information vers les différents correspondants. L'absence de retour de la part des psychiatres peut créer chez le généraliste la tentation de « se débarrasser » de son patient ; et chez le patient un ressenti d'abandon (85). Organiser des rencontres interprofessionnelles en comités réduits permet de discuter localement de procédures de coordination en vue d'intégrer le médecin généraliste dans le parcours de soins psychiatriques (83). Les rencontres peuvent également être centrées sur des cas cliniques afin de produire une évaluation partagée pour une prise de décision concertée (93). La collaboration peut être complétée par des initiatives telles que la diffusion des répertoires de ressources en santé mentale, offrant aux généralistes les détails de tous les services publics, privés et communautaires du Secteur (88).

En ce qui concerne le support de la communication, le contenu des courriers échangés ne couvre pas les besoins, et les généralistes déclarent avoir peu d'informations sur les soins reçus par leurs patients, sur le caractère approprié ou non de leur adressage, et sur le projet thérapeutique (89).

Ainsi, en septembre 2010, le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) émet des recommandations sur le contenu des courriers échangés (94) :

- les problèmes de santé somatique et les traitements en cours ;

- les éléments de l'histoire médicale : la date de début des troubles, l'évolution des symptômes, les comportements à risque et conduites addictives, les antécédents d'hospitalisation, les antécédents familiaux et l'observance thérapeutique ;
- les risques évolutifs immédiats ;
- les facteurs environnementaux ;

- l'organisation de la prise en charge ;
- les éléments de surveillance et de suivi.

1.2 Les pratiques

Quelques données

L'évaluation globale

Malgré toutes ces recommandations, les individus atteints de maladies mentales sévères ont une évaluation somatique insuffisante, notamment en ce qui concerne le recueil des indicateurs biométriques simples de santé (95). Ainsi, la proportion de médecins psychiatres réalisant la surveillance du poids, du périmètre abdominal ou de la tension artérielle en consultation de routine demeure faible (96). Dans une évaluation menée en 2004 par Newcomer, le périmètre abdominal n'était jamais mesuré dans 58% des cas, la pression artérielle était rarement ou jamais recueillie dans 38% des cas (voir tableau 4).

Tableau 4. Surveillance du risque métabolique en consultation de psychiatrie chez les patients sous traitement antipsychotique.

A quelle fréquence effectuez-vous les mesures suivantes ?

Pourcentage des psychiatres pour chaque réponse (%)

Toujours Souvent En général Rarement Jamais
Ne sait pas

Tension artérielle 17 17 27 20 18 - **Pesée du patient** 31 31 26 9 2 - **Périmètre abdominal** 2 5 14 21 58 - **Lipidémie** 11 18 29 24 17 -

Newcomer JW, Nasrallah HA, Loebel AD. The atypical antipsychotic therapy and metabolic issues national survey: practice patterns and knowledge of psychiatrists. *J Clin Psychopharmacol.* 2004;24(5):S1-S6.

Aux Etats-Unis, l'analyse des données de l'Enquête Nationale des Soins Ambulatoires a révélé que les médecins psychiatres proposaient une démarche de médecine préventive seulement au cours de 11% des consultations (97). Les carences de prévention médicale

s'étendent au-delà de l'univers de la maladie mentale : les individus en bonne santé mais en situation de détresse (socio-professionnelle ou autre) sont moins concernés par les dépistages médicaux (98). Il y a donc un degré de complexité supplémentaire chez les patients psychotiques et bipolaires puisqu'ils cumulent en plus, les difficultés sociales, économiques,

professionnelles, et cetera (99).

En jugeant la qualité des soins primaires sur quatre éléments-clés (les soins fournis au premier contact, le suivi, l'exhaustivité des soins et la coordination), la prise en charge de la santé physique de ces patients est significativement inférieure, et plus particulièrement en ce qui concerne le suivi (100). L'insuffisance de soins adaptés est l'un des éléments centraux de la surmortalité de cette population (101).

Les facteurs de risque cardiovasculaires

L'application des recommandations reste faible, y compris lors du choix d'un neuroleptique de seconde génération au début de la prise en charge thérapeutique (102). Il en est de même pour les médecins généralistes qui ne mettent pas en place un suivi efficace des patients sous antipsychotiques (103). La conférence de consensus de l'ADA n'a eu aucun impact en termes d'amélioration du dépistage du diabète ou de la dyslipidémie. Entre 2001 et 2006, seuls 8% des patients traités par antipsychotiques ont eu un dosage sanguin des lipides, et 23% une glycémie (104).

Déjà dans les années 70, le problème avait été identifié, et les premiers travaux estimaient que 26% (105) à 46% (106) des patients psychiatriques étaient concernés par au moins une pathologie somatique passée inaperçue. Plus récemment l'étude CATIE évaluait les conséquences de ce sous-diagnostic. Ainsi, aucun traitement n'était rapporté pour 45.3 % des diabètes, 62.4% des hypertensions et 88% des dyslipidémies parmi les populations schizophrènes (107). Même lorsque le diabète était avéré, les patients souffrant de maladies mentales avaient un risque plus fort de ne pas recevoir le suivi de base (108):

- mesure de l'HbA_{1c} : OR = 1.24 – IC_{95%} [1.22–1.27] ;
- glycémie à jeun : OR = 1.17 – IC_{95%} [1.15–1.20] ;
- LDLc : OR = 1.25 – IC_{95%} [1.23–1.28].

Les cancers

L'utilisation des soins de prévention est moins bonne en cas de maladie mentale (11). Parmi les patients de plus de 50 ans atteints de troubles mentaux sévères, 56% n'ont jamais eu de dépistage du cancer colorectal. 69% des femmes éligibles au dépistage ont eu un frottis au cours des 3 dernières années, et seulement 30 % ont eu une mammographie (109).

Pourquoi de telles différences ?

Les patients qui consultent en soins primaires sont perçus comme plus difficiles à gérer dès lors qu'ils présentent un trouble mental (OR = 2.4 – IC_{95%} [1.3–4.4]). En parallèle, on constate que les cliniciens qui déclarent « subir » le plus de consultations difficiles, sont ceux qui ont une gestion psycho-sociale de moins bonne qualité (23% versus 8% - p < 0.01) (110), mesurée par la Physician's Belief Scale (111) (**Annexe 2**). Ces situations sont associées à plus de croyances inappropriées des médecins sur ce que le patient attend, et à un plus grand décalage sur la manière dont ils imaginent être perçus. Il en découle une insatisfaction du patient vis-à-vis des traitements proposés et une mauvaise image à tous les niveaux de la relation de soin. Il y a une vision du « fou » perçu comme un malade à part dont la prise en charge est plus pénible que celle des autres patients.

L'une des spécificités des troubles psychiatriques sévères tient au fait que leur nature est en soi un facteur de risque pour nombre de pathologies somatiques : déficit cognitif, altération du jugement, déni, isolement. L'inertie qui en résulte se décline à tous les champs de la vie sociale et professionnelle. Si la majorité des malades finissent par contacter les services de santé, les retards peuvent être de plusieurs années. Le délai est d'autant plus prononcé que les sujets sont jeunes ou âgés, de sexe masculin, de faible niveau socio-économique ou appartenant à des minorités ethniques (112). Et même quand il n'y a pas d'obstacles financiers aux soins, nombreux sont ceux qui ne sollicitent pas l'aide des services de santé. Les raisons sont multifactorielles, au premier rang desquelles figure la discrimination (113). Elle peut être ressentie ou réelle. En Occident, la plupart des citoyens ont une méconnaissance de la pathologie mentale liée à un défaut d'éducation, avec pour conséquence la crainte des malades psychiatriques (112). Les phénomènes de stigmatisation qui en découlent (114) contribuent à une discrimination réelle sur les questions du logement, du travail et du lien social.

Certains auteurs dans les années 80 défendaient l'idée d'une valeur positive à l'attribution de l'étiquette de « malade mental », vue comme l'amorce d'une prise de conscience facilitant l'acceptation d'un projet thérapeutique (115). Mais l'on sait désormais qu'elle contribue grandement au sentiment de discrimination. Or, la discrimination ressentie suffit à créer des phénomènes d'anticipation et d'évitement qui n'épargnent pas le champ de la santé, avec une issue défavorable (114). Ces comportements d'esquive contribuent à générer chez les soignants un climat défaitiste quant aux chances de récupération de leurs patients. Les psychiatres sont plus touchés par ce pessimisme que les infirmier(e)s (116). Un cercle vicieux est créé et l'attitude des soignants est également perçue comme discriminatoire, même s'ils

sont spécifiquement formés pour traiter les personnes atteintes de maladies mentales (117). Cela ajoute un degré supplémentaire d'isolement, alors que paradoxalement, il n'y a pas de preuve indiquant que le défaut d'accès aux soins primaires soit dû à une défiance de ces patients vis-à-vis de l'efficacité de la Médecine (100).

1.3 Le Secteur et ses relations avec la médecine générale

Pour les patients souffrant d'un trouble mental sévère, avoir un canal d'accès aux soins primaires ne garantit en rien la qualité des soins préventifs reçus, et les efforts pour améliorer leur santé exige plus que de leur attribuer simplement un médecin généraliste. Celui-ci doit être intégré dans le projet de soins psychiatriques. Les médecins généralistes sont en première ligne dans le suivi de la santé mentale des patients ; et selon les chiffres de la DGS, c'est près d'un tiers de leur patientèle qui est atteinte de troubles psychiatriques légers à sévères. Parallèlement, la DREES rapporte que seuls 35 % des généralistes français déclarent être suffisamment informés sur les missions du Secteur, et seulement 40 % disent pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin (118).

La carence en communication existe également lorsque le médecin généraliste adresse un patient qu'il suit pour un avis ou une prise en charge au CMP, avec des retours d'information souvent tardifs ou inexistant. Ainsi, même lorsque le patient est en contact avec un somaticien, les défauts dans la communication avec le Secteur dégradent l'efficacité du suivi. Bien que les autorités de santé françaises recommandent des échanges par courrier, leur qualité reste insuffisante. Ainsi, en Mayenne en 2012, 42% des psychiatres

rapportaient ne jamais recevoir de courrier de retour de la part des généralistes alors qu'ils étaient 83% à le souhaiter ; et 79% des médecins généralistes déclaraient une réception rare de courriers venant des psychiatres. Lorsque le courrier existait, sa qualité n'était pas satisfaisante (119). Bien que la recommandation du CNQSP sur les échanges par courrier soit relativement ancienne, l'étude Génépsy nous a montré qu'elle était toujours confidentielle et méconnue en 2015 (120). Lorsque cette recommandation était présentée aux médecins généralistes, les opinions étaient globalement positives. La démarche était jugée structurante dans les rapports entre professionnels de santé. Harris a montré en 2007 que même si la plupart des spécialistes reconnaissaient l'importance des courriers pour assurer l'organisation de la prise en charge et offrir le support professionnel nécessaire aux généralistes, la plupart ne le faisaient pas de façon systématique (121). Dans l'étude Génépsy, plusieurs critiques de

médecins ont été émises concernant la standardisation des courriers dans une discipline où les patients « atypiques » sont la « norme ». En pratique, très peu de courriers-type ont donc été échangés, principalement du fait de la perception de cette tâche comme une lourdeur administrative et une complication chronophage (120).

L'un des principaux objectifs du Plan Psychiatrie et Santé Mentale de 2005 a donc été l'incitation au renforcement et à la mise en place de dispositifs de coopération entre les deux spécialités en canalisant les efforts sur le tissage de réseaux. A ce titre, la première action consistait à structurer le maillage territorial par la constitution d'un cahier des charges précis. Un travail préparatoire a été effectué jusqu'en 2007, mais les résultats n'ont jamais été publiés. Le financement passait par l'allocation de 5 millions d'euros de la dotation nationale de développement des réseaux. En pratique, seuls 3 millions d'euros ont financé ces réseaux, et à partir de 2008 leur nombre a diminué dans certaines régions (71). L'absence de concertation avec les médecins généralistes est l'une des causes évoquées concernant cet échec relatif. Par ailleurs, le Plan prévoyait le renforcement de la formation initiale en psychiatrie des internes de médecine générale. Le Ministère de l'Enseignement Supérieur n'a pas donné suite, et le D.E.S. de médecine générale n'a pas connu l'augmentation préconisée d'heures d'enseignement de psychiatrie. L'élargissement du terrain de stages à des postes en psychiatrie n'a pas eu lieu.

La Cour des Comptes souligne que la priorité doit être donnée à la prévention et à la réinsertion des patients, mais qu'il manque une réelle visibilité du Secteur, aussi bien pour les généralistes que pour les patients. Elle confirme les difficultés du renforcement des liens avec le secteur médico-social pourtant préconisé par le Plan Psychiatrie et Santé mentale. Elle regrette le défaut de partenariat entre le Secteur et les collectivités territoriales qui pourraient être mieux impliquées dans les questions de logement, d'emploi et de réinsertion. Elle recommande donc de généraliser les Conseils locaux de Santé mentale, regroupant localement sur une zone géo-démographique de proximité, l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, les médecins généralistes, les professionnels du secteur social en coordination avec les collectivités territoriales (71).

Objectifs de l'étude

Objectif principal

Construire et faire une première mise en œuvre d'un parcours de prévention pour les patients psychotiques et bipolaires. La clé de voûte du parcours est une consultation de prévention somatique directement implantée dans le CMP d'un secteur de santé mentale.

Les procédures conçues, les outils et l'organisation développés seront décrits. Les obstacles et les corrections apportés seront détaillés. Des améliorations pratiques seront proposées.

Objectifs secondaires

Déterminer l'acceptabilité de cette consultation de prévention somatique. Elle sera évaluée aussi bien au niveau des soignants que des patients.

Evaluer l'utilité d'une telle démarche par :

- la nature et la fréquence des pathologies somatiques identifiées,
- le succès ou l'échec à la mise en œuvre d'un « suivi d'aval » par un médecin généraliste.

Matériels et Méthodes

1.1 Cadre de l'étude

L'Association de Santé Mentale du 13e arrondissement de Paris (ASM 13) gère le dispositif sectoriel qui dessert la population du 13e arrondissement de Paris (figure 2). Elle pilote un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) disposant de 9 sites de psychiatrie générale adulte et de 5 sites de psychiatrie infanto-juvénile. Il comprend le CMP Philippe Paumelle et 2 sites d'hospitalisation : le Centre Hospitalier l'Eau Vive et la Polyclinique René Angelergues avec son centre de crise ouvert 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. L'accueil et le suivi des patients a lieu dans des hôpitaux de jour, des ateliers thérapeutiques, des foyers, des centres thérapeutiques à temps partiel, des appartements associatifs et le département Institut de Psychosomatique (IPSO). Le Centre Alfred Binet est spécifiquement dédié aux enfants et adolescents. Le Centre Evelyne et Jean Kestemberg offre des possibilités de traitement psychanalytiques gratuits.

L'ASM 13 collabore depuis plusieurs années avec **le Pôle Santé Paris 13**, une association pluriprofessionnelle regroupant des médecins généralistes et spécialistes, des infirmières libérales, des biologistes, des kinésithérapeutes, des dentistes, des pharmaciens, etc... Ils travaillent localement sur l'accès aux soins, la coordination, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la prévention et l'éducation des patients. Le Pôle contribue également à relayer les actions de santé publique telles que « Moi(s) sans tabac » et à reconfigurer l'offre de soins (3 maisons de santé pluriprofessionnelles créées entre 2016 et 2018, et deux en projet, dans des quartiers sous-dotés en médecins généralistes).

Notre étude s'inscrit dans un contexte de coopération entre l'ASM 13 et le Pôle Santé Paris 13, qui ont signé une convention en 2012 pour améliorer la coordination des parcours des patients ayant des pathologies mentales et la formation en psychiatrie des professionnels de soins primaires.

Le Centre Philippe Paumelle est le lieu dans lequel se déroule notre étude. Il s'agit d'un centre médico-psychologique (CMP), il porte le nom du médecin psychiatre fondateur de l'association. Dans le cadre de la sectorisation en Santé mentale, il a pour mission de proposer des soins gratuits ambulatoires de psychiatrie à l'ensemble des personnes résidant dans le 13ème arrondissement de Paris. Il est le pivot du dispositif sectoriel et se positionne comme un centre de diagnostic et de traitement des difficultés psychologiques et psychiatriques. Il

abrite dans ses locaux 7 équipes de soignants, correspondant chacune à un sous-secteur résultant du découpage géographique de l'arrondissement, auxquelles il faut ajouter une équipe dédiée aux adolescents et jeunes adultes ainsi que des équipes mobiles de gérontopsychiatrie et de précarité. Il y a également une sous-équipe qui s'occupe des patients signalés par les bailleurs sociaux.



Figure 2.
arrondissement de Paris.

Sectorisation du XIIIème

Le CMP est installé dans un immeuble au cœur de l'arrondissement. On y trouve également les services administratifs du Secteur. Les médecins, infirmières, secrétaires médicales et gestionnaires utilisent le logiciel Cortexte® édité par CAPCIR. En plus du dossier médical complet, il comprend les outils de gestion informatisée (prescriptions, consignes, observations, le référencement des actes en CDAM et cotation CCAM, analyse d'activité, PMSI). Il permet la production et le stockage des comptes-rendus, la gestion des rendez-vous

et agendas, ainsi que d'interface pour les assistantes sociales. Enfin, il comprend des modules de production de statistiques et une messagerie sécurisée.

L'activité adulte inclut :

- Les missions classiques de la psychiatrie de secteur adulte (prévention au décours de signalements ; accueil des urgences lors des crises ; consultations psychiatriques ; gestion des soins sous contrainte ; etc.) ;

- Les missions de coordination : le travail réalisé au CMP s'inscrit à la fois en continuité

avec les autres structures de l'ASM XIII (pôle ambulatoire et pôle hospitalier) mais également avec l'ensemble des acteurs du domaine sanitaire (médecin généraliste, médecins spécialistes, SAU, etc.), médico-social, judiciaire ou social ;

- Les missions transversales institutionnelles (participation à l'animation de groupe, participation à la qualité (DPC, EPP, certification), participation aux liens entre l'ASM XIII et son environnement, etc.) ;

- Les missions ponctuelles d'accueil et d'enseignement pour des internes et/ou des stagiaires psychologues ainsi que la possibilité de participation et/ou d'animation de séminaires ou de colloques.

L'activité adolescents – jeunes adultes comprend une consultation dédiée aux patients âgés de 16 à 21 ans, d'orientation psychanalytique. Une équipe spécifique est dédiée à leur accueil et suivi. Outre la prise en charge psychiatrique classique, les adolescents peuvent bénéficier d'une psychothérapie psychanalytique individuelle, d'un groupe de parole, d'un psychodrame psychanalytique individuel. Un lien est organisé avec les partenaires scolaires et universitaires. Une particularité du travail avec les adolescents est le lien avec les familles ou l'adulte qui en est responsable.

Les patients accueillis au CMP Philippe Paumelle peuvent être reçus en consultation par l'un des 27 médecins psychiatres et/ou l'une des 13 infirmières. Une équipe de psychologues et d'assistantes sociales intervient après sollicitation directe des soignants ou de leurs patients. Par ailleurs, les patients peuvent bénéficier de psychothérapies individuelles, de groupe ou

familiales. Une consultation de liaison est également joignable par téléphone. Le CMP tient également compte des spécificités démographiques de son secteur en offrant aux populations originaires d'Asie du Sud-Est la possibilité de consultations spécifiques en langues étrangères (mandarin, khmer, vietnamien, thaï). L'équipe Psychiatrie Précarité favorise l'accès aux soins psychiatriques des personnes les plus démunies.

1.2 Population étudiée

Critères d'inclusion/exclusion

La population ciblée par l'étude correspondait aux patients de plus de 18 ans suivis en psychiatrie de secteur du 13^{ème} arrondissement de Paris par le Centre Philippe Paumelle pour la prise en charge de la schizophrénie, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble bipolaire, dès lors que leur suivi somatique était inexistant ou jugé non satisfaisant par le psychiatre ou l'infirmière référente. Le consentement oral était recueilli dans un premier temps par les psychiatres lorsqu'ils estimaient que l'état cognitif le permettait, puis était confirmé une seconde fois par écrit au moment de l'intervention somatique (**Annexe 3**). Si toutefois le refus était exprimé, les patients n'étaient pas inclus. Dans tous les cas, il leur était précisé qu'ils pouvaient ultérieurement changer d'avis et sortir de l'étude à tout moment.

Etaient d'emblée exclus tous ceux qui n'étaient pas stabilisés sur le plan psychiatrique ou pour lesquels il existait un risque d'interférence avec un projet thérapeutique jugé prioritaire. Ce risque était établi par le psychiatre et/ou l'infirmière référente du CMP.

Recrutement des patients

Les patients pouvaient être adressés en consultation de prévention et de dépistage aussi bien par les médecins psychiatres du CMP que par leur infirmière référente. De leur côté, chaque patient qui sollicitait un bilan somatique de sa propre initiative devait attendre la validation de sa demande par l'équipe psychiatrique avant d'obtenir un rendez-vous.

1.3 Intervention

La consultation de prévention

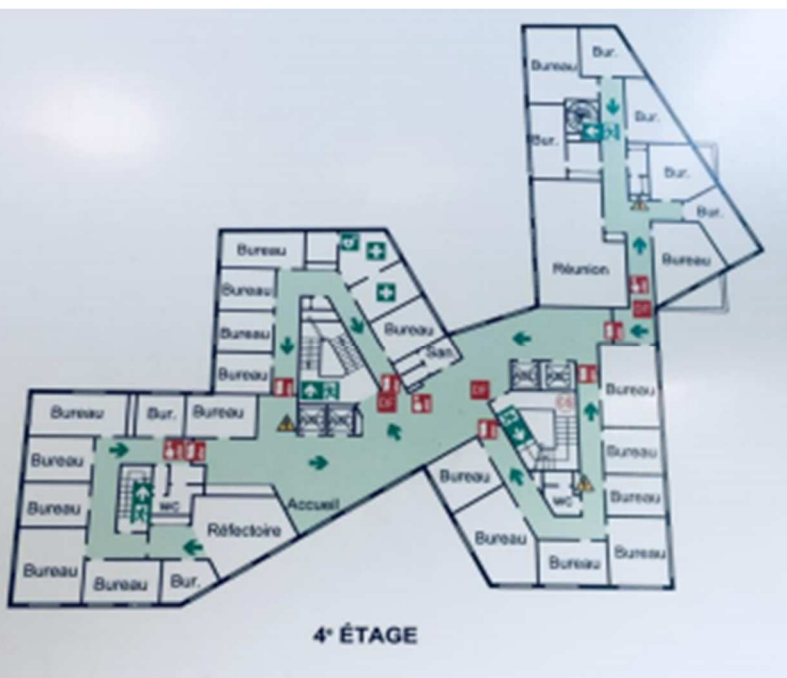
L'intervention concernait la consultation à proprement parler, ainsi que son articulation avec les différents acteurs de santé. Elle impliquait une réflexion sur la chronologie des étapes en amont (processus d'adressage) et en aval (inclusion du patient dans un parcours de prévention et de soins somatiques). Le développement de canaux de communication faisait partie intégrante de notre travail de construction qui a essayé de s'adapter au fur et à mesure des obstacles rencontrés. Le contenu de cette consultation s'appuyait sur les dernières recommandations en vigueur citées ci-dessus, et principalement celles de la Fédération Française de Psychiatrie de 2015.

Les acteurs et l'environnement de la consultation

La consultation était assurée par des internes en DES de médecine générale, sous la supervision indirecte d'un maître de stage impliqué dans le Pôle de santé, et sur une plage horaire ouverte tous les vendredi après-midi. Une infirmière du CMP, Nina Minagarachvili, était spécifiquement détachée pour cette consultation. Elle jouait un rôle de liaison, et lors de la consultation, elle appuyait l'interne en facilitant la communication et en adaptant les éléments de langage aux spécificités du patient. Pour plus de clarté, nous la nommerons « infirmière de coordination ». Un membre de l'équipe du CMP souhaitant adresser un patient devait la solliciter par téléphone, mail ou lors d'une rencontre.

L'ensemble du personnel de l'étage était informé à l'avance pour chaque rendez-vous afin d'éviter les « intrusions ». La confidentialité était parfaitement garantie (isolement visuel et sonore). L'environnement du local était neutre, sans éléments anxiogènes : éclairage doux et indirect, fenêtre sécurisée, matériel médical rangé à l'écart, décor sobre. Il était divisé en 2 espaces (figure 3) : le premier dédié à l'interrogatoire et à l'utilisation de l'outil informatique ; le second réservé à l'examen physique. L'équipement mobilier de la salle comprenait notamment un bureau adapté pour le matériel informatique, plusieurs chaises, une table d'examen, du matériel de prélèvement, des lieux de rangement et de recueil des déchets, etc.

Figure 3. Plan du 4^e étage du CMP et fléchage



cognitif le lui permettait (**Annexe 3**).

Les données recueillies

des espaces de consultation.

**Bureau médical
d'accueil**

Salle d'examen

Avant de débiter, il était précisé à chaque patient que cette démarche faisait l'objet

d'un travail de recherche/thèse, et une notice d'information lui était remise. Son consentement oral et écrit étaient recueillis

après s'être assuré de sa compréhension, si besoin en lui faisant reformuler, et si son état

La consultation comprenait dans un premier temps un interrogatoire qui se focalisait sur l'identification de l'ensemble des facteurs de risque somatique :

- d'ordre médical : recueil des données sur le suivi actuel ou passé par des médecins généralistes et/ou spécialistes. Le parcours de soin somatique était retracé : visite chez un généraliste, derniers prélèvements sanguins, hospitalisations aux urgences, etc. Les antécédents médico-chirurgicaux personnels et familiaux étaient recherchés. L'accent était particulièrement mis sur les facteurs de risque d'athérosclérose : tabagisme, HTA, dyslipidémie connue, sédentarité, contexte familial de morbidité ou de mortalité cardio vasculaire. Le statut vaccinal était obtenu par le biais du carnet de santé ou sur la base des déclarations du patient ou de son infirmière. L'enquête portait également sur la réalisation ou non des dépistages systématisés des cancers recommandés par le Plan Cancer : mammographie, frottis cervical, test de dépistage du cancer colorectal ;

- d'ordre comportemental : recherche de comportements sexuels à risque, analyse du comportement alimentaire et recherche de conduites addictives liées à l'alcool ou à d'autres substances ;

- d'ordre social : isolement social, ressources, prestations sociales, niveau d'études.

L'examen physique est structuré comme suit :

- poids et taille
- périmètre abdominal

- en début et en fin d'examen avec calcul de la moyenne,
- recherche d'hypotension orthostatique

- systématiquement
- complétée par une prescription de glycémie veineuse

- recherche de naevi suspects
- étude de l'état des membres inférieurs,
- recherche de pédiculose

- examen neurologique (syndrome extrapyramidal, tremblements, etc),
- examen cardiovasculaire (signes d'insuffisance cardiaque, souffles valvulaires et vasculaires, pouls périphériques, etc),
- examen pneumologique, digestif, rhumatologique et général
- évaluation de l'état bucco-dentaire

Cet examen était complété par *une spirométrie* réalisée dès lors qu'il y avait un tabagisme actif ou un antécédent de tabagisme ; ainsi qu'*un ECG systématique*.

Instruments de mesure et support de l'information

Le support informatique comportait un ordinateur portable HP Pavillon® sous Windows 10® avec un logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2016®, les PC fixes du CMP avec connexion internet ainsi qu'un intranet local pour les données nominatives. Les instruments de mesure utilisés sont détaillés dans le tableau 5.

Tableau 5. Instruments de mesure utilisés lors de l'examen physique.



Electrocardiogramme CARDIOVIT AT-101® de Schiller

ECG réalisé en 12 dérivations par l'infirmière

Analyse par le somaticien

Impression en 3 exemplaires (dossier CMP, patient, médecin généraliste)

Respect des critères de qualité

(2.400 €)



Spiromètre Minispir® avec oxymètre de pouls et logiciel WinSpiro® Pro de MIR

Appareil portatif indépendant de l'ordinateur

Connexion USB

Turbines jetables

Logiciel avec analyse des critères de qualité

Rédaction et impression de compte-rendus

Conforme aux dernières normes ATS/ERS

(800 €)

Lecteur de glycémie Accu-Chek® Performa

Autopiqueurs jetables Safe-T-Pro-Plus 1.3 à 2.3 mm

Bandelettes Accu-Chek

(65.94 €)

Tensiomètre Hartmann Tensoval® Duo Control II

Mesure au repos couché

Recherche d'hypotension orthostatique

Aux deux bras

Plusieurs tailles de brassards

(64.90 €)

Mètre ruban 200 cm

Mesure du périmètre abdominal à mi-distance entre la dernière côte et la crête iliaque

Toise murale

Pèse-personne mécanique ADE M309800

Thermomètre Braun Welch Allyn® Pro 4000

(50.00 €)

La circulation des données individuelles

Les données recueillies ont fait l'objet d'un double traitement selon leur utilisation. Concernant leur exploitation pour notre étude, les informations ont été colligées de manière anonyme pour être analysées. Un identifiant unique a été attribué à chaque patient. D'autre part, les données nominatives ont été mises à la disposition des médecins psychiatres et des infirmières du CMP, initialement sur papier, puis en étant partiellement intégrées aux dossiers médicaux informatisés du Secteur. Les données ont également été transmises par courriers adressés aux médecins traitants, toujours avec l'accord des patients.

Le parcours du patient après la consultation

Au terme de cette consultation chaque patient était invité à suivre le parcours suivant :

La NFS, l'ionogramme sanguin, le bilan rénal, le bilan hépatique, l'évaluation des

anomalies lipidiques et la CRP sont dosés à titre systématique. Le bilan est complété par le β -HCG chez les femmes en âge de procréer. La TSH ultrasensible est prescrite chez les patients bipolaires. Les sérologies VIH, VHC, VHB et syphilis sont prélevées en accord avec le patient quand il existe un comportement sexuel à risque ou à sa demande. La prolactinémie est dosée chez les patients sous antipsychotiques uniquement s'il existe des signes cliniques d'hyperprolactinémie (galactorrhée, dysménorrhée, gynécomastie, etc).

Si besoin, lui est proposé une liste de laboratoires à proximité de son domicile, et éventuellement un accompagnement par une infirmière du CMP. On explique au patient qu'après avoir réalisé sa biologie, nous rédigerons un courrier de synthèse (**Annexe 5**) que

nous adresserons à son domicile par voie postale. Ce courrier sera également communiqué avec son accord à son psychiatre, à son infirmière référente et à son médecin généraliste s'il en a un.

Les patients étaient invités à reprendre contact avec leur médecin traitant. En l'absence de médecin traitant, nous leur proposons un généraliste exerçant à proximité de leur domicile ou dans un Centre de Santé de la Ville de Paris (Centre Edison) situé à proximité du CMP. Chaque médecin était contacté par téléphone à la fin de l'étude pour savoir si le patient est allé le consulter.

Les différentes modalités du parcours étaient entièrement détaillées et répétées aux patients.

Synthèse

Le schéma de l'ensemble du process est résumé en figure 4.

Figure 4. Représentation du parcours du patient inclus.

La trame du courrier de synthèse vers le médecin généraliste est précisée en **annexe 5**.

1.4 Recueil des données qualitatives

Les infirmières

Nous avons recueilli de nombreuses informations de manière informelle, sous forme de notes, et tout particulièrement celles provenant des échanges de l'infirmière coordinatrice avec les équipes de soin et les patients. Nous avons organisé une réunion avec 11 des infirmières du CMP pour échanger sur les difficultés de recrutement, sans enregistrer leurs propos.

Focus Group

Pour évaluer l'acceptabilité, nous avons organisé deux focus groups avec des psychiatres (15 participants au premier focus groupe, 2 participants au second). Les échanges ont été enregistrés et retranscrits verbatim. Le premier focus group a cherché à analyser les obstacles et a été programmé à la fin du recrutement des patients. Le second a été programmé 1 mois

plus tard, et se concentrait sur la réflexion autour de cas concrets.

Chaque focus group s'est déroulé sous la forme d'un entretien collectif semi-dirigé. Ils ont été organisés de manière à ce que les différents intervenants autour de la table puissent s'exprimer librement dans une progression dynamique. L'idée était d'avoir une succession de prises de parole articulées les unes par rapport aux autres aussi bien dans la confrontation que dans la convergence des points de vue, permettant la construction sociale des significations (122). Mais le large degré de latitude laissé aux participants exposait au risque d'un catalogue d'opinions dispersées sans synthèse exploitable. Ainsi, un guide d'entretien a été préparé en amont afin de servir de support aux animateurs de la séance.

Le guide d'entretien (figure 5), visible uniquement des animateurs, a été conçu selon deux principes :

- chaque question que l'on s'est posée n'a jamais été directement formalisée aux enquêtés ;
- le cheminement partait du plus général pour diriger progressivement les questions vers des points précis.

Figure 5. Grille d'entretien simplifiée.

1^{ère} question : Pouvez-vous nous faire part de votre expérience vis-à-vis de cette consultation ?

2^{ème} question : Comment avez-vous sélectionné les patients que vous nous avez envoyé ?

Questions à ne poser directement que si elles n'ont pas été soulevées par les enquêtés :

- Avez-vous eu des retours des patients ?
- Notre consultation vous a-t-elle appris quelque chose sur certains patients ?
- Notre consultation a-t-elle compliqué votre travail ? Comment ?
 - Avez-vous rencontré des obstacles ? A quel(s) niveau(x) : organisationnel ?
 - Aborder la prévention avec le patient ?
 - Manque de temps ?
 - Etat psy du patient ?
 - Réticence du patient ?
 - Certitude que la proposition n'est pas appropriée pour ce patient à ce moment ?
 - Doute sur l'intérêt du projet de prévention somatique ? Pas de motivation pour la prévention somatique ? Sous quelle forme ?
- Souhaitez-vous continuer ce travail sur la prévention somatique ?

Les séances ont eu lieu dans une salle de réunion au sein du CMP : 55 minutes pour la première ; 90 minutes pour la seconde. La modération a été effectuée par H. Falcoff, N. Minagarachvili et moi-même. Un enregistrement audio a été réalisé après l'accord de tous les participants.

Un discours d'introduction précisant la nature et l'objectif de l'entretien a cherché à faciliter l'expression publique d'éventuels désaccords. Les psychiatres ont été encouragés à signaler leurs incompréhensions. Au cours de la séance, les interventions des animateurs ont été pensées de manière à pousser les enquêtés à construire un consensus, à faire converger leurs expériences, mais également favoriser la diversité des idées contradictoires et laisser paraître les oppositions.

1.5 Analyse

Analyse des données quantitatives

La taille réduite de notre échantillon et le caractère exploratoire de l'étude ont permis de faire uniquement une analyse descriptive (dénombrements, moyennes, médianes, écarts types).

Analyse des données qualitatives

Nos objectifs étaient de mettre au point une intervention, de tester sa faisabilité et son acceptabilité, d'identifier les obstacles et comprendre comment les dépasser. Nous avons appliqué une méthode de type recherche action. Nous (les internes qui assuraient les consultations, l'infirmière coordinatrice, le directeur de thèse) nous sommes réunis régulièrement, 1 fois par mois en moyenne, pendant toute la durée de l'étude. A chaque réunion nous analysions l'ensemble des informations à notre disposition : nombre de patients inclus, déroulement des consultations, problèmes dépistés pendant les consultations ou par les analyses biologiques, mais également observations, remarques et informations rapportées à l'infirmière coordinatrice par les patients, les collègues infirmières, les psychiatres. Nous avons également analysé les données recueillies pendant les deux focus groups avec les psychiatres :

- lecture verticale du corpus avec identification systématique de chaque idée dans son ordre chronologique d'apparition puis division en unités de sens minimales ; - lecture transversale du texte selon un mode d'entrée par les unités de sens ; - regroupement des unités de sens selon des thèmes. Pour chaque thème, sont regroupés les verbatims correspondants ;
- exploitation des thèmes avec la production d'une synthèse narrative objective.

La reproductibilité de l'analyse était assurée par la confrontation entre l'auteur de la thèse et le directeur de thèse.

Le fil conducteur de l'analyse de toutes ces données était la confrontation du déroulement réel de l'intervention avec le déroulement attendu, afin de comprendre les problèmes rencontrés et les résoudre. De multiples ajustement ont été apportés.

1.6 Travail préparatoire initial

Le Secteur de Santé mentale du 13^{ème} arrondissement de Paris a dû s'organiser avec les médecins généralistes du Pôle de Santé afin de rendre possible cette étude. Un travail d'amont de plusieurs mois a été effectué, essentiellement basé sur une série de réunions de coordination. Une fois le projet décidé, une réunion d'information avec les psychiatres a eu lieu au CMP en vue de présenter les détails de l'intervention.

Une lettre d'information invitant à collaborer au projet a été adressé à l'ensemble des médecins psychiatres du CMP (**Annexe 6**). L'infirmière coordinatrice a été clairement identifiée lors des réunions ainsi que sur cette lettre et de manière informelle auprès des différentes équipes. Une formation au dépistage de la BPCO a été organisée pour les internes par une pneumologue du C.H.U. de la Pitié-Salpêtrière, incluant l'utilisation technique et l'interprétation de la spirométrie.

Résultats

Résultats quantitatifs

Population

Recrutement

Vingt-six patients ont été adressés par les médecins et infirmiers psychiatres du CMP à la consultation entre mai 2016 et juillet 2017. Dix-huit patients ont été examinés sur les vingt-six adressés, les huit autres ne s'étant jamais présentés (figure 6).

12 hommes sur les 15 proposés se sont présentés.

6 femmes parmi les 11 adressées ont pu être examinées.

Tous étaient en mesure de donner leur consentement.

Concernant ces 18 patients, seuls 6 avaient un médecin généraliste traitant référencé. Mais aucun ne bénéficiait d'un suivi médical organisé et/ou régulier.

Figure 6. Diagramme de flux

Au terme de chaque consultation, une prescription de biologie a été remise en mains propres, avec orientation vers le laboratoire le plus proche du domicile ou du CMP. 11 bilans biologiques ont été réalisés, puis 8 patients se sont présentés chez un généraliste. Dans 3 cas, il s'agissait de leur médecin traitant. Les 5

autres patients se sont directement rendus au Centre de Santé Edison situé à proximité du CMP. 6 suivis somatiques étaient dès lors assurés, dont 4 correspondaient à la prise en charge effective d'au moins un problème somatique : une prise en charge de diabète, une chirurgie

urologique, une exploration gynécologique de métrorragies, un bilan d'anémie. Sur les 6 succès de suivi, 4 se déroulaient au Centre de Santé Edison. 11 psychiatres parmi les 27 du CMP ont adressé au moins un patient, soit en moyenne 2,4 patients par psychiatre. Aucune difficulté n'est à signaler sur le déroulement des consultations.

Caractéristiques des patients

Tableau 6. Caractéristiques biométriques des patients.

Variable Population (n = Hommes (n = 15)

26)

Femmes (n = 11)

Age (a) 47 [41.0-56.5] 46 [43.0-53.3] 42 [33.3-66.3] **Poids (kg)** 85 [66.5-91.0] 85.5 [74.0-93.8] 70.1 [62.8-85.8]

Taille (cm) 175 [166.1-179.8] 177 [174-180] 160 [157-168] **IMC (kg.m⁻²)** 28.3 [24.0-30.1] 26.1 [23.4-29.6] 28.9 [28.8-30.1]

Périmètre abdominal (cm) 96.5 [92-105.8] 96.5 [91.3-107.6] 96.2 [94.3-105.8]

Tension artérielle (mmHg) systolique - 125-83 127-83 123-85

diastolique

L'âge médian des patients examinés était de 47 ans [41-57] avec 12 hommes pour 6 femmes. L'IMC médian était de 28 kg/m²[24-30] avec un périmètre abdominal mesuré à 96.5 cm en moyenne pour les hommes et 92.5 cm pour les femmes. Selon les définitions de l'ANAES (123), tous les patients étaient en inactivité physique (seuil d'activité inférieur à 30 minutes, 5 fois par semaine). Treize étaient sédentaires (situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible en position assise ou allongée). Les détails biométriques relevés lors de la consultation sont rapportés dans le tableau 6.

Suivi médical en dehors de la psychiatrie

Concernant l'accès aux soins, seuls 2 des 6 patients ayant déclaré un médecin traitant ont été en contact avec lui dans l'année écoulée. Durant les 3 années précédant la consultation somatique, 3 patients ont eu recours de manière récurrente aux services

d'urgence (plusieurs sites par patient) et 3 se sont présentés dans différents centres de santé pour des problèmes aigus, sans la poursuite d'un suivi médical. Sur la même période, 3 patients sans médecin traitant ont directement consulté un spécialiste : 2 sont suivis par un ophtalmologue et 1 a vu un cardiologue. Aucun n'a eu recours à des soins dentaires. 10 patients sur les 18 n'ont eu aucun contact avec un professionnel de la santé somatique au cours des 5 dernières années.

Caractéristiques sociales

10 patients étaient isolés socialement dans la mesure où ils déclaraient n'avoir aucun ami, collègue ou contact avec la famille. Hormis 3 patients hébergés par l'entourage, les autres vivaient en foyer logement . 2 patients travaillaient en secteur protégé et 3 étaient en retraite anticipée. Tous les autres étaient désinsérés sur le plan professionnel malgré une maîtrise de la langue française orale et écrite. Le niveau d'étude médian était celui du baccalauréat. 8 patients bénéficiaient de la Couverture Médicale Universelle complémentaire, 8 percevaient l'Allocation Adulte Handicapé, et 2 étaient sous le régime de l'Aide Médicale d'Etat.

Antécédents

Les principaux antécédents somatiques sont référencés dans le tableau 7. La traumatologie était toujours liée à des tentatives de suicide ou à des actes hétéro-agressifs.

Tableau 7. Liste des antécédents collectés lors de la consultation.

	- Fractures multiples du rachis avec ostéosynthèse et récupération complète ; fractures calcanéennes et fractures vertébrales lombaires avec arthrodèse en 2004 ; fracture du rachis thoracique en 2013 ; splénectomie post-traumatique en 2013 ; fracture de la mâchoire gauche en 2013.
	- Fausse couche post-traumatique en 2013.
Traumatologie	crânien.
- Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche en 2013, avec traitement orthopédique seul.	- Plaies multiples au couteau, superficielles, jambes et scalp.
- Fracture de cheville droite il y'a 25 ans, traumatisme	- Chute avec fractures de côtes.
	- Plaie thoracique par arme blanche sur tentative d'autolyse.

opérée.

Chirurgie viscérale - Appendicectomie non compliquée dans l'enfance (3

patients). - Cure de hernie inguinale droite il y a 20 ans.

- 1992 : hospitalisation à Nanterre pour anémie fibroscopie : pathologie ulcéreuse.

Digestif

- Ulcère gastro-duodéal découvert par une fibroscopie il y a quelques années dans un contexte d'épigastralgies.

- G6 P5, non ménopausée, un enfant décédé à l'âge de 18 mois.

- Salpingectomie il y a 20 ans à Robert Ballanger.

- 2 césariennes en urgence.

- Fausse couche post-traumatique.

Gynécologie

- Pancréatite aiguë alcoolique grave hospitalisée en Réanimation.

Respiratoire - Asthme (2 patients).

- Conjonctivite allergique traitée par collyre.

Ophtalmologie

Glaucome (2 patients).

- Myopie (3 patients). -

Hématologie - Anémie et lymphopénie auto-immunes. -

Varices jambe gauche opérées.

Dermatologie

- Dermatose des jambes ayant bénéficié d'une corticothérapie locale. - Mycose des orteils - Kyste

cutané du scalp, opéré en déc. 2014. - Infection sévère (indéterminée) de la main gauche avec chirurgie à Dakar.

Endocrinologie - Dysthyroïdie.

Allergies et intolérances

- Œdème de Quincke dont la source est inconnue. - Intolérance à la

Quinine.

- Réaction de nature indéterminée au PRIMPERAN®.

Soins dentaires - Ablation de dents de sagesse juin 2016.

Traitements

26 molécules différentes à visée psychiatrique étaient prescrites au long cours aux 18 patients avec une médiane de 3 médicaments par patient [2.25 – 4.00]. 17 patients étaient sous neuroleptiques : 8 bénéficiaient d'une association d'au moins deux molécules, et 6 d'entre eux avaient un anticholinergique correcteur du syndrome extrapyramidal secondaire. 6 patients avaient un antidépresseur et 9 un anxiolytique (tableau 8).

Tableau 8. Psychotropes prescrits.

Classe pharmacothérapeutique	Nombre de patients	traités
		8 57.14 mg PO /24 h réparties en 1 à 3 prises
Neuroleptiques	6 1.7 ampoule/mois	2 15 mg PO / 24 h
	5 LP 50 mg en une IV / 15 jours pour 3 patients et 10 mg PO/jour pour 2 patients	1200 mg PO : 1 cp x2/ jour 150 mg PO : 1,5 cp x1/ jour

1 100 mg PO : 1cp x1 /jour

1 25 mg PO : 1 cp x2/ jour

(tropatépine) 410 mg PO : 1cp x1 /jour **AKINETON®**

Antiparkinsoniens anticholinergiques

(bipéridène) 1 LP 4 mg PO : 1 cp x1 /jour **ARTANE®**

125 mg PO : 1 cp x3/ jour **LEPTICUR®**

(trihexyphénidyle) 15 mg PO : 1 cp x3/ jour

Antiparkinsonien dopaminergique

SINEMET® (lévodopa, carbidopa) 1 100 mg PO : 2 cp x3/ jour

VALIUM® (diazépam) 2 7.5 mg PO / 24 h **RIVOTRIL®**

(clonazépam) 2 11 mg PO / 24 h **LEXOMIL®**

Antidépresseurs IRSN Antidépresseurs ISRS (bromazépam) 1 6 mg PO / 24 h **SERESTA®**

(oxazépam) 1 50 mg PO : 1 cp x4/ jour

IMOVANE® (zopiclone) 1 7.5 mg PO : 1 cp x1 / jour

4 13.5 mg PO / 24 h

cyclopyrrolone apparentée

1 20 mg PO : 1 cp x1/ jour

Antihistaminiques systémique

DEPAKOTE® (divalproate de

sodium)

1 160 mg PO : 1 cp x1/ jour

1 500 mg : 1 cp x2/ jour

2 LP 75 mg PO : 1 cp x1/ jour

Sympathomimétique à action centrale

1 150 mg PO : 1 cp x1/ jour

CONCERTA® 1 LP 18 mg PO : 1 cp x1/ jour

2 35 mg PO / 24 h

Problèmes détectés pendant la consultation

Pour 17 patients sur les 18, la consultation a permis de détecter au moins un facteur de risque cardio-vasculaire (FDRCV).

Le nombre moyen de FDRCV par patient était de 2.1.

Ils se répartissaient de la manière suivante :

- 5 détections de diabète de type 2 ;
- 5 dyslipidémie sur la biologie ;
- 4 mesures d'hypertension artérielle ;
- 5 cas de surpoids et 4 cas d'obésité dont 2 morbides.

Par ailleurs, le tabagisme actif concernait 10 patients avec en moyenne 7.4 paquets-année (\pm 13.5). La spirométrie réalisée systématiquement chez les fumeurs a identifié 2 syndromes obstructifs. Deux patients obèses présentaient un syndrome restrictif. 18 ECG ont été réalisés et un montrait des signes électriques compatibles avec une séquelle d'ischémie myocardique ancienne, qui, après enquête s'avérait être connue mais sans suivi cardiaque.

S'agissant des autres addictions, il y avait 3 éthylismes chroniques. L'usage de stupéfiants concernait 5 patients : 5 consommateurs de cannabis, 2 consommateurs de cocaïne, 1 consommateur d'héroïne. Les conduites sexuelles à risque concernaient 3 patients. Aucun n'était porteur d'une virose hépatique chronique ni du VIH ou de la syphilis au moment du prélèvement sanguin.

12 statuts vaccinaux étaient à mettre à jour selon le calendrier vaccinal d'avril 2017 (124) et les dépistages de cancers recommandés n'avaient pas été menés chez 10 patients : 3 frottis cervico-vaginaux, 2 dépistages du cancer du sein et 9 dépistages du cancer colorectal.

Deux altérations de la fonction rénale non connues des patients et des médecins ont été découvertes :

- une maladie rénale chronique ;
- une insuffisance rénale avec 49 mL/min de clairance MDRD.

Une carence martiale a été identifiée ainsi qu'un bilan biologique en faveur d'une dénutrition. Un patient avait une thrombopénie associée à une anémie, toutes deux modérées et inconnues à ce jour.

L'état bucco-dentaire était altéré chez 13 patients.

L'ensemble des plaintes fonctionnelles et des autres anomalies cliniques identifiées est rapporté dans le tableau 9. Plusieurs patients avaient une/des pathologie(s) somatique(s) chronique(s) connue(s) que les psychiatres estimaient prise(s) en charge alors que le suivi avait été interrompu ; dans certains cas une pathologie était connue de quelques médecins spécialistes seulement :

- une bi-cytopénie en cours d'exploration au C.H.U. Pitié-Salpêtrière ;
- un asthme persistant léger traité par Ventoline en monothérapie, non contrôlé ;
- une dénutrition clinique dont la prise en charge est en suspend ;

- un IMPLANON® périmé avec nécessité de suivi gynécologique ;
- une dysthyroïdie non suivie ;
- 2 glaucomes dont un sévère avec cataracte secondaire en rupture de suivi ophtalmologique.

En se focalisant sur l'ensemble des actes médicaux de médecine générale à mettre en œuvre vis-à-vis de ces patients en termes de démarche diagnostique, de procédures de dépistage et de prévention, ainsi que de suivi à organiser, la médiane s'élevait à 9 [7 – 10.5]. Sur le plan financier, tous les patients bénéficiaient de solutions de prise en charge soit par l'intermédiaire d'allocations de handicap, soit par le biais de CMU-complémentaire ou d'une aide médicale d'état.

Tous les patients ont exprimé des inquiétudes sur leur santé physique, et aucun n'a émis de réserves quant à la manière dont s'est déroulé l'examen et sur les propositions de suivi qui en découlaient.

Tableau 9. Anomalies cliniques découvertes et nécessitant un suivi diagnostique et/ou thérapeutique.

Syndromes douloureux chroniques	- Algoneurodystrophie séquellaire de fractures (2) - Douleurs dorso-lombaires chroniques (2) - Douleurs des poignets (1) - Gonalgies chroniques (1)
Pathologies de la sphère digestive	- Découverte de hernie ombilicale (1) - Troubles dyspeptiques (3) - Epigastralgies chroniques (1) - Constipation chronique (1)
Plaintes somatiques	- Dysarthrie et tremblements de repos (1) - Troubles de l'équilibre et de la marche (1) - Dyspnée d'effort (1) - Anorexie (2) - Asthénie (1)
Pathologie des phanères	- Insuffisance veineuse chronique (2) - Ulcère des membres inférieurs (1) - Onychomycose (6)
Autre	- Suspicion de nodules thyroïdiens (1) - Suspicion de troubles visuels (2) - Hypotension orthostatique (1)

Résultats qualitatifs

Acceptabilité et utilité de l'intervention

15 psychiatres ont participé au premier Focus Group évaluant les obstacles ainsi que l'acceptabilité. Le second entretien concerne 2 psychiatres invités à raconter leur expérience sur des cas concrets.

1 Une consultation peu utilisée malgré une conscience aigüe des risques somatiques

Concernant le faible recrutement, les psychiatres sont surpris.

« Il y a quelque chose de paradoxal si on pense à la masse de la file active » (Psy. Y) « Par contre, effectivement le nombre, c'est dérisoire... quoi ! C'est fou qu'on ait pas réussi à accrocher plus la file active, alors qu'on sait qu'elle est hyper concernée par les problèmes somatiques » (Psy. B)

Pour les psychiatres il y a un paradoxe, parce qu'ils sont conscients des risques somatiques de leurs patients.

« Moi je trouve que, bon... pour avoir été sur l'EPP du suivi des traitements, et du coup, avoir pas mal lu d'articles sur ce sujet, l'un des problèmes est que finalement... la conclusion sur ces articles... c'est qu'il faut surveiller » (Psy. A)

« Avec une espérance de vie, c'est vrai, sur la population suivie en psychiatrie, elle est réduite... » (Psy. B)

« oui, 15 à 20 ans » (Réactions multiples)

Leur expérience personnelle va dans le même sens.

« Il y a 6 mois, trois internes de l'Eau Vive (c'est Hôpital psychiatrique du secteur) ont... travaillé sur une cohorte de patients vus pour la première fois en 85 puis je crois en 2007. Et y'en a une qui a travaillé sur la mortalité. Et elle a donc pris tous les dossiers des patients morts [...] un par un et elle a fait une petite analyse : qu'est-ce qu'il a présenté, comment ça s'est passé, et à quel moment il est décédé. Il n'y a pas un seul [patient] qui n'a pas des gros trucs qui sont passés à l'as. Et quand ils ont été découverts, c'était énorme : cancers, hypertension au plafond mais depuis longtemps... Y'a pas un seul [patient] qui n'avait pas des gros trucs qui ont trainé... » (Psy. W)

Le personnel paramédical du CMP y est également sensibilisé.

« Enfin parce que c'est vrai que ça passe quand même pas mal par les soignants, et eux, ils

étaient très sensibilisés à ça » (Psy. B)

La communication sur notre intervention leur a semblé efficace.

« Pourtant il y a un sacré affichage... » (Psy. B)

« Mais les soignants sont assez au courant, non tu crois pas ? » (Psy. V)

De plus, le recours au médecin généraliste est spontanément évoqué dans un premier temps comme une pierre angulaire de la santé somatique.

« Il faut absolument qu'on modélise comment mieux accompagner nos patients vers le généraliste ! » (Psy. B)

« ... la perte de vue du généraliste. Il y a au moins un ou deux cas où c'est l'infirmière psy d'ici qui dit que là, ça ne va pas, qui téléphone au généraliste, qui accompagne au généraliste. Le généraliste dit : faut absolument faire ces examens... et... le patient disparaît. Et on apprend qu'il est mort dans un service de la Salpêtrière 4 mois plus tard. Enfin bon... y'a que des histoires comme ça dans la mortalité. » (Psy. W)

2 Les obstacles à l'adressage des patients

1^{er} obstacle La sélection des patients les plus désorganisés

Le nombre de patients ayant participé est faible si on le rapporte à la taille de la file active du CMP (3.700 patients), et ce, malgré la forte prévalence de problèmes qui relèvent de la santé physique et dont les médecins ont conscience. Les psychiatres expliquent cela par un échec dans l'adressage des patients éligibles. Aucune mention n'a été faite à des difficultés liées aux procédures de l'étude, ni aux outils de communication. Il s'agit plutôt d'une série d'obstacles à la fois en rapport avec la nature même des patients et la culture médicale psychiatrique. Ainsi, les patients qui nous ont été adressés, sont ceux pour qui l'orientation directe vers un médecin généraliste est perçue comme impossible, et pour lesquels le parcours classique ne fonctionne pas.

« C'est vrai que moi j'ai essayé... les quelques fois que j'ai essayé de faire venir des patients (à la consultation de prévention), ceux pour qui on peut pas les adresser à un généraliste, ou à

leur généraliste, ceux pour qui l'accompagnement habituel ne marche pas, c'est quand même les plus réfractaires. » (Psy. B)

Il est explicitement précisé qu'il s'agit des individus les plus inaccessibles parmi une

population de patients déjà difficiles.

« Donc, ceux pour qui ça marche pas, j'ai l'idée que... enfin en tout cas les patients que j'ai essayé d'adresser pour qui ça n'a pas marché, ils étaient insaisissables. Dès qu'il était question de faire une prise de sang, je les voyais plus pendant un temps long. » (Psy. B)

Cette difficulté est mise en rapport avec une désorganisation de ces patients, et un parallèle est établi avec l'incapacité globale à gérer sa vie, au-delà du domaine de la santé.

« La difficulté si tu veux... moi je pense à une... une patiente qui a été adressée par nos collègues à la Polyclinique, et qui m'a rajeuni de 40 ans parce qu'elle est arrivée avec un panier dans lequel elle avait toutes ses radios parfaitement rangées, les analyses biologiques que lui avait fait son généraliste, et cetera, depuis 10 ans. Et... et si tu veux, t'as... t'as le patient, disons, euh... moyen d'aujourd'hui, qui est relativement inorganisé dans sa pratique avec les différents médecins qu'il va voir, et c'est un peu lui qui est chargé de l'archivage de la régularité de sa surveillance biologique, etcetera. Donc quand on s'occupe des patients qu'on vous a envoyé là, à la consultation... on sait parfaitement que le patient, il va rien faire lui, pour organiser cette cohérence, cette régularité, cet archivage, etcetera. » (Psy. O)

« J'ai trouvé qu'en écoutant parler de l'évaluation de la désorganisation... Je me dis que... on est devant une question qui a à voir avec la dépendance des patients. C'est-à-dire qu'il y a des patients qui dépendent, au fond, de nous, de l'extérieur, du « socius » pour assurer la cohérence de leur suivi médical. Ces patients dépendants, euh... bon, par exemple sur le plan du fric, beaucoup sont sous curatelle. » (Psy. O)

Notre offre de prévention a été utilisée par les psychiatres comme un outil de dernier recours pour plusieurs patients difficiles car sélectionnés parmi les plus désorganisés. Cela explique probablement en partie l'écart entre le nombre de patients qui avaient donné un accord de principe lors de la consultation psychiatrique, et le nombre de ceux qui se sont présentés à la consultation somatique.

Les psychiatres utilisent même cette idée pour expliquer la « rentabilité » de notre consultation concernant sa capacité à détecter des anomalies physiques passées inaperçues.

« Je pense que si c'est rentable c'est parce que l'idée première c'est qu'il y a quand même un filtrage. Ces patients sont adressés par des médecins, donc a priori il y a quand même l'idée que l'on vous adresse ceux qui sont quand même très malades. [...] » (Psy. B)

2^{ème} obstacle Déconnection entre la prescription du médicament et son impact somatique

Certains obstacles pourraient être liés aux représentations des médecins. Les psychiatres ont une connaissance théorique des comorbidités mais ils les imputent moins aux molécules prescrites qu'au contexte global du patient lui-même. Cette forme de déconnection entre la

prescription du médicament et son impact direct crée un effet d'éloignement du clinicien par rapport à l'une de ses responsabilités. C'est un sentiment d'autant plus fort chez le spécialiste, que la nature des conséquences ne relève pas directement de son champ spécifique de compétence. Ainsi, il y a des réserves quant à la prise en charge du patient du point de vue somatique, non pas par opposition conceptuelle ou idéologique, mais par défaut de conviction, d'une part sur le lien de cause à effet entre la prescription et les comorbidités métaboliques, d'autre part sur le rôle de chaque intervenant du parcours de soin.

« *On vit beaucoup sur une mythologie ; que nos médicaments sont anodins et que les antipsychotiques ne développent pas beaucoup de comorbidités... ce qui est une mythologie. Et donc il est temps que l'on s'ajuste un petit peu.* » (Psy. W)

« *... En psychiatrie, on aurait énormément de progrès à faire. Et je me disais : mais au fait, il faudrait arrêter de parler de traitement, il faudrait parler de chimiothérapie psychotrope pour dramatiser l'impact médical et biologique des traitements qu'on utilise ; et du coup, euh... envisager avec moins de scepticisme, euh... l'intérêt que ça peut avoir pour les patients d'être examinés sous cet angle-là...* » (Psy. O)

3^{ème} obstacle Banalisation de la prescription de neuroleptiques

Le caractère routinier de la prescription médicamenteuse, sa banalisation, contribuent à l'inertie vis à vis des conséquences iatrogènes.

« *J'observe que la tendance naturelle... enfin, la paresse naturelle – je parle pas de moi seulement – elle pousse quand même à banaliser les gestes de prescription qu'on fait. Et... en fait, combattre ça c'est quand même beaucoup se compliquer la vie. Il faut appeler un chat un chat.* » (Psy. O)

Il y a un consensus fort sur l'insuffisance de remise en cause des conséquences des prescriptions de neuroleptiques.

« *Et c'est vrai que, quand même, toutes ces comorbidités, il y en a quand même une partie qui est liée au traitement... mais pas que. Et que du coup, la question que l'on se pose aujourd'hui, c'est finalement : on a mis une consultation ici, au plus près, une fois par semaine, avec plein*

de panneaux partout, une infirmière que tout le monde connaît, repérée, et cetera, et malgré ça il n'y a que 18 personnes qui sont venues dans l'année. Donc... moi je trouve qu'on ne remet pas assez en question nos prescriptions, on remet pas en question le fait qu'il faut qu'on surveille nos effets secondaires ! » (Psy. B)

4^{ème} obstacle Balance bénéfices-risques globalement favorable aux neuroleptiques

Au cours des échanges, plusieurs interventions renvoient au doute quant à l'intérêt du suivi

somatique, même s'il est mené de manière efficace. Ce doute est légitimé de deux manières :

- la mise en balance des problèmes somatiques par rapport à l'impact positif incontestable des psychotropes,
- l'impossibilité de faire autrement.

Ainsi, s'exprime une forme de résignation : les psychotropes améliorent de manière certaine les patients, au prix d'effets somatiques obligatoires que l'on fait le choix d'accepter compte tenu du rapport bénéfice-risque largement en faveur du médicament.

« En effet il y a prise de poids, il y a un risque de, de complications métaboliques, mais que... mais comme solution à ça... bah, il y a pas grand-chose. C'est... bon... ça reste aux critères de celui qui prescrit... On peut pas... parce que sans les traitements on se retrouve... » (Psy. A) « Ah oui... mais en même temps on sait ce que ça donne quand ils ne prennent pas de traitement » (Psy. J)

La mise en place d'un programme de dépistage somatique en milieu psychiatrique était perçue comme une menace potentielle sur la prescription des psychotropes, car :

- découvrir des effets indésirables somatiques oblige à en assumer la prise en charge, or elle est jugée difficile ;
- pour régler efficacement la conséquence somatique, il faudrait en supprimer la cause pharmacologique.

Ainsi la première option évoquée par certains psychiatres dans la prise en charge somatique de leurs patients les plus complexes consiste en l'arrêt des traitements psychiatriques. Et

comme cette solution est jugée inacceptable, c'est l'intérêt même du principe de dépistage somatique qui est remis en question.

« Bon, il y a en effet ce point-là sur lequel on est plus sur l'ordre de la prévention, prise de poids, et autres complications... Mais, concrètement, au niveau de l'effet des traitements en eux-mêmes, c'est soit on les donne, soit on ne les donne pas. Euh... je pense qu'on est aussi confrontés à ça, et au fait que c'est pour ça aussi que c'est difficile d'aller chercher une prise de poids. Parce que pour certains patients, je sais que même s'il y a eu une augmentation de poids, je vais pas pouvoir arrêter le traitement quoi ! » (Psy. A)

au traitement

En dehors du champ de la psychiatrie, lorsqu'un traitement est jugé indispensable il est entrepris, et ses effets secondaires sont pris en charge. Le parallèle fait avec la chimiothérapie va dans ce sens. Mais les psychiatres estiment que la nature même du trouble traité en santé mentale exige une adhésion totale au projet thérapeutique. Ainsi, prendre en charge les comorbidités, c'est en quelque sorte reconnaître aux yeux du patient que les molécules induisent des effets indésirables significatifs. Plutôt que de se risquer à compromettre l'adhésion au traitement, certains peuvent être tentés d'éluder le problème et de reporter la responsabilité des comorbidités sur le mode de vie du patient : charge à lui de faire des efforts pour améliorer sa santé somatique.

*« Ah mais, on est aussi embêtés de trouver des effets secondaires de traitements concernant des patients qui sont déjà à la base réticents à prendre ce qu'on leur donne... » (Psy. J) « oui mais c'est vrai ! Ils se plaignent, ils prennent du poids... » (Psy. J)
« je leur dit que c'est le McDo et le Coca... » (Psy. S)*

6^{ème} obstacle Doute sur l'efficacité du suivi somatique assuré par les généralistes Il y a un déficit de confiance en la capacité des médecins généralistes à gérer des patients atteints de troubles mentaux sévères. Cette situation contribue à alimenter le doute quant à l'efficacité d'un éventuel suivi. Pour étayer ce scepticisme, est avancée l'idée selon laquelle une régularité des rendez-vous avec le généraliste n'est pas un objectif en soi.

Ainsi les avis convergent pour signifier que l'effort fourni en faveur du suivi en ville n'a de sens que s'il débouche sur une prise en charge concrète des anomalies somatiques détectées. Et cela ne semblerait pas être toujours le cas.

« Bon, après ils ne sont pas très bien suivis par leur généraliste, euh... physiquement. J'ai en tête une patiente qu'on a en commun dans l'hôpital de jour. Madame N. par exemple ...typiquement elle voit [le Dr. K.] régulièrement... franchement... euh... elle... elle va pas tellement mieux... sur le plan somatique... elle le voit régulièrement, voilà. Mais c'est vrai que pour l'accompagner, pour faire vraiment des démarches avec elle, pour faire une cure d'amaigrissement, pour faire des examens ; il faudrait un peu la prendre par la main... c'est un exemple de gens tu vois, ils ont un médecin traitant, ils le voient, elle, elle le voit de temps en temps ... je la vois grossir et ne pas réussir à soigner son diabète... » (Psy. B)

7^{ème} obstacle Un certain flou sur les procédures de suivi somatique

En même temps, des doutes ont été exprimés quant à la qualité de la surveillance minimale recommandée.

« Justement, ce que je voulais dire, c'est que, quand même, pour les neuroleptiques y a à minima un électro tous les ans, tous les 6 mois, et pour bien faire tous les 3 mois... » (Psy. P) « ah non, tous les 3 mois ? » - « non non » (Multiples réactions)

« oh si si » (Psy. P)

« certains hôpitaux nous disent tous les 3 mois » (Psy. V)

« Pour les hospitalisés, mais en ville non, tous les 6 mois-1 an » (Psy. S)

« t'en connais beaucoup qui le font sérieusement, hein ?... Tu connais beaucoup de psychiatres en ville qui le font sérieusement ? » (Psy. W)

Outre les modalités de surveillance, les échanges témoignent d'hésitations sur le recueil minimal des données nécessaires au suivi somatique, dont l'identité du médecin traitant.

« Juste une question. Qui est-ce qui remplit la case "médecin" traitant dans Cortex [dossier médical informatisé du CMP] ? » (Psy. V)

« Le psychiatre traitant. » (Psy. B)

« Nous donc. » (Psy. V)

« Oui c'est ça » (Psy. W)

« Et vous le faites ? » (Psy. B)

« mais non ! » (Psy. F)

« quoi !?! » (Psy. J)

« ah bon !!! » (Psy. F)

« mais non ! » (La salle)

« Bien sûr que si ! Tout le monde peut le faire. En théorie... » (Psy. B)

Cette prise de conscience appelle à une volonté de changement dont l'un des vecteurs est notre projet de soins.

« Donc du coup, ça fait partie de ce qu'on oublie. » (Psy. F)

« Mais c'est vrai que... on pratique... si on prend [...] les dossiers des [patients] hospitalisés, c'est quand même pas très bien renseigné. Si je me souviens c'est un petit pourcentage, mais c'est pas extraordinaire. [...] Très très peu. Donc euh... Faire une piqure de rappel là-dessus ce serait bien. » (Psy. B)

« Raison de plus pour pérenniser l'expérience » (Psy. F)

8^{ème} obstacle Manque de temps

Le comportement du clinicien est aussi influencé par des contraintes externes, au premier rang desquelles le temps. L'activité psychiatrique est complexe et exige déjà un effort de travail. L'ajout de nouvelles tâches génère des craintes. Sortir de la zone de confort pour organiser un suivi médical plus global exigerait, du moins en partie, de reconstituer le parcours

chaotique de ces patients désorganisés.

« Plus je réfléchis durant cette réunion de travail, et plus je me rends compte que, pour chaque patient il faudrait... reconstituer la constellation d'actes et de contacts, de bribes, d'exams, etcetera... qu'il a forcément eu [...] Sauf que personne n'a été en situation de les rassembler, de les regrouper, d'y réfléchir. » (Psy. O)

« Mais pour faire ça, ça prend un temps énorme... » (Psy. S)

« Nous on a un problème à l'atelier thérapeutique. Certains patients qui ont des problématiques psychiatriques très graves... du coup on voit, mais c'est un patient ou deux patients sur quarante... pour lesquels on a fait l'agenda du patient pour pouvoir suivre... et avoir le recueil de tous les exams. Et je pense que, on peut pas en même temps faire ça, et faire la consultation psychiatrique. » (Psy. A)

9^{ème} obstacle Crainte de la « paperasse »

Pour finir, il y a l'inquiétude vis-à-vis de la paperasse administrative pénible et qui relève plutôt de tâches de secrétariat.

« Je pense surtout à l'arrivée de la conciliation médicamenteuse obligatoire par la certification, ce qui veut dire que si ces patients viennent à être hospitalisés, il va falloir qu'on contacte les médecins. Obligatoirement. Pour savoir le traitement qu'il a. Donc il faut avoir le nom et l'adresse du médecin. » (Psy. V)

« Mais on est pas des secrétaires ! » (Psy. F)

3 Pistes d'amélioration proposées par les psychiatres

Les psychiatres estiment que notre offre de soins préventifs doit être modifiée pour mieux répondre aux besoins de leurs patients, et ils proposent une recherche pour étudier dans quelle sens doit aller cette transformation.

« c'est un système qui si on le validait... franchement... vu qu'il n'y a eu que 18 consultations dans l'année... » (Psy. B)

« non, il faudrait le transformer ! Je pense qu'il faudrait le transformer ! » (Psy.

V) -----

« L'idée, c'est peut-être de modéliser un peu autre chose. On sait qu'il y a un besoin, et là, c'est assez étonnant qu'on ait pas réussi à répondre complètement. On y a répondu en partie sur l'idée que les consultations sont rentables. C'est quand même déjà bien. » (Psy. B) -----

« Ça vaut le coup de poursuivre, je trouve... » (Psy. F)

« Disons ce qu'on peut faire comme proposition, c'est une modélisation complète, quoi. Ce qu'on peut faire comme proposition à la CME, c'est [...] que l'ensemble de la communauté médicale s'engage à faire une Recherche, parce que visiblement on s'oriente quand même là dessus. Une Recherche sur les modalités habituelles d'accès aux soins, et quelles sont les propositions faites en pratique. » (Psy. B)

1 piste La formation des psychiatres

La première piste est d'ordre général car elle implique un changement de mentalité. L'opinion selon laquelle il est problématique d'informer les patients des effets secondaires des traitements est reconnue comme une forme de facilité qui conduit à l'inertie. Il est au contraire jugé nécessaire de produire un effort dans l'éducation thérapeutique.

« oui mais, il faut les éduquer, il faut qu'on s'éduque nous-mêmes... » (Psy. W) -----

« C'est notre devoir à nous » (Psy. B)

2 piste Adresser les patients mal suivis par leur généraliste

S'agissant de la consultation en elle-même, le faible recrutement est imputé à un mauvais ciblage :

- n'ont pas été adressés les patients atteints de troubles mentaux sévères stabilisés par les traitements pour qui l'équipe psychiatrique croyait qu'il y avait un suivi effectif de qualité alors que rien n'est moins sûr ;
- ont été adressés des patients particulièrement désorganisés pour qui il faudrait probablement définir un cadre particulier.

Les psychiatres ne se sont pas pleinement appropriés l'idée que nous avons un rôle de dépistage chez tous les patients, et ont perçu cette consultation comme une solution pour les patients les plus réfractaires.

« je me demande si c'est pas un peu, la... la nature des consultations, à l'intérieur d'un CMP, si c'est pas adressé à un petit sous-groupes de patients très difficiles. Moi c'est mon hypothèse. » (Psy. B)

Dans le cas des patients qui auraient pu être adressés, mais pour qui notre consultation de dépistage n'a pas été proposée, c'est l'argument des difficultés de repérage qui a été avancé. La population théoriquement éligible peut poser des problèmes pratiques d'identification pour certains psychiatres. Il y a en effet beaucoup de patients pour qui il reste un degré d'autonomie. Ceux-là gèrent plus ou moins seuls leurs examens et rendez vous somatiques. Or, les liens entre somaticiens et psychiatres n'étant pas optimaux, le CMP suppose qu'un suivi est en général organisé par le généraliste déclaré bien que cela ne soit pas toujours vrai.

Il y a par exemple le cas où le patient n'a pas de lien avec le somaticien référent qu'il déclare, et dans certaines circonstances, le suivi est défaillant.

« il faut quand même avoir en tête que... un pourcentage relativement élevé de nos patients a un médecin généraliste ; et ceci est... ; je ne sais pas si c'est relativement nouveau, mais ce n'était pas comme ça il y a 20 ans. Ça je suis sûr. Et là ils l'ont. » (Psy. W) -----

« Parce qu'il y a celui qui a déclaré son généraliste... enfin celui qui a déclaré mais qui n'y va pas... » (Psy. F)

« Mais oui déjà c'est ça. On avait fait une EPP sur le repérage du médecin traitant... » (Psy. B)

Il n'y a pas de travail conjoint entre somaticiens et psychiatres, et souvent le médecin généraliste, quand les patients ont en un, n'est pas clairement identifié.

« Tout le monde peut renseigner le médecin traitant ! » (Psy. B)

« Oui mais attend, mais... » (Psy. J)

« Donc du coup, ça fait partie de ce qu'on oublie » (Psy. F)

3 piste Comment détecter les patients non ou mal suivi par leur MG ? Pour résoudre

cette difficulté à détecter les patients mal suivis ou non suivis, plusieurs propositions ont été émises :

- interroger directement le patient lors de ses consultations psychiatriques ;
- questionnaire systématique ;
- utiliser la voie administrative par le biais de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

« C'est ça. Tu sais évaluer en général dans la consultation, quand tu discutes de ces problèmes-là, tu sais qui a vraiment un suivi du généraliste, qui te dis qu'il a un généraliste mais qui le vois jamais, et qui n'en a pas. Enfin, ça tu le sais quand même dans ta consultation. Assez rapidement tu t'en rends compte. Il suffit de demander : vous avez un généraliste ? Oui oui bien sûr, Docteur untel. Quand est-ce que vous l'avez-vu pour la dernière fois ? Ah ! ça fait longtemps ! – c'est très fréquent quand même. » (Psy. W)

« Je pense qu'il faudrait faire quelque chose comme ça, plus volontariste... » (Psy. W)

« Un petit questionnaire simplement... » (Psy. P)

« Un petit questionnaire qui affirmerait combien de fois vous avez vu votre généraliste l'année dernière ? Est-ce que vous avez une ALD... » (Psy. B)

« Ça c'est vrai que... euh... faut construire le questionnaire ! Autant un questionnaire simple sur – combien de fois vous êtes allés chez le médecin ? votre suivi ? » (Psy. B) -----

« Est-ce que la CNAM pourrait nous aider ? Si la CNAM ouvre ses dossiers ? Non ? Pas possible ? » (Psy. O)

« Ah oui t'as raison, ça peut être possible » (Psy. B)

4 piste Une consultation somatique annuelle systématique de toute la file active D'autres propositions s'affranchissent de cette étape d'identification, et envisagent carrément des consultations de dépistage somatique systématiques pour tous les patients du CMP, envisagée sur le modèle des bilans de santé de la Sécurité Sociale.

« Vous passerez une fois par an chez le généraliste. Avec prescription d'exams, examen complet. Ils sont prévenus d'avance ! On met en place une consultation systématique ! Il y'aura toujours des réfractaires... mais ça a une valeur quand même plus... » (Psy. B) « Mais pour ceux qui ont déjà leur généraliste, ça ne s'appliquerait pas, j'imagine ? » (Psy. P) « si on peut » (Psy. W)

« si, si, on peut. Comme un bilan de santé de la Sécu. » (Psy. B)

La question de la systématisation force la création d'un lien minimal avec la médecine générale, y compris vis-à-vis des patients pour qui le suivi semble fonctionner. Les cas rapportés de prises en charge réussies par le généraliste sont ceux où le psychiatre lui délègue volontairement la prescription de certaines molécules appartenant au champ de la Santé Mentale. Le CMP allège la charge de travail des psychiatres tout en forçant les patients à voir leur généraliste.

« On leur a dit qu'il faut passer par là pour avoir le 100%. Par exemple le 100% a été retiré des spécialistes et donc ça a relancé un lien quelconque avec un généraliste. Les consultations [psychiatriques] ont été espacées. [...] on en faisait, disons, toutes les 3 à 4 semaines. Avec l'affluence que nous avons, nous avons tendance à passer les consultations tous les 2 mois. Alors ce qu'il y a comme conséquence, c'est qu'on ne peut plus leur donner l'Imovane. Et donc on leur dit : et bien, pour le 2^{ème} mois d'Imovane, voyez votre généraliste. » (Psy. W)

5 piste Mais peut-on imposer une consultation somatique ?

On retrouve l'idée de la nécessité de guidance parfois sous une forme de contrainte de ces patients sous forte dépendance. Même si les psychiatres sont régulièrement confrontés à la nécessité de soins sous coercition, il s'agit presque toujours de mesures thérapeutiques psychiatriques ou alors de soins somatiques d'urgence dès lors que la vie est directement menacée à court terme. Assujettir ces malades à des obligations en termes de santé somatique préventive est décrit comme un concept nouveau, un peu sur le modèle de la curatelle dont les contours pourraient être repensés.

« Bon alors, pour la dernière loi sur la curatelle, la révision de 2008 avait étendu la protection

de la personne, les mesures de protection des biens, etcetera. Pour la tutelle en particulier. [...] elle avait autorisé le fait que dans certaines situations, on se sentent un peu responsables de la Santé, y compris physique, d'un patient. Et donc, il y'a une ouverture de la Société à cette dimension de gens qui sont dépendants des autres pour le maintien de leur santé physique. Alors, on est un peu devant ça, mais c'est vrai qu'on a pas jusqu'à présent affronté ce nouveau challenge, cette tâche-là. Pour beaucoup d'entre nous, on a l'impression qu'on a déjà fort à faire avec la Santé psychique, disons mentale, et effectivement, c'est un nouvel objet en quelque sorte. Quelle substitution ? Parce que... il y a la dimension de communication entre professionnels et il y a aussi la dimension de substitution à la volonté du patient. C'est quand même délicat. » (Psy. O)

Ainsi, l'idée d'imposer une consultation préventive a été évoqué par plusieurs médecins.

« Tu l'imposerais ? » (Psy. F)

« Bah je pense qu'en pratique, l'acte, ce serait de l'imposer sous forme de... » (Psy. B)

« Ça pourrait être une condition à la délivrance de l'ordonnance. On fait des consultations gratuites, on fait des ordonnances à tire-larigot. On pourrait dire au patient : dans 6 mois, je vous ferai l'ordonnance seulement si vous avez eu un... » (Psy. O)

« oui... » (La Salle)

« Ce serait pas absurde » (Psy. O)

« Franchement, on a des processus de contrainte qui sont largement au-delà de ça, hein ! Franchement... » (Psy. B)

« enfin... oui... » (Psy. O)

6 piste Mesures complémentaires

Le système de consultation de prévention somatique est jugé utile, et à poursuivre avec des améliorations et un repositionnement. Dans sa nature même, il s'adresserait de manière plus ou moins systématisée à une population du CMP beaucoup plus large que celle définie par nos critères d'inclusion et viserait pleinement à jouer le rôle d'identification des patients qui ont un réel suivi, de détection des problèmes non pris en charge, de synthèse d'historique et de coordination avec la médecine de ville.

Mais il y a le cas des patients les plus désorganisés, ceux pour lesquels notre système est jugé inadapté. Ces patients pourraient bénéficier, par exemple, d'un accompagnement par une infirmière vers le médecin généraliste de proximité, en coordination directe avec lui.

.....Moi j'avais l'idée qu'il fallait quelqu'un qui fasse du lien. Qu'on ait une personne repérée pour amener chez le généraliste. Et des généralistes qui connaissent et qui sont en liens avec cette personne. Une infirmière évidemment, paraît la profession la plus adaptée pour faire ça. C'est-à-dire appeler le généraliste pour savoir quels jours il a des plages avec sans rendez-vous et fixer le rendez-vous avec le patient et l'emmener sur ces plages-là. Moi je m'étais dit que

finalement le plus dur pour nous, c'était de faire aller les patients à l'extérieur, là où ils ont pas envie d'aller. » (Psy. B)

7 piste **Carnet de liaison**

On pourrait imaginer un carnet de liaison sur le modèle de ceux déjà utilisés quotidiennement avec succès par les psychiatres dans la surveillance médicamenteuse.

« Ça marche pour le Leponex quand même ! » (Psy. O)

« Mais le Leponex ça m'a quand même beaucoup surpris. Même des patients très mal organisés, très régressés, gardaient leur petit livret bleu de façon extrêmement précieuse, et ils attendaient que je signe, et que je mette le tampon. J'en ai 2 ou 3 comme ça. » (Psy. P) « Ça va dans le sens du cahier de suivi avec lequel il pourrait se promener. » (Psy. B)

Exemples concrets des effets de l'intervention somatique

L'apport de la consultation de prévention somatique est illustré à travers deux histoires cliniques rapportées par deux psychiatres lors du deuxième focus group.

Cas numéro 1

Mr. S. est un patient de 52 ans d'origine sénégalaise, suivi pour une psychose sévère diagnostiquée il y a 30 ans au décours d'un crime inaugural, et ayant nécessité de nombreuses hospitalisations en Unité pour Malades Difficiles. Il bénéficie d'un traitement lourd qui comprend plusieurs neuroleptiques retard et de l'halopéridol. La gravité de sa désorganisation est compensée par un très fort appui de ses frères, lui permettant ainsi de travailler. Il exerce pendant plusieurs années des tâches pénibles dans les cuisines de divers restaurants. Marié, il envoie régulièrement de l'argent à sa femme restée au Sénégal. Son psychiatre traitant part en retraite après 15 ans de suivi. Le relais est réalisé avec précautions vers le Dr. O. auprès duquel il confie subir la pression de sa femme : celle-ci lui reproche depuis plusieurs années de ne pas lui avoir fait d'enfants.

Dr. O. : « Et, sans agressivité, il m'a demandé de l'aider pour ça. Donc je l'ai envoyé en consultation. Je l'ai envoyé à un andrologue de Bicêtre. Bon, enfin bref. C'est là-bas qu'il est allé. Sa testostéronémie était basse, j'ai posé la question d'un traitement hormonal substitutif. Voilà, c'est à ce moment-là qu'on a commencé à se pencher sur sa santé physique

[...] C'est aussi la période où il a arrêté de travailler. J'ai pas bien compris pourquoi il avait arrêté de travailler. Il se présentait comme, euh... comme fatigué, et c'est vrai que le travail qu'il faisait était terrible. Voilà. J'ai pensé que c'était pas mal de faire un bilan de santé. »

Il avait déclaré un médecin traitant, le Dr. D. qu'il ne voyait plus depuis plusieurs années. Adressé par le Dr. O à la consultation de dépistage, un diabète de type 2 a été découvert. Le lien a été renoué avec le médecin traitant, et le diabète est suivi depuis un an.

Cas numéro 2

Monsieur R., 49 ans est un patient d'origine sri-Lankaise diagnostiqué schizophrène. Sa famille a quitté le Sri-Lanka pour le Canada et lui envoie de l'argent afin qu'il puisse les rejoindre clandestinement. En fin de compte, il se retrouve en Russie où il est incarcéré et sévèrement torturé. Après sa libération, il arrive en France en 2000 sous le statut de réfugié politique. Au départ sans domicile fixe, il est récupéré par un Foyer d'hébergement social dans le 13^{ème} arrondissement de Paris. C'est à ce moment que les travailleurs sociaux le mettent en contact avec le CMP Philippe Paumelle où il est suivi par le Dr. B.

Depuis, il connaît des hauts et des bas, des décompensations et des hospitalisations à la Polyclinique et en HDJ. Le lien avec le médecin généraliste est rompu depuis plusieurs années. Son psychiatre prescrit des neuroleptiques et poursuit également son traitement somatique par Lévothyrox® et Mopral®. Il finit par obtenir un visa pour le Canada, et il séjourne à Toronto où vivent ses parents, son frère aîné et sa sœur. Il passe de bons moments et se retrouve euphorique. Le lien avec le CMP est rompu, et au bout de 3 mois, il arrête ses traitements dont le neuroleptique et le Lévothyrox®. De retour en France, l'équipe du secteur le contacte à travers le foyer d'hébergement. Un mois et demi après l'arrêt du traitement, il est finalement revu par le Dr. B. :

« Il me paraissait de très bonne humeur... hypomane. Mais il n'y avait pas de dissociation ou d'incohérence dans le discours. Et en même temps il refuse tout traitement. Je note dans mon observation : à revoir et à observer attentivement par l'équipe du foyer. »

30 jours plus tard, suite au refus de sa curatrice de lui donner plus d'argent, il fait un passage à l'acte hétéro-agressif. Il est rapidement orienté vers le Dr. B :

« Donc je le vois à ce moment-là, et... on discute. J'essaye de garder le lien psychiatrique en lui disant qu'il est nécessaire, quand même, que l'on s'occupe de cette thyroïde ; qu'on ne comprend pas ce trouble de l'humeur : qu'il peut venir aussi de la thyroïde. Il fallait argumenter sur un plan clinique. Et à ce moment-là, quand on lui présente les choses dans ce sens, il accepte de voir un somaticien. »

L'infirmière coordinatrice est alors sollicitée, discute avec M. R., et un rendez-vous de consultation somatique est fixé le vendredi suivant.

Dr. B : « *Donc à travers ce lien qui passe par la thyroïde, le somatique, on a pu renouer le lien thérapeutique qu'il refusait. Il a fait ses bilans prescrits par le somaticien. On a pu remettre en place le traitement neuroleptique retard. Et... on s'est dit à ce moment-là qu'il y a d'autres*

sphères à explorer. Il se plaignait d'une masse au niveau du scrotum. Et c'était devenu un peu... phobique. Ce qui nous a permis avec son médecin traitant par la suite de prendre rendez-vous à la Pitié-Salpêtrière. D'ailleurs il a été opéré de cette masse qui est revenue à l'examen anapath bénigne. Donc, ce qu'on remarque souvent quand les psychotiques ont des problèmes somatiques, le reste va bien. Quand on s'occupe du corps, l'esprit va bien. Et pour résumer un peu la suite, donc là, il a repris son Levothyrox, avec le bon dosage. Suite à cette consultation, il a repris son traitement neuroleptique. Il s'est occupé de cette masse scrotale, et cerise sur le gâteau, il prend des cours de français. Et il fait du sport. Voilà pour résumer un peu. [...] je crois que, le fait d'avoir eu, cette consultation, c'est une passerelle vers une médecine de droit commun. C'est pas une finalité en soit."

Evolution de l'intervention dans le cadre de la recherche-action

Adaptation du rôle de l'infirmière de coordination

Initialement impliquée dans la logistique, son rôle a évolué au cours de l'étude pour tendre vers une interface de liaison entre somaticiens et psychiatres. Lorsqu'un patient était proposé pour la consultation, elle veillait au respect des critères d'inclusion. Dans le cas où le patient demandait lui-même un rendez-vous, elle vérifiait auprès du psychiatre référent la compatibilité de notre démarche avec le projet de soins. Elle recueillait l'ordonnance des traitements et les éléments-clés de l'histoire médicale pour les communiquer au somaticien avant la consultation. Ce travail d'amont permettait également de mieux préparer la rencontre en adaptant la tournure des questions sans renoncer à l'exhaustivité du recueil des données. Pendant la consultation elle appuyait le médecin en aidant si besoin à formuler les questions et en clarifiant les explications en cas d'incompréhension. Par la suite, elle récupérait les résultats de biologie faxés par les laboratoires et les communiquait au somaticien. Elle assurait le retour d'informations, en particulier vers les psychiatres.

Adaptation du courrier de synthèse

La présence de plusieurs intervenants autour de chaque patient a été anticipée comme un facteur de difficulté au bon déroulement du projet, et d'emblée, un effort particulier a été apporté à la communication : rencontres organisées ou informelles et courriers. Le courrier de synthèse à destination des médecins généralistes a connu plusieurs modifications. Il a été simplifié pour permettre une lecture plus claire, rapide et efficace. Sur le fond, la conclusion suggérant ce qui doit être fait pour le patient sous forme de « préconisations », a été remplacée par un résumé factuel, précis et objectif qui comprend :

- les anomalies physiques détectées ;

- les pathologies suspectées lors de la consultation ;
- les dépistages ou vaccination manquantes.

L'objectif de notre étude étant de créer les conditions d'un suivi somatique efficace liant le CMP aux généralistes, il s'agissait de ne pas interférer avec leurs méthodes de travail et d'organisation. La collaboration pouvait être compromise par un courrier perçu comme

prescriptif. De même il a été décidé de ne plus hiérarchiser les problèmes, considérant que c'était au généraliste de décider avec le patient de la meilleure stratégie de prise en charge. Un exemple concret de courrier de synthèse est disponible en **Annexe 7**.

La conduite de la consultation

Diverses difficultés relatives à l'interrogatoire ont nécessité des adaptations. Un support papier de type « grille d'entretien » a été initialement créé pour un recueil systématique des données. Or, l'entretien semi-dirigé s'est heurté à la désorganisation des patients. Malgré plusieurs simplifications du questionnaire, les premières consultations étaient trop longues (90 minutes en moyenne, dont 51 minutes uniquement pour l'interrogatoire), et la rédaction chronophage d'un résumé synthétique était incompatible avec un fonctionnement de routine. Parallèlement, la richesse des informations fournies par les patients nous a incité à repenser la conduite de l'entretien comme suit :

- poser toutes les questions dans le même ordre si rien ne s'y opposait ;
- si le patient déviait vers un discours en dehors du champ de la santé (exemple. : discussion politique), il était rapidement interrompu, puis recentré ;
- si le patient déviait de la question posée vers une réponse d'intérêt médical, on le laissait s'exprimer librement. Une fois les informations colligées dans le cadre alloué, il était recentré.

Aussi, afin de ne pas perdre le fil, dès la 3^{ème} consultation le support informatique s'est imposé. Il offrait un bon compromis entre souplesse de l'interrogatoire et rigueur du recueil. L'ensemble du processus entre la 10^{ème} et la 18^{ème} consultation a été réduit à 52,3 minutes par patient : 32 minutes d'interrogatoire (incluant le recueil du consentement écrit), 16 minutes d'examen physique complet (incluant le temps de changement de salle), 4 minutes de ré-explications en moyenne. Les patients qui se sont présentés étaient en avance d'environ 25 minutes sur l'horaire fixé. Trois sont venus accompagnés.

Amélioration de la coordination des parcours en impliquant les infirmières L'un des principaux obstacles a été de « localiser » chaque patient sur le parcours, car il pouvait se passer plusieurs semaines entre deux étapes compte-tenu de leur grande inertie. En

l'absence de retour de courrier, il était impossible de savoir si le patient était allé au laboratoire, ou s'il s'était rendu chez son médecin traitant.

Cette difficulté a été débattue au cours d'une réunion avec 14 médecins psychiatres (réunion distincte des focus groups). L'idée d'une relance par téléphone a été écartée sur l'argument d'un risque de pression mal vécue, car beaucoup de patients inclus présentaient des éléments paranoïaques, avec pour certains un sentiment de persécution. Il a également été jugé déraisonnable d'appeler à chaque fois les médecins généralistes du 13^{ème} arrondissement de Paris pour déterminer si un patient du CMP s'était rapproché d'eux. Dans une optique de pérennisation de notre parcours, il y avait une exigence de simplicité et de minimisation des lourdeurs. Constatant les difficultés logistiques qu'impliquait la question de la localisation pour les médecins, nous avons sollicité les paramédicaux. Ainsi, lors d'une réunion avec les infirmières, nous avons étudié la faisabilité d'une relance répondant aux exigences de simplicité et de respect des consignes des psychiatres. Elles ont formulé la crainte d'une surcharge de travail. La proposition de leur notifier par des mails leurs patients « à pister » n'a donc pas été retenue car elle aurait généré de la complexité : enquêter, répondre, etc. L'idée d'une enquête régulière (tous les trois mois) de l'infirmière coordinatrice auprès de ses collègues responsables des sous-secteurs a été approuvée, mais nous avons échoué à la mettre en œuvre (tableau 10).

Enfin, seules deux méthodes jugées acceptables ont été possibles à mettre en œuvre :

- les infirmières qui avaient adressé des patients pour la consultation somatique recevaient systématiquement le courrier de synthèse de notre part. Elles profitaient du rendez-vous suivant pour se renseigner directement auprès du patient sur l'avancement de la prise en charge somatique ;
- si un patient était directement adressé par le médecin psychiatre, son infirmière référente devait en être informée. Ainsi lors du contact suivant, elle était en mesure de vérifier ce qui avait été fait.

Tableau 10. Réticences à l'idée d'une relance directe par les somaticiens.

- *Contacter directement le patient par téléphone*

• *Notifier au patient la nécessité de revenir récupérer ses résultats et son courrier en mains propres*

- *La relance porte sur chaque infirmière du CMP qui doit elle-même enquêter sur ses patients*

- *L'IDE coordinatrice piste tous les patients*

- *Questionnaire envoyé aux psychiatres et infirmières*

moment où il se rend à son prochain rendez-vous de psychiatrie au CMP

Interférence avec le projet de soins

- *Le somaticien rencontre une deuxième fois le patient au*

A la fin de notre expérience, l'idée de relance a été complètement abandonnée au profit du retour direct d'information vers le psychiatre et l'infirmière, portant sur ce que nous avons réalisé et programmé pour leur patient, et sans attendre le retour des données somatiques manquantes (biologie ? rencontre du médecin généraliste ? etc...). S'interroger sur les raisons de leur absence est une charge transférée sur chaque professionnel du CMP, qui pouvait dès lors décider de relancer ou pas son patient quand cela lui semblait opportun. Le retour d'information vers le psychiatre est réalisé sous forme de courrier (**Annexe 8**). Ce réajustement de fin d'étude n'a pas pu être évalué faute de patients en nombre suffisants.

Tentatives d'amélioration du recrutement

Au début de l'année 2017, une réunion de synthèse de mi-parcours a eu lieu avec les équipes et a permis d'identifier plusieurs obstacles au recrutement.

Les médecins psychiatres rapportaient trois types d'inquiétude :

- la qualité des soins en psychiatrie impose une distinction des tâches claire et sans ambiguïté entre les intervenants en santé mentale et les acteurs en santé physique. L'idée d'introduire une consultation de prévention somatique au sein d'une structure psychiatrique a fait craindre le risque de confusion. Pour ne pas affaiblir l'action du centre Philippe Paumelle, il fallait à tout prix éviter que les patients mélangent le rôle d'un CMP avec celui d'une maison médicale de santé pluri-spécialités ;
- équilibrer des patients psychotiques ou bipolaires sur le plan mental exige un travail de très longue durée et des adaptations permanentes. Quand au terme de ce processus, le patient est stabilisé, il y a la crainte que l'ajout d'une contrainte supplémentaire perturbe cet équilibre fragile ;
- l'intensification de l'activité psychiatrique complique le travail de base des équipes des Secteurs. Il y a la crainte d'une surcharge de travail car l'ajout d'une seule tâche, même

simple, peut entrainer une cascade de tâches secondaires à régler.

Adaptations de mi-parcours pour prendre en compte et dissiper certaines de ces craintes : -

clarification et diffusion auprès des équipes de messages sur la nature préventive de notre intervention : dépister, être un relais vers la médecine de ville, en aucun cas dispenser des traitements somatiques ;

- proposition d'inclure uniquement les patients pour lesquels il n'y avait pas d'ambiguïté sur le rôle du CMP et la question du dépistage ;

- simplification du message de promotion de la consultation de dépistage : il a été proposé aux psychiatres d'informer largement leurs patients sur cette option dont ils pourront bénéficier sur demande à tout moment. Le concept d'offre de soin a été mis au premier plan.

Dans cet esprit d'information des affiches ont été placées à différents points de passage et dans les salles d'attentes du CMP (**Annexe 9**).

Discussion

PRINCIPAUX RESULTATS

Les anomalies décelées portent essentiellement sur le risque cardio-vasculaire, le défaut de vaccination et de dépistage des cancers. Des mesures de suivi et de traitement doivent être entreprises pour tous les patients. Les psychiatres ont une conscience forte de cette

dimension physique ainsi que de ces enjeux. Une consultation de prévention somatique auprès de patients stables menée au cœur d'une structure psychiatrique ambulatoire est en pratique faisable et acceptable. Malgré une attitude volontaire, les soignants du CMP ont adressé peu de malades, en sélectionnant des patients plutôt désorganisés. Les psychiatres avancent le manque de temps et la crainte de surcharge administrative justifiant ainsi la focalisation sur les soins de santé mentale. Leur prise de distance avec les effets indésirables des neuroleptiques en est l'une des conséquences. La crainte de perdre l'adhésion au médicament après des années d'effort peut expliquer la perception de la maladie physique comme un attribut secondaire obligatoire qu'il faut se résigner à accepter. Il y a une forme de fatalisme renforcée par un flou sur les procédures du suivi somatique et un doute sur la capacité des généralistes à l'organiser.

INTERPRETATION DES RESULTATS

L'intervention de prévention somatique démontre sa capacité à détecter de nombreux facteurs de risque dont la plupart sont modifiables et débouchent sur des propositions thérapeutiques simples. S'il est donc possible de conclure à sa rentabilité, il y a cependant un échec quantitatif dans le recrutement qui ne peut être imputé à un défaut de communication, une faible visibilité, ni à une méconnaissance du risque somatique.

Ce faible nombre peut-il traduire simplement que dans la file active du CMP, il y a très peu de patients mal/non suivis sur le plan somatique ?

Cette hypothèse est contredite par une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) réalisée au CMP Philippe Paumelle sur deux séries de patients en 2011 et 2013 et qui révèle qu'ils sont loin de bénéficier du suivi somatique recommandé (Tableau 11). La divergence entre le discours d'adhésion au projet et l'inertie dans les faits s'explique par un défaut dans la circulation de l'information entre psychiatres et médecins généralistes, et rapporter cela à un problème de communication semble réducteur. Les obstacles au recrutement que nous avons observés sont mieux formalisés si l'on parle de *difficultés dans l'identification des patients*. Contrairement au schéma classique du somaticien traitant un problème aigu en service de psychiatrie, notre action est exclusivement centrée sur *la prévention et le dépistage*. Nous cherchons précisément le contraire d'une réponse thérapeutique immédiate et éphémère à une atteinte physique, de sorte à créer les conditions d'un véritable suivi de fond.

Les professionnels du CMP ont des difficultés à cerner qui de leurs patients en routine devait être éligible à une telle démarche. Les trois problèmes d'identification sont les suivants :

- quel patient est bien suivi par le médecin généraliste à l'insu du psychiatre ?
- quel patient n'a pas de suivi satisfaisant malgré les apparences ?
- quel patient a un parcours fragmenté, voire chaotique, dans lequel chaque intervenant pense que le suivi est assuré ailleurs ?

Tableau 11. Proportion (%) de patients du CMP bénéficiant du suivi recommandé (selon l'AFSSAPS 2010) : EPP réalisée en 2013.

				61 % 18 %
	74% 21 %	36 % -	44 % 59 %	38 % 62 %
31 % -	0,8 % 5 %	46 % 70 %	- 78 %	- 63 %

En cas de suivi par un généraliste à l'insu du psychiatre, la peur d'une prise en charge par excès en ayant recours à la consultation de prévention ne doit pas être un frein. Car même si cette situation est avérée, elle témoigne d'un défaut de communication et notre rôle de relais et de lien vers la médecine de droit commun dépasse la simple question du dépistage.

Une majorité des malades recrutés ont réalisé la biologie, et une partie non négligeable a renoué contact avec le médecin traitant. L'abandon du processus en cours d'étape n'a pas fait l'objet de relances car la plupart des propositions d'intervention ont été rejetées par le CMP, perçues comme à risque d'interférences avec les soins mentaux. Cela a possiblement minimisé les résultats.

Par ailleurs, tous les patients sont concernés par des comorbidités, même si la plupart d'entre eux sont couverts par une assurance santé. Ce constat est probablement en lien avec l'inertie causée par la maladie. Donc, il ne suffit pas qu'ils soient assurés, il faut une stratégie spécifique pour garantir un suivi efficace.

QUE DIT LA LITTÉRATURE ?

A propos des comorbidités détectées

M. De Hert et R. van Winkel ont publié en 2010 les résultats d'une intervention de prévention

somatique auprès de patients psychotiques hospitalisés dans un CHU psychiatrique belge (125). Tous les patients ont bénéficié d'un examen physique de dépistage par un médecin généraliste à l'initiation du traitement neuroleptique. Le contenu de ce dépistage est similaire à celui proposé dans notre étude. L'ensemble des résultats est synthétisé dans un courrier rédigé de manière collégiale par le psychiatre et le somaticien à l'attention du médecin traitant. 30% des malades sont concernés par le syndrome métabolique et le taux de diabète est 4 à 5 fois supérieur à celui de la population générale. Cette intervention propose un protocole de dépistage adapté selon le niveau de risque (neuroleptique, paramètres mesurés, etc.), mis en place d'emblée et prolongé sur le long terme. Après une détection précoce d'un prédiabète, le relais par un antipsychotique à bas

risque métabolique permettait de corriger la glycémie (12 cas sur 13). De manière générale, il y a eu une hausse significative de prescription de statines, antihypertenseurs, etc. Plus récemment, une intervention de dépistage somatique dans un centre de santé mentale canadien publiée en novembre 2017 (126) a identifié 28% de diabètes, 38% d'HTA et 43% de dyslipidémie sur 106 patients testés.

A propos des difficultés des psychiatres avec la prévention somatique

La coordination des soins somatiques et psychiatriques n'est pas clairement définie en France et dépend en premier lieu d'initiatives locales. Dans le cadre de vacations organisées par certains hôpitaux, l'intervention de généralistes consiste essentiellement en la prise en charge immédiate de troubles physiques plutôt que d'une activité de surveillance ou de prévention. De plus, compte-tenu de leurs statuts non pérennes, ils ne sont pas pleinement engagés sur le long terme avec la structure (127). A notre connaissance, il n'existe à ce jour aucune étude sur les difficultés des psychiatres à adresser leurs patients à un dispositif de prévention somatique inséré dans un milieu de soins mentaux. Les articles sur la question somatique sont peu nombreux. Quelques-uns soulignent l'intérêt des psychiatres vis-à-vis des problématiques somatiques : la nécessité de développer des offres de prévention fait consensus. La situation d'échec observée est le plus souvent imputée au manque de temps ainsi qu'à un défaut d'entraînement (128). L'analyse du registre américain des soins ambulatoires portant sur 3.198 consultations de patients psychotiques et bipolaires en psychiatrie de ville entre 1992 et 1999 (97) a montré que seulement 11% des visites médicales comprenaient une action de prévention. La durée de la consultation est effectivement plus longue dans ces cas.

Une thèse de médecine générale soutenue en France en 2008 (Irène Bohn) a montré que si 65% des patients souffrant de troubles mentaux sévères déclaraient au CMP avoir un médecin traitant, la proportion réelle se chiffrait plutôt à 33% après vérification (129). Ni le nom du psychiatre traitant, l'état de la maladie ou les critères sociaux n'étaient des facteurs prédictifs d'un suivi efficace par le généraliste. Les justifications apportées par les patients non suivis renvoyaient à des difficultés organisationnelles et à l'absence de besoin ressenti probablement dû à un défaut de perception de leurs atteintes physiques. Pour les malades