POUR LA RECHERCHE

n° 97-98
Juin 2018
Sept. 2018

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

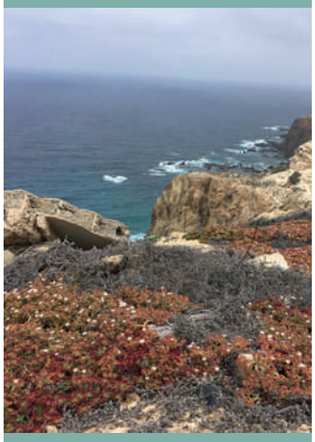
BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

Recommandation
Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique

Promoteur et demandeur : FFP-CNPP



Directeur de la Publication :
Dr J-J Laboutière
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr N. Garret-Gloanec,
Dr F. Roos-Weil
M. Thurin

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,
D. Talmon

Recommandation de bonne pratique en psychiatrie

Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique

Recommandations

Juin 2015

* *Promoteur :* Fédération Française de Psychiatrie - Conseil National Professionnel de Psychiatrie

** Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la Haute Autorité de Santé. Ce label signifie que cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la Haute Autorité de Santé. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès de la Fédération Française de Psychiatrie – Conseil National Professionnel de Psychiatrie.

*** Cette recommandation ainsi que *son argumentaire* sont consultables sur *Psydoc-France* à l'adresse : http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf

Messages clés

Il est recommandé :

- De dépister et surveiller les comorbidités somatiques des patients atteints de schizophrénie ou de troubles bipolaires dans la pratique psychiatrique.

- D'évaluer la balance bénéfice-risque au sein d'une collaboration étroite psychiatre / médecin généraliste (ou autre spécialiste).

- De promouvoir la coordination des soins avec tous les acteurs.

- D'être proactif pour dépister les comorbidités somatiques de ces patients.

- D'identifier clairement le soignant assurant le suivi somatique.

- De rechercher systématiques les facteurs de risque cardiovasculaire :

  • diabète
  • hypertension artérielle
  • dyslipidémie
  • syndrome métabolique
  • obésité
  • tabagisme

- De mettre en place une évaluation systématique des bénéfices-risques du traitement psychotrope.

- D'évaluer le mode de vie du patient :

  • sédentarité, habitude alimentaire, retrait social

- De mesurer l'Index de Masse Corporel (IMC) et le périmètre abdominal.

- De pratiquer un électrocardiogramme initial de base et de le contrôler en fonction des facteurs de risque cardiovasculaire.

- D'effectuer systématiquement aux urgences et au cours de l'hospitalisation un examen somatique avec traçabilité dans le dossier.

- De rechercher systématiquement les addictions et de les prendre en charge.

- Aux psychiatres d'améliorer leur communication (courrier, compte-rendu) avec les autres spécialistes et le médecin traitant.

- Au médecin traitant d'adresser des courriers aux psychiatres sur son suivi somatique.

- De mettre en place des groupes de psychoéducation de suivi somatique pour les patients et leurs familles.

Préambule

Origine de la demande

Ce thème a fait l'objet d'une demande d'inscription au programme de la HAS par la Fédération Française de Psychiatrie et de nombreuses associations scientifiques la composant. Il a fait l'objet d'une convention entre la HAS et la FFP en 2009.

Définition et épidémiologie

Les troubles schizophréniques et bipolaires sont responsables d'une importante mortalité et d'une forte morbidité. Plusieurs études ont souligné la mauvaise santé physique et la diminution de l'espérance de vie chez les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, en particulier de troubles schizophréniques et de troubles bipolaires.

L'espérance de vie d'un patient souffrant de pathologie psychiatrique sévère est de 20 % inférieure à celle constatée en population générale. La première cause de surmortalité est le suicide. Les accidents et les causes médicales sont également surreprésentés, tout particulièrement les maladies cardiovasculaires et respiratoires dont le taux de comorbidité est compris entre 30 et 60 %.

Etat des lieux sur les pratiques et l'organisation de la prise en charge, enjeux d'amélioration

Aucune donnée pertinente concernant les pratiques de dépistage et de prise en charge en France n'a été clairement identifiée ce qui ne permet pas d'identifier de manière objective les problèmes de pratique à résoudre. L'ensemble des éléments ci-dessous provient du constat de la situation actuelle sur le terrain recueillis au cours des entretiens avec les psychiatres, les médecins généralistes et les patients et leurs familles ou proches lors de manifestations et colloques ou travaux exprimant cette problématique.

Repérage et diagnostic

L'état de santé physique des patients présentant des troubles psychiatriques schizophréniques et bipolaires reste trop longtemps méconnu par les psychiatres et les médecins généralistes. Si la préoccupation principale des praticiens a longtemps été la surmortalité par suicide des patients psychiatriques, ces patients n'en présentent pas moins les mêmes maladies aigues et chroniques que celles retrouvées en population générale. Les patients psychiatriques ont recours aux soins somatiques moins fréquemment en raison de troubles cognitifs ou des perturbations psychiques liées aux maladies mentales graves, de leurs difficultés à s'adresser ou à accéder au système de santé du fait de leur précarité sociale, de leur méconnaissance du dispositif de soin, de leur inactivité, voire de leur réticence à exprimer leurs souffrances physiques.

Difficultés du repérage des troubles somatiques chez les patients ayant des troubles mentaux

- Mécanismes de déni de la maladie de la part des patients.

- Intrications entre maladie physique et psychique qui restent largement méconnues chez médecins généralistes et spécialistes.

Prise en charge thérapeutique

L'amélioration de la prise en charge somatique des patients atteints de maladie mentale sévère requiert une prise en charge pluridisciplinaire organisée.

Organisation des soins

Bien que les structures proposant une prise en charge spécialisée et formalisée existent, les patients, en fonction de leur pathologie et du moment de l'évolution de cette dernière, accèdent difficilement aux soins somatiques.

La place du médecin traitant auprès de ces patients est à souligner, son absence fréquente dans ces suivis (ou l'absence de suivi) montre qu'il faut examiner les modalités d'accès ou d'orientation vers lui. Les éléments de la pratique du médecin traitant et des spécialistes sont à adapter à cette population.

Objectif(s)

Les objectifs principaux de ces recommandations sont :

• Prévention et repérage plus précoce des pathologies somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques graves et chroniques (avec délimitation des pathologies concernées).

• Amélioration de la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques graves et chroniques, en ambulatoire, durant et après les hospitalisations en psychiatrie, lors de leur accueil en structure spécifique d'hébergement.

• Amélioration de l'accompagnement des patients souffrant de ces pathologies dans le quotidien et au long terme.

Patients concernés

Les recommandations se limitent aux patients de 18 à 65 ans présentant des troubles psychiatriques patents définis comme sévères et chroniques : troubles schizophréniques, troubles bipolaires. Les patients dépressifs ou anxieux ne sont pas concernés par l'étude.

Les enfants, adolescents, femmes enceintes et personnes âgées pourraient faire ultérieurement l'objet de recommandations spécifiques.

Professionnels concernés

Médecins généralistes, psychiatres, médecins internistes, gynécologues, endocrinologues, nutritionnistes, diététiciens,

urgentistes, médecins du travail, dentistes, gastroentérologues, cardiologues, dermatologues, infirmiers, pharmaciens, psychologues, paramédicaux et professionnels de prévention de la santé, travailleurs médico-sociaux et sociaux, associations d'usagers ou de familles d'usagers.

Préoccupations des professionnels et représentants d'associations de patients consultés

Elles sont celles de tout intervenant dans le champ de la santé mentale et du soin somatique et s'inscrivent dans une démarche qui demande à être structurée, de la prévention à la prise en charge en ambulatoire, avant, pendant et après les hospitalisations.

Le constat des usagers et de leurs familles, ainsi que des professionnels du champ de la psychiatrie est que les patients souffrant de troubles mentaux sont délaissés quant à leurs problèmes somatiques et présentent un certain nombre de pathologies physiques soit iatrogènes, soit secondaires (effets indésirables des traitements) ou inhérentes à leur trouble mental, (comorbidités addictives). Un repérage et un diagnostic plus précoce sont indispensables du fait des conséquences graves de ces maladies sur la qualité et la durée de vie de ces patients.

Recommandation

Introduction

Les personnes atteintes de schizophrénie ou de trouble bipolaire ont des taux de mortalité deux fois plus élevés que la population générale, tant de causes naturelles que non naturelles (accidentelles, suicide et iatrogénie).

1.1. La schizophrénie

La mortalité des patients souffrant de schizophrénie, tous âges, sexes et causes confondues (naturelles et non naturelles), est de 4,5 fois supérieure à celle de la population générale.

Antipsychotiques et mortalité :

Plusieurs mécanismes liés aux antipsychotiques sont susceptibles d'augmenter la mortalité tels que l'allongement de l'espace QT qui est à l'origine d'une arythmie ventriculaire avec torsades de pointes, ainsi que la prévalence élevée du syndrome métabolique expliquée en partie par la prise de poids avec certaines molécules.

Les patients sous monothérapie d'antipsychotiques sont exposés à un risque de mort subite d'origine cardiaque qui paraît dose-dépendant et aucune différence entre les antipsychotiques classiques et les antipsychotiques de 2ème génération n'est significative : il est recommandé de donner la dose minimale efficace de antipsychotiques classiques ou d'antipsychotiques de 2ème génération.

La polythérapie semblant être associée à un risque accru de mortalité, il est recommandé que les patients soient dans la mesure du possible sous monothérapie.

Quelles sont les maladies somatiques associées les plus fréquentes dans les troubles schizophréniques ?

- Le syndrome métabolique, l'obésité, le diabète doivent être systématiquement recherchés car ils sont fréquents (voir les modalités de prise en charge).

- Une évaluation des facteurs de risque et des conduites préventives d'occlusion intestinale chez les patients traités par antipsychotiques de 2ème génération est recommandée.

- L'ostéoporose est fréquente dans la schizophrénie, il est recommandé de prévenir les facteurs de risque : surveillance de la prolactine, lutte contre la sédentarité, prévention du tabagisme, de l'abus d'alcool et de la toxicomanie, veiller à un régime alimentaire riche en vitamine, une prévention de la polydipsie et une exposition raisonnable au soleil (Une bonne exposition au soleil - pour la bonne absorption de la vitamine D - ne doit pas conduire à la photosensibilisation liée aux antipsychotiques classiques et au lithium, ni à augmenter le facteur de risque de l'apparition des mélanomes).

- Les maladies respiratoires : les patients souffrant de schizophrénie ont plus de risque d'avoir une BPCO, une exploration par exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) est recommandée si ce diagnostic est suspecté.

- Etant donnée la fréquence accrue de mort par étouffement chez les patients souffrant de schizophrénie qui peut être liée aux dyskinésies tardives, à des tachyphagies ou à des fausses routes, une prévention de ces facteurs est conseillée.

- La prévention et la prise en charge de l'obésité sont recommandées pour diminuer le risque d'apnée du sommeil qui est fréquente.

- Maladie cardio-vasculaire : il est recommandé chez ces patients de faire une recherche systématique des facteurs de risque cardio-vasculaire (voir les modalités de prise en charge).

- Les cancers : de nombreux facteurs sont associés à un risque accru du cancer du sein, il faudra veiller à ce que les femmes souffrant de schizophrénie bénéficient de dépistage en les incitant à avoir un suivi gynécologique régulier.

- Il est recommandé de prévenir de façon proactive le tabagisme.

- Cancer du col utérin : le risque étant augmenté il est nécessaire que les patientes soient incitées à faire des frottis réguliers.

- Il est recommandé de dépister les infections sexuellement transmissibles liées à des comportements à risque, et de mettre en place des stratégies d'information et d'éducation adaptées aux patients atteints de troubles mentaux sévères.

1.2. Le trouble bipolaire

La surmortalité des patients souffrant de troubles bipolaires a également augmenté avec le temps.

- La prévention du syndrome métabolique, de l'obésité, du diabète, des maladies cardio-vasculaires, de l'hypertriglycéridémie, des maladies cérébro-vasculaires, des maladies pulmonaires (notamment la bronchite chronique) doit être une priorité comme dans la schizophrénie (voir les modalités de prise en charge).

- Chez les patients bipolaires, une prévention des maladies endocriniennes doit être réalisée, un dosage régulier de la TSH est recommandé.

- A noter que la prévalence des dysfonctions thyroïdiennes est plus élevée chez les patients souffrant de cycle rapide et dans les formes résistantes de trouble bipolaire. Le bilan prélithium et la surveillance seront systématiques.

- Il est recommandé de dépister les infections sexuellement transmissibles liées à des comportements à risque, et de mettre en place des stratégies d'information et d'éducation adaptées aux patients atteints de troubles mentaux sévères.

Modalités de prise en charge des troubles somatiques

2.1. Personnes à risque cardio-vasculaire

- Il est recommandé chez ces patients de faire une recherche systématique de ces facteurs de risques : tabagisme, obésité, syndrome métabolique, dyslipidémie, hypertension, diabète et de veiller à ce qu'ils reçoivent le traitement adéquat.

- Par ailleurs, une évaluation de l'hygiène alimentaire, de l'activité physique, des conduites addictives et des conditions socio-

économiques est recommandée car ces facteurs contribuent à détériorer le profil de risque.

Même s'il est difficile d'estimer quelle part de risque est liée à ces facteurs ou au traitement, il est recommandé de les évaluer soigneusement.

2.2. Les risques associés au traitement

Un nombre croissant d'études indique que les traitements par antipsychotiques classiques, antipsychotiques de 2ème génération, antidépresseurs et thymorégulateurs peuvent détériorer le profil de risque cardio-vasculaire.

Cependant, l'intensité du risque dépend de la molécule utilisée. Ainsi, les antipsychotiques classiques, et particulièrement certains antipsychotiques de 2ème génération peuvent entraîner une prise pondérale, des anomalies glucidiques et lipidiques.

Il est recommandé de surveiller l'Index de Masse Corporel (IMC) des patients traités par les psychotropes suivants pouvant entraîner une prise de poids majorée :

- la clozapine et l'olanzapine ;

- les thymorégulateurs (lithium, valproate) ;

- les antidépresseurs tels que les tricycliques, la mirtazapine, la paroxétine.

Les patients sous antipsychotiques classiques devront bénéficier régulièrement d'une exploration d'anomalie lipidique (EAL).

Certains antipsychotiques de 2ème génération augmentant le risque de diabète, il est recommandé de le rechercher systématiquement (cf. chapitre 2.4.1, § 2. Le suivi).

2.3. Principal risque : le syndrome métabolique

Le syndrome métabolique associe des anomalies clinico-métaboliques : obésité abdominale et hypertension artérielle avec des anomalies du bilan lipidique et glycémique.

Il est recommandé de repérer ces patients à risque majoré de développer des complications métaboliques et cardiovasculaires.

Tableau 1 : Définition du syndrome métabolique selon la Fédération Internationale du Diabète

Obésité abdominale
Définie par un tour de taille supérieur ou égal à 94 cm pour un homme et 80 cm pour une femme Critère obligatoire (il existe des variations ethniques)
Au moins deux des quatre paramètres suivants :
Triglycérides > 150mg/dl ou un traitement spécifique en cours
HDL <40 mg/dl chez les hommes et < 50 mg/dl chez les femmes ou un traitement spécifique en cours
Tension artérielle : ≥ à 130 mmHg pour la systolique et ≥ à 85 mmHg pour la diastolique Ou un traitement spécifique en cours
Hyperglycémie > 100mg/dl ou un traitement spécifique en cours d'un diabète type 2

Le syndrome métabolique est à repérer systématiquement car c'est un outil de prédiction de l'émergence d'atteintes coronariennes.

Il est nécessaire de repérer les différents groupes de patients à risque :

- Le groupe à haut risque (clozapine, olanzapine)

- Le groupe à moyen risque (rispéridone, quétiapine, amisulpride)

- Le groupe à faible risque (aripiprazole)

2.4. Gestion du risque cardio-vasculaire et métabolique

2.4.1. Préconisations en matière d'hospitalisation

Quelles que soient les modalités d'hospitalisations, il est impératif d'évaluer le risque cardio-vasculaire chez tous les patients atteints de pathologie mentale.

1. Evaluation à l'entrée

Le dépistage

Il est recommandé de dépister les facteurs de risque dès le premier examen avec le patient, avant d'initier le traitement médicamenteux. Il est recommandé pour chaque patient d'évaluer systématiquement les facteurs prédictifs pouvant entraîner une prise de poids (encadré ci-dessous).

Facteurs prédictifs pouvant entraîner une prise de poids	
Facteurs cliniques	Facteurs démographiques
Choix des antipsychotiques classiques ou de l'antipsychotiques de 2ème génération	Age jeune
Premier épisode psychotique	IMC faible
Bipolaire hors cycle rapide (< 4 épisodes par an)	Obésité dans l'anamnèse personnelle ou familiale
Bipolaire avec trait psychotique	Groupes ethniques
	Exagération de la consommation alimentaire en situation de stress
	Addiction, consommation de cannabis

Le dépistage doit porter sur :

- Les facteurs médicaux : excès de poids, dyslipidémie, hypertension artérielle, diabète ou intolérance au glucose, antécédents de syncope, facteurs de risque d'arythmie cardiaque, facteur de risque de thrombose veineuse.

- Les facteurs comportementaux : mauvaise hygiène alimentaire, tabagisme et autres addictions, inactivité physique, stress, polymédications.

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

L'Evaluation

L'évaluation globale du risque métabolique et cardio-vasculaire est recommandée.

- L'interrogatoire portera sur les éléments suivants :

- Les symptômes cliniques évocateurs de diabète : syndrome polyuropolydipsique, asthénie, amaigrissement, nausées, vomissements, douleurs abdominales, déshydratation et polypnée.

- Une histoire familiale de diabète et/ou d'obésité : les antécédents familiaux de diabète de type 2 sont plus fréquents chez les schizophrènes qu'au sein de la population générale.

- Les valeurs antérieures de la glycémie, ou d'HbA1c si diabète.

- Le mode de vie :

  • Le tabagisme (cause d'un tiers des infarctus du myocarde).

• La sédentarité : (absence de travail, isolement social, nombre d'heures passées devant la télévision, effets sédatifs de certains traitements et symptômes déficitaires de la maladie [repli sur soi]).

• Les habitudes alimentaires (régime pauvre en fibres, fruits et légumes, riche en graisses saturées, en sucres rapides et en sel).

• Les facteurs de risque d'athérosclérose : tabagisme, HTA, obésité, dyslipidémie, contexte familial de morbidité ou de mortalité cardio-vasculaire.

• Les autres addictions (alcool, cannabis …).

- Les traitements :

• Ceux particulièrement interférant avec le métabolisme glucidique et lipidique (valproate, lithium …). Si les thymorégulateurs sont associés avec les antipsychotiques de 2ème génération, il faudra particulièrement surveiller le poids, car cette association augmente la prise de poids.

• Les traitements en cours (antidiabétiques, hypolipémiants, antihypertenseurs etc …).

- L'examen physique

L'accent doit être mis sur les points suivants :

- Il est recommandé de faire un examen clinique le plus complet possible au cours de l'hospitalisation, à la recherche d'une comorbidité organique et doit être consigné dans le dossier du patient.

- Une mesure du poids, de la taille et de l'index de masse corporelle (IMC : Poids/Taille², kg/m²) :

• IMC ≥ 25Kg/m² = surpoids

• IMC ≥ 30Kg/m² = obésité

• IMC > 40 Kg/m² = obésité morbide

- Le périmètre abdominal : il se mesure en position debout, sans habit et sans ceinture, en expiration normale, le mètre ruban étant placé en antérieur au niveau de l'ombilic et sur les flancs à mi-chemin entre la dernière côte et la crête iliaque. La mesure du périmètre abdominal traduit l'obésité abdominale et l'obésité abdominale est un facteur de risque majeur d'infarctus du myocarde et de diabète type 2. Attention, dans certains cas, l'IMC peut être normal et le périmètre abdominal augmenté induisant un risque métabolique et cardio-vasculaire.

- La pression artérielle

- Les examens complémentaires

- Bilan biologique, il est recommandé de doser systématiquement :

• La glycémie, une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26g/l à deux reprises définit le diabète.

• A défaut de disposer d'une glycémie à jeun, le diabète se définit comme une glycémie supérieure ou égale à 2g/l à tout autre moment de la journée –non à jeun).

• L'exploration d'une anomalie lipidique (EAL) : cholestérol total, HDL cholestérol, LDL cholestérol, triglycérides.

- En dehors de ces dosages, d'autres examens s'avèrent utiles :

• La numération formule sanguine

• Le bilan hépatique

• La CRP

• L'ionogramme sanguin

• Le bilan rénal

• Le béta HCG chez la femme en âge de procréer

• La TSH ultrasensible

• Et dans certaines circonstances, un dosage des toxiques urinaires est utile

- L'ECG

• La pratique systématique de l'ECG est recommandée. Plusieurs médicaments induisent un allongement de l'espace QTc, qui est un facteur prédictif de l'arythmie. Des précautions sont nécessaires lors des associations d'antipsychotiques de 2ème génération ou d'autres psychotropes. Une précaution particulière est également nécessaire en cas d'association d'antipsychotiques de 2ème génération et de médicaments connus pour accroître les effets secondaires cardio-vasculaires.

• D'autres facteurs s'associent plus volontiers à un espace QTc long et doivent donc inciter à pratiquer un ECG, ainsi pour tous les patients d'un âge supérieur à 50 ans chez l'homme et à 60 ans chez la femme ou en présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire. Cela sera également pertinent en cas de maladie cardio-vasculaire connue (cardiopathies ischémiques, congestives, bloc auriculoventriculaire) et chez les sujets ayant des conduites addictives, en particulier ceux abusant de l'association alcool et cocaïne.

• Un espace QTc supérieur à 450 ms doit imposer une surveillance particulière et un espace QTc supérieur à 500ms contre-indique l'utilisation des antipsychotiques classiques ou des antipsychotiques de 2ème génération.

2. Le suivi [1]

Il est recommandé de faire bénéficier le patient d'un suivi rapproché à la quatrième, huitième et douzième semaine. Le tableau 2 résume les intervalles cliniques et biologiques essentiels.

Tableau 2 : Recommandations de suivi (a)

	T0	SEM 4	SEM 8	SEM 12	Trimes.	Annuel
Histoire personnelle/familiale	X					X
Poids et IMC	X	X	X	X	X	
Périmètre abdominal	X	X				X
Glycémie à jeun	X			X		X
Evaluation d'une anomalie lipidique	X			X		X
ECG (b)	X	X				X
Pression artérielle	X			X		X

a - La fréquence des intervalles peut-être plus rapprochée en fonction des données cliniques

b - Un ECG initial de base est recommandé et le contrôle dépend des facteurs primaires de risque cardio-vasculaire.

[1]. Cf. Mise au point et messages clés de l'Afssaps (ANSM) sur le "Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques" http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf

Le tableau 2 est la référence de la prise en charge initiale en milieu hospitalier (passage aux urgences pour la première fois, séjour en milieu psychiatrique ou séjour dans une autre structure de soin).

- Il est recommandé que le compte rendu d'hospitalisation soit adressé au médecin traitant désigné ou s'il n'y en a pas d'organiser la référence à un médecin traitant pour coordonner le suivi.

- Il est recommandé d'informer, avec l'accord du malade, l'ensemble des médecins intervenants.

- Le refus éventuel du patient doit inviter à la plus grande explication et permettre l'élaboration d'un programme de soins.

- La continuité est organisée avec le CMP ou le psychiatre libéral.

Lors d'une hospitalisation sous contrainte, il est recommandé d'établir clairement les éléments du bilan initial (tableau 2) et de s'assurer de la communication de ses éléments lorsque le patient circule dans le dispositif de soins en particulier lors du passage entre soins somatiques et psychiatriques. Les soins sous contraintes impliquent un examen somatique complet dans les 24 premières heures, conformément à la loi du 5 juillet 2011.

Il doit au moins comporter la mesure des paramètres suivants :

- vigilance ;
- pression artérielle ;
- pouls ;
- température ;
- fréquence respiratoire ;
- glycémie capillaire.

En cas d'agitation, la mesure de la SpO2 (oxymétrie de pouls) est recommandée dès que possible.

Le contact avec les proches, l'identification de la personne de confiance sont également des éléments clefs.

2.4.2 Préconisations en cas d'apparition d'anomalies métaboliques

1. En cas d'excès de poids [2]

Elle doit être prévenue en premier lieu par la mise en place de recommandations sur le mode de vie (alimentation, exercice physique) lors de la mise en route du traitement et le rappel régulier de ces recommandations au cours du traitement.

Il conviendrait de recommander :

- la consommation régulière de fruits et légumes,

- de préférer les sucres à index glycémique faible par rapport à ceux à index glycémique élevé,

- d'éviter les boissons sucrées,

- de pratiquer un exercice physique : au moins 150 minutes (2 h 30) par semaine d'une activité physique d'intensité modérée,

- en l'absence de réponse satisfaisante à ces mesures, un avis spécialisé est recommandé.

2. En cas d'anomalies glycémiques [3]

- Si glycémie à jeun ≥ à 1.0g/l et < à 1.26 g/l, il est recommandé de :
  - Réévaluer les facteurs de risque cardio-vasculaire.
  - Mettre en place des mesures hygiéno-diététiques adaptées.
  - Solliciter l'avis du médecin généraliste ou autre spécialiste.
- En cas de diabète
  - Prise en charge hygiéno-diététique : l'exercice physique et l'équilibre nutritionnel sont toujours indispensables.
  - Recours à un avis spécialisé recommandé et stratégie médicamenteuse discutée.

3. En cas de dyslipidémie [4]

- En cas de valeurs dans la limite haute de LDL-cholestérol ou de triglycérides, des mesures hygiéno-diététiques doivent être recommandées dans une première étape.
- En cas de valeurs hautes ou très hautes de LDL-cholestérol ou de triglycérides, un avis spécialisé sera pertinent afin de décider de la mise en place et du suivi du traitement hypolipémiant.
- Le traitement par statines est d'une efficacité prouvée.

4. En cas d'hypertension artérielle [5]

- L'association du diabète à une HTA majore le risque cardio-vasculaire.

- Les mesures hygiéno-diététiques sont toujours recommandées.

- L'avis d'un médecin généraliste ou cardiologue est important pour la mise en place d'un traitement anti-hypertenseur.

2.5. Evaluation globale en cours d'hospitalisation

Il est recommandé de faire bénéficier à tout patient hospitalisé d'un suivi somatique, et en dehors de la prise en charge adéquate d'une comorbidité organique, un travail de prévention est recommandé :

- Aide au sevrage des addictions (tabac, alcool, cannabis etc…).
- Bilan bucco-dentaire (recherche de caries et maladies parodontales…) et rappel des bonnes pratiques d'une bonne hygiène dentaire.
- Bilan gynécologique (frottis de dépistage, mammographie).
- Bilan hépatique (recherche de stéatose hépatique, cirrhose) chez des patients avec une maladie métabolique ou consommateur d'alcool
- Bilan respiratoire (recherche de BPCO, bronchite chronique, emphysème etc…)
- Bilan ophtalmologique après 40 ans
- Recherche de signes de thrombophlébites (clinophilie, contention…)
- Recherche active de troubles du transit.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Tout événement intercurrent survenant doit être pris en charge.

Lors de cette prise en charge une attention particulière devrait porter sur la symptomatologie douloureuse des patients.

La difficulté à bien identifier les symptômes de la douleur s'explique en partie par le problème qu'a le patient à communiquer sa douleur et par une confusion du clinicien entre les signes cliniques de la maladie psychiatrique et ceux de la douleur.

Les patients ressentent bien la douleur, mais peuvent ne pas réagir ou ne pas l'exprimer et l'expression de cette douleur peut se faire dans un langage ou dans un comportement qu'il faut savoir décoder.

---

[2] Cf. Recommandations HAS sur le "Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours"

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours?xtmc=&xtcr=1

[3] Cf. Recommandations HAS sur la "Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2"

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1022476/strategie-medicamenteuse-du-controle-glycemique-du-diabete-de-type-2

[4] Cf. Evaluation HAS sur l'"Efficacité et efficience des hypolipémiants : une analyse centrée sur les statines" http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1499450/fr/efficacite-et-efficience-des-hypolipemiants-une-analyse-centree-sur-les-statines

[5] Cf. Recommandations HAS sur la "Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle"

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272459/fr/prise-en-charge-des-patients-adultes-atteints-dhypertension-arterielle-essentielle-actualisation-2005-cette-recommandation-est-suspendue?xtmc=&xtcr=1

Recommandations concernant le bilan somatique d'un patient en début d'hospitalisation.

Il est recommandé **de contrôler l'état physique à l'aide des** paramètres suivants :

- prise des constantes et mesure du poids (index de masse corporelle, périmètre abdominal)
- apports alimentaires
- niveau d'activité physique
- usage de tabac, alcool et autres substances toxiques
- maladies cardiovasculaires et leur risque, ECG
- bilan bucco-dentaire
- recherche d'une prédisposition à des troubles du transit

Concernant le bilan biologique, **il est recommandé** de doser **:**

- systématiquement :

- La glycémie, une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26g/l à deux reprises définit le diabète.
- A défaut de disposer d'une glycémie à jeun, le diabète se définit comme une glycémie supérieure ou égale à 2g/l à tout autre moment de la journée –non à jeun).
- L'exploration d'une anomalie lipidique (EAL) : cholestérol total, HDL cholestérol, LDL cholestérol, triglycérides.
- La numération formule sanguine
- Le bilan hépatique
- La CRP
- L'ionogramme sanguin
- Le bilan rénal
- Le béta HCG chez la femme en âge de procréer
- La TSH ultrasensible

- et éventuellement :

- Prolactinémie si indication clinique
- Sérologies VIH, VHC, VHB, etc. selon facteurs de risque ou signes cliniques
- Et dans certaines circonstances, recherche des toxiques urinaires

Recommandations lors de l'hospitalisation :

- le suivi médical et les examens biologiques comportent outre l'échange clinique régulier entre praticiens, la recherche d'éventuelles complications liées aux prescriptions médicamenteuses et aux contraintes liées à l'éventuelle privation de liberté des patients dont la mise en chambre de sécurité et/ou les mesures de contention. Il est recommandé de suivre les mesures de surveillance de l'état de conscience, des troubles du transit et de la prévention du risque thromboembolique. Ces mesures sont celles référées dans le suivi pratique de la mise en chambre de contention (référentiel de la HAS) [6] .

- Le suivi d'un patient ne présentant pas d'anomalie somatique particulière renvoie au tableau 2.

Lorsqu'il y a une anomalie ou des effets indésirables liés aux traitements, il convient de se référer aux indications décrites ci-dessous.

2.6. Préconisations en matière des soins ambulatoires

Il est recommandé d'insister auprès des patients atteints de pathologie mentale sur le fait que le recours aux soins non psychiatriques est primordial car souvent perçus comme secondaires par rapport à leurs troubles mentaux et leurs soucis de la vie quotidienne.

Il est recommandé que ces patients aient une prise en charge adaptée à leurs pathologies organiques, en coordination avec les soins psychiatriques.

Il est recommandé que cette prise en charge se fasse avec tous les acteurs de soins en ambulatoire et le travail en réseau, tant avec les pharmaciens d'officine qu'avec les acteurs médico-sociaux, doit être favorisé. Cela permet la continuité et la cohérence des soins psychiatriques et somatiques.

Il est recommandé :

- De faire un travail de déstigmatisation auprès des médecins généralistes ou autres spécialistes (la peur de la maladie mentale existe encore).
- De prendre le temps nécessaire pour se consacrer à la prise en charge de ces patients.
- Aux psychiatres d'améliorer leur communication (courrier, compte-rendu) avec leurs correspondants.
- D'accompagner ces patients dans leurs soins somatiques car ils ont des difficultés d'observance.
- Aux prescripteurs d'approfondir leurs connaissances sur les nouvelles molécules psychotropes et leurs effets indésirables.

Pour améliorer les relations médecine libérale-psychiatrie, il est recommandé [7] :

- D'adresser des courriers aux médecins traitants et il est également recommandé au médecin traitant d'adresser des courriers aux psychiatres sur leur suivi somatique [8].
- D'orienter le patient vers psychiatre en cas de difficultés pour le médecin traitant.
- De sensibiliser les médecins traitants sur l'existence des recommandations pour le suivi et la prise la charge (Tableau 2).
- En cas de pathologie organique importante ou de survenue d'anomalies clinicométaboliques lors du suivi, le changement d'antipsychotiques classiques ou d'antipsychotiques de 2ème génération peut être envisagé. La décision doit être collégiale, il faut tenir compte du contexte psychiatrique et réévaluer le rapport bénéfice/risque du médicament prescrit.

La loi du 13 aout 2004 exige que tout assuré déclare un médecin traitant et prévoit le renouvellement des affections de longue durée par un médecin généraliste, ce qui devrait favoriser le contact médecin généraliste/psychiatre.

Il est important d'informer les patients de leurs droits, de favoriser le développement des réseaux de soins entre services de psychiatrie, médecins généralistes/acteurs médico-sociaux.

Il est recommandé d'établir un « programme de soins » (cf. annexe) car c'est un outil opérant pour la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire.

---

[6] Cf. Guide d'évaluation et d'amélioration des pratiques : « L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie » : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_447532/fr/isolement-en-psychiatrie?xtmc=&xtcr=1

[7] Cf. Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur. Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés. 20 mars 2014.

[8] Cf. Recommandations du CNQSP labellisées par la HAS sur "Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique": http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050358/fr/les-courriers-echanges-entre-medecins-generalistes-et-psychiatres-lors-dune-demande-de-premiere-consultation-par-le-medecin-generaliste-pour-un-patient-adulte-presentant-un-trouble-mental-avere-ou-une-souffrance-psychique

La santé globale du patient s'inscrit dans une démarche volontaire des partenaires bien identifiés pour le patient : le psychiatre traitant, le médecin traitant, les urgentistes, l'équipe du CMP, les différents spécialistes impliqués en fonction des pathologies somatiques coexistantes.

Des échanges formalisés par écrit lors d'un passage dans une structure ou l'autre sont recommandés car ils permettent la poursuite du programme de soins personnalisés pour chaque patient avec l'identification claire du médecin coordonnateur.

Le tableau 2 et une fiche de « programme de soins » (cf. annexe) sont des éléments formalisés simples servant de support et de table périodique de rappel des différents examens à faire.

A l'accueil aux urgences il est recommandé de respecter les spécificités des patients souffrant de troubles mentaux chroniques et sévères tout particulièrement en ce qui concerne l'expression de leur souffrance somatique qui peut prendre des masques inhabituels.

Il est recommandé qu'un examen clinique attentif, non restreint aux indicateurs, soit réalisé par un urgentiste pour tout patient présentant une pathologie psychiatrique chronique admis aux urgences de l'hôpital général.

L'éventuelle difficulté du patient à apprécier son état somatique doit être mise en perspective avec ses troubles mentaux et ses altérations cognitives qui perturbent sa perception de la pathologie et son évaluation de l'urgence somatique.

Il est recommandé que le médecin généraliste, ou autre spécialiste, puisse bénéficier de l'avis d'un membre de l'équipe psychiatrique pour pouvoir donner les soins adéquats aux patients.

Les patients sous curatelle, sous tutelle ou en soins sous contraintes en ambulatoire font l'objet des mêmes soins que cités, en respectant les contraintes de confidentialité et d'autorisation en particulier lors de la tutelle.

Les proches, les aidants et la personne de confiance sont des partenaires importants d'une démarche de soins intégrés.

2.6.1. Que faire lorsque le patient n'a pas de médecin traitant ou pas de psychiatre ?

Il est essentiel que le patient ait un médecin généraliste pour s'occuper de son suivi somatique. Ceci sera d'autant mieux assuré que le médecin généraliste est le médecin traitant. Cependant, certains patients consultent directement le psychiatre, souvent dans le contexte d'une hospitalisation. Par la suite, il n'est pas rare qu'en raison de son défaut d'initiative, de ses angoisses par rapport à tout nouvel interlocuteur, surtout si celui-ci connaît mal son problème, le patient soit réticent à choisir un médecin généraliste. Le psychiatre aura dans ce cas naturellement la charge de gérer les problèmes somatiques du patient, le temps qu'il arrive à trouver un relais auprès d'un confrère généraliste et à obtenir l'adhésion effective du patient à cette évolution.

Si le médecin psychiatre est choisi comme médecin traitant par le patient, il pourra, dans le cadre du parcours de soins, adresser son patient à un médecin généraliste.

Que faire lorsque le patient n'a pas de psychiatre ? Il est souhaitable que le patient souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire ayant un médecin traitant soit conjointement suivi par un médecin psychiatre. Le médecin traitant essaiera de convaincre le patient d'accepter au moins la rencontre avec un psychiatre pour un avis.

2.6.2. Quelle est la place de la famille et des aidants dans l'accompagnement

L'entourage familial et/ou amical du malade est une ressource fondamentale pour son suivi. Cet entourage peut intervenir à différents niveaux :

- En apportant un soutien psychologique et/ou matériel.
- En aidant à la prise du traitement ou à la participation aux soins (le rappel des actions planifiées, les transports, la tenue des agendas et l'archivage des documents de santé…).
- En surveillant l'état de santé du malade ainsi que l'effectivité du suivi.
- En alertant le corps médical en cas de problème identifié : dans ce cadre, il est souhaitable de faciliter une communication directe, si le patient est d'accord, entre les proches et les médecins (psychiatre, médecin traitant).

Cet entourage est parfois investi d'un rôle officiel, c'est-à-dire légalement défini, dans trois situations :

- Lorsque les patients ont des difficultés importantes à gérer leurs finances et à prendre des décisions allant dans le sens de leurs intérêts, des mesures judiciaires peuvent être provisoirement mises en place pour qu'une tierce personne les conseille (curateur) ou se substitue à elle (tuteur). Ce rôle peut être assuré par un professionnel nommé par le juge des tutelles, mais souvent ce rôle sera assuré par un membre de la famille du patient.
- Lorsque le patient nécessite des soins psychiatriques et qu'il n'est pas en mesure de prendre la décision de se faire soigner, la loi permet d'imposer des soins sous contrainte et l'entourage du patient est susceptible de faire une demande de soins sous contrainte à la demande d'un tiers.
- Lors des hospitalisations, les patients sont sollicités pour désigner une personne de confiance à laquelle l'équipe médicale peut faire appel lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant le patient quand ce dernier n'est pas en état d'apprécier de façon adaptée les enjeux. Cette personne de confiance peut être un membre de la famille du patient ou un ami.

Ces situations pouvant nécessiter l'intervention officielle de l'entourage sont fréquentes.

Le pronostic du patient est en partie lié à l'existence d'un entourage aidant. Cet entourage est :

- parfois absent, en raison de conflits avec le patient, conflits liés à un défaut d'information de l'entourage sur les troubles du malade et sur la façon de l'aider efficacement,
- parfois défaillant dans ces rôles d'aide, la situation d'aidant entraînant souvent un état de stress chronique épuisant avec un impact sur la santé même de l'aidant. Par ailleurs la gestion quotidienne de certains troubles comportementaux et cognitifs demande un savoir-faire qui peut être insuffisamment maîtrisé et nécessiter une formation spécifique.

Pour tout patient, il est recommandé que l'entourage soit identifié et contacté par la personne qui assure le suivi.

Un diagnostic des interactions du malade avec l'entourage est souhaitable, de même que l'évaluation du degré de difficultés et de souffrance de l'entourage par rapport à la situation du malade. L'entourage doit être contacté, sauf en cas de refus du patient. Dans ce dernier cas, si la gravité des troubles et les erreurs de jugements importantes du patient justifient de passer outre le refus,. Les informations qu'il devrait recevoir sont à apprécier en fonction de ce que souhaite le malade et de ce qui est utile à son suivi, dans le respect du secret médical.

L'orientation de l'entourage familial vers des associations de familles de malades est à recommander. Elle permet aux familles d'avoir des informations et un soutien que ne peut pas toujours offrir le système de santé. Elle permet aussi de renforcer la responsabilisation d'un partenaire important qui est particulièrement motivé à ce que la santé somatique des patients soit mieux prise en compte.

L'orientation de l'entourage familial vers un groupe de psychoéducation est souhaitable.

Il est recommandé que pour tout patient, l'entourage, qu'il soit familial ou non, soit identifié et connu des soignants. Il devrait être mentionné dans le « programme de soins » (cf. annexe).

Il est recommandé d'informer et d'orienter l'entourage des patients vers des associations de familles.

L'orientation de l'entourage des patients vers des programmes psychoéducatifs structurés et évalués devait être encouragée de façon proactive. Ces programmes psychoéducatifs devraient contenir des informations sur le suivi somatique des patients. Ils devraient développer l'apprentissage de techniques motivationnelles par l'entourage pour favoriser l'adhésion des patients au suivi de leurs risques somatiques.

2.6.3. Refus de soins et traitements somatiques

La loi du 4 mars 2002 fait obligation pour le médecin de fournir une information légale et de recueillir le consentement du malade, que ce soit au décours des soins ou a posteriori par la communication du dossier médical.

Pour le législateur, les patients atteints de pathologie mentale ne font pas exception à la règle, en dépit de leur vulnérabilité particulière. Les patients se distinguent par une méconnaissance de leurs affections organiques et par une moins bonne adhésion aux traitements qui peut aller jusqu'au refus de soins.

- Pourquoi le refus de soin ?

Le refus de soins peut survenir dans les contextes psychopathologiques très variés.

L'approche psychologique et psychopathologique du refus de soins peut s'appuyer sur la clinique psychiatrique traditionnelle mais également sur l'approche motivationnelle en vue d'évaluer la capacité à consentir des patients.

Le sujet doit disposer de bonnes capacités pour que son consentement puisse être considéré comme libre et éclairé. Or de très nombreux troubles mentaux peuvent perturber la compréhension d'un sujet (30 % de patients souffrant de schizophrénie).

La capacité de l'appréciation peut être également modifiée chez ces patients, par un déni dans le cas d'une situation aiguë.

L'expression du refus de soins et de ses motivations peut se retrouver perturbée par la pathologie mentale et donc difficilement accessible au soignant.

Quels que soient les motifs qui le sous-tendent, le refus de soin peut s'exprimer selon des modalités très variables qui vont de l'opposition claire catégorique et permanente, à la réticence incertaine et hésitante, à l'ambivalence ou à la mauvaise observance des traitements.

L'absence de consentement clair doit être considérée comme un refus de soins. Dans le cas de ces patients, il importe d'accorder un temps suffisant au processus de décision et de maintenir coûte que coûte la relation thérapeutique, même en l'absence d'adhésion aux soins.

- Déontologie

La loi du 4 mars 2002 n'apporte aucune indication sur l'attitude à adopter en cas de refus persistant, le principal guide demeure la jurisprudence. Cette jurisprudence confirme la possibilité pour le médecin de passer outre la nécessité de consentement aux soins, pour peu qu'il puisse attester d'une situation extrême mettant en jeu le pronostic vital.

Dans ce type de situation, les soignants peuvent se faire aider par la personne de confiance ou par le tuteur. Ils peuvent jouer le rôle d'allié et favoriser l'alliance thérapeutique.

Une situation particulière susceptible de conduire à de difficiles problèmes de décision, concerne le refus de soins somatiques chez les patients hospitalisés sous contrainte. Ce mode d'hospitalisation s'applique aux patients dont "les troubles rendent impossibles leur consentement" et dont "l'état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier…" Ce mode d'hospitalisation permet de passer outre le refus des soins psychiatriques, il ne permet pas - hors les cas d'urgence - de contraindre à des soins somatiques. La loi de mars 2002 ne fait pas de cette situation un cas d'exception.

- Que faire ?

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades vise à garantir et renforcer les droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Elle donne au malade un véritable pouvoir de décision. Cette évolution favorise l'établissement d'une alliance entre soignant et soignés face à la maladie.

- En premier lieu, il est recommandé de faire une évaluation psychopathologique chez le patient présentant des indices de souffrance psychique et ce d'autant plus qu'il exprime son opposition aux soins.

- Le maintien de l'alliance thérapeutique est primordial : la plupart des refus de soins recouvre une position ambivalente de la part des patients. Il importe de maintenir une relation thérapeutique en vue d'approfondir, au fil du temps, les motivations du refus et de conduire le patient à l'acceptation des soins nécessaires.

- Le traitement du trouble mental peut permettre d'obtenir secondairement le consentement du patient au traitement somatique.

2.7. Préconisations en matière de prescription de médicaments psychotropes

. La mise en route d'un traitement psychotrope implique comme préalable la discussion de la nécessité de ce traitement avec le patient et lorsqu'il en convient, avec ses proches dans le respect de la déontologie et de l'éthique.

. La collaboration avec le patient est un point clé, lorsque sa capacité de compréhension est abolie ou altérée, il faudra attendre une amélioration et dès que cela sera possible un dialogue sera établi pour rechercher une adhésion au soin et une alliance thérapeutique.

. Le tableau 2 récapitule le bilan initial à To, nécessaire à l'initiation du traitement et doit être complété en fonction des particularités liées :

- aux psychotropes (exemple : la clozapine qui requiert une surveillance particulière)
- à l'existence de coprescriptions entraînant des interactions médicamenteuses
- à la présence de comorbidités (diabète, obésité, BPCO…)
- aux difficultés de prise en fonction de la galénique
- aux mésusages des traitements avec surconsommation et parfois addiction conjointe à des toxiques

. Les règles de prescriptions et de surveillance suivent celles énoncées par l'ANSM ainsi que les recommandations pour le suivi des psychotropes dont tout particulièrement la clozapine.

. Dans tous les cas la surveillance repose sur un suivi continu et coordonné engageant les différents intervenants avec un échange régulier sur l'état de santé global du patient.

. L'un des facteurs majeurs de rechute de la maladie est lié à la non observance, à la mauvaise observance ou à l'arrêt du traitement par le patient.

. La relation de celui-ci avec son ou ses médecins est primordiale.

. La surveillance de son état somatique est essentielle, car la survenue d'un effet indésirable ou d'une comorbidité (surpoids) est une cause majeure de l'arrêt des traitements.

. La survenue d'un effet indésirable devrait toujours faire réévaluer le rapport bénéfice/risque pour le patient.

. Le changement (« switch ») ou l'arrêt d'un traitement devrait respecter les règles de prescription.

Conclusion

Les patients atteints de schizophrénie ou de troubles bipolaires ont des taux élevés de pathologies organiques et un accès souvent limité aux soins médicaux généraux.

Le dépistage, la surveillance de ces anomalies organiques devraient s'inscrire dans la pratique psychiatrique et inclure la recherche systématique des facteurs de risque ainsi que le suivi des effets indésirables des traitements psychotropes.

Il est recommandé que l'évaluation de la balance bénéfice-risque se fasse au sein d'une collaboration étroite entre psychiatre et médecin généraliste ou autre spécialiste.

Parfois le refus de soins somatiques peut venir entraver une bonne collaboration, il apparaît utile dans de telles situations, de réaliser une analyse clinique du refus de soins afin d'élaborer une conduite à tenir qui tienne compte, à la fois du contexte psychopathologique et du cadre juridique et déontologique.

Enfin la coordination des soins est à promouvoir surtout en ambulatoire y compris le travail en réseau avec tous les acteurs médicaux, médico-sociaux et familiaux afin de faciliter la continuité et la cohérence des soins.

Prévention des troubles somatiques

3.1. Comment permettre un repérage dans les lieux de vie

Il est recommandé d'être proactif pour repérer les problèmes somatiques de ces patients car plus les troubles cognitifs ou plus le manque d'initiatives sont importants,

- moins le patient se fait spontanément soigner sur le plan somatique,
- moins il est observant pour ses soins somatiques,
- moins il est motivé à modifier ses comportements pour avoir une bonne hygiène de vie.

Pour ces pathologies somatiques, une rencontre avec des soignants sur une base régulière est nécessaire afin de s'assurer du suivi de l'état de santé. La fréquence de ces rencontres dépend :

- de l'importance des problèmes et des risques somatiques,
- des déficits cognitifs et motivationnels du patient.

S'il est recommandé que le soignant assurant ce suivi soit clairement identifié, il est essentiel que d'autres intervenants s'impliquent dans la prise en charge en cas de rupture du suivi (non présentation à un rendez-vous, etc.) : par exemple, une infirmière à domicile et le médecin généraliste, ou le médecin généraliste et le psychiatre). Les redondances apparentes ont un intérêt. Ainsi, la défaillance accidentelle d'un des intervenants n'amènera pas à une rupture totale du suivi. Le plan de suivi indiquant les coordonnées des intervenants principaux et leurs rôles est à noter dans le dossier médical. Les ruptures observées ainsi que les moyens mis en œuvre pour les éviter seront aussi notées.

Qui peut repérer les problèmes somatiques chez ces patients ?

- Le patient lui-même à condition qu'il en ait les capacités cognitives (capacités de jugement sur son état et sur les symptômes qu'il présente), qu'il ait pu acquérir la connaissance des facteurs à surveiller et qu'il ait été formé à utiliser un dispositif de signalement.
- L'entourage du patient, que ce soit sa famille lorsque le patient a un contact régulier avec elle, ou des intervenants proches (services sociaux, auxiliaires de vie, éducateur …) à condition que cet entourage ait été sensibilisé aux signes précoces à surveiller et qu'il ait été formé à avoir une réaction adaptée face à ces signes. Cette formation est importante car des comportements trop protecteurs ou l'exercice d'une surveillance perçue comme pesante par le patient entraîneront un rejet de la part de celui-ci et un échec de l'intervention.
- Les soignants amenés à suivre le patient, que ce soit une infirmière à domicile qui dispense le traitement, le médecin traitant, l'équipe de secteur psychiatrique, etc.
- Il est recommandé que les médecins qui interviennent en urgence adressent des courriers aux médecins qui assurent le suivi des patients.

Les patients souffrant de schizophrénie sont surreprésentés :

- Dans le domaine carcéral, le repérage est difficile : ces patients naturellement plus fragiles du fait de leur pathologie le sont davantage encore du fait des conditions de vie induites par l'incarcération. La méfiance qu'ils peuvent parfois nourrir à l'égard du système de soins en milieu ouvert s'en trouve ainsi augmentée.

En cas de détection de pathologies somatiques chez ces patients, le recours à des examens complémentaires et/ou à des avis spécialisés est difficile.

Cette prise en charge doit être néanmoins entreprise ; il est recommandé que le médecin l'ayant initiée puisse passer la main de façon active lors de la sortie de prison du patient.

- Dans la population des patients sans domicile fixe, le repérage est difficile, ces patients naturellement plus fragiles du fait de leur pathologie le sont davantage encore du fait des conditions de vie induites par la précarité. Tout accès aux soins est compliqué et c'est souvent un passage aux urgences qui pourra être une porte d'entrée vers les soins.

Les addictions fréquentes parmi ces personnes compliquent encore l'accès aux soins. Il est recommandé d'organiser de manière active les soins somatiques de ces personnes à la sortie de l'hôpital.

3.2. Comment permettre aux patients de se préoccuper de leur santé

Repérer les habitudes de vie défavorables à la santé

Les principales causes de surmortalité d'origine somatique sont cardio-vasculaires. Les facteurs influençant cette mortalité sont liés aux habitudes de vie favorisées par la pathologie psychiatrique :

- Alimentation trop abondante, riche en glucides et lipides, pauvre en légumes et en poissons.
- Sédentarité.
- Tabagisme : le pourcentage des fumeurs dans la population des patients atteints de schizophrénie est le double de celui des fumeurs dans la population générale et leur consommation est souvent plus importante. Un dépistage systématique d'asthme, d'emphysème, de bronchites chroniques, d'artériopathie, etc … est indispensable car cette comorbidité est liée à la consommation tabagique.

- *Repérer le défaut d'accès au dispositif de soins* ou le défaut de l'utilisation appropriée du dispositif de soin. Des prises en charge tardives des défauts de visites de suivi sont non seulement inhérentes aux pathologies concernées, mais encore s'expliquent par :

• Une apathie, un défaut d'initiative, des oublis.
• Des problèmes de trouble des fonctions exécutives qui entraîne une incapacité à se rendre sur un lieu donné à une heure donnée.
• Une anxiété face à la nouveauté.
• Une phobie des transports.
• Des problèmes d'attention qui gênent la conduite automobile.

- De même une prise inadaptée du traitement relève aussi d'un oubli des consignes, oubli des prises, défaut d'initiative, apathie.

- De faibles ressources financières des patients limitent l'accès à certains soins, en particulier bucco-dentaires, ophtalmologiques, etc …

Pour permettre aux patients de se préoccuper de leur santé physique, il est donc nécessaire d'agir sur ces causes.

Agir sur les habitudes de vie

C'est un domaine d'action qui est souvent peu investi en raison d'un sentiment d'impuissance à agir sur ces facteurs :

- Modifier les habitudes alimentaires

Les recommandations rejoignent celles concernant les maladies cardio-vasculaires et le diabète (cf. chapitre 2.4).

Il est nécessaire de déculpabiliser les patients face à une prise de poids iatrogène et parfois inévitable.

- Lutter contre la sédentarité

L'inactivité physique est un des risques importants modifiable associé à la mortalité cardio-vasculaire. Il est recommandé de faciliter l'accessibilité à des services destinés à améliorer l'activité physique des patients.

La sédentarité est plus grande chez les patients souffrant de schizophrénie.

Il est possible de réduire la sédentarité des patients souffrant de schizophrénie avec des programmes structurés d'activités physiques.

Il est recommandé d'intégrer **des approches motivationnelles** et de **faciliter l'accès à une activité physique.**

Il est recommandé de faire participer les patients à des programmes d'activités d'intensité suffisante et de durée suffisante plusieurs fois par semaine, pendant une période suffisante (ex : au moins 3 fois par semaine 30 mn d'exercices aérobie, c'est-à-dire permettant d'atteindre 60 % à 80 % de la fréquence cardiaque maximale estimée approximativement en soustrayant l'âge à 220 chez des personnes sans pathologie cardiaque, sur une durée de 16 semaines)

L'augmentation de l'activité physique chez les patients souffrant de schizophrénie a des effets positifs sur leur santé physique.

- Lutter contre le tabagisme

Il est recommandé de faciliter l'accès à des addictologues ou se former à la prise en charge addictologique.

Il est recommandé aux personnels des structures sanitaires, médico-sociales et sociales d'être actifs dans la recherche de diminution du risque tabagique.

En particulier ils ne doivent pas, en présence de personnes accueillies dans ces structures ou en présence de personnes dont ils ont la charge, avoir un comportement susceptible d'entretenir le tabagisme de ces personnes, en particulier

ils n'ont pas à les alimenter en cigarettes, à faciliter l'achat de cigarettes, à fumer ou présenter des stimuli associés au tabac comme par exemple des paquets de cigarettes visibles sous leurs vêtements.

Agir sur l'accès et l'utilisation appropriée du dispositif de soins

Il est recommandé en raison des symptômes psychiatriques (apathie, apragmatisme, athymhormie - perte de l'élan vital -) et troubles cognitifs des patients de faire intervenir une infirmière au domicile pour s'assurer de la prise correcte des différents traitements psychiatriques et somatiques et pour observer d'éventuels effets indésirables qui ne sont pas toujours perçus par le patient.

Prévention des troubles psychiatriques sévères et conduites addictives

Introduction

Les troubles mentaux sévères, essentiellement troubles bipolaires et schizophréniques, sont générateurs d'importantes souffrances qui peuvent elles-mêmes être accentuées par la consommation simultanée de drogues ou d'alcool, fréquente. Recherche d'un apaisement, vulnérabilité partagée ou trouble psychiatrique secondaire à une dépendance préalable : dans tous les cas, la coexistence des 2 troubles a un impact pronostique majeur pour chacun des troubles (qui s'auto-aggravent). Si la psychiatrie a pu avoir tendance à banaliser et reléguer au second plan les conduites addictives, leurs conséquences cliniques et l'accroissement de la littérature explorant cette co-existence modifient progressivement le cadre de prise en charge de ces patients.

Entre 1 et 3 % de la population générale présenterait une co-occurrence d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'usage de substances Environ la moitié des patients schizophrènes et bipolaires ont présenté un abus/dépendance à l'alcool et/ou aux drogues au cours de leur vie.

La coexistence d'un trouble addictif et d'un trouble psychiatrique est constamment associée à une sévérité plus marquée des 2 troubles et leur persistance dans le temps.

La prévalence de l'hépatite C parmi les patients atteints de troubles psychiatriques chroniques se situe entre 6.8 % et 8.5 %. Elle est donc largement supérieure à celle en population générale (0,84 % en France).

La présence d'une addiction associée accroît significativement le risque de violence hétéro-agressive.

4.1. Repérage des conduites addictives

Il est recommandé :

- d'identifier les conduites addictives systématiquement chez les patients présentant des troubles psychiatriques sévères en raison des conséquences de la comorbidité,
- d'utiliser des outils de dépistage simples et rapide à faire passer, validés chez les patients présentant des troubles psychiatriques, tels que le test CAGE (DETA en français - Diminué Entourage Trop Alccol) pour l'alcool,
- d'identifier les difficultés relatives à l'usage de drogues illicites indépendamment de ceux liés à l'usage d'alcool,
- d'évaluer les problèmes liés à l'usage de drogues sur une période de dépistage adéquate (12 derniers mois). Cependant, il faut souligner que certaines conséquences telles que l'hépatite C peuvent avoir été contractées plusieurs années ou dizaines d'années auparavant et ne pas avoir été dépistées,
- d'évaluer les conséquences sociales de l'usage de substances chez des patients le plus souvent déjà handicapés socialement par leurs troubles mentaux, notamment sur la perte d'autonomie liée aux troubles cognitifs induits par la dépendance à l'alcool et aux autres drogues,
- de noter que les patients présentant des troubles psychiatriques sévères sont plus vulnérables aux effets de l'alcool ou des drogues illicites par rapport aux sujets témoins à consommation égale.

4.2. Prévention et prise en charge des conduites addictives

4.2.1 Prévention

- Il est recommandé de repérer la consommation excessive d'alcool ou de cannabis, en particulier chez les jeunes car plus le sujet est jeune plus les conséquences sont graves :

* éclosion précoce des troubles psychiatriques,
* altération des capacités cognitives,
* pathologies psychiatriques plus sévères,
* moins bonne réponse au traitement

- La prévention primaire et secondaire de l'abus/dépendance de substances chez les patients présentant un trouble bipolaire ou schizophrénique est primordiale car elle constitue une stratégie centrale dans la réduction de l'incidence de la violence dans cette population. Elle constitue également une stratégie de prévention de l'incidence du suicide chez ces patients.

4.2.2 Prise en charge

Accès aux soins

- Quant aux sujets présentant une conduite addictive comorbide d'un trouble schizophrénique ou bipolaire, il est recommandé de les accompagner dans leurs soins car les motivations aux changements sont plus faibles que chez les patients sans comorbidités.
- Il est recommandé de prendre des mesures pour éviter les ruptures thérapeutiques car elles sont plus fréquentes (suivi de la régularité des rendez-vous et relance si nécessaire).
- Il faut avoir à l'esprit que les progrès sont plus lents que chez les sujets présentant une conduite addictive isolée.
- Les besoins élémentaires doivent être considérés en priorité comme l'hébergement, un revenu minimum et la restauration de liens relationnels et sociaux.
- La prise en charge des patients à double diagnostic devrait comprendre une prise en charge simultanée des troubles addictologiques et psychiatriques. C'est le modèle dit de traitement "intégré" qui est préconisé chez ces patients, c'est à dire la prise en charge simultanée dans un même espace de temps et de lieu du trouble psychiatrique et des conduites addictives. Il est préféré aux modèles "séquentiels" ou "parallèles" (prise en charge simultanée mais dans 2 structures indépendantes).
- Dans l'idéal, l'objectif est de proposer au patient des soins prodigués par une seule équipe en mesure de répondre à l'ensemble de ses besoins.
- Ces interventions devraient combiner des approches pharmacothérapiques, des interventions psychosociales, des approches cognitivo-comportementales, des entretiens motivationnels, d'autres types de psychothérapies individuelles et/ou de groupe, des prises en charge dans les lieux de vie et un soutien familial.

Psychotropes et addiction

- Chez les patients présentant un trouble schizophrénique, les antipsychotiques classiques aggraveraient certaines conduites addictives, augmenteraient les effets extrapyramidaux et favoriseraient l'hypodopaminergie, il est donc recommandé de prescrire des antipsychotiques de 2ème génération qui seraient beaucoup plus efficaces dans le traitement de la comorbidité, en particulier la clozapine, l'olanzapine et la risperidone.
- Le disulfiram et la naltrexone sont recommandés pour le traitement de l'addiction à l'alcool chez les patients souffrant de schizophrénie.
- Pour le traitement de la dépendance aux opiacés, il est recommandé de donner des traitements de substitution qui jouent un rôle majeur (buprénorphine haut dosage, méthadone). La méthadone doit être prescrite à des posologies parfois supérieures chez les sujets comorbides.
- La méthadone est contre-indiquée avec le sultopride et la naltrexone et son association déconseillée avec amisulpride, chlorpromazine, cyamémazine, halopéridol, lévomépromazine, pimozide, thioridazine, tiapride, véralipride, en raison des risques d'allongement de l'espace QTc au-delà de 500 ms et de torsade de pointe. En cas d'antécédent ou de risque particulier, le recours à la buprénorphine peut être nécessaire.
- Il est recommandé de pratiquer systématiquement un ECG en cas de doute, de terrain particulier ou d'association médicamenteuse.
- Chez les sujets présentant des conduites addictives, comorbides, de troubles bipolaires, le traitement du trouble permet parfois mais pas toujours leur rémission, il n'a souvent pas d'impact sur les conduites addictives.
- Les ressources pharmacologiques sont donc pour l'instant globalement limitées dans la réduction des conduites addictives chez les sujets présentant également un trouble mental sévère.

Organisation des soins

- Le modèle disponible en France est plutôt celui du traitement parallèle : institution psychiatrique pour les troubles mentaux sévères et prise en charge parallèle en CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou en structure d'addictologie hospitalière pour les conduites addictives. Il est recommandé que ces différentes structures travaillent en collaboration étroite (échanges de courriers a minima, voire pour les cas les plus difficiles réunions de synthèse et dans l'idéal réseaux formalisés par convention et structurés).
- Certains établissements psychiatriques disposent d'équipes de liaison en addictologie (ELSA) qui interviennent le plus souvent uniquement lors des épisodes d'hospitalisations et qui orientent les patients vers les structures addictologiques les plus adaptées. Il est recommandé que ces équipes aménagent un suivi addictologique au long cours de chez patients.
- Le dépistage précoce des conduites addictives et leur prévention chez les sujets atteints de schizophrénie ou de troubles bipolaires, le repérage systématique et la prise en charge lors des suivis ou des épisodes d'hospitalisation sont essentiels conditionnant le pronostic du trouble mental.
- La coordination entre les structures et les intervenants psychiatriques et addictologiques est fortement recommandée.
- L'hébergement, les ressources minimales et les interventions visant à la réinsertion, le travail avec la famille lorsque elle est mobilisable sont essentiels.
- Il ne faut pas hésiter à faire preuve de créativité dans les dispositifs de prise en charge avec ces patients.

Pistes organisationnelles et perspectives

Le parcours de soins devrait pouvoir s'appuyer à la fois sur les acteurs sanitaires et sur les acteurs médico-sociaux, grâce à des coordinations efficaces. Ces derniers peuvent jouer un rôle précieux dans le repérage à domicile de l'état du patient, peuvent transmettre des informations utiles aux soignants pour bien évaluer la situation et mettre en œuvre les réponses les plus adaptées, ainsi que faciliter l'accès aux soins psychiatriques et somatiques. Il est ainsi proposé les pistes organisationnelles et perspectives suivantes.

5.1. Formation

• Pour permettre un repérage des problèmes somatiques dans le lieu de vie du patient, il est nécessaire de former les personnes amenées à interagir fréquemment avec lui, en particulier l'entourage familial, les personnels de services sociaux et médico-sociaux, les infirmières libérales et les médecins généralistes.

• Il conviendrait d'accentuer la formation initiale et continue des médecins généralistes et les psychiatres sur les risques somatiques, les éléments de surveillance et de suivi, de diffuser les interactions et procédures à mettre en œuvre pour obtenir la collaboration du patient à ce suivi, en particulier les approches motivationnelles.

• Il conviendrait de former le personnel de santé intervenant en milieu pénitentiaire au repérage de ces pathologies et aux approches motivationnelles à mettre en œuvre pour obtenir la collaboration du patient pendant son incarcération et son adhésion à un suivi lorsqu'il retrouvera la liberté.

• La formation initiale des médecins dans le cadre du tronc commun (second cycle appelé à devenir master) devrait intégrer, dans le cadre des enseignements concernant les

urgences et la psychiatrie, un certain nombre d'heures spécifiquement dédiées à :

- La schizophrénie et le trouble bipolaire.
- Les particularités de ces pathologies concernant les problèmes somatiques associés.
- Les spécificités liées au défaut d' « insight » (capacité d'introspection), au manque de motivation et aux difficultés d'adhésion concernant le suivi.
- La sensibilisation aux attitudes stigmatisantes.
- La connaissance des approches motivationnelles, des stratégies de communication avec les malades qui en découlent et la connaissance des programmes psychoéducatifs proposés régionalement.

• Lors de leur stage "urgences", les internes en médecine générale devraient être particulièrement sensibilisés à l'accueil et à la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques. Les internes en médecine générale devraient pouvoir bénéficier d'un semestre en psychiatrie.

• Les internes en psychiatrie devraient aussi accroître leurs connaissances en médecine somatique ce qui leur permettraient de débuter la prise en charge somatique.

• Les internes en médecine bucco-dentaire devraient aussi accroître leurs connaissances en médecine somatique et en psychiatrie.

• Les programmes de formation médicale continue devraient proposer les mêmes thèmes de travail et proposer des formations conjointes aux médecins généralistes et spécialistes, ainsi qu'aux autres professionnels de santé intervenant auprès de ces patients. Les autres intervenants seront, dans la mesure du possible, associés à ces formations : associations de patients et de familles, éducateurs, etc.

• Ces formations devraient être considérées comme des priorités de santé publique.

• La formation initiale et la formation continue des professionnels de santé devraient intégrer les données nouvelles concernant la prise en charge des troubles somatiques dont peuvent souffrir les patients atteints de troubles schizophréniques ou bipolaires.

5.2. Moyens

• La reconnaissance de la pathologie schizophrénique ou du trouble bipolaire dans le cadre de l'ALD le permet et devrait se traduire par :

- la prise en charge des coûts liés aux pathologies cardiologiques, aux pathologies comprises dans le syndrome métabolique ainsi que celles liées à l'obésité morbide.
  Il est souhaitable que le médecin traitant puisse assurer les consultations en tiers payant pour les motifs somatiques aussi bien que psychiatrique, pour favoriser la meilleure santé du patient.
- La prise en charge de l'utilisation des VSL ou taxis indispensables pour l'accès aux soins.
- La prise en charge des frais liés au sevrage tabagique sans limitation de temps ou de volume.
- La prise en charge des soins bucco-dentaires.
- La prise en charge des consultations gynécologiques (frottis, mammographie).

• Il est souhaitable que de nombreux patients bénéficient de l'accompagnement de travailleurs sociaux, dans différents cadres : services de type SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé) ou SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) dont l'accès est défini par les MDPH, centres médico-sociaux, etc. Ces professionnels sont chargés de l'accompagnement social dans divers domaines : budget, logement, relations familiales, aide à la parentalité, etc. Ils ont également pour objectifs l'accès aux soins et aux droits des personnes malades : ressources (AAH ou RSA par exemple), aides aux démarches pour la couverture maladie universelle, parfois veille sur le comportement, l'observance des traitements et la gestion des rendez-vous.

• Il est souhaitable que le professionnel de santé intervenant en milieu pénitencier puisse préparer en accord avec le patient, et avant sa sortie, son suivi ultérieur par des confrères hospitaliers ou libéraux, par exemple par la prise de rendez-vous et la transmission d'informations : le « programme de soins » (cf. annexe) peut être débuté en prison, puis poursuivi et adapté par la suite.

• Il conviendrait de donner au personnel intervenant dans le cadre des structures d'accueil de jour et des Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité les moyens du repérage et de la prise en charge de ces pathologies somatiques qui permettront ensuite une prise en charge psychiatrique.

• L'orientation de l'entourage des patients vers des programmes psychoéducatifs structurés devrait être encouragée, cette pratique est un critère de qualité : il est souhaitable qu'elle soit incorporée dans les critères d'accréditations des structures de soins en psychiatrie.

• Les programmes psychoéducatifs structurés à destination des aidants familiaux, représentant un volume horaire et une durée suffisante, contenant des informations sur le suivi somatique des patients et un apprentissage des techniques motivationnelles pour favoriser l'observance du suivi somatique par le patient, évalués sur une base régulière, devraient être intégrés à la prise en charge globale des patients et être financés.

• Le développement des associations d'aidants familiaux devrait être soutenu. Les Agences Régionales de Santé devraient présenter dans un rapport annuel l'évolution du nombre d'adhérents de ces associations dans leur région comme indicateur de l'efficacité d'une politique proactive de santé publique visant à favoriser la responsabilisation des aidants familiaux.

• Il faudrait accroître la qualité de remboursement des soins pour les patients souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire.

5.3. Lutte contre le tabagisme

• Il est recommandé de faciliter l'accès à des addictologues, il serait important de proposer une aide financière aux moyens de substitution : le forfait actuel couvrant un mois de substitution tabagique standard est nettement insuffisant.

• Il faudrait développer l'éducation des professionnels à la prise en charge de ces problèmes car il existe une méconnaissance de l'effet du tabagisme sur les taux plasmatiques de certains médicaments psychotropes et de l'effet du tabagisme sur les troubles psychiatriques.

Il existe de nombreux freins entraînant une attitude insuffisamment aidante.

La formation aux problèmes éthiques liés au tabagisme est insuffisante : il faut protéger les populations vulnérables des incitations au tabagisme

• Tous les établissements ou les services de soins ou d'accompagnement médico-social recevant des patients ayant une pathologie psychiatrique ou assurant le suivi ambulatoire de ces patients devraient pouvoir offrir à ces patients l'accès rapide à un soignant addictologue et aux traitements adaptés en cas de demande d'aide à la diminution du risque tabagique.

• Tous les établissements recevant des patients ayant une pathologie psychiatrique devraient produire dans leur rapport annuel une statistique sur le nombre de patients fumeurs, le nombre de consultations d'un soignant addictologue et le volume de consommation des traitements de substitution nicotinique.

• Les rapports annuels de ces structures devraient explicitement rapporter la politique de ces structures quant à la réduction du risque tabagique.

• Les établissements recevant des patients ayant une pathologie psychiatrique devraient permettre aux patients non fumeurs ou en sevrage tabagique circulant dans l'enceinte de ces établissements, de ne pas être sollicités par les comportements tabagiques des autres patients.

• Les facilitations financières pour accéder à des traitements de substitution devraient être plus importantes pour ces patients.

Annexe - Fiche exemple « programme de soins » [9]

PREMIERE RENCONTRE : (T0)

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

Proposer un programme

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

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

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

T1

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

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

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

NOTER LES RV à venir, les projets déjà établis.

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

Fin de T1

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

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

T2

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

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

T0 idem

T1

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

T2 voir T1 du paragraphe précédent

---

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

PARTICIPANTS

Les déclarations d'intérêts des experts ayant participé à l'une ou plusieurs réunions de travail sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr)

Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers sollicités

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour l'élaboration de cette recommandation de bonnes pratiques :

FNAPSY : Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie

CMG : Collège Médecine Générale

UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques

Groupe de travail

Dr Marc Grohens, psychiatre, Sainte-Geneviève-des-Bois
Président du groupe de travail

Dr Isabelle Secret-Bobolakis, psychiatre, Jossigny
Co-présidente du groupe de travail

Dr Claire Lacroix, psychiatre, Villejuif, Chef de projet

Dr Djéa Saravane, Président de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale, Chef de projet

Dr Philippe Huckel, médecin généraliste, Issenheim, Chef de projet

Dr Solange Beaumont, psychiatre, représentant des usagers UNAFAM, Paris

Dr Annie Catu-Pinault, médecin généraliste, Paris

Mme Claudine Clément, cadre infirmier, Rouffach

Dr Frédéric Denis, dentiste, Dijon

Dr Frédérique Gignoux-Froment, médecin militaire, Chaumont-Semoutier

Mme France Peultier, cadre infirmier, Neuilly-sur-Marne

Dr Valérie Pichard, psychiatre, Jossigny

Dr Marie-Anne Puel, médecin généraliste, Paris

Dr Amine Kettaf, psychiatre, Denain

Dr Catherine Martelli, psychiatre, Villejuif

Dr Catherine Seze, psychiatre, Paris

Mr Irénée Skotarek, représentant des patients FNApsy, Paris

Dr Emilia Zabka, médecin généraliste, urgentiste, Antony

Mme Séverine Weiss, Infirmière, Erstein

Mme Dominique Willard, psychologue, Paris

Groupe de lecture

Dr Guillaume Airagnes, psychiatre, Paris

Mr Antoine Bioy, professeur de psychologie et psychopathologie, Dijon

Dr Wanda Cabaret-Szcepanik, médecin généraliste, Neuilly-sur-Marne

Dr Pascal Charbonnel, médecin généraliste, Les Ulis

Dr Zine Degagh, médecin généraliste, Saint-Maurice

Dr Di Marco-Darreye Angélina, médecin polyvalent, Mulhouse

Mme Florence Diallo, diététicienne, Nantes

Dr Simon Elhadad, cardiologue, Jossigny

Mr Bertrand Escaig, représentant des familles Unafam, Paris

Dr Bertrand Garnier, psychiatre, Paris

Dr Charlotte Garret, hépato-gastro-entérologie, Nantes

Dr Catherine Lacour-Gonay, psychiatre, Champs-sur Marne

Pr Jean-Daniel Lalau, endocrinologie-nutrition, Amiens

Dr Claude Lattard, chirurgien-dentiste, Besançon

Dr Christine Lefoll, oncologie médicale, Jossigny

Dr Frédéric Lopez de Ayora, généraliste de ville, Paris

Dr Eric Marcel, psychiatre, Plaisir

Dr Francis Martin, pneumologue, Compiègne-Noyon

Dr Christine Robert, médecin généraliste d'hôpital, Nantes

Mme Béatrice Rousset, pharmacien, Saint-Gemmes-sur-Loire

Dr Eric Tanneau, psychiatre, Paris

Dr Margareth Weil, médecin du travail, Strabourg

Dr Estelle Wafo, gynécologue-obstétricien, Jossigny

Dr Elie Winter, psychiatre, Paris

Mme Lydie Zel, infirmière, Jossigny

Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet

Dr Marc Andronikof, urgentiste, Clamart

Mr Mustapha Chabib, pharmacien, Rouffach

Pr Olivier Cottencin, psychiatre et addictologie, Lille

Dr Alain Dervaux, psychiatre, addictologue, docteur en neurosciences, Paris

Mme Françoise Dro, directrice MDPH, Territoire de Belfort

Mme Patricia Gubiani, directrice MDPH du Haut-Rhin, Colmar

Dr Patrick Lesur, CNAMTS, Schiltigheim

Dr Yann Hodé, psychiatre, Rouffach

Dr Laurent Michel, psychiatre, Paris

Mr Xavier Péraldi, maître de conférences en Sciences Economiques, Corse

Mme Régine Vonthron, chef de service du SAMSAH de l'ARSEA, Wintzenheim

Fiche Descriptive

Titre	Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique ?
Méthode de travail	Recommandations de pratique clinique en psychiatrie
Objectif	Les objectifs principaux de ces recommandations sont : - Prévention et repérage plus précoce des pathologies somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques graves et chroniques (avec délimitation des pathologies concernées). - Amélioration de la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques graves et chroniques, en ambulatoire, durant et après les hospitalisations en psychiatrie, lors de leur accueil en structure spécifique d'hébergement. - Amélioration de l'accompagnement des patients souffrant de ces pathologies dans le quotidien et au long terme.
Professionnels concernés	Médecins généralistes, psychiatres, gynécologues, endocrinologues, nutritionnistes, diététiciens, urgentistes, médecins du travail, dentistes, gastroentérologues, cardiologues, dermatologues, infirmiers, pharmaciens, psychologues, paramédicaux et professionnels de prévention de la santé, associations d'usagers ou de familles d'usagers.
Demandeur	Fédération Française de Psychiatrie– Conseil National Professionnel de Psychiatrie (FFP-CNPP)
Promoteur	Fédération Française de Psychiatrie– Conseil National Professionnel de Psychiatrie (FFP-CNPP)
Pilotage du projet	Coordination : Dr Marc Grohens, psychiatre, Sainte-Geneviève-des-Bois et Dr Isabelle Secret-Bobolakis, psychiatre, Jossigny Soutien méthodologique : M. Emmanuel Nouyrigat, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence)
Recherche documentaire	De janvier 2000 à juin 2011, réalisée par Mme Catherine Lavielle Responsable de la bibliothèque médicale à l'hôpital Sainte-Anne à Paris avec le soutien de Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste de la HAS
Auteurs de l'argumentaire	Dr Claire Lacroix, psychiatre, Villejuif Dr Djéa Saravane, Président de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale Dr Philippe Huckel, médecin généraliste, Issenheim
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (Co-présidents : Dr Marc Grohens et Dr Isabelle Secret-Bobolakis), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail
Validation	Avis de la Commission des recommandations de bonne pratique Attribution du label méthodologique de la HAS par le Collège de la HAS en Juin 2015
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.psydoc-france.fr
Documents d'accompagnement	Sans objet

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

POUR LA RECHERCHE

ffpsychiatrie@wanadoo.fr
Tél. : 01 48 04 73 41

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé*
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et à la S.F.P.E.A.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7696
e.ISSN : 2263-7230

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2019)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Hôpital Sainte Anne - IPP
26 boulevard Brune - 75014 PARIS

Secrétaire de rédaction et maquette : ***Monique Thurin***

Impression : Gerik plus - 01 48 12 11 62