



Les soins somatiques en psychiatrie : étude descriptive d'un bilan biologique systématique et implications en terme de prise en charge globale

Quentin Bensa

► To cite this version:

Quentin Bensa. Les soins somatiques en psychiatrie : étude descriptive d'un bilan biologique systématique et implications en terme de prise en charge globale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01733160

HAL Id: hal-01733160

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733160>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

DANS LE CADRE DU TROISIÈME CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le 13 octobre 2014

Par

Quentin BENSA

Née le 26/07/1986 à DRAGUIGNAN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE – PARIS

ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DE LYON - BRON

Les soins somatiques en psychiatrie : étude descriptive d'un bilan biologique systématique et implications en termes de prise en charge globale.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Pierre KAHN

Président du Jury

M. le Professeur François PAILLE

Juge

M. le Professeur Bernard KABUTH

Juge

M. le Docteur Yann AUXEMERY

Directeur de thèse

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

DANS LE CADRE DU TROISIÈME CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le 13 octobre 2014

Par

Quentin BENSA

Née le 26/07/1986 à DRAGUIGNAN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE – PARIS

ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES DE LYON - BRON

Les soins somatiques en psychiatrie : étude descriptive d'un bilan biologique systématique et implications en termes de prise en charge globale.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Pierre KAHN

Président du Jury

M. le Professeur François PAILLE

Juge

M. le Professeur Bernard KABUTH

Juge

M. le Docteur Yann AUXEMERY

Directeur de thèse



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances »
Vice-Doyen « Formation permanente »
Vice-Doyen « Vie étudiante »

: **Professeur Marc BRAUN**
: **Professeur Hervé VESPIGNANI**
: **M. Pierre-Olivier BRICE**

Asseseurs

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
• « Gestion DU – DIU »	Professeur Bruno LEHEUP
- Plan campus :	Professeur Laurent BRESLER
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Didier MAINARD
- Recherche :	Professeur Jacques HUBERT
- Relations Internationales :	Docteur Christophe NEMOS
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Professeure Annick BARBAUD
- Réingénierie professions paramédicales :	

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEYMarc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGEJean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPSJean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCHAlain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZOléro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTEHenri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLEDenise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLANDRené-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE-Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT **3^{ème} sous-section :**
(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*) Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A) Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) *Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A notre Maître et Président de Jury

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN

Professeur de Psychiatrie

*Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.
Nous vous remercions de la confiance et de l'intérêt
que vous avez bien voulu porter à ce travail.
Nous vous prions d'accepter l'expression de notre gratitude
et de notre plus profond respect.*

Remerciements

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de Thérapeutique

*Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail
en acceptant de siéger à notre jury de thèse.
Veuillez accepter notre sincère gratitude.*

Remerciements

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur de Pédopsychiatrie

*Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail
en acceptant de siéger à notre jury de thèse.*

Veillez accepter notre sincère gratitude.

Remerciements

A Notre Maître et juge

Monsieur le Médecin Principal Yann AUXEMERY

Docteur en médecine spécialiste en psychiatrie

*Vous nous avez fait l'immense honneur de diriger cette étude,
dont vous avez permis la réalisation et l'aboutissement.
Nous vous remercions pour vos conseils et votre patience,
ainsi que pour la confiance que vous nous avez accordée
tout au long de ce travail.
Soyez assuré de mon respect et de ma gratitude les plus sincères.*

ÉCOLE DU VAL- DE-GRÂCE

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur François PONS

Directeur de l'École du Val de Grâce

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Commandeur de l'Ordre National de Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques - échelon argent

Médaille d'Honneur du Service de Santé des Armées

A Monsieur le Médecin Général Jean-Bertrand NOTTET

Directeur adjoint de l'Ecole du Val de Grâce

Professeur agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes académiques

À

Monsieur le Médecin en Chef Arnaud MARTY

Ancien chef de service de chirurgie orthopédique et traumatique de l'HIA Legouest

&

Monsieur le Médecin en Chef Philippe SOCKEEL

Chef de service de chirurgie viscérale et thoracique de l'HIA Legouest

&

Madame le Médecin Chef des Services de Classe Normale Yolande VERAN

Ancienne chef de service de dermatologie de l'HIA Legouest

&

Monsieur le Médecin en Chef Sébastien DONNARD

Médecin chef du Centre Médical des Armées de Verdun

&

Monsieur le Professeur Bruno LEHEUP

Chef du service de pédiatrie médicale de l'hôpital d'enfants

&

Monsieur le Médecin en Chef Moni CHAI

Chef du service des urgences de l'HIA Legouest

&

Madame le Médecin en Chef Liv ABDELATIF

Médecin responsable de l'antenne médicale de la base aérienne 113 de Saint Dizier

Merci de m'avoir accueilli dans vos services durant mes semestres à l'HIA Legouest, au CHRU, au CMA de Verdun et à l'antenne médicale de la base aérienne de Saint Dizier.

Recevez mes remerciements les plus sincères

À

Monsieur le Médecin Principal François PESSEY

&

Monsieur le Médecin Pierre NORLAIN

&

Madame le Médecin Anne COUDERC

&

Monsieur le Médecin Kévin COCQUEMPOT

&

Monsieur le Médecin Principal David PRUNIER-DUPARGE

&

Madame le Médecin en Chef Céline CONVERSE

&

Monsieur le Médecin en Chef Olivier GACIA

&

Monsieur le Médecin en Chef Éric CHATELAIN

&

Madame le Médecin Principal Charlotte De SERRE de SAINT ROMAN

&

Madame le Médecin Principal Anne-Claire FOUGEROUSSE

&

Tous ceux que j'oublie sûrement

*Vous m'avez enseigné et transmis vos connaissances durant mes semestres à l'HIA
Legouest, au CMA de Verdun et à l'antenne médicale de la BA 113.*

Merci pour votre patience et votre confiance.

Soyez assurés de mes remerciements les plus sincères.

À Mme la SMCE Barbara ANDRÉANI
Attachée de recherche clinique
Centre régional de documentation scientifique et de recherche clinique
HIA Legouest - Metz

Merci pour votre disponibilité et votre aide si précieuse.

&

À mes amis Santards et Navalais de l'HIA Legouest
Kévin, Julien, Arnaud, Damien, Alexandre, Céline,
Louis-Paul, Jean-Marie, Guillaume

*Merci pour ces moments agréables passés avec vous
Je vous souhaite bonheur et réussite dans tout ce que vous entreprendrez*

À mes amis de la boîte,
Joachim, Pierre, Eléonore, Florent, Jessica, Carole, Morgan, Jérémy
*Notre amitié est un cadeau. Merci pour tous ces moments passés en votre compagnie et pour tous
ceux qui nous attendent encore à l'avenir*

À mes amis de l'EPA,
Romain, Piwy, Benjamin, Audry, sans oublier Magalie, Maud et Marie
*Notre amitié est un bien précieux. Merci de répondre toujours présents dans les bons moments ou
les coups durs. Que votre avenir soit radieux.*

&

À mon épouse Caroline

Merci pour ton immense patience, ta bienveillance à mon égard et ton incommensurable tendresse. Merci également pour tes rires et tes sourires. Notre amour est un émerveillement quotidien qui ne cesse de m'enchanter.

À ma fille Juliette

Puisses-tu grandir entourée de l'amour des tiens, dans le bonheur de notre foyer. Te voir grandir me comble de joie.

À ma famille,

À ma maman, toujours présente pour ses enfants.

À Elise, Jean-Roch, Séverine, Clémence et Anna-Gaëlle, Céline et Tommy pour ces bons moments passés et à venir. Les liens qui nous unissent vont au-delà des liens du sang.

À Thierry, Ludivine, Alexia, Raphaël, Martine, Roger, Joëlle, Daniel, Sandra et Pierre, merci pour votre gentillesse et votre accueil chaleureux au sein de votre famille.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction : vers une prise en charge optimale des soins somatiques en psychiatrie.....	20
II.	Réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles : objectifs et méthodes	22
III.	Résultats	23
a.	<i>Population étudiée.....</i>	23
b.	<i>Anomalies du bilan hépatique [tableau 2].....</i>	25
c.	<i>Antécédents et anamnèse en lien avec les anomalies biologiques hépatiques constatées....</i>	26
d.	<i>Examen clinique somatique complet focalisé sur les anomalies hépatiques.....</i>	28
e.	<i>Explorations paracliniques en lien avec les troubles biologiques hépatiques repérés [tableau 5].</i>	29
f.	<i>Diagnostic étiologique retenu, formalisation du courrier de sortie et prise en charge subséquente.</i>	32
IV.	Discussion	34
V.	Proposition d'actions d'amélioration.....	39
a.	<i>Développer une base référentielle.....</i>	39
b.	<i>Nécessité d'un médecin généraliste référent par service de psychiatrie.....</i>	39
d.	<i>La formalisation du courrier de sortie est une nécessité.....</i>	40
VI.	Conclusion.....	41
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	42
	ANNEXE : Grille de lecture (2 pages).....	43
	ABSTRACT :	45
	RESUME DE LA THESE :	48

I. Introduction : vers une prise en charge optimale des soins somatiques en psychiatrie

Les souffrances somatiques intéressent la santé mentale à plusieurs titres : (i) nombre de patients se présente au système de soin avec une plainte physique qui sera secondairement ramenée à une origine psychogène (somatisation, conversion) même si ce surinvestissement focalise volontiers sur une faiblesse organique objectivable, (ii) les patients souffrant de troubles psychiques ou de maladies psychiatriques présentent des comorbidités qui sont les conséquences de conduites à risque (mauvais régime alimentaire, usage de substances psychoactives, conduites sexuelles à risque, passages à l'acte auto-agressif), (iii) les traitements psychiatriques médicamenteux impliquent souvent des conséquences somatiques objectivables (troubles métaboliques et allongement du QTc causés par les antipsychotiques [1], hypothyroïdie au lithium, cytolyse attribuée aux antidépresseurs), (iv) certains symptômes physiques comme la douleur sont parfois diminués par la pathologie comme ses traitements, masquant l'alarme d'un problème somatique sévère alors que dans d'autres cas, les troubles cognitifs en rendront la communication difficile [2], et enfin, (v) de nombreuses pathologies ont pour origine une étiopathogénie à la fois organique et psychique (retentissement psychologique ou psychiatrique d'une maladie somatique, troubles psycho-organiques). Parfois, un patient peut nécessiter des investigations diagnostiques très poussées que seuls fourniront les plateaux techniques de l'hôpital général ou du groupe hospitalier universitaire. Plus fréquemment une hospitalisation en psychiatrie est l'occasion de réaliser un bilan de santé

chez un patient inattentif à son suivi médical. Nombre de psychiatres sont encore réticents à s'intéresser scrupuleusement aux soins somatiques des patients pour des raisons de défaut de compétence et d'altération supposées du lien psychothérapique, alors que parallèlement nombre de confrères somaticiens présentent une certaine appréhension à suivre des patients souffrant de troubles psychiques ou de maladies psychiatriques.

Pour répondre à la nécessité de soins somatiques en psychiatrie, le premier service de médecine interne intégrant un centre hospitalier spécialisé a ouvert ses portes il y a vingt-cinq ans [3]. La présence de médecins généralistes intervenant directement dans les services de psychiatrie de secteur s'est ensuite progressivement organisée [4]. Une *Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale* (anp3sm) a été créée en 2002 et se réunit depuis en congrès annuel [5]. Malgré tout, aucune conférence de consensus n'a dégagé de recommandations de bonne pratique. A notre connaissance, seuls Saravane *et al.* ont proposé en 2009 des recommandations françaises pour le suivi somatique des patients atteints de schizophrénies et de troubles bipolaires [6]. Les publications francophones sont rares alors que le nombre de thèses de médecine générale consacré au thème est minime.

Plus récemment sont apparues les premières ébauches de recommandations administratives [7,8], avant que le dernier manuel de certification des établissements de santé V 2014 n'édicte de nouveaux critères stricts (item 17b) : (i) un examen somatique doit « toujours être réalisé, notamment à l'admission d'un malade en hospitalisation », (ii) « un projet de prise en charge somatique » doit être formalisé et, (iii) un « suivi somatique du patient » nécessite d'être organisé tout au long de la prise en charge, venant mettre le service

de psychiatrie au centre de la coordination des soins physiques pour ses patients [9]. Les données chiffrées en termes d'épidémiologie et de respect des bonnes pratiques restent quasi inexistantes : seul un rapport réalisé en 2006 auprès des 34 établissements franciliens disposant de services de psychiatrie sectorisée (hors APHP) retrouvait que moins de 50% des structures possédaient du personnel médical dédié aux soins somatiques en psychiatrie, l'examen somatique systématique n'étant réalisé que moins d'une fois sur deux, les hôpitaux spécialisés étaient mieux organisés que les hôpitaux généraux [10].

II. Réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles : objectifs et méthodes

Intégrant la procédure de certification d'un hôpital général, nous avons réalisé un audit clinique ciblé sur la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie pour permettre la mise en œuvre d'actions d'améliorations avant la venue des experts visiteurs. Nous avons focalisé notre étude sur le repérage et la prise en charge des anomalies du bilan hépatique qui font l'objet d'un silence éditorial dans la littérature alors que ce bilan est par expérience clinique régulièrement perturbé chez les patients hospitalisés en psychiatrie. Nous avons analysé rétrospectivement sur une durée de deux ans les dossiers médicaux de tous les patients reçus en hospitalisation complète de psychiatrie (entrés à partir du 1^{er} janvier 2011 et sortis jusqu'au 31 décembre 2012) et qui présentaient au moins une anomalie des marqueurs hépatiques suivants : aspartate-aminotransférase (ASAT), alanine-aminotransférase (ALAT), gamma-glutamyl-transférases (GGT), phosphatase alcaline (PAL) et bilirubine. Notons que

nous n'avons pas inscrit le TP comme examen biologique de sélection de nos dossiers car nous l'avons considéré comme un marqueur de deuxième intention. Nous avons considéré comme anormales les valeurs situées au-delà des normes du laboratoire de l'hôpital. Les dossiers médicaux ont été analysés grâce à une grille de lecture [Annexe] référençant : la recherche à l'interrogatoire des antécédents du patient et des facteurs de risque d'hépatopathies, la réalisation d'examens clinique(s) et paraclinique(s) supplémentaire(s), la mention d'un diagnostic étiologique, l'organisation d'une prise en charge et le référencement dans le courrier de sortie de tous ces éléments. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel®. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ; les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage.

III. Résultats

a. Population étudiée.

Sur 615 patients hospitalisés en deux ans (au cours de 752 séjours hospitaliers), 387 patients ont bénéficié de la réalisation d'au moins un marqueur biologique hépatique : 113 patients présentaient finalement un bilan biologique perturbé. Seuls trois de ces dossiers médicaux n'ont pu être retrouvés (2,65%), ramenant notre population d'étude à 110 patients. Cette population de notre étude était caractérisée par un *sex ratio* de 2,53 pour un âge moyen de 46,6 ans : les patients cumulaient 3505 jours d'hospitalisation avec une moyenne de 31,9 jours ($\pm 32,7$ [1-237] médiane de 21). Les modes connus d'admission étaient par ordre

décroissant : l'adresse par le médecin traitant (28,1%), l'admission via les urgences de l'hôpital (14,9%) ou d'autres hôpitaux (8,8%), et enfin les admissions secondaires aux consultations de psychiatrie réalisées sur l'établissement (13,2%). Notons que dix-huit patients ont été hospitalisés à deux reprises, six ont bénéficié de trois séjours et quatre ont cumulé quatre hospitalisations [tableau 1].

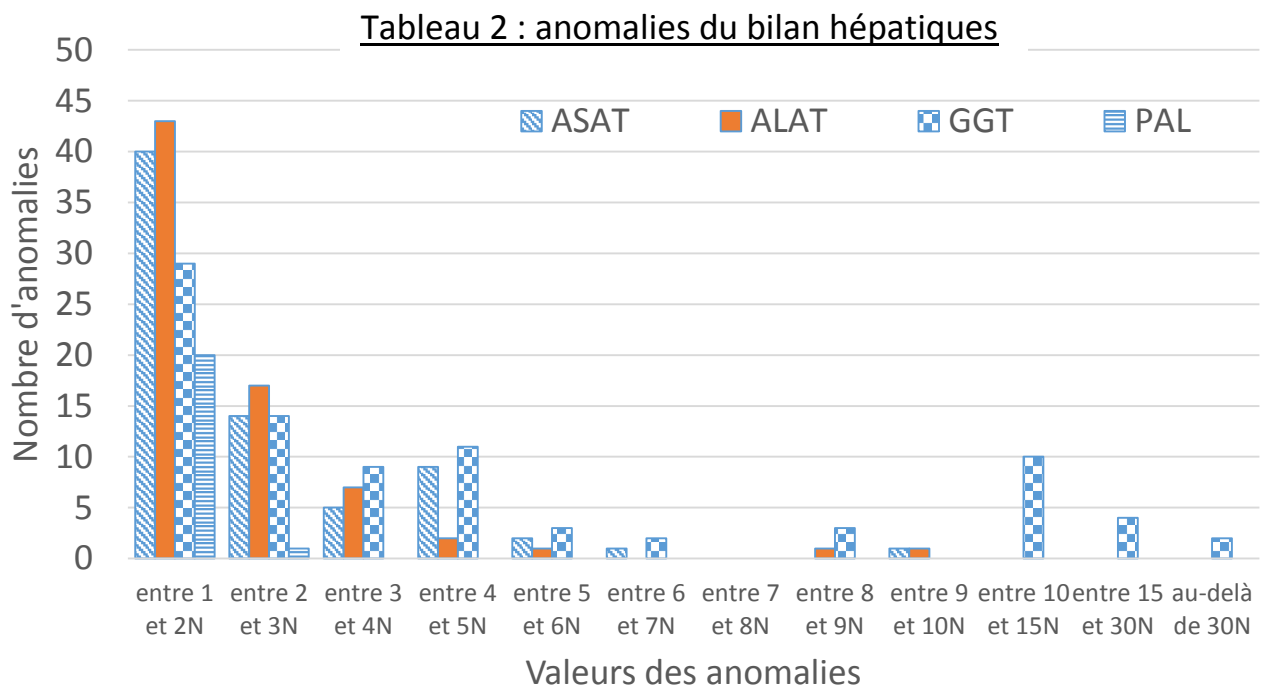
Tableau 1 : Description de la population étudiée

	Population de l'étude			
	n (%)	Moy ± ET	[Étendue]	Médiane
Nombre de patients	113			
Sexe				
Hommes	81 (71,68)			
Femmes	32 (28,32)			
Sex ration H/F	3			
Nombre de dossiers étudiés	110			
Age		46,6 ± 12,2	[18,9 - 79,3]	46,33
Bilan anormaux	188			
par patient		1,7 ± 1,4	[1 - 9]	1
Episodes d'hospitalisation	152			
par patient		1,4 ± 0,8	[1 - 4]	1
Jours d'hospitalisation	3505			
par épisode d'hospitalisation		23,1 ± 20	[1 - 180]	19
par patient		31,9 ± 32,7	[1 - 237]	21
Mode d'admission *	114			
Psychiatre de l'HIA	15 (13,16)			
Urgences de l'HIA	17 (14,91)			
Médecin traitant	32 (28,07)			
Autre	50 (43,86)			

* le nombre d'admission est supérieur au nombre de patients car les patients ayant eu plusieurs hospitalisations ont pu l'être selon plusieurs modalités.

b. Anomalies du bilan hépatique [tableau 2].

Le nombre total de bilans hépatiques perturbés était de 188 avec une moyenne par patient de 1,7 ($\pm 1,4$ [1-9] médiane de 1). Tous les 110 patients retenus avaient bénéficié d'un dosage des ASAT, ALAT et GGT. Les PAL avaient été dosées chez la quasi-totalité des patients (98,2%) alors que la bilirubine avait été demandée dans un peu plus de la moitié de l'effectif (56,4%). Les anomalies du bilan biologique étaient par ordre décroissant : élévation des GGT (80% des patients), élévation des transaminases (65,5% pour chacune), élévation des PAL (19,1% du total) et élévation de la bilirubine (7,27% du total des patients). Les anomalies des transaminases étaient inférieures à 10N avec un pic entre 1N et 3N pour les ALAT et un pic entre 1N et 5N pour les ASAT. L'élévation des GGT se trouvait dans une fourchette entre 1N et 34N même si 71,6% de ces valeurs étaient inférieures à 5N. Les PAL étaient inférieures à 3N. Un bilan hépatique de contrôle a été réalisé au moins une fois chez 61 patients (55%).



c. Antécédents et anamnèse en lien avec les anomalies biologiques hépatiques constatées.

La recherche d'antécédents médicaux était tracée dans 93,6 % des dossiers. Parmi les antécédents référencés, 28 (thésaurisés dans 25 dossiers) pouvaient intégrer l'étiologie des perturbations constatées du bilan hépatique. La présence d'une « infection à VHC » était évoquée dans dix cas. La mention d'une « stéatose hépatique » apparaissait dans cinq dossiers, alors que les dénominations d'« hépatite alcoolique » et de « cirrhose alcoolique » étaient référencées dans respectivement quatre et trois cas. Les antécédents de « cirrhose », de « cholangiocarcinome », de « traumatisme hépatique », de « maladie de Wilson », de « maladie de Gilbert » et de « pancréatique alcoolique » étaient retrouvés chacun à une seule occurrence. La consommation déclarée d'alcool était référencée dans 90% des cas avec une consommation abusive notée chez 72 patients. La consommation, sevrée ou non, d'autres drogues ou médicaments détournés de leur usage était bien référencée dans plus de trois-quarts des dossiers (78,2%). Sur les 30 patients repérés comme présentant une consommation à risque de substance(s) psycho-active(s) hors alcool et tabac, les substances opiacées étaient majoritaires (22 occurrences) suivies du cannabis (14 occurrences) et de la cocaïne (13 occurrences) [\[tableau 3\]](#).

Tableau 3 : Interrogatoire et antécédents

	n (%)
Antécédent d'hépatopathie	
Recherché et noté	103 (93,64)
Présent	25 (24,27)
(n=25)	
Infection par le VHC	10 (40,00)
Stéatose hépatique	5 (20,00)
Hépatite alcoolique	4 (16,00)
Cirrhose alcoolique	3 (12,00)
Cirrhose	1 (4,00)
Cholangiocarcinome	1 (4,00)
Traumatisme hépatique	1 (4,00)
Maladie de Wilson avec greffe hépato-rénale	1 (4,00)
Maladie de Gilbert	1 (4,00)
Pancréatite alcoolique	1 (4,00)
Nombre de patients avec un traitement habituel	74 (67,27)
Ethylisme pathologique	
Recherché et noté	99 (90,00)
Présent	72 (72,73)
Addiction (autre que tabac et alcool)	
Recherchée et notée	86 (78,18)
Présente	30 (34,88)
(n=30)	
Opiacées	22 (73,33)
Cannabis	14 (46,67)
Cocaïne	13 (43,33)
Amphétamines	2 (6,67)
Médicaments	1 (3,33)
LSD	1 (3,33)
Infection par un virus hépatotrope	
Recherchée et notée	20 (18,18)
Présente	14 (70,00)

Notons qu'une seule pharmacodépendance a été évoquée alors que soixante-quatorze patients (67,3%) bénéficiaient d'un traitement antérieurement prescrit à leur entrée dans le service, avec une moyenne de 3,8 médicaments chez ces patients. 63,6% de ces médicaments pouvaient perturber le bilan hépatique d'après leur fiche Vidal[®] [tableau 4].

Tableau 4 : traitements médicamenteux
potentiellement hépatotoxiques consommés

Nombre de médicaments avec effets secondaires hépatiques potentiels n = 119

Antidépresseurs	41	Antidiabétiques	5
Anti-hypertenseurs	26	Anticonvulsivants	4
Hypnotiques	17	Immunosuppresseurs	3
Antiulcéreux	14	Antimétabolite	1
Substitution ou maintien de sevrage	12	Antibiotique	1
Benzodiazépines	11	Antiarythmique	1
Neuroleptiques	10	Antidiarrhéique	1
Analgésiques	9	hypo-uricémiant	1
Hypolipémiants	8	Vitamines	1
Thymorégulateurs	6	Médicament de l'adénome prostatique	1
Anticoagulants	6		

d. Examen clinique somatique complet focalisé sur les anomalies hépatiques.

La quasi-totalité des patients (n=109) a bénéficié d'une mesure du poids et de la taille : l'IMC était anormal dans 50,5% des cas (49 IMC > 25 kg/m² et 6 IMC < 18,5 kg/m²). L'examen clinique somatique n'était tracé que dans 39 dossiers (35,5%) et était alors réalisé au moins

une fois par l'hépto-gastro-entérologue (HGE) dans 30,8% des cas, par l'urgentiste de l'établissement dans 25,7% des cas et par les psychiatres dans 12,9% des cas. En fonction du parcours de soins et des comorbidités présentées d'autres médecins ont pu réaliser l'examen clinique somatique : un réanimateur (pour quatre patients), un médecin interniste (pour trois patients), un cardiologue (pour deux patients), et, un interne de médecine générale, un chirurgien viscéraliste, un anesthésiste, un rééducateur fonctionnel pour un patient dans chaque cas. Seuls deux patients ont été examinés par deux spécialistes différents. Parmi les 39 patients ayant bénéficié d'un examen physique, un tiers présentait un ou plusieurs signe(s) de souffrance hépatobiliaire : hépatomégalie (8 occurrences), ictère (4 occurrences), œdèmes des membres inférieurs (4 occurrences), angiomes stellaires et *flapping tremor* (à deux reprises pour chacun) et enfin, érythrose palmaire (dans un cas). Aucun des signes suivants n'a été mentionné : circulation veineuse collatérale, splénomégalie, leuconychie, ascite.

e. Explorations paracliniques en lien avec les troubles biologiques hépatiques repérés [tableau 5].

Les patients ayant un bilan hépatique perturbé ont fréquemment bénéficié d'autres examens biologiques que nous citerons par ordre décroissant de réalisation : numération formule sanguine avec dosage des plaquettes (NFP) dans 100% des cas, dosage du taux de prothrombine (TP) dans 99,1% des cas, électrophorèse des protéines sériques (EPS) et glycémie à jeun (GAJ) dans les même proportions de 90,9 % des cas, exploration des anomalies du bilan lipidique (EAL) dans 89,1% des cas. Les anomalies biologiques constatées sont les suivantes par ordre de fréquence décroissant : 72,7% des NFP étaient perturbées ;

40,8% des EAL et 39% des EPS étaient anormales ; 13% des GAJ étaient supérieures à la norme ; 9,1% des TP étaient inférieurs à la normale. Sur les 160 anomalies de la NFP près d'un tiers correspondait à une macrocytose et près d'un cinquième à une anémie, alors qu'une thrombopénie n'était présente qu'à dix occurrences. Les 57 anomalies du bilan lipidique se déclinaient comme suit : 31 hypertriglycéridémies, 22 hypo-HDLémies et 4 hyper-LDLémies. L'EPS retrouvait onze hypergammaglobulinémies polyclonales, le même nombre d'hypogammaglobulinémies et six profils inflammatoires. La moyenne de la GAJ était de 8,8 mmol/L ($\pm 2,44$ [6,34-14,56]). La valeur moyenne des TP diminués était de 56,88% (± 11 [39-69]) (deux patients étaient sous anti-vitamine K).

Différemment, quelques analyses sont restées peu pratiquées alors qu'elles révélaient un pourcentage élevé d'anomalies : l'on note seulement 35 bilans sérologiques qui concluront à huit sérologies VHC positives, vingt dosages de l'albuminémie qui seront anormaux aux trois-quarts, et dix bilans auto-immuns dont un seul reviendra perturbé. Notons que pour les dosages des bilans auto-immuns comme des sérologies virales, notre recherche a porté sur le temps d'hospitalisation ainsi que sur les six mois précédents (un compte rendu était nécessaire pour retenir ces critères comme certains) [\[tableau 5\]](#).

Concernant les examens paracliniques morphologiques, vingt-deux dossiers (20%) portaient mention de la réalisation pendant l'hospitalisation, ou dans les six mois précédents, d'une échographie abdominale qui mettait en évidence une anomalie dans la moitié des cas. Au cours de la même durée pré- et per-hospitalière, neuf scanners thoraco-abdomino-pelviens, trois scanners abdomino-pelviens et une IRM du foie avaient été réalisés avec la découverte

d'au moins une image atypique chez neuf patients. Globalement, les anomalies retrouvées à l'imagerie correspondaient par ordre décroissant : à des stéatoses isolées ou associées à une hépatomégalie (n=14), à des cirrhoses (n=3) et à des « dysmorphies hépatiques » (n=2). Ont été documentées deux splénomégalias, deux lésions focales du foie dont une suspecte de carcinome hépatocellulaire (CHC) et une hépatomégalie isolée.

Tableau 5 : les anomalies des bilans paracliniques biologiques

NFS		
Dosages	110	100,00%
Anormal	80	72,73%
Anomalies	160	
VGM élevé	46	28,75%
TCMH élevé	41	25,63%
Anémie	29	18,13%
Thrombopénie	10	6,25%
TCMH abaissé	5	3,13%
VGM abaissé	4	2,50%
Thrombocytose	4	2,50%
Neutropénie	4	2,50%
Lymphocytose	4	2,50%
Neutrophilie	3	1,88%
Eosinophilie	2	1,25%
Sd Inflammatoire	2	1,25%
Monocytose	2	1,25%
Thalassemie	2	1,25%
Lymphopénie	1	0,63%
Hématocrite élevée	1	0,63%

Electrophorèse des protéines		
Dosages	100	90,91%
Anormal	39	39,00%
Anomalies	54	
Hypergammaglobulinémie polyclonale	11	20,37%
Hypogammaglobulinémie	11	20,37%
Hypoalbuminémie	8	14,81%
Sd Inflammatoire	6	11,11%
Bloc Beta-Gamma	4	7,41%
Elévation alpha2	3	5,56%
IgG Kappa	2	3,70%
Elévation fraction Alpha	2	3,70%
Hypergammaglobulinémie	1	1,85%
IgM Lambda monoclonale	1	1,85%
IgA Lambda monoclonale	1	1,85%
IgM Kappa	1	1,85%
IgG Lambda monoclonale	1	1,85%
Elévation fraction Beta	1	1,85%
Hypoprotéinémie	1	1,85%

Albumine (g/l)		
Dosages	20	18,18%
Anormal	15	75,00%
Valeur		
Moyenne	30,41	
Ecart type	4,9	
Minimum	16,3	
Maximum	35,3	

Bilan lipidique		
Dosages	98	89,09%
Anormal	40	40,82%
Anomalies	57	
Elévation triglycérides	31	54,39%
Diminution HDLc	22	38,60%
Elévation LDLc	4	7,02%

Sérologies		
Dosages	35	31,82%
Anormal	8	22,86%
Anomalies n=8		
VHC	8	100,00%

Bilan auto-immun		
Dosages	10	9,09%
Anormal	1	10,00%

Facteur 5		
Dosages	5	4,55%
Anormal	5	100,00%
Valeur		
Moyenne	43,40%	
Ecart type	13,43%	
Minimum	21,00%	
Maximum	60,00%	

Glycémie à jeun (g/l)		
Dosages	100	90,91%
Anormal	13	13,00%
Valeur		
Moyenne	8,8	
Ecart type	2,44	
Minimum	6,34	
Maximum	14,56	

TP		
Dosages	109	99,09%
Anormal	10*	9,17%
Valeur		
Moyenne	56,88%	
Ecart type	10,95%	
Minimum	39,00%	
Maximum	69,00%	

*2 patients avaient un traitement par AVK

f. Diagnostic étiologique retenu, formalisation du courrier de sortie et prise en charge subséquente.

Sur l'ensemble des 110 dossiers étudiés plus d'un tiers (37,3% ; n=41) portait la mention d'un diagnostic étiologique quant aux anomalies du bilan hépatique constatées alors que moins d'un quart des patients avaient bénéficié d'un avis d'hépto-gastro-entérologie pendant l'hospitalisation ou les six mois précédents. Deux patients bénéficiaient d'un suivi par un praticien gastro-entérologue à l'extérieur de l'établissement sans que le diagnostic précis du trouble ne soit mentionné dans nos dossiers. Sur les 43 diagnostics somatiques référencés (certains patients présentant plusieurs pathologies ou hypothèses diagnostiques) la majorité

était en lien avec la consommation d'alcool (n=29), les autres causes invoquées étaient les virus hépatotropes (n=8), une toxicité médicamenteuse (n=6) et deux pathologies métaboliques dont une maladie de Gilbert (n=2). Enfin étaient retrouvées une gastrite, un cholangiocarcinome, un carcinome hépatocellulaire et la conséquence d'un rejet de greffe. Au plan psychiatrique, le diagnostic de dépendance alcoolique était mentionné pour un peu plus de la moitié des patients alors que l'épisode dépressif caractérisé de léger à sévère était retenu pour près de 20% de l'effectif.

Un courrier de sortie était retrouvé dans la quasi-totalité des cas. La mention d'anomalies du bilan hépatique (ou d'autres problèmes somatiques) apparaissait dans moins de 45 % des courriers de sortie alors que plus de la moitié faisait état de l'organisation d'une prise en charge future coordonnée par le médecin traitant et pour laquelle le gastro-entérologue était partie prenante dans moins de la moitié des cas. A noter le suivi conjoint entre médecin traitant et médecin interniste pour cinq patients, avec un cardiologue pour deux patients et même avec le psychiatre dans quatre cas (contrôle de bilans biologiques). Plus ponctuellement ont été associés à une occurrence chacun : un médecin rééducateur (réévaluation d'un traitement iatrogène), un oncologue (CHC), un néphrologue (rejet de greffe hépatorénal) et un chirurgien digestif (cholangiocarcinome).

IV. Discussion

Notre étude rétrospective sur plus de 750 hospitalisations complètes réalisées sur une période de deux ans (12508 jours d'hospitalisation avec une moyenne de 20,34 jours pour une étendue de 1 à 175) a permis de recueillir et d'analyser les dossiers de 110 patients présentant un bilan biologique hépatique perturbé. La population de l'ensemble des patients hospitalisés sur la période présentait un *sex ratio* de 1,08 pour un âge moyen de 44,4 ans alors que notre population d'étude était aux trois-quarts masculine et bénéficiait de soins hospitaliers sur une période moyenne de trois semaines. Seuls 62,93% des patients ont bénéficié d'un bilan hépatique qui s'est avéré pathologique dans près de 30% des cas, laissant extrapoler que si la totalité des patients hospitalisés sur la période avait bénéficié d'un bilan hépatique, plus de 50 bilans supplémentaires seraient revenus perturbés. Le lieu de notre étude était un service de psychiatrie ouvert non sectorisé inséré au cœur d'un hôpital général et qui reçoit essentiellement des patients souffrant de troubles thymiques et anxieux, de troubles addictifs, de troubles somatoformes, de troubles de la personnalité et de troubles psycho-organiques. Les patients hospitalisés souffrant de schizophrénie ou de troubles schizoaffectifs constituent moins de 10% des admissions. Ainsi notre population d'étude, comme sa population source, ne sont pas superposables à la patientèle des services sectorisés. D'autre part, notre analyse s'est cantonnée aux informations formalisées dans les dossiers médicaux papiers et informatisés : les données que nous avons recueillies ne reflètent donc pas strictement les prises en charge mais la manière dont celles-ci étaient tracées. Les items que nous avons recherchés étaient toutefois cardinaux et auraient dû systématiquement apparaître dans les dossiers. Nous avons constaté un référencement quasi systématique des antécédents

somatiques mais sans mise en relation avec un éventuel traitement médicamenteux concomitant lequel était pourtant systématiquement relevé. Nous pouvons supposer que la recherche des antécédents n'était pas aussi précise selon qu'elle était formalisée par le psychiatre ou le somaticien. Les termes référencés par les psychiatres ne correspondaient peut-être pas à leur définition médicale clinico-biologique *stricto sensu* : les signifiants relevés tels que « stéatose hépatique », « cirrhose alcoolique », « hépatite alcoolique » ou encore « traumatisme hépatique » ont peut-être été recopiés d'après le courrier d'adressage ou sur indication du patient sans mention de la réserve nécessaire. D'autres antécédents ont été mentionnés de manière très générique sans notion de la forme clinique, de l'état d'avancée de la maladie ou de son niveau de gravité. Si les prises d'alcool et de drogues étaient bien quantifiées, la mention d'une unique pharmacodépendance est à nuancer par le fréquent usage à risque de benzodiazépines avec une tolérance notable et/ou une consommation chronique qui va à l'encontre des règles de prescription.

Suite à cette anamnèse bien tracée, l'examen physique n'était réalisé que chez un peu plus d'un tiers des patients au cours de leur hospitalisation, le plus souvent à distance de l'admission et dans un autre lieu que le service de psychiatrie. A cause de son faible taux, nous n'avons pas référencé l'éventuelle répétition comparative de cet examen clinique au cours de l'hospitalisation. Notons qu'à cinq occurrences c'est le psychiatre qui a réalisé l'examen physique. Le recours aux confrères somaticiens de l'hôpital était limité même si le gastro-entérologue a été sollicité dans 30% des cas. C'est parfois le parcours de soins ou la présence fortuite de comorbidités qui ont permis à cet examen clinique d'être pratiqué par le réanimateur ou l'urgentiste, voire par le chirurgien viscéraliste ou le rééducateur fonctionnel.

L'admission des patients via un service d'urgence n'était pas forcément un gage de qualité car un examen somatique détaillé n'apparaissait pas nécessairement dans les observations informatisées. Egalement, si les patients étaient adressés par leur médecin traitant dans près d'un tiers des cas, les conclusions d'un examen clinique effectif n'apparaissaient que rarement dans leurs courriers d'adresse. Globalement, on peut douter de l'exhaustivité de nombre de ces examens physiques souvent réalisés pour éliminer une urgence sans recherche d'éventuelles problématiques latentes. Par contre, lorsque cet examen physique a été programmé il découvrait des signes cliniques hépatobiliaires chez 30% des patients. Malgré tout, un examen biologique systématique était protocolisé dans le service de psychiatrie pour palier cette absence d'examen physique systématique. Ce bilan biologique de « débrouillage » à visée diagnostique, pré-thérapeutique et pronostique comportait : la NFP, le ionogramme (Na-K-Cl), la calcémie totale, la CRP, les amylases, la ferritine, l'acide urique, la TSHus, la fonction rénale (urée, créatinine calculée), la fonction hépatique (ASAT/ALAT/GGT/PAL), la crase (TP/INR), l'albuminémie, l'EPS et l'EAL. Un tel bilan peut être considéré comme non nécessairement pertinent car tout examen complémentaire paraclinique doit être réalisé ou adapté secondairement à l'examen clinique.

Pour l'ensemble des patients hospitalisés au cours des deux années de notre étude, 110 avaient un bilan biologique hépatique perturbé. La présence d'une cholestase sur les GGT était présente dans 80% des cas alors que les PAL n'étaient élevées que dans moins de 20% de l'effectif (la 5'nucléotidase n'a jamais été demandée). L'élévation des transaminases pour les deux-tiers des patients authentifiait la fréquence d'une cytolyse associée. Différemment, une insuffisance hépatocellulaire significative n'était suspectée que dans 10% des cas (sur la baisse

du TP et l'hypoprotidémie). Ces résultats qui n'ont pas pu être comparés à d'autres travaux du fait de l'absence d'études sur le thème, confirment un consensus professionnel selon lequel il est d'usage de considérer le bilan biologique hépatique comme une entité globale : un élément perturbé du bilan implique nécessairement la programmation des autres dosages s'ils n'ont pas été réalisés d'emblée (ASAT-ALAT-PAL-GGT-bilirubine-TP). En effet, si le typage des anomalies biologiques oriente les hypothèses étiologiques et la poursuite des investigations, les suppositions syndromiques et/ou diagnostiques restent à ce stade probabilistes sans exclure leurs éventuelles associations. Nous n'avons donc pas appréhendé en détail les syndromes clinico-biologiques classiques de type cytolysse (isolée ou mixte), cholestase (ictérique ou anictérique), insuffisance hépatocellulaire ou induction enzymatique. D'autre part, les anomalies biologiques constatées sont probablement le fait de désordres chroniques comme le présume l'absence de cytolysse supérieure à dix fois la normale qui aurait caractérisé une hépatite aiguë et la profondeur de la cholestase qui reflète la durée d'exposition à l'intoxication éthylique. Enfin, notons qu'un contrôle du bilan hépatique n'a été réalisé qu'un peu plus d'une fois sur deux : ce faible taux s'expliquant par la durée moyenne d'hospitalisation brève avec le renvoi des investigations subséquentes, hors contexte d'urgence, au médecin traitant.

D'autres explorations paracliniques biologiques de type NFP-EAL-EPS-GAJ-TP avaient été réalisées en sus du simple bilan hépatique entre 90 et 100% des cas. L'analyse globale des résultats retrouvent de probables stigmates d'intoxication alcoolique chronique avec anémie macrocytaire carentielle, thrombopénie induite par hypersplénisme, dyslipidémie d'origine hypercalorique ou intégrant une insuffisance hépatocellulaire également suspectée devant une hypo-protidémie et -albuminémie. Les autres anomalies de la NFP comme de

l'EPS étaient plus ponctuelles sans possibilité d'intégration dans un syndrome clinico-biologique.

Les 35 bilans sérologiques VHC réalisés concluront à huit sérologies VHC positives (connues ou non connues) même si la rareté de la mention de l'ARN laissait un doute sur l'activité de l'infection.

Au plan morphologique, seuls 20% des patients avaient bénéficié de la réalisation d'une échographie hépatique au cours de leur hospitalisation ou des six mois précédents. Treize scanners et IRM abdominaux réalisés sur la même période ont retrouvé des anomalies significatives dans neuf cas dont une lésion hépatique suspecte de carcinome ultérieurement confirmée par l'anatomopathologie.

Enfin, nous avons focalisé notre étude sur les anomalies du bilan hépatique, mais nous aurions pu également nous intéresser plus en détail au bilan cardiovasculaire en termes de facteurs de risque, de symptômes physiques et d'explorations complémentaires. Les patients souffrant de psychoses et de troubles anxio-dépressifs présentent une morbidité et une mortalité supérieure à la population générale, résultant de facteurs de risque cardiovasculaires souvent cumulés (surpoids, hyperpression artérielle, tabagisme actif, sédentarité, dyslipidémies). La première cause de décès hors autolyse des patients souffrant de schizophrénie sont les maladies cardiovasculaires qui diminuent l'espérance de vie de plusieurs années voire décennies [11,12].

V. Proposition d'actions d'amélioration

a. Développer une base référentielle.

La prise en charge somatique en santé mentale est abordée par le seul manuel d'accréditation des établissements de santé auquel s'ajoute un unique article scientifique [6,9]. Egalement, la stratégie à suivre secondairement à la découverte d'une anomalie du bilan hépatique repose sur un consensus professionnel. En l'absence de recommandations précisément détaillées, notre évaluation des pratiques professionnelles ne pouvait être que très générale même si nous avons découvert que les critères consensuels les plus simples n'étaient que rarement respectés. Il conviendrait donc d'établir une base référentielle précise et formalisée détaillant les principes de la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie.

b. Nécessité d'un médecin généraliste référent par service de psychiatrie.

Nos résultats confirment la nécessité de bénéficier de la présence d'un médecin généraliste référent dans chaque service de psychiatrie. Le médecin généraliste fait une synthèse spontanée des antécédents médico-chirurgicaux qui guident l'examen clinique d'entrée avant de décider d'autres investigations paracliniques et de la fréquence d'une éventuelle réévaluation. C'est lui qui décidera du recours à une consultation spécialisée, à défaut d'une orientation directe par le psychiatre qui encombrera la consultation de ses confrères spécialistes lesquels trouveront alors souvent leur avis injustifié en première

intention. L'organisation des soins somatiques en psychiatrie peut figurer utilement dans le projet médical d'établissement en correspondance de l'organisation de la psychiatrie de liaison au profit des services somatiques.

c. *Nécessité d'un dossier médical unique psychiatrique et somatique.*

Autre question inhérente à l'organisation au niveau de l'établissement, le *dossier médical de psychiatrie* était dans notre étude disjoint du *dossier médical commun*. Pourtant, si certains patients possèdent deux dossiers distincts, il restait fréquent que le dossier médical psychiatrique comporte sporadiquement des éléments somatiques (consultations spécialisées, examens paracliniques de deuxième ligne) alors que parallèlement une consultation ponctuelle de psychiatre au profit d'un patient suivi dans un autre service était retranscrite dans le dossier médical commun. Ces dossiers parallèles illustrent de manière assez caricaturale l'absence d'organisation des soins de manière globale. Un dossier médical unique devrait être instauré où les notes des psychiatres concernant les détails sur l'histoire de vie et les conflits existentiels pourraient disparaître au profit d'une éventuelle synthèse avant tout médicale. Rien n'empêche au psychiatre de garder dans son bureau des notes personnelles prises lors de la psychothérapie.

d. *La formalisation du courrier de sortie est une nécessité.*

Les éléments somatiques tracés dans le dossier médical et synthétisés dans le courrier de sortie devraient être les suivants : antécédents personnels et familiaux, protection juridique, historique des traitements, consommation de substances psychoactives, séjour à l'étranger, mise à jour du calendrier vaccinal, prise de contraception, résultats de l'examen clinique,

dépistage et prévention des néoplasies, biométrie, détails des examens paracliniques, référencement des consultations spécialisées, traçabilité de la prise en charge diététique, coordonnées des médecins référents. L'analyse du courrier de sortie ainsi rédigé permettrait de calculer facilement des indicateurs qualité. L'intérêt d'un courrier de sortie unique par patient est discutable en fonction de l'organisation des services et des pathologies présentées, deux courriers distincts réalisés l'un par le psychiatre traitant, l'autre par le médecin généraliste hospitalier peuvent aussi être rédigés, à condition d'être bien sûr échangés.

VI. Conclusion

La question des soins somatiques en psychiatrie est complexe tant au plan théorique du fait de l'intrication existant entre souffrance psychique et organique, qu'au plan pratique en terme d'organisation des soins. Autant dans le service de psychiatrie hospitalier qu'en ambulatoire le médecin généraliste reste le praticien de premier recours qui coordonne la prise en charge globale du patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Gury C, Canceil O, Laria P. Antipsychotiques et sécurité cardiovasculaires : données actuelles sur les allongements de l'intervalle QT et le risque d'arythmies ventriculaires. *Encephale* 2000 ;26 :62-72.
- [2] Saravane D, Peultier F. Les difficultés de l'évaluation de la douleur en santé mentale. *Soins Psychiatrie* 2010 ;168 :20-2.
- [3] Windish M, Donikyian R, Audibert V, Dreyffus L, Marcantoni JP. Médecine interne : une spécialité dans le centre hospitalier spécialisé. *Annales de Psychiatrie* 1992 ;4 :236-42.
- [4] Cabaret W. L'accès aux soins somatiques pour les patients suivis en psychiatrie. *Soins Psychiatrie* 2010 ;268 :34-6.
- [5] Février R, Halimi Y (sous la direction de). Soins somatiques en santé mentale, une question de dignité. Actes des premières journées nationales sur les soins somatiques en santé mentale tenues à La Roche-sur-Yon, Septembre 2002. Editions d'Orbestier, 2003, 172.
- [6] Saravane D, Feve B, Frances Y, et al. Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *Encéphale* 2009 ;35 :330-9.
- [7] Couty E. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport du ministère de la santé. Janvier 2009. www.sante-sport.gouv.fr
- [8] Ministère de la Santé. Schéma régional d'organisation sanitaire 3^{ème} génération 2006-2010.
- [9] Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010, version 2014.
- [10] Charmasson C, Guiraudie B, Devaux E. Prévention des risques liés aux pratiques sexuelles pour les patients suivis en milieu psychiatrique. Rapport de mission de l'ARHIF (agence régionale de l'hospitalisation d'île de France). Octobre 2006.
- [11] Montout C, Casadebaig F, Lagnoui R, *et al.* Neuroleptics and mortality in schizophrenia : prospective analysis of deaths in a French cohort of schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2002;57:147-56.
- [12] Casadebaig F, Philippe A. Mortalité chez des patients schizophrènes : trois ans de suivi d'une cohorte. *Encéphale* 1999 ;25 :329-37.

ANNEXE : Grille de lecture (2 pages)

Patient N°

NOM :

PRENOM :

Sexe : F M

Mode d'admission :

- ☐ Psychiatre
☐ Médecin traitant
☐ Urgentiste
☐ Autre : _____

Date de naissance :

Date(s) d'hospitalisation :

Date(s) des bilans anormaux :

Diagnostic(s) psychiatrique(s) :

	OUI	NON
Anomalie(s) du bilan hépatique :		
ASAT (TGO)	☐	☐
ALAT (TGP)	☐	☐
GGT	☐	☐
PAL	☐	☐
Bilirubine (si oui, préciser conjuguée, totale ou mixte : _____)	☐	☐

	OUI	NON	
Pris en compte : Mention d'au moins 1 contrôle biologique	☐	☐	Présent/absent
1. Recherche dans les antécédents d'une hépatopathie connue Si oui, laquelle : _____	☐	☐	☐ ☐
2. Recherche d'une cause à l'interrogatoire :			
- Alcool	☐	☐	☐ ☐
- Toxiques (si oui : reporter en commentaire)	☐	☐	☐ ☐
- Infection par virus hépatotrope(s) Le(s)quel(s) :	☐	☐	☐ ☐
- Autre, préciser : _____			☐ ☐
3. Données cliniques :			N / aN
- Examen général :			
o Taille, poids, BMI	☐	☐	☐ ☐
o Poids : BMI :			
- Examen physique :	☐	☐	☐ ☐

Réalisé par :

- ☐ Psychiatre
☐ Urgentiste
☐ Hépto-gastroentérologue
☐ Anesthésiste
☐ Médecin traitant
☐ Autre : _____

Qui retrouve :

- ☐ Gros foie (et ses caractéristiques)
☐ Ictère
☐ Erythrose palmaire
☐ Circulation collatérale
☐ Flapping tremor/asterixis
☐ Angiomes stellaires
☐ Splénomégalie
☐ Ongles blancs
☐ Ascite
☐ Œdèmes

	OUI	NON	N / aN	
4. Anomalies biologiques :				
- NFS	☐	☐	☐	☐
- TP	☐	☐	☐	☐
○ Facteur V (si TP <70%)	☐	☐	☐	☐
- Electrophorèse des protéines	☐	☐	☐	☐
- Albuminémie	☐	☐	☐	☐
- Bilan lipidique : cholestérol, triglycérides	☐	☐	☐	☐
- Sérologies virales : VHB, VHC, autres	☐	☐	☐	☐
- Glycémie à jeun	☐	☐	☐	☐
- Bilan auto-immun	☐	☐	☐	☐
5. Réalisation d'une échographie hépatique, et/ou d'une autre imagerie hépatique (laquelle : _____)	☐	☐	☐	☐
- Anomalie retrouvée : _____	☐	☐	☐	☐
6. Diagnostic somatique établi et formalisé :				
a) Si oui, lequel ? _____	☐	☐		
☐ Alcool				
☐ Médicament(s)				
☐ Virus				
☐ Métabolisme				
☐ Autre : _____				
b) Consultation ou avis auprès de l'HGE ?				
○ Si oui : quel est le diagnostic : _____	☐	☐		
☐ Alcool				
☐ Médicament(s)				
☐ Virus				
☐ Métabolisme				
☐ Autre : _____				
7. Existence d'une prise en charge somatique thérapeutique:				
- Médecin(s) impliqué(s) dans la prise en charge somatique future	☐	☐		
☐ Psychiatre				
☐ Hépto-gastroentérologue				
☐ Médecin traitant				
☐ Autre : _____				
8. Mention dans le courrier de sortie des anomalies du bilan hépatique / du diagnostic somatique ou de la PEC	☐	☐		

Traitement habituel du patient

Commentaires éventuels sur le dossier :

ABSTRACT :

Background. - Somatic suffering concerns mental health in many ways, but numerous psychiatrists are still reluctant to take an interest in somatic care due to a supposed lack of expertise and an alteration of the psychotherapeutic link, whilst in parallel numerous fellow physicians are quite apprehensive about treating patients with mental disorders.

Objectives. - We have undertaken a targeted clinical audit regarding the somatic treatment of psychiatric unit in-patients to propose the implementation of measures of improvement.

Material and Methods. - Our study focuses on the identification and treatment of abnormal liver function tests, a subject that has been overlooked in the literature, yet from clinical experience, the results are often abnormal in psychiatric unit in-patients. We analysed retrospectively over a period of two years the medical records of psychiatric unit in-patients with abnormal results for at least one of the following hepatic markers: aspartate aminotransferase (AST), alanine transaminase (ALT), gamma-glutamyltransferase (GGT), alkaline phosphatase (ALP) and bilirubin.

Results. - In total, 188 liver test results were abnormal, with an average of 1.7 per patient. The abnormal test results were in decreasing order: elevation in GGT (80% of patients), elevation in transaminases (65.5% for each), elevation in ALP (19.1%) and elevation in bilirubin (7.27%). Abnormal transaminase levels were lower than 10N, with a peak between 1N and 3N for ALT and a peak between 1N and 5N for AST. The elevation in GGT was between 1N and 34N, although 71.6% of these values were below 5N. ALP was below 3N. The medical history was traced in 93.6 % of the records. A somatic clinical examination was only reported in 39 records (35.5%) and was carried out by a hepato-gastroenterologist (HGE) in 30.8% of cases, the establishment's emergency physician in 25.7% of cases and the psychiatrists in 12.9% of cases. Patients with abnormal liver function test results frequently underwent other biological and morphological examinations. A discharge letter was found in almost all cases. Abnormal liver function test results were indicated in less than 45% of these discharge letters, whilst over half reported the establishment of a future treatment coordinated by the GP, in close collaboration with the gastroenterologist in at least half the cases.

Discussion. - Our study was carried out in an open psychiatric unit in the heart of a general hospital that mainly receives patients suffering from thymus and anxiety disorders, addictive disorders, somatoform disorders, personality disorders and psycho-organic disorders. Patients suffering from schizophrenia or schizoaffective disorders comprised less than 10% of admissions. Our retrospective study of over 750 hospital admissions over a period of two years found only 62.93% of patients underwent liver function tests, which proved to be pathological in nearly 30% of cases. Following a well-defined anamnesis, just over a third of

patients underwent a physical examination whilst in hospital, more often a while after admission and not in the psychiatric unit. The consultation of fellow hospital physicians was limited even if the gastroenterologist was called upon in 30% of cases. It was sometimes the treatment pathway or the fortuitous presence of co-morbidities that enabled the anaesthetist or emergency physician to carry out this clinical examination. However, when this physical examination was scheduled, clinical hepatobiliary signs were discovered in 30% of patients.

Conclusion. - An accurate, formalised reference database detailing the principles of the somatic treatment of psychiatric unit in-patients should be established. Our results indicate the necessity of a referring physician in each psychiatric department.

Keywords : somatic care, psychiatry, access to treatment, prevention, practical guidelines, multidisciplinary, general practice.

VU

NANCY, le **10 juin 2014**

Le Président de Thèse

NANCY, le **11 juin 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur J-P. KAHN

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6549

NANCY, le 17/06/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE :

Les souffrances somatiques intéressent la santé mentale à bien des égards mais nombre de psychiatres sont encore réticents à se préoccuper des soins somatiques pour des raisons de défaut de compétence et d'altération supposées du lien psychothérapique, alors que parallèlement nombre de confrères somaticiens présentent une certaine appréhension à suivre des patients souffrant de troubles psychiques. Nous avons réalisé un audit clinique ciblé sur la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie pour proposer la mise en œuvre d'actions d'améliorations. Nous avons rétrospectivement analysé sur une durée de deux ans les dossiers médicaux de tous les patients reçus en hospitalisation complète de psychiatrie et qui présentaient au moins une anomalie du bilan hépatique. Ces dossiers ont été analysés grâce à une grille de lecture polarisée sur les troubles hépatiques et référençant : les antécédents, les facteurs de risque d'hépatopathies, la réalisation d'examens clinique(s) et paraclinique(s) supplémentaire(s), la mention d'un diagnostic étiologique, l'organisation d'une prise en charge et le référencement dans le courrier de sortie de tous ces éléments. Nos résultats retrouvent qu'il conviendrait d'établir une base référentielle précise et formalisée détaillant les principes de la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie. Nous concluons par la nécessité de bénéficier de la présence d'un médecin généraliste référent dans chaque service de psychiatrie.

TITRE EN ANGLAIS

Somatic treatments in psychiatry: a descriptive study of laboratory tests and systematic involvement in terms of overall care.

MOTS CLEFS : soins somatiques, psychiatrie, accès aux soins, prévention, recommandations pratiques, pluridisciplinarité, médecine générale.

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex