

UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2013

N°

THESE

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Stéphanie CHENEAU,

Née le 29 juillet 1983 à Nantes

---

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2013

---

Evaluation de la prise en charge somatique d'un patient adulte admis en  
établissement public de santé mentale, exemple du CHGM la Roche-sur-Yon.

---

Président : Monsieur le Professeur VENISSE

Directeur de Thèse : Madame le Docteur FAVREAU

Evaluation de la prise en charge  
somatique d'un patient adulte admis en  
établissement public de santé mentale,  
exemple du CHGM la Roche-sur-Yon (85)

## Remerciements

**A Monsieur le Professeur J.-L. VENISSE**, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce Jury de Thèse.

*Je vous remercie de vos conseils avisés qui m'ont permis de rendre ce travail plus complet et interactif.*

**A Madame le Docteur D. FAVREAU**, pour avoir accepté de diriger et d'encadrer cette Thèse.

*Je vous remercie pour votre disponibilité, votre aide inestimable et le temps que vous m'avez consacré.*

**A Madame le Professeur J. LACAILLE**, pour avoir accepté de participer à ce Jury de Thèse.

*Je vous remercie pour votre enseignement tout au long de l'internat.*

**A Monsieur le Professeur G. POTEL**, pour avoir accepté de participer à ce Jury de Thèse.

*Je vous remercie pour votre engagement dans notre formation.*

**A l'équipe du Secteur Nord-Est du CHGM.**

*Je vous remercie de m'avoir permis de découvrir cette spécialité et de m'avoir accompagnée dans mon parcours professionnel.*

**A l'équipe du Pont Rouge.**

*Je vous remercie de m'avoir si bien accueillie et intégrée dans votre équipe.*

*A mes parents,*

*A mon frère,*

*A mes grands-parents et à ma famille,*

*A mes amis,*

*A Yvan.*

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1-HISTORIQUE ET PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>2</b>
1-1- Historique du Centre Hospitalier Georges MAZURELLE .....	2
1-2- Présentation de l'établissement .....	3
1-3- Les soins somatiques en EPSM .....	5
1-4- Les soins somatiques au CHGM.....	5
<b>2- LEGISLATION ET RECOMMANDATIONS HAS.....</b>	<b>7</b>
2-1- Loi du 5 juillet 2011 .....	7
2-2- Recommandations de la HAS .....	7
<b>3- DEFINITIONS .....</b>	<b>8</b>
3-1- Facteurs de risque cardiovasculaire .....	8
3-1-1- Hypertension artérielle .....	9
3-1-2- Diabète .....	9
3-1-3- Dyslipidémie .....	9
3-2- Comorbidités majeures .....	9
3-2-1- Obésité .....	9
3-2-2- Œnolisme.....	10
3-3- Médecin référent.....	11
3-4- Modes d'hospitalisation.....	11
3-4-1- Soins psychiatriques libres (SPL).....	11
3-4-2- Soins psychiatriques (SP) sous contrainte .....	11
3-4-2-1- SP à la demande d'un tiers (SPDT).....	11
3-4-2-2- SP à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) .....	12
3-4-2-3- SP à la demande d'un tiers en péril imminent (SPI) .....	12
3-4-2-4- SP sur décision d'un représentant de l'Etat (SPDRE).....	12
<b>4- EPIDEMIOLOGIE.....</b>	<b>13</b>
4-1- Prévalence des troubles psychiatriques.....	13
4-2- Morbi-mortalité en psychiatrie .....	13
4-3- Psychotropes et morbidité .....	14
4-4- Médecin généraliste référent.....	15
4-5- Données épidémiologiques locales.....	16

<b>5- METHODOLOGIE .....</b>	<b>17</b>
5-1- Modalités de l'étude .....	17
5-2- Les recueils .....	18
5-2-1- Premier recueil.....	18
5-2-1-1- Données administratives .....	18
5-2-1-2- Examen clinique .....	19
5-2-1-3- Para-clinique .....	21
5-2-1-3-1- Biologie .....	21
5-2-1-3-2- Electrocardiogramme .....	22
5-2-1-3-3- Autres examens .....	22
5-2-1-4- Thérapeutiques psychiatriques.....	23
5-2-2- Second recueil .....	23
5-2-2-1- Données administratives .....	23
5-2-2-2- Prise en charge hospitalière .....	23
5-2-2-2-1- Examen d'admission .....	23
5-2-2-2-2- Evaluation en cours d'hospitalisation.....	24
5-2-2-2-3- Thérapeutique.....	25
5-2-2-3- Organisation lors de la sortie.....	25
5-3- Les entretiens .....	26
<b>6- RESULTATS .....</b>	<b>27</b>
6-1- Echantillon analysé .....	27
6-2- Résultats à l'admission .....	30
6-2-1- Clinique.....	30
6-2-1-1- Délai.....	30
6-2-1-2- Constantes.....	30
6-2-1-3- Antécédents .....	31
6-2-2- Para-clinique.....	32
6-2-2-1- Biologie .....	32
6-2-2-2- ECG .....	34
6-2-2-3- Autres examens .....	35
6-2-3- Traitements à visée psychiatrique.....	35
6-3- Résultats à un mois .....	35
6-3-1- Administratif .....	35

6-3-2- Evolution .....	36
6-3-2-1- Clinique .....	36
6-3-2-2- Biologique .....	38
6-3-2-3- ECG .....	39
6-3-2-4- Imagerie .....	39
6-3-2-5- Avis spécialisé.....	39
6-3-2-6- Conduite thérapeutique .....	40
6-3-3- Organisation à la sortie .....	40
6-3-3-1- Prescriptions de sortie.....	40
6-3-3-2- Médecin traitant.....	41
6-4- Entretiens.....	42
6-4-1- Entretien numéro 1 .....	42
6-4-2- Entretien numéro 2 .....	42
<b>7- DISCUSSION.....</b>	<b>44</b>
7-1- Place et intérêt de l'étude.....	44
7-2- Les biais.....	44
7-2-1- Biais de sélection.....	45
7-2-2- Biais de technicité.....	45
7-2-3- Biais de population.....	45
7-2-4- Biais inhérents à l'organisation.....	46
7-3- Analyse des résultats.....	46
7-3-1- La santé somatique des usagers de psychiatrie en France.....	46
7-3-2- Prise en charge physique à l'EPSM Georges MAZURELLE.....	47
7-3-3- Antécédents et dossiers médicaux.....	48
7-3-4- Evaluation des pratiques.....	49
7-3-4-1- Biologie d'admission.....	49
7-3-4-2- ECG d'admission.....	50
7-3-5- Evaluation du suivi somatique au cours de l'hospitalisation.....	52
7-3-5-1- Clinique .....	52
7-3-5-2- Biologique .....	52
7-3-5-3- Electrocardiographique .....	53
7-3-5-4- Imagerie .....	53
7-3-5-5- Consultations spécialisées .....	53
7-3-5-6- Traitement.....	54
7-4- Synthèse de la comparaison entre recommandations et pratiques.....	54

7-5- A distance .....	55
7-5-1- Prescriptions de sortie .....	55
7-5-2- Médecin traitant .....	56
7-5-2-1- Prévalence du médecin traitant .....	56
7-5-2-2- Lien avec le médecin généraliste .....	56
7-6- Axes d'amélioration.....	57
7-6-1- Pendant l'hospitalisation .....	58
7-6-2- A la sortie et en ambulatoire .....	59
<b>Conclusion .....</b>	<b>61</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>62</b>
<b>Index des tableaux et figures .....</b>	<b>73</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>74</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>79</b>

## INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, les études sur l'association entre pathologie organique et pathologie mentale ont permis de constater une surmortalité par "causes naturelles" (hors suicides et morts violentes) des patients suivis en psychiatrie, par rapport à la population générale. S'y associe une plus forte prévalence des affections organiques, chez des personnes dont le suivi somatique aléatoire et un déni des troubles peuvent entraîner un retard diagnostique péjoratif.

La loi du 5 juillet 2011, relative aux soins des patients hospitalisés sous contrainte, mentionne la nécessité d'un examen somatique, prouvant la prise de conscience d'une problématique de santé publique.

L'établissement de santé mentale Georges MAZURELLE (EPSM GM ou CHGM) est très attentif à la prise en charge somatique des usagers. Des évaluations de pratiques professionnelles internes ont amené à la rédaction de préconisations locales ayant pour objectif d'uniformiser les pratiques tout en veillant à respecter les recommandations nationales de la Haute Autorité de Santé.

L'objet du présent travail est d'analyser la prise en charge somatique des patients hospitalisés, et de la comparer aux recommandations établies tant sur le plan local que national.

# 1-HISTORIQUE ET PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

## 1-1- Historique du Centre Hospitalier Georges MAZURELLE

Le Centre Hospitalier Georges MAZURELLE (CHGM) est un établissement ancien (1) : l'Asile de la Grimaudière, créé en 1846, accueille ses premiers malades en 1853. Ils étaient auparavant pris en charge dans les "loges" de l'hospice de Fontenay le Comte, mais la "Loi des Aliénés" de 1838 donne obligation aux départements de disposer d'un établissement spécialement destiné à recevoir et à soigner ces malades (2).

Jusqu'au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, l'Asile est administré par un Directeur-Médecin, placé sous l'autorité du Préfet (3). Il a un rôle administratif important (comptes, travaux, entretien), pourvoit à l'admission et à la sortie des aliénés. Il réunit à ces fonctions celles de médecin chef.

Des sœurs hospitalières et des infirmier(e)s sont attachés au service médical, ils sont présents jour et nuit dans l'Asile. Le médecin effectue une visite quotidienne des quartiers et prescrit chaque jour le régime alimentaire des patients, ainsi que les préparations pharmaceutiques.

Le 31 décembre 1867, 317 présents sont comptabilisés au sein de l'Asile. Il y a eu dans l'année 102 admissions, 47 sorties et 29 décès (4).

Les troubles sont classés en plusieurs catégories : folie simple, paralysie générale, idiotie, démences organiques, épilepsie.

La prise en charge et les traitements sont les mêmes pour tous les patients. L'isolement est alors considéré comme une condition nécessaire au soin en santé mentale. L'asile est donc construit à distance de la ville, entouré de hauts murs et de grilles. Les aliénés sont ainsi séparés de la population et des autres malades.

Sur désignation du Médecin-Directeur, le travail peut constituer un moyen de traitement et de distraction, associé à des occupations intellectuelles (jeux).

La spécialité se scinde au XX<sup>ème</sup> siècle : la neurologie concerne désormais les maladies provoquées par les lésions du système nerveux (encéphale, moelle épinière, nerfs périphériques), alors que la psychiatrie se consacre aux maladies sans lésion cérébrale établie ; une origine non organique est possible.

L'évolution des soins et des thérapeutiques, avec notamment l'apparition des neuroleptiques prescrits à partir de 1952, conduit à la transformation des asiles d'aliénés en hôpitaux psychiatriques, centres de traitement. C'est dans ce contexte, en 1958, que M. Georges MAZURELLE est nommé directeur. Il est le premier directeur administratif (non médecin) de l'établissement.

Dès son arrivée, le soin à l'hôpital de la Grimaudière prend une nouvelle orientation. Au sein de la structure, les grilles sont retirées, les hauts murs d'enceinte détruits. L'environnement extérieur est aménagé (jardins) ; les malades peuvent revêtir leurs vêtements personnels.

Dans le même temps, émerge la notion de sectorisation, dont l'objectif est de prioriser une prise en charge extrahospitalière. Des équipes médico-sociales de proximité sont en lien avec un service hospitalier référent, pour chaque secteur. La Vendée est un des départements précurseurs ; la sectorisation y est organisée dès 1967.

De ce fait, de nouveaux pavillons sont érigés dans les années 1970, correspondant à la répartition sectorielle.

Après son décès en 1981, l'établissement prend le nom de Georges MAZURELLE, initiateur de cette politique d'ouverture.

## 1-2- Présentation de l'établissement

Depuis 1981, l'évolution se poursuit. Actuellement, l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Georges MAZURELLE (GM) est le centre hospitalier spécialisé de référence d'une partie importante de la Vendée, et d'un nombre croissant d'habitants (470 000 en 2009). (Annexe 1 : Répartition des secteurs en Vendée).

La majorité des patients est prise en charge dans les centres médico-psychologiques (CMP) de secteur. L'offre de soins s'est diversifiée, avec l'intervention de professionnels dans les services d'urgences du Centre Hospitalier Départemental de La Roche-sur-Yon et de celui des Sables d'Olonne. Des hôpitaux de jour sont créés. Des appartements thérapeutiques permettent un soin de proximité extrahospitalier du patient, dans le cadre d'un projet de soins. Une équipe mobile de psychiatrie propose des visites dans les établissements médico-sociaux.

L'hospitalisation complète ne concerne que 20% des patients du secteur de la Roche-sur-Yon. A l'EPSM Georges MAZURELLE, les pavillons de 1975 sont encore utilisés, mais de nouveaux bâtiments conformes aux normes actuelles sont fonctionnels depuis avril 2013 ; d'autres le seront en 2014. De vastes espaces verts et des massifs sont aménagés.

Le CHGM se compose de 4 pôles d'hospitalisation adulte (correspondant aux 4 secteurs géographiques dépendant de l'EPSM), 3 pôles sectorisés de pédopsychiatrie, un autre dédié aux adolescents, une fédération « Mosaïque » consacrée aux patients déficitaires polyhandicapés. (Annexe 2 : Secteurs de psychiatrie adulte).

En 1986, 50 lits de "Longs Séjours", à visée gériatrique ont été créés, auxquels s'ajoutent en 2000 48 lits de courts séjours gériatriques (12 par pôle "adulte").

Depuis 2005, une maison d'accueil spécialisée (MAS) attachée à l'EPSM GM, accueille 40 résidents à la Roche-sur-Yon ; une seconde de 60 lits a ouvert en 2010 à Longeville-sur-Mer.

La capacité d'accueil actuelle en psychiatrie adulte (MAS exclues) est de 293 lits en hospitalisation complète, 196 en hôpital de jour, 50 en long séjour.

En 2009, lors de la visite du contrôleur des lieux de droits de privation, les chiffres rapportent pour l'année précédente un nombre total de 3042 hospitalisations (tous modes d'admission inclus) (5).

En 2012, la durée moyenne de séjour pour un adulte à l'EPSM, est de 37,58 j, tous secteurs confondus, incluant l'admission, la longue hospitalisation et la gériatrie.

Pour diversifier l'offre de soins, des prises en charge intersectorielles sont proposées aux patients, dont les Thérapies à Médiation Corporelle.

### 1-3- Les soins somatiques en EPSM

Les unités de soins somatiques sont apparues dans les hôpitaux psychiatriques surtout depuis 1980, presque un siècle après la scission entre la neurologie et la psychiatrie. La prise en charge du patient devient pluridisciplinaire, tente d'être globale (6) ; la considération de la plainte somatique favorise le soin psychiatrique (7).

Actuellement en France, de plus en plus d'établissements de santé mentale ont un service de soins somatiques, mais l'articulation avec les soins psychiatriques diffère selon les hôpitaux. Dans beaucoup de centres, les médecins généralistes ne sont sollicités qu'en cas de problème somatique et après avis du psychiatre (8). En 2010 en Ile-de France, moins de la moitié des hôpitaux avaient un dispositif dédié aux soins somatiques (9).

### 1-4- Les soins somatiques au CHGM

C'est à la Roche-sur-Yon qu'ont été organisées les premières journées de l'association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale, en septembre 2002. Ces journées portaient sur les "soins somatiques en santé mentale, une question de dignité", illustrant l'engagement de l'établissement dans la santé somatique des usagers (6) .

Celle-ci tient depuis longtemps une place importante dans le soin à l'EPSM GM. En effet, le service d'explorations fonctionnelles et de soins somatiques existe depuis 1963 et s'est structuré en pôle.

Actuellement, ce pôle intègre 2 infirmières DE temps plein (TP) dont une spécialisée dans la pratique des électroencéphalogrammes et l'autre en hygiène hospitalière, 2 manipulateurs TP d'électroradiologie réalisant les radiographies et électrocardiogrammes, un kinésithérapeute TP, une ergothérapeute TP, une podologue (0,1 TP), une secrétaire TP et un praticien hospitalier TP de médecine polyvalente, responsable du pôle.

Différents spécialistes médicaux interviennent. Deux cardiologues, un pneumologue, un gynécologue, un neurologue et des pédiatres du centre hospitalier général effectuent des consultations sur le site dans le cadre de leur activité d'intérêt général. De même, un dentiste libéral réalise les soins dentaires. Les clichés radiographiques sont interprétés par un radiologue du centre hospitalier général qui intervient une demi-journée par semaine.

En outre, au CHGM, depuis une dizaine d'années, chaque secteur de psychiatrie adulte générale dispose d'un médecin généraliste à temps plein, à l'exception des longs séjours de la fédération de géro-psycho-geriatrie, où exerce un praticien à temps partiel (5). Cela représente un total de 5,5 ETP de médecine générale pour l'établissement.

A l'EPSM GM, tout patient admis est systématiquement examiné. En cours d'hospitalisation, le médecin somaticien peut intervenir à la demande de l'équipe soignante, en cas de plainte du patient, ou sur sollicitation du psychiatre. Les omnipraticiens assurent la permanence des soins de la structure hospitalière, en participant aux gardes sur site avec les internes, le psychiatre effectuant une astreinte opérationnelle.

En parallèle, et même en amont des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (10), des analyses de bonnes pratiques ont été menées afin d'uniformiser celles-ci au sein de l'établissement, pour une meilleure qualité de soins des usagers (11)(12). La prise en charge somatique s'est étoffée, intégrant des objectifs de prévention et de suivi des pathologies chroniques.

Cela permet une évaluation globale du patient au cours de l'hospitalisation.

## 2- LEGISLATION ET RECOMMANDATIONS HAS

### 2-1- Loi du 5 juillet 2011

*"Art. L. 3211-2-2. – Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques en application des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète. Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux articles L. 3212-1 ou L. 3213-1." (13)*

L'examen somatique à l'admission est désormais prévu par la loi, dans le cas de soins psychiatriques sous contrainte. Cela prouve l'importance en santé publique, des comorbidités somatiques et de leur prise en charge.

### 2-2- Recommandations de la HAS

*En 2010, la HAS a établi des recommandations concernant les soins somatiques, "les symptômes psychiatriques pouvant être l'expression d'une pathologie somatique sous-jacente. C'est pourquoi un examen médical doit toujours être réalisé, notamment à l'admission d'un malade en hospitalisation. Un même patient peut présenter une pathologie psychiatrique et une pathologie somatique, là encore les investigations médicales devront envisager cette comorbidité. Par ailleurs, l'évolution d'une pathologie mentale peut amener un patient à prendre certains risques dans le champ somatique (alimentation, usage de toxiques) ou à ne pas réaliser d'éventuels soins nécessaires. La maladie mentale peut masquer ou modifier l'expression de certains symptômes (douleur). Les traitements administrés (psychotropes) vont occasionner des effets secondaires ou modifier certains fonctionnements métaboliques. Depuis plusieurs années, les professionnels insistent sur le besoin de meilleure prise en compte de la dimension somatique des soins à apporter en psychiatrie" (10).*

### 3- DEFINITIONS

#### 3-1- Facteurs de risque cardiovasculaire

L'exposition d'une personne à un facteur de risque cardiovasculaire (FDR CV) augmente le risque de survenue de la maladie coronarienne alors que la suppression ou l'amélioration de ce facteur diminue le risque (14)(15).

Le tabagisme actif, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le diabète, les antécédents familiaux ont été identifiés comme les principaux facteurs de risque cardiovasculaire. L'obésité et la sédentarité sont considérées comme des facteurs prédisposants (Tableau 1) (14).

En psychiatrie, il est important de les identifier au cours de la prise en charge du patient, car le risque cardiovasculaire est accru, notamment par les traitements (16)(17)(18)(19)(20).

**Tableau 1 : facteurs de risque cardiovasculaire devant être pris en compte pour le choix de l'objectif thérapeutique selon les valeurs de LDL-cholestérol**

<p><b>Facteurs de risque</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Age</b> - homme de 50 ans ou plus - femme de 60 ans ou plus</li><li>• <b>Antécédents familiaux de maladie coronaire précoce</b> - infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1<sup>er</sup> degré de sexe masculin ; - infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1<sup>er</sup> degré de sexe féminin.</li><li>• <b>Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans</b></li><li>• <b>Hypertension artérielle permanente traitée ou non</b> (<i>se reporter aux recommandations spécifiques</i>)</li><li>• <b>Diabète de type 2 traité ou non</b> (<i>se reporter aux recommandations spécifiques</i>)</li><li>• <b>HDL-cholestérol &lt; 0,40 g/l (1,0 mmol/l) quel que soit le sexe</b></li></ul>
<p><b>Facteur protecteur</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>HDL-cholestérol <math>\geq</math> 0,60 g/l (1,5 mmol/l)</b> : soustraire alors "un risque" au score de niveau de risque</li></ul> <p><i>Exemple : une femme de 60 ans ayant une concentration de HDL-cholestérol égale à 0,70 g/l (1,8 mmol/l), est considérée comme sans facteur de risque.</i></p>

### 3-1-1- Hypertension artérielle

Elle se définit par une pression artérielle supérieure à 140/90 mmHg (130/80 mmHg chez un patient diabétique).

### 3-1-2- Diabète

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le diabète est diagnostiqué lorsque 2 glycémies à jeun sont supérieures à 7 mmol/l (1.26g/l).

Si la glycémie à jeun est comprise entre 1,10 et 1,26 g/l, le sujet est considéré atteint d'hyperglycémie à jeun (intolérance au glucose). Il n'est pas diabétique mais à haut risque de le devenir en l'absence de mesures hygiéno-diététiques.

### 3-1-3- Dyslipidémie

En fonction du nombre de FDR CV, le bilan lipidique s'interprète différemment.

## 3-2- Comorbidités majeures

### 3-2-1- Obésité

L'obésité, très fréquente chez les patients de psychiatrie (21), peut être d'origine multifactorielle : un mode de vie sédentaire, une alimentation non adaptée, la pathologie, les thérapeutiques (22)(23).

L'OMS a défini l'Indice de Masse Corporelle (IMC) comme le standard d'évaluation des risques liés au poids. L'IMC se calcule par le poids, divisé par la taille au carré.

En cas d'IMC inférieur à 16,5, la personne est dénutrie. Sa santé est menacée.

Un IMC entre 16,5 et 18,5 définit un état de maigreur.

La personne est en surpoids quand l'IMC se situe entre 25 et 30.

Un IMC supérieur à 30 signifie une obésité, qui est qualifiée de modérée entre 30 et 35, de sévère entre 35 et 40, de morbide au-delà de 40.

L'obésité n'est pas toujours considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire indépendant. Cependant, c'est une comorbidité liée aux facteurs de risque cardiovasculaire. Elle favorise la survenue d'un diabète de type 2, et est souvent liée à des anomalies du profil lipidique.

Elle peut entraîner l'apparition d'autres pathologies chroniques, tel le syndrome d'apnée du sommeil.

### 3-2-2- Œnolisme

La consommation d'alcool est liée à un grand nombre de comorbidités.

Les études estiment qu'une consommation modérée d'alcool (jusqu'à environ 20 g/j) est associée à une diminution de la mortalité par maladie cardiovasculaire (infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux réunis). Le risque semble augmenter pour des consommations supérieures, mais peu de données l'objectivent (24).

La plupart des études prospectives montrent en effet un accroissement du risque global d'accident vasculaire cérébral (AVC). Toutefois, le risque diffère selon le type d'AVC considéré : on observerait une diminution de l'incidence des AVC ischémiques, et une augmentation des AVC hémorragiques.

En outre, on constate une élévation des chiffres de la pression artérielle systolique et diastolique dose-dépendante, essentiellement pour des consommations supérieures à 20 g/j (environ 2 verres)(25)(26). L'augmentation de la pression artérielle liée à la consommation d'alcool contribue à l'aggravation de la mortalité par maladie coronarienne et à la majoration du risque d'accident vasculaire cérébral (24).

Une alcoolisation aiguë peut entraîner des arythmies cardiaques, le plus fréquemment une fibrillation auriculaire.

Il existe également une augmentation spécifique, dose-dépendante de la concentration des lipoprotéines de haute densité (HDL, High Density Lipoprotein), fraction du cholestérol plasmatique dite protectrice.

### 3-3- Médecin référent

Depuis 2005, il est conseillé de déclarer un médecin traitant référent auprès de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) ou des autres caisses (27).

Le médecin traitant assure les soins habituels et de prévention que nécessite son patient. Il met en place le suivi médical personnalisé, l'oriente si besoin vers un spécialiste pour une consultation ponctuelle voire des soins récurrents. Il tient à jour son dossier médical, coordonne son parcours de soins, centralise les avis des autres intervenants médicaux et soignants.

### 3-4- Modes d'hospitalisation

#### 3-4-1- Soins psychiatriques libres (SPL)

Ce sont des soins organisés avec l'accord ou à la demande de l'utilisateur.

#### 3-4-2- Soins psychiatriques (SP) sous contrainte

Ils sont organisés lorsque la personne présente des troubles mentaux rendant son consentement impossible, nécessitant des soins immédiats en milieu hospitalier, avec une dangerosité pour lui-même, pour autrui ou pour l'ordre public. La date et l'heure de rédaction doivent être précisées sur le certificat afin de déterminer le début de la prise en charge tant sur le plan médical qu'administratif. (Annexe 3 : Modalités d'hospitalisation sans consentement).

##### 3-4-2-1- SP à la demande d'un tiers (SPDT)

Deux certificats médicaux sont nécessaires à l'admission, ainsi qu'une demande de tiers.

#### 3-4-2-2- SP à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU)

Un seul certificat émanant d'un médecin, y compris de l'établissement d'accueil, est nécessaire, accompagné de la demande de tiers.

#### 3-4-2-3- SP à la demande d'un tiers en péril imminent (SPI)

Lorsqu'il n'y a pas de tiers proche du patient, et que celui-ci est en danger immédiat, le directeur de l'établissement prononce l'hospitalisation ; un seul certificat médical est obligatoire, établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

#### 3-4-2-4- SP sur décision d'un représentant de l'Etat (SPDRE)

Si le patient est en danger immédiat ou trouble l'ordre public, c'est un arrêté préfectoral qui décide de l'hospitalisation, accompagné d'un certificat médical d'un praticien extérieur à l'établissement.

## 4- EPIDEMIOLOGIE

### 4-1- Prévalence des troubles psychiatriques

Bien qu'il soit difficile d'établir des données fiables, on estime à 1,4 millions le nombre d'adultes suivis pour une pathologie psychiatrique ; 70% ne seront jamais hospitalisés.

La prévalence est évaluée à 1% de la population pour la schizophrénie, de 5 à 15% pour la dépression (28)(29). Une étude épidémiologique réalisée en 2005 en France, estimait le nombre de personnes ayant eu une pathologie psychiatrique dans la vie, à un tiers de la population (30). Toutefois, dans de nombreuses situations il n'y a pas de diagnostic porté.

### 4-2- Morbi-mortalité en psychiatrie

Les résultats des multiples études réalisées au cours des dernières années éliminent l'hypothèse d'une protection physique pour les patients suivis en psychiatrie. Au contraire, c'est une augmentation de leur morbi-mortalité qui a été mise en évidence, justifiant la nécessité d'une prise en charge globale (31). Dans ce contexte, émergent les notions de prévention, et de suivi pour les usagers de soins en santé mentale.

Le dépistage est moindre chez ces patients, peu suivis en soins primaires. Une même pathologie chronique, tels l'hypertension artérielle ou l'asthme, sera moins équilibrée que dans la population générale (21)(32)(33).

Les études, menées principalement auprès de patients schizophrènes, montrent un risque de survenue d'événement cardiovasculaire accru (25)(34)(35). Les cas de diabète, de dyslipidémie sont fréquents ; on constate des conduites addictives et un tabagisme actif majorés par rapport à la population générale (32). Leur mode de vie sédentaire augmente encore la probabilité d'apparition d'une pathologie cardiovasculaire ou d'autres comorbidités (obésité). A titre d'exemple, pour les patients schizophrènes hospitalisés en Espagne en 2005, il y a 5 fois plus de risque qu'un diabète apparaisse que dans la population générale.

Le sur-risque semble concerner toutes les pathologies psychiatriques, et entraîne un nombre plus élevé d'hospitalisations en centre hospitalier général (21).

Parmi une population étudiée à l'EPSM de Maison Blanche en 2004, 48,6 % des patients présentaient une pathologie somatique associée à leurs troubles psychiatriques.

La mortalité des patients en psychiatrie est également plus élevée que dans la population générale (21)(35)(36). Bien que le taux de suicide soit important, ce n'est pas la seule explication (22)(32). On estime à 60% le risque d'une mort prématurée, hors suicide, chez un patient souffrant de troubles psychiatriques, suite à des comorbidités somatiques souvent non diagnostiquées (16)(23)(33).

En excluant la mortalité par suicide, un patient atteint de schizophrénie a une espérance de vie écourtée de 9 à 12 ans par rapport à la population générale. Parmi les causes de décès, les maladies cardio-vasculaires, respiratoires, infectieuses sont "sur représentées", ainsi que les cancers notamment pulmonaires et laryngés (37)(38).

Les études portant sur d'autres pathologies psychiatriques confirment la morbi-mortalité somatique élevée. Pour une personne bipolaire, la probabilité de mourir suite à un événement cardiovasculaire est supérieure à une personne qui ne l'est pas (18). Une analyse réalisée aux Etats-Unis en 2009 retrouve un "standardized mortality ratio" (SMR), ratio entre les décès constatés et les décès attendus, de 1.6 (39).

Ces données mettent en évidence la nécessité d'actions de soins à mener (7).

Selon les études, en 2004, 45% des pathologies somatiques associées à une pathologie psychiatrique n'étaient pas diagnostiquées (40). Des examens de dépistage de routine permettraient d'en détecter 90%.

Il existe donc un nombre important de pathologies somatiques chez des personnes, dont le suivi est plus aléatoire que celui de la population générale, avec un dépistage moindre, des refus de traitement, et une observance délicate (31)(32)(41).

Le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire s'avère primordial, alors que l'accès aux soins primaires de ces usagers est précaire (16)(17)(18)(42).

Une approche du patient dans sa globalité, par un travail pluridisciplinaire, facilite une prise en charge cohérente des besoins somatiques et psychiatriques.

#### 4-3- Psychotropes et morbidité

Les antipsychotiques contribuent à l'augmentation du risque de pathologie cardiaque et de déséquilibre métabolique, surtout si le patient présente des facteurs de risque cardiovasculaire (23). Les traitements neuroleptiques entraînent fréquemment une prise de poids (22), paramètre à évaluer régulièrement.

La connaissance du traitement antérieur est importante (21)(42). La surveillance d'un traitement neuroleptique et antipsychotique est clinique et biologique (17). La tolérance et l'apparition d'effets secondaires doivent être contrôlées. Des symptômes neurologiques, tels un syndrome extrapyramidal, un syndrome malin des neuroleptiques peuvent survenir. Le syndrome malin, accident rare (incidence : 0.5%) mais grave, avec mise en jeu du pronostic vital (20% de décès sans traitement), associe hyperthermie sévère, pâleur, collapsus, sueurs profuses, rigidité extrapyramidale, hypotension, tachycardie, coma. De ce fait, la survenue d'une hyperthermie inexplicée chez un patient sous psychotrope impose l'arrêt immédiat du traitement.

Les recommandations nationales conseillent, pour la surveillance d'un traitement par neuroleptiques, d'être attentif à la clinique, aux constantes (fréquence cardiaque, pression artérielle, température) surtout à l'initiation du traitement (17). Le bilan sanguin initial recommandé comprend une numération formule sanguine, un ionogramme sanguin, une estimation de la fonction rénale, un bilan hépatique, et un test de grossesse si besoin. Au cours du traitement, une surveillance de la glycémie, du bilan lipidique sont nécessaires, indépendamment des mesures de surveillance particulières à certains traitements comme la clozapine.

Dans un article sur les soins somatiques en 2009, le journal *Nervure* étend ces préconisations de bilan biologique à la surveillance de tous les psychotropes, dont les antipsychotiques, les antidépresseurs, les thymorégulateurs (41).

En cas de facteurs de risque cardiaque, avant instigation du traitement, et dans le cadre du suivi, il est recommandé de pratiquer un électrocardiogramme qui détectera l'éventuelle survenue d'effets indésirables (hypotension orthostatique, allongement de l'espace QT à l'origine de syncopes, voire de mort subite par fibrillation ventriculaire) (17)(19)(20)(42).

#### 4-4- Médecin généraliste référent

Dans le cadre des soins donnés aux malades suivis en psychiatrie, le médecin généraliste se doit d'assurer les soins primaires, la continuité au long cours, la synthèse des informations ; cela implique une alliance thérapeutique souvent difficile à établir (44).

Bien que le soin extrahospitalier des patients de psychiatrie se développe, leur prise en charge globale est encore ardue. Les difficultés du suivi, tant psychiatrique que somatique

sont souvent inhérentes à la pathologie : altération du schéma corporel, déni des douleurs, moins de recherche de soins médicaux appropriés (33).

Les patients suivis en psychiatrie ont moins de médecin traitant que la population générale, comme le révélait une étude à l'hôpital de Maison Blanche en 2004 (31). Seulement 26.4% des patients identifiaient un médecin traitant, généraliste pour 18.5%. En cas de pathologie somatique, ce qui concernait 48.6% des sujets, la proportion variait très peu. En comparaison, au service d'accueil d'urgences de Paris un an plus tard, 78% des personnes admises déclaraient un médecin traitant (42).

En 2007, dans un CMP de région parisienne, 33% seulement avaient rencontré un médecin généraliste dans l'année ; le nom du praticien apparaissait dans 27% des dossiers du CMP (43). Cependant, 65% des patients suivis disaient avoir un médecin traitant, même si beaucoup avouaient ne pas avoir consulté depuis longtemps.

En 2008, à Strasbourg, parmi 134 patients hospitalisés en psychiatrie depuis moins d'un mois, 39,6% avaient un médecin traitant déclaré ; la proportion augmentait à 48% en cas de comorbidité somatique.

#### 4-5- Données épidémiologiques locales

Le CHGM se situe à la Roche-sur-Yon ; il est le centre hospitalier de référence de la majorité du territoire vendéen pour les soins psychiatriques. Le reste du département se rattache à 2 unités de psychiatrie hospitalière, localisées à Challans et Fontenay le Comte.

Le centre hospitalier drainait une population de 369 500 habitants en 2003.

Le nombre d'hospitalisations augmente chaque année. En 2011, 2853 séjours étaient comptabilisés, dont 22,5% sous contrainte, en secteur adulte et de géro-psycho-geriatrie. (Annexe 4 : Répartition des admissions au CHGM en hospitalisation complète par mode de soin). En 2012, 2988 admissions ont été réalisées, dont 20,25% sous contrainte. Au cours du premier trimestre 2013, 779 patients ont été admis. Cela permet d'estimer à environ 3100 le nombre d'hospitalisations pour cette année, dont 18,1% sous contrainte.

## 5- METHODOLOGIE

L'ensemble des données bibliographiques des dernières années met en évidence une surmortalité par cause naturelle des patients suivis en psychiatrie (37). Leurs troubles rendent le suivi en soins primaires aléatoire, et entraînent un sous-diagnostic des comorbidités. L'hospitalisation en psychiatrie peut permettre, dans le cadre d'une évaluation globale du patient, une approche des problématiques somatiques.

Parallèlement, la législation concernant l'admission des usagers hospitalisés sous contrainte s'est formalisée.

Par ce travail, nous souhaitons analyser l'application des recommandations nationales et locales au CHGM, afin d'optimiser le parcours de soins hospitalier des usagers.

### 5-1- Modalités de l'étude

Nous avons étudié la prise en charge somatique des patients en psychiatrie adulte au sein de l'EPSM Georges MAZURELLE par une étude prospective, transversale, incluant 50 dossiers de patients présents le jour du début de l'étude (admis jusqu'au 23 avril 2013) et admis depuis moins d'un mois (depuis le 23 mars 2013).

Le nombre de dossiers sélectionnés est le même que dans plupart des études effectuées sur le site du CHS (tabagisme, chutes). Ainsi, le taux de représentativité est comparable, et analysable, dans un établissement d'environ 300 lits.

Les patients inclus sont des adultes (plus de 18 ans), hospitalisés dans les pavillons dits d'admission des 4 secteurs géographiques (nord-est, sud-est, nord-ouest, sud-ouest), et dans le service de courts séjours de la Fédération de géro-psycho-geriatrie (fédération sous divisée en 2 unités : est et ouest). Dix dossiers de chaque secteur de psychiatrie adulte et 5 de chaque unité de courts séjours sont inclus.

Les critères d'exclusion sont les hospitalisations supérieures à un mois et les hospitalisations séquentielles, c'est-à-dire les séjours itératifs programmés dans le cadre d'un plan de soins. En cas de mutation intersectorielle en cours d'hospitalisation, c'est la date d'admission dans l'établissement qui est prise en compte.

Le choix des dossiers s'effectue de manière aléatoire par ordre alphabétique, en sélectionnant les 10 premiers noms de patients de chaque pavillon entrant dans les critères d'inclusion.

L'étude est réalisée à partir du dossier médical informatisé unique du patient ; le logiciel utilisé à l'EPSM GM est CORTEXTE®. L'accès au dossier individualisé est sécurisé ; l'utilisateur n'est autorisé à accéder qu'aux dossiers des patients dont il a la charge. Les éléments nécessaires à l'enquête sont recueillis dans la partie "soins et suivi somatiques" du dossier médical informatisé, les transmissions infirmières, dans les onglets "antécédents" et "surveillance", et la partie administrative. Le dossier "papier" n'est donc pas pris en compte.

Une grille de recueil de données est établie, comme base de l'enquête.

Un deuxième recueil est effectué un mois plus tard à partir d'une seconde grille, sur les mêmes dossiers, pour évaluer le suivi et la prise en charge au cours de l'hospitalisation. Le mode de recueil de données est identique.

Afin d'appréhender le ressenti des usagers sur le soin somatique, des entretiens individuels sont également réalisés. Le psychiatre référent effectue la sélection parmi les patients présents, hospitalisés depuis moins d'un mois.

## 5-2- Les recueils

### 5-2-1- Premier recueil

(Annexe 5 : Recueil de données numéro 1).

#### 5-2-1-1- Données administratives

##### - *Mode d'admission et critères d'hospitalisation*

Le mode d'admission peut influencer sur la prise en charge somatique. La réceptivité et la compliance du patient sont parfois altérées, notamment lors de soins sous contrainte.

Dans le cadre de notre étude, nous ne considérons comme hospitalisation que les séjours à temps plein. Le délai entre deux hospitalisations est décompté à partir de la date de sortie.

- *Motif d'admission*

Il correspond au diagnostic principal posé pour le patient. Ainsi, un patient schizophrène hospitalisé pour addictologie ou recrudescence anxieuse sera défini comme admis pour "maladie psychotique".

- *Organisation de l'admission*

Le médecin généraliste pose l'indication d'une hospitalisation, contacte le psychiatre, parfois à la demande du patient.

La décision peut également être prise par le médecin psychiatre référent.

Dans certaines situations, le patient se présente de lui-même à l'EPSM GM pour y être admis.

L'admission est parfois organisée depuis le centre médico-psychologique où se trouve le patient. Si elle est différée de quelques jours, il retourne à son domicile entre-temps.

Enfin, un transfert peut être programmé à partir d'un service hospitalier, dont les urgences.

- *Médecin traitant*

Dans notre recueil, le médecin dit traitant est un médecin généraliste en activité, dont le nom figure dans la partie administrative du dossier médical informatisé du patient.

Il n'est pas précisé s'il s'agit du médecin référent déclaré par le patient, ni s'il le prend toujours en charge.

#### 5-2-1-2- Examen clinique

L'examen clinique et les examens para-cliniques pratiqués sont standardisés dans l'établissement.

Outre un examen physique général, la prise en charge somatique priorise le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire, du fait de leur forte prévalence chez ces patients, et de l'incidence des thérapeutiques. L'examen comprend, entre autres, la surveillance des paramètres à suivre au cours d'un traitement psychotrope (17).

- *Examen physique*

La loi du 5 juillet 2011 impose un examen somatique complet à tout patient hospitalisé sous contrainte, dans les 24 premières heures de l'hospitalisation (l'horodatage du premier certificat établissant l'heure de la prise en charge) (13). Au CHGM, un examen physique est pratiqué à l'admission de chaque patient, quels que soient l'heure et le motif d'entrée.

L'examen clinique peut être qualifié de : "normal" : rapporté dans le dossier sans particularité précisée, ou d'"anormal" dans le cas contraire. Si aucun examen physique d'admission n'est mentionné dans le dossier médical, il sera "non renseigné".

- *Constantes*

Les constantes sont des paramètres vitaux, pouvant être altérés en cas d'intolérance médicamenteuse ou de problème somatique. Il s'agit de la pression artérielle, des fréquences cardiaque et respiratoire, de la saturation en oxygène, de la glycémie capillaire.

L'objectif est de quantifier le contrôle des constantes lors de l'admission du patient et d'évaluer le délai.

L'IMC est également noté.

- *Antécédents*

Dans notre étude, les pathologies cardiovasculaires sont séparées des autres antécédents médicaux. Sont considérés comme antécédents cardiovasculaires : une pathologie cardiaque (trouble du rythme, ischémie, valvulopathie), un facteur de risque cardiovasculaire. L'obésité et le tabagisme, ne sont pas inclus dans les antécédents cardiovasculaires.

Les autres antécédents personnels du patient sont rapportés : épilepsie, néoplasie, antécédents chirurgicaux et autres, associés aux éventuelles pathologies actuelles.

L'addictologie potentiellement mentionnée regroupe : l'addiction à l'alcool, aux toxiques, excluant le tabac, non pourvoyeur d'hospitalisation en psychiatrie.

Le tabagisme, très présent, n'est pris en compte que s'il est mentionné lors de l'examen clinique.

Le statut vaccinal des patients n'est pas étudié dans ce travail.

### 5-2-1-3- Para-clinique

#### 5-2-1-3-1- Biologie

##### - *Bilan d'admission*

Suite à un travail d'évaluation, les praticiens de l'EPSM GM ont défini en 2009 un bilan sanguin d'admission standardisé, pour uniformiser les pratiques au sein de l'hôpital (12).

Ce bilan biologique comprend la recherche d'une étiologie organique à un déséquilibre psychique ou à la décompensation de pathologies psychiatriques. Il s'inscrit également dans le suivi des thérapeutiques ; c'est le cas par exemple de la calcémie et de la TSH surveillées lors d'un traitement par lithium.

Le bilan biologique participe au dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire (bilan lipidique), et d'autres comorbidités fréquentes (bilan hépatique) chez ces patients exposés.

Il intègre le bilan sanguin recommandé lors de l'initiation de neuroleptiques (numération formule sanguine, ionogramme, bilan rénal, hépatique et un test de grossesse au besoin) et en cours de traitement (surveillance de la glycémie, du bilan lipidique).

L'ensemble de ces données est regroupé dans le bilan sanguin d'admission qui comporte : numération formule, ionogramme, créatininémie, urémie, protidémie, calcémie, glycémie à jeun, transaminases hépatiques, GGT, TSH, TP, cholestérol et triglycérides. Un bilan d'entrée conforme aux recommandations internes comprend tous ces éléments, et uniquement ces éléments.

Il est réalisé au maximum dans la 1<sup>ère</sup> semaine de l'hospitalisation. Passé ce délai, il n'est plus considéré comme étant d'admission.

Les recommandations locales suggèrent de ne pas répéter un bilan biologique considéré normal qui aurait été réalisé depuis moins de 3 mois, y compris en ville.

La prise de connaissance des résultats doit être mentionnée dans CORTEXTE®.

- *Examens biologiques supplémentaires*

Ce sont les examens sanguins non inclus dans le bilan d'entrée, prescrits lors de l'admission. Leur justification doit être précisée dans le dossier.

5-2-1-3-2- Electrocardiogramme

D'après les recommandations de la HAS, un électrocardiogramme (ECG) doit être réalisé avant le début d'un traitement par psychotropes, en cas de facteurs de risque cardiaque (17)(42).

Au CHGM, depuis une évaluation menée en 2008 (11)(19)(20), il est préconisé, sauf tracé récent, de prescrire un ECG avant de débiter un traitement antipsychotique puis, pour le suivi ultérieur, d'en réaliser un annuellement.

L'analyse de l'ECG doit être reportée dans le dossier médical informatisé. La demande d'interprétation du tracé par un cardiologue est laissée à l'appréciation du médecin prescripteur.

5-2-1-3-3- Autres examens

Ce sont les consultations spécialisées ou les examens complémentaires non biologiques prescrits à l'issue de l'examen d'admission du patient. Là encore, leur indication doit être justifiée.

#### 5-2-1-4- Thérapeutiques psychiatriques

Sont considérés psychotropes tous les médicaments à visée psychiatrique ou à visée neuropsychiatrique.

#### 5-2-2- Second recueil

(Annexe 6 : Recueil de données numéro 2).

##### 5-2-2-1- Données administratives

- Statut administratif du patient

Il est utile de le connaître pour l'analyse des éventuelles ordonnances de sortie.

- Durée de séjour

L'hospitalisation étudiée ne concerne que les pavillons d'admission.

La durée de séjour est établie en jours. Pour les patients encore hospitalisés, il s'agit, pour cette seconde analyse, du temps de leur hospitalisation.

Si le patient est sorti, puis de nouveau hospitalisé lors du second recueil, l'analyse ne prend en compte que l'hospitalisation du 1<sup>er</sup> recueil.

##### 5-2-2-2- Prise en charge hospitalière

Le travail a pour objectif d'étudier l'organisation des soins somatiques, notamment en présence d'examen anormaux. L'analyse permet de préciser la proportion d'"anomalies" clinico-biologiques détectées chez les usagers de l'EPSM GM à l'admission et pendant leur hospitalisation.

##### 5-2-2-2-1- Examen d'admission

- *Examen physique d'admission*

Cet élément rappelle l'état physique du patient lors de l'examen d'admission.

- *Bilan biologique d'admission*

C'est le bilan d'admission qui est pris en compte : réalisé à l'arrivée du patient, ou dans le service d'amont, ou lors d'une hospitalisation précédente (datant de moins de 3 mois).

Lors du premier recueil, seule la conformité vis à vis des recommandations locales était précisée. Pour évaluer le suivi, la seconde partie de l'étude s'attache aux résultats biologiques du bilan.

#### 5-2-2-2- Evaluation en cours d'hospitalisation

- *Evaluation clinique*

L'enquête dénombre les prises en charges somatiques et leur motif au cours de l'hospitalisation.

En cas d'hospitalisation supérieure à 3 semaines, une nouvelle évaluation de l'IMC est préconisée. Le suivi du poids est également recommandé pour les patients sous traitement psychotrope.

- *Evaluation biologique*

Dans l'étude, une nouvelle biologie sera définie par un bilan sanguin postérieur au bilan d'admission, quel qu'en soit le contenu.

On s'attache à nouveau aux résultats de ce bilan.

- *ECG*

Les recommandations locales et nationales proposent un suivi ECG systématique lors d'un changement de traitement. Le travail permet de quantifier le nombre de tracés contrôlés.

- *Examens complémentaires :*

Le recueil précise s'ils ont été demandés, prévus ou effectués. S'ils ne sont pas réalisés, cela doit être expliqué.

L'objectif est de quantifier les examens nécessaires, qu'il s'agisse de biologie, d'imagerie ou autres.

- *Avis spécialisé*

Le recours aux consultations spécialisées est précisé, ainsi que les modalités d'organisation.

Pour l'ensemble de ces investigations, le report du résultat ou du compte-rendu dans le dossier médical informatisé est recherché ainsi que les répercussions éventuelles.

#### 5-2-2-2-3- Thérapeutique

- *Les mesures hygiéno-diététiques :*

Elles font partie intégrante du traitement de certaines pathologies. L'analyse quantifie le nombre de prescriptions. Il peut s'agir d'un régime alimentaire, de mesures d'hydratation, de conseils de lever...

- *Traitement :*

Les thérapeutiques sont prescrites pour une durée définie ou non. Ce travail étudie le nombre de traitements initiés au cours de l'hospitalisation, leur traçabilité.

#### 5-2-2-3- Organisation lors de la sortie

- *Examens complémentaires de suivi*

L'étude analyse si des examens de contrôle prévus après la sortie sont prescrits par le médecin somaticien dans le dossier informatisé.

- *Traitement de sortie*

Des traitements sont à poursuivre après l'hospitalisation, il s'agit d'en évaluer la prescription.

- *Lien avec le médecin traitant*

Le parcours de soin de la personne requiert un relais avec le médecin traitant, comportant la communication d'événements survenus au cours de l'hospitalisation.

### 5-3- Les entretiens

Pour recueillir leur point de vue sur la prise en charge somatique, des entretiens auprès d'usagers sont menés (Annexe 7 : Questions posées). Les patients sont sélectionnés, après accord du chef de service de psychiatrie, par le psychiatre référent de l'unité. Les praticiens souhaitent privilégier un patient stabilisé, dont les réponses seront plus informatives.

Ces entretiens s'effectuent sans consultation du dossier médical de l'usager.

Les questions posées ont pour objectif d'évaluer le suivi ambulatoire du patient en médecine générale, la connaissance de ses traitements et de ses antécédents médicaux.

Elles veulent également apprécier le ressenti du patient sur la prise en charge en cours d'hospitalisation, et sur l'information délivrée.

## 6- RESULTATS

### 6-1- Echantillon analysé

Les dossiers de 50 patients, admis entre le 23 mars 2013 et le 23 avril 2013 à l'EPSM Georges MAZURELLE, sélectionnés par ordre alphabétique et répondant aux critères d'inclusion prédéfinis, sont analysés.

Quarante patients de pavillons d'admission adulte sont inclus, et 10 des courts séjours de la fédération de géro-psycho-geriatrie.

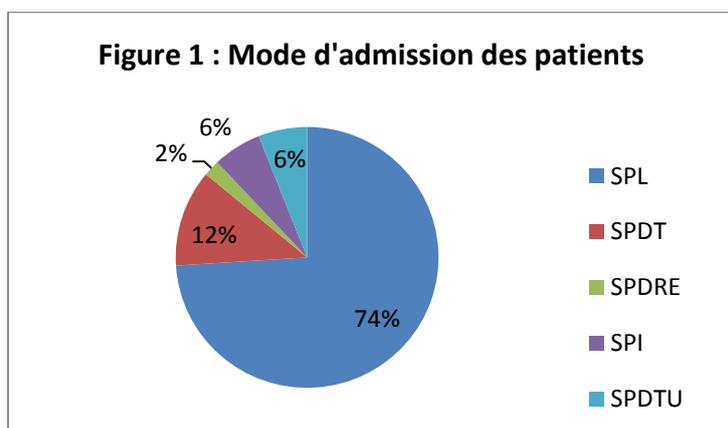
On dénombre 24 hommes et 26 femmes.

La répartition par tranches d'âge est la suivante : 14% de personnes de moins de 25 ans, 68% de 25 à 65 ans et 18% de plus de 65 ans, dont 8% de plus de 75 ans (Tableau 2).

**Tableau 2 : Répartition des patients par âge**

Age	Nombre	Proportion
18-25 ans	7	14%
25-35 ans	5	10%
35-45 ans	13	26%
45-55 ans	11	22%
55-65 ans	5	10%
65-75 ans	5	10%
sup 75 ans	4	8%

Les modes d'admission sont variés (Figure 1). Le SPL domine (74%), le SPDT représente 12% des dossiers étudiés, le SPDRE 2%, le SPI 6% et le SPDTU 6%.

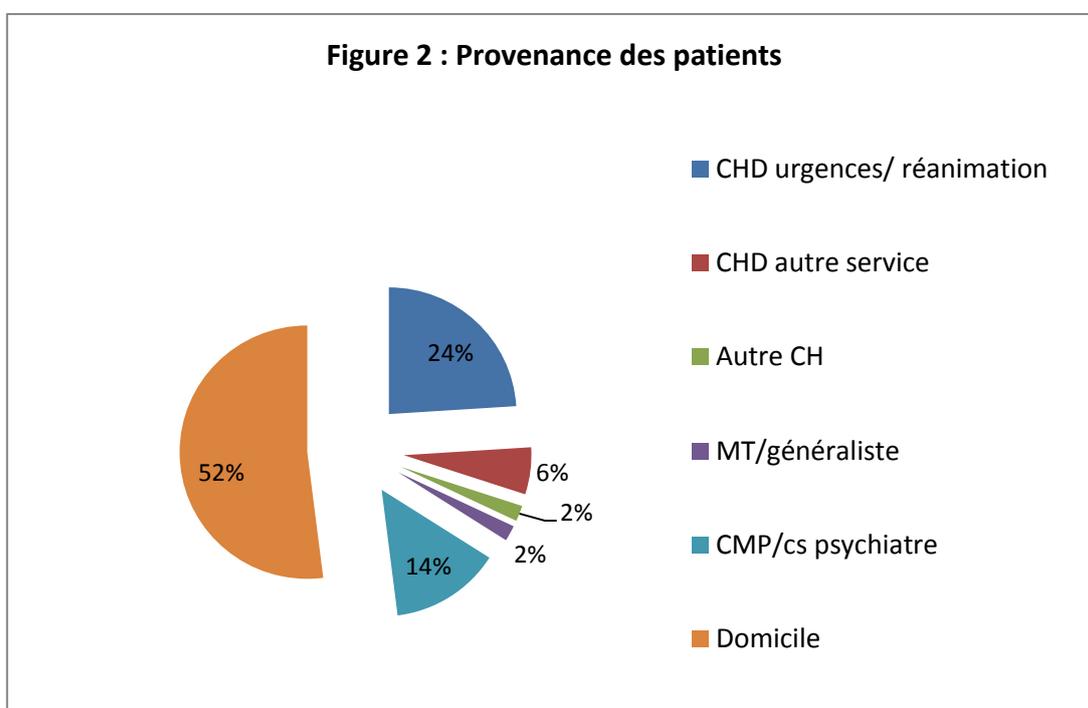


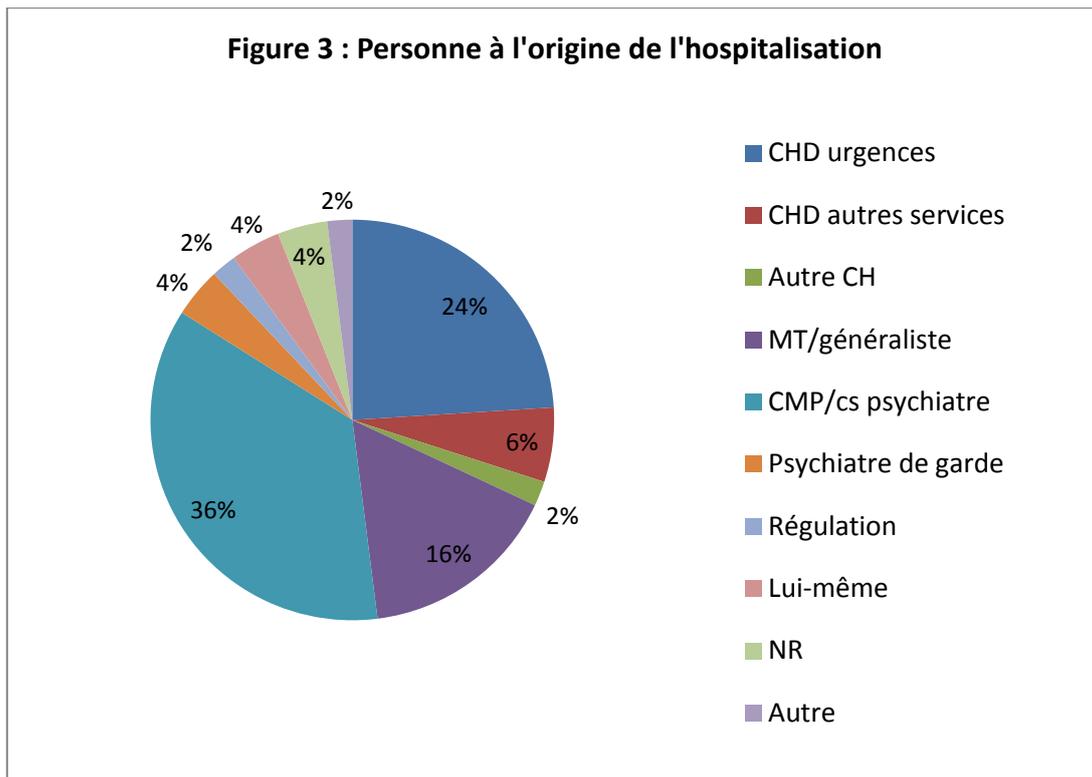
Il s'agit d'une première hospitalisation pour 10 patients (20%). Parmi les autres, 26 ont été hospitalisés au cours de la dernière année (52%), et 8 sont sortis depuis moins d'un mois (16%).

La plupart des patients (52%) viennent de leur domicile (Figure 2), l'hospitalisation ayant été organisée en amont par le CMP, le psychiatre référent, ou à la demande de l'entourage (Figure 3). Un patient vient de lui-même sur les conseils d'un autre centre hospitalier, sans avoir été adressé.

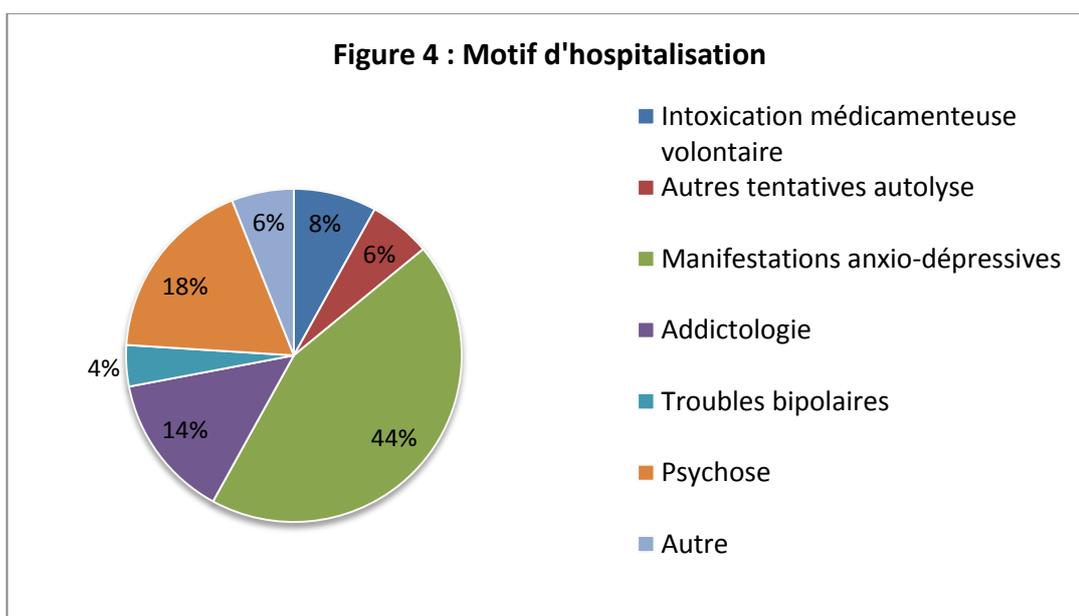
D'autres personnes sont admises directement, après qu'elles se soient présentées au CMP (14%) ou chez leur médecin généraliste (2%).

Une partie des patients est transférée après une évaluation au service d'accueil d'urgences du centre hospitalier départemental (24%), ou dans d'autres services du centre hospitalier (6%). Un patient a été hospitalisé aux urgences des Sables d'Olonne avant son admission à l'EPSM.





Les motifs d'admission sont variés (Figure 4). Les situations de recrudescence anxio-dépressive (44%) sont la cause majoritaire ; 7 tentatives d'autolyse ont précédé l'hospitalisation (4 médicamenteuses, 3 d'autres manières). Une tentative d'autolyse médicamenteuse a nécessité un passage en réanimation.



Le nom d'un médecin généraliste apparaît dans le dossier médical de 26 patients (52%). Parmi les 26 personnes hospitalisées depuis moins d'un an, 18 (70%) ont un médecin traitant désigné dans le dossier médical informatisé.

## 6-2- Résultats à l'admission

### 6-2-1- Clinique

#### 6-2-1-1- Délai

Tous les patients, quel que soit leur mode d'hospitalisation, ont un examen physique dans les 6 heures suivant l'admission à l'EPSM GM. Trois sont qualifiés de pathologiques. Un patient présente des ronchi à l'auscultation, un second une polypnée et une asymétrie auscultatoire, un dernier se plaint de douleurs abdominales.

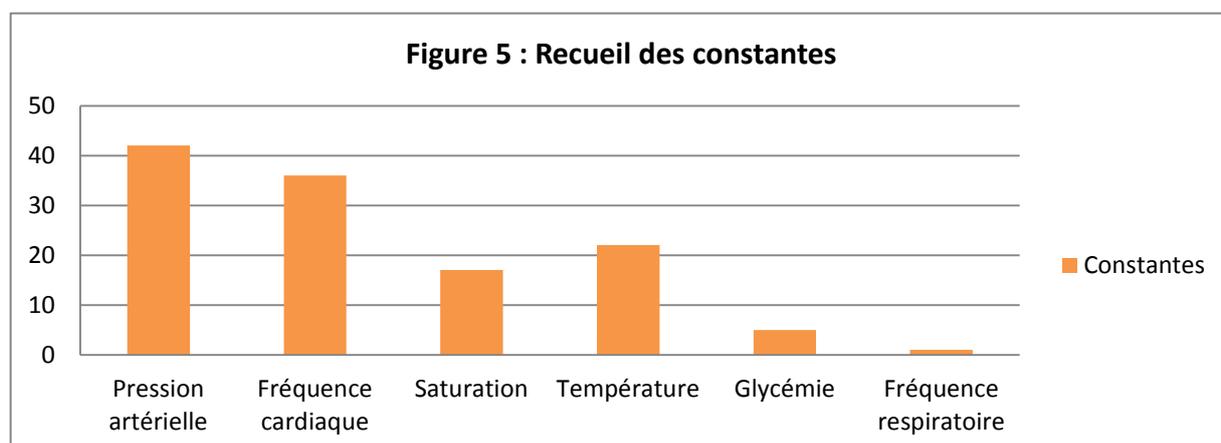
#### 6-2-1-2- Constantes

Les constantes hémodynamiques sont recueillies chez 42 patients (84%). Il est rapporté un refus (Figure 5).

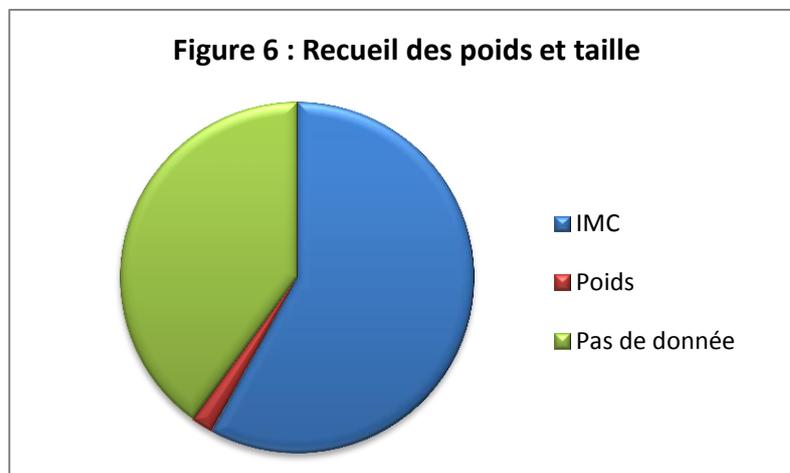
La pression artérielle est consignée dans chacun des 42 dossiers, la fréquence cardiaque dans 36 situations (72%).

Trois des 5 glycémies capillaires effectuées le sont chez des patients admis en contexte d'œnolisme. Il n'y a pas de glycémie relevée pour les patients diabétiques.

La température est contrôlée chez 22 personnes (44%), la saturation chez 17 (34%). La fréquence respiratoire n'est recueillie qu'une seule fois lors de l'admission.



L'IMC est établi pour 27 patients (54%) ; on ne retrouve que le poids et la taille sans calcul de l'IMC pour 2 autres, et uniquement le poids pour un troisième (Figure 6). Enfin, il n'y a aucune mesure du poids ni de la taille pour 20 patients (40%).



#### 6-2-1-3- Antécédents

Les antécédents sont précisés dans 44 dossiers (88%) (Figure 7). Ils sont renseignés dans la partie "soins et suivi somatiques" de l'hospitalisation actuelle (17 patients), ou dans la rubrique dédiée "antécédents" (27 patients).

Pour 13 usagers, un antécédent cardiovasculaire (troubles du rythme, cardiopathie ischémique, valvulopathie), ou au moins un facteur de risque cardiovasculaire est signalé lors de l'admission. Parmi eux, 8 personnes sont hospitalisées aux courts-séjours gériatriques.

Le tabagisme n'est pas mentionné dans 35 dossiers (70%). Sur les 15 personnes restant, 11 sont déclarées fumeuses et 4 ne fument pas.

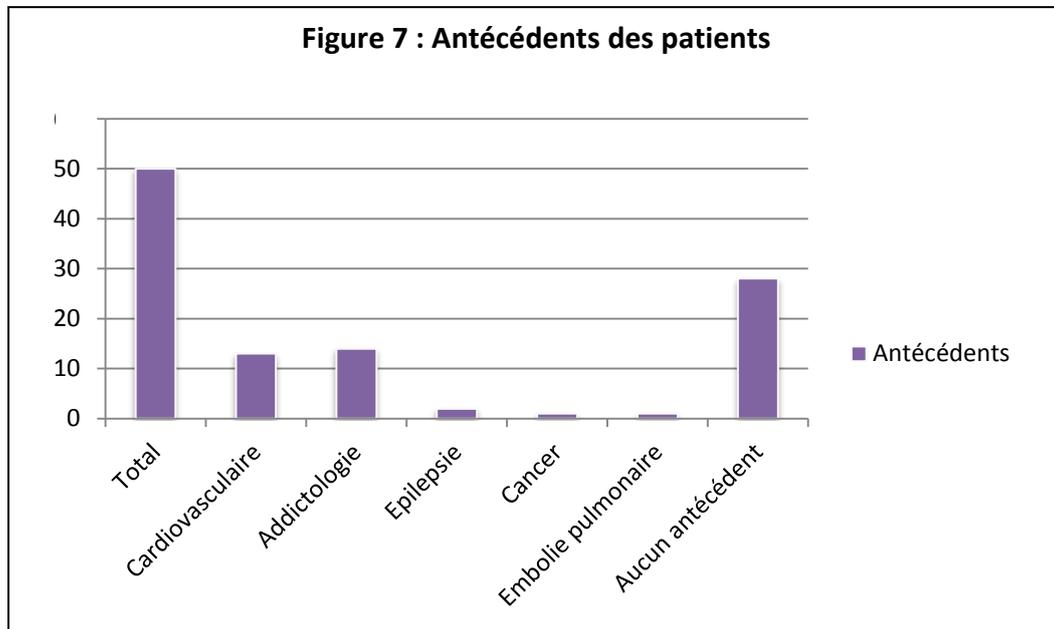
Seize patients ont des antécédents autres qu'une pathologie cardiaque, notamment une addiction (14), un antécédent comitial (2) ; un autre est en cours de prise en charge carcinologique, et un dernier a été traité récemment pour une embolie pulmonaire (janvier 2013).

Chez 28 patients, il n'y a pas d'antécédent médico-chirurgical particulier précisé.

Dans 6 dossiers, aucune référence à des antécédents n'est spécifiée.

Quatre patients ont un antécédent cardiovasculaire associé à un trouble addictif.

Deux personnes sont épileptiques et hospitalisées pour troubles addictifs.



Le traitement antérieur à l'hospitalisation, somatique ou psychiatrique, est précisé dans 7 observations.

Deux patients ont des allergies connues, 21 n'en ont jamais présenté. Vingt-sept dossiers n'en font pas mention.

#### 6-2-2- Para-clinique

##### 6-2-2-1- Biologie

###### - *Réalisation*

Dans les 50 dossiers étudiés, 46 bilans biologiques (92%) ont été réalisés à l'admission ou dans les 3 derniers mois.

Pour 7 patients, le bilan d'admission a été effectué lors d'une précédente hospitalisation en psychiatrie (moins de 3 mois). Chez 8 autres, la biologie a été prélevée dans le service du centre hospitalier général avant le transfert, puis vu par le praticien

généraliste de l'EPSM GM. Au total à l'admission, 15 patients avaient bénéficié d'un bilan biologique depuis moins de 3 mois.

Vingt-quatre des 28 bilans sanguins réalisés à l'admission au CHGM, l'ont été dans les 24 premières heures, 1 après 48h et 3 entre 72h et une semaine (correspondant à des week-ends).

Dans 3 dossiers, le délai d'exécution du bilan n'est pas retrouvé.

A 3 occasions, le bilan d'admission a été prescrit, mais non réalisé : 2 personnes l'ont refusé, la 3<sup>ème</sup> ne l'a pas eu, sans raison identifiée.

Dans un dossier, il n'y a eu ni bilan prescrit, ni fait dans les 3 derniers mois.

#### - *Conformité*

Le bilan réalisé, avant ou au début de l'hospitalisation, est conforme au protocole établi dans 27 dossiers (54%).

Treize situations sur les 23 non conformes, concernent des dosages supplémentaires, justifiés dans 10 dossiers (sérologies VIH, VHB, VHC, INR, HbA1C, complément de bilan hépatique, dépakinémie, lithiémie).

Le bilan est incomplet pour 10 patients, ce qui n'est justifié qu'une fois.

Une partie du bilan est répétée chez 1 personne, et se justifie par un contrôle programmé : T4 anormale lors de l'hospitalisation précédente.

Six bilans biologiques réalisés avant l'hospitalisation sont complétés à l'admission. Dans notre étude, il n'y a pas de dosage répété du même élément. Il s'agit parfois d'ajouter les données requises au bilan d'entrée complet (2 situations), mais il peut encore manquer des éléments après le second prélèvement (1 situation). Parfois des dosages non conformes au bilan d'admission sont recherchés (2 cas). Pour un patient, la biologie complémentaire prescrite n'a pas été prélevée.

#### - *Traçabilité*

Le résultat des examens biologiques est reporté sur CORTEXTE® dans 32 dossiers (64%).

- *Analyse des résultats*

Onze des résultats biologiques tracés sur CORTEXTE® dévoilent une anomalie (Tableau 3).

<b>Tableau 3 : Anomalies biologiques lors du bilan d'admission</b>					
Anomalie	Nombre	Contrôle fait	Contrôle prévu	Thérapeutique	Contrôle sortie
Bilan hépatique	3	0	0	sevrage	0
Bilan lipidique	3	0	0	Début statine (1)	1 dans 1 mois
INR	2	2	2		2
Bilan thyroïdien	1	1	1		1 dans 1 mois
Ionogramme	1	1	1	Restriction hydrique	0
Glycémie	1	0	0		0
Total	11	4	4		

Les 3 bilans hépatiques anormaux et 2 des bilans lipidiques perturbés surviennent chez des patients hospitalisés pour alcoolo-dépendance. Le contrôle systématique n'est pas prévu.

#### 6-2-2-2- ECG

Un ECG est prescrit à l'entrée de 30 patients (60%), dont 2 pour surveillance (l'ECG de réanimation retrouvait un espace QT allongé, confirmé à l'admission, et contre-indiquant les neuroleptiques pour l'un ; pour un second, l'ECG d'une hospitalisation antérieure était pathologique).

Des anomalies sont découvertes fortuitement dans 2 situations : séquelles ischémiques, et QT limite. Hors arythmie connue, 2 autres ECG sont pathologiques lors du bilan d'entrée : on retrouve une bradycardie chez une personne asymptomatique ; un autre tracé, réalisé chez un patient aux antécédents cardiovasculaires en rupture thérapeutique, est anormal mais reste comparable aux antériorités.

Neuf personnes, dont le précédent examen date de moins d'un an, n'en ont pas de nouveau. Pour 4 patients, un ECG de plus d'un an est présent dans le dossier, mais il n'y en a pas de prévu ; pour un cinquième il est prescrit mais non réalisé.

Parmi les 5 patients dont le dossier ne contient pas d'ECG, 4 n'ont pas eu de demande, pour le 5<sup>ème</sup> le rendez-vous n'est pas organisé.

L'analyse des tracés par le cardiologue ou l'omnipraticien est reportée sur CORTEXTE® dans 43 dossiers (86%). Cinq des sept ECG restants concernent les examens non faits.

#### 6-2-2-3- Autres examens

Un examen complémentaire ou une consultation spécialisée sont demandés à l'issue de 5 examens d'entrée. Ils sont justifiés à chaque fois soit par la clinique (radiographie de thorax chez un patient présentant des ronchi), soit par le contexte (bilan radiographique pré-sismothérapie, contrôle à distance d'un pneumothorax, avis cardiologique afin d'équilibrer des thérapeutiques, consultation dentaire pour un patient peu suivi).

#### 6-2-3- Traitements à visée psychiatrique

Quarante-sept patients ont une prescription de psychotropes, dont 3 de novo.

### 6-3- Résultats à un mois

#### 6-3-1- Administratif

Lors de la seconde analyse des mêmes dossiers, un mois plus tard, 40 patients sont sortis dont 4 de nouveau hospitalisés, 10 sont toujours en cours de soins.

27 personnes (54%) ont été hospitalisées plus de 3 semaines. La DMS de l'échantillon est de 24,86 jours.

### 6-3-2- Evolution

A l'admission, 15 patients présentent une anomalie de l'examen clinique, biologique, ou de l'ECG (2 anomalies concomitantes chez 2 patients). Parmi ces 15 personnes, 6 n'ont pas de seconde évaluation somatique.

En cours d'hospitalisation, 24 usagers bénéficient d'une nouvelle évaluation médicale.

#### 6-3-2-1- Clinique

Dix-sept personnes consultent pour des motifs variés : otalgie, ulcération de langue, signes fonctionnels urinaires, constipation... (Tableau 4).

**Tableau 4 : Motif de consultation somatique et prise en charge**

Symptôme clinique	Examen complémentaire	Traitement	Traitement au long cours	Traitement prescrit à sortie
Otalgie	non	local	non	non
Ulcération langue	non	local	non	non
Otalgie (cérumen)	non	local	non	non
Constipation	non	laxatif	oui	oui
Cystite	ECBU	antibiotique	non	non sorti
Dyshidrose plantaire	non	local	non	non sorti
Mycose plantaire	non	local	non	non sorti
Malaise, hypotension et constipation	non non	non non	non oui	non non : traitement habituel
Œdème cheville et anomalie ECG connue	non non	non reprise traitement	non oui	oui (rupture thérapeutique)

Douleur fosse iliaque droite et diarrhée	oui : consultation gastroentérologue	oui	oui	oui et rendez-vous
Algie labiale	non	local	oui	oui
Bronchite asthmatiforme et kyste cuisse	non oui : échographie	oui : sérétide non	non précisé non	non sorti échographie par médecin traitant
Hypotension orthostatique	non	arrêt d'un traitement	oui	oui
Infection urinaire	ECBU	antibiotique	non	non sorti
Désaturation	oui: biologie	oui	non	décédé
Œdèmes jambes et bras et leucorrhée	oui: biologie oui : consultation gynécologique	non non	non non	non sorti non sorti
Tachyarythmie et plaie bras	non prélèvement	non pansement	non oui : pansement	non oui : pansement

Cinq personnes dont les examens physique ou paraclinique sont anormaux à l'admission, sont revues, dont 2 pour une plainte indépendante.

Le patient présentant un épanchement pleural est évalué pour tachyarythmie et plaie de bras. Les premiers éléments ne sont pas mentionnés lors du nouvel examen clinique.

Un usager pour lequel l'ECG est pathologique consulte pour une ulcération buccale ; un autre chez qui on diagnostique une dyslipidémie se plaint d'une mycose plantaire.

Le patient souffrant de douleurs abdominales est réexaminé, ses symptômes persistent.

Des examens supplémentaires sont demandés dans 6 cas : 2 ECBU (suspicion d'infection urinaire), 2 bilans biologiques, une échographie, et un prélèvement bactériologique pour la plaie de bras.

A 2 reprises un avis spécialisé est requis (une personne a un bilan biologique et une consultation spécialisée).

#### 6-3-2-2- Biologique

Neuf patients ont un ou plusieurs bilans sanguins supplémentaires au cours de l'hospitalisation.

Un patient dont le bilan biologique n'a pas été prélevé à l'admission, l'a après plus d'une semaine.

Un autre usager a, plus de 7 jours après son arrivée, un complément au bilan d'admission qui était non conforme aux recommandations locales. S'y associe un dosage de la dépakinémie.

Le bilan biologique de contrôle est planifié dès l'entrée, pour 4 personnes. Trois concernent des INR (2 étaient anormaux à l'admission, le 3<sup>ème</sup> dans les normes). Pour la 4<sup>ème</sup> personne, le bilan thyroïdien prévu en avril 2013 lors du diagnostic de dysthyroïdie, est effectué. Le contrôle suivant est planifié.

Une hyponatrémie diagnostiquée à l'entrée est prise en charge et vérifiée pendant le séjour du patient.

Après un examen physique considéré comme anormal au cours de l'hospitalisation, 2 personnes ont un nouveau bilan sanguin, à visée étiologique.

Au cours de leur séjour, 3 usagers ont un 3<sup>ème</sup> INR ; pour un des patients, qui n'est pas sorti, le bilan suivant est organisé.

Le patient traité pour hyponatrémie, a un second contrôle ; il n'y en a pas d'autre programmé. Un troisième bilan biologique est effectué pour raison clinique chez un patient dont l'état demeure précaire. Une personne présente des œdèmes des membres inférieurs, un dosage de l'albuminémie est prévu.

### 6-3-2-3- ECG

Un seul patient a 2 ECG au cours de l'hospitalisation : l'ECG d'admission présentait un intervalle QT allongé, et les neuroleptiques sont modifiés par la suite. Les 3 autres ECG "anormaux" ne sont pas contrôlés.

### 6-3-2-4- Imagerie

Suite à l'examen d'entrée, des radiographies sont réalisées pour 2 patients : un pour contrôle du pneumothorax diagnostiqué en réanimation (service adresseur) ; un bilan pré sismothérapie requiert des clichés cervicaux et lombaires.

La radiographie de thorax prescrite suite à la découverte d'une anomalie clinique (ronchi) n'est pas effectuée.

### 6-3-2-5- Avis spécialisé

Dès l'admission, des soins dentaires sont organisés sur la demande d'un patient. Un 2<sup>nd</sup> justifie d'une consultation cardiologique, pour adaptation thérapeutique. Les 2 rendez-vous ont lieu sur site pendant l'hospitalisation.

Une personne rencontre le gynécologue intervenant au CHS au cours de son séjour, pour des leucorrhées.

Suite aux douleurs abdominales présentées à l'arrivée puis en cours d'hospitalisation par un usager, une consultation auprès d'un gastro-entérologue est programmée en externe.

Pour un patient, une évaluation à distance par son cardiologue traitant est planifiée. Un autre, bradycarde à l'entrée, s'est vu conseiller un avis auprès d'un cardiologue. Il n'est pas précisé si le rendez-vous est établi. Concernant la personne dont l'ECG retrouve des séquelles ischémiques, il n'y a pas de rendez-vous prévu.

Au cours de l'hospitalisation, un patient consulte le médecin somaticien pour un kyste de la cuisse, son médecin traitant devra organiser une échographie après la sortie.

Aucun patient n'avait eu de rendez-vous prévu auprès d'un spécialiste au cours d'une hospitalisation précédente ; on ne peut donc évaluer leur adhésion aux consultations organisées.

### 6-3-2-6- Conduite thérapeutique

Suite aux examens cliniques et biologiques effectués, des traitements et régimes sont prescrits (Tableau 4).

Pour 4 usagers, un régime est précisé sur CORTEXTE®. Trois sont diabétiques connus, le dernier présente une hyponatrémie, nécessitant une restriction hydrique.

Certaines thérapeutiques proposées sont locales ; deux patients sont traités par antibiothérapie pour une durée définie.

Un traitement de longue durée est instauré pour 4 personnes. L'une en rupture thérapeutique reprend son traitement cardiologique en cours d'hospitalisation ; le traitement antihypertenseur d'une autre est adapté du fait d'une hypotension orthostatique. Pour une troisième, après avis cardiologique, le traitement est modifié. Une dernière a un bilan lipidique anormal, justifiant la prescription d'une statine.

### 6-3-3- Organisation à la sortie

#### 6-3-3-1- Prescriptions de sortie

##### - *Thérapeutiques*

Huit traitements à visée somatique débutés ou adaptés en cours d'hospitalisation sont poursuivis à la sortie. Les 4 traitements au long cours institués ou modifiés sont à poursuivre.

Certains sont de durée déterminée. Il s'agit, pour un patient, de laxatifs, pour un autre d'une thérapeutique symptomatique de douleurs abdominales, dans l'attente d'un rendez-vous spécialisé ; un 3<sup>ème</sup> nécessite du matériel de réfection de pansement, un dernier du "baume" à lèvres.

Les thérapeutiques sont ajoutées à l'ordonnance rédigée par le psychiatre, sauf le traitement hypolipémiant introduit. Il n'y a pas de trace de la prescription de sortie de cette molécule sur CORTEXTE®.

- *Examens complémentaires et consultations spécialisées*

Six examens biologiques sont prévus après la sortie : deux bilans lipidiques doivent être vérifiés (prescription au patient non tracée), dont 1 après initiation d'un traitement, et le bilan thyroïdien déjà contrôlé (ordonnance non tracée).

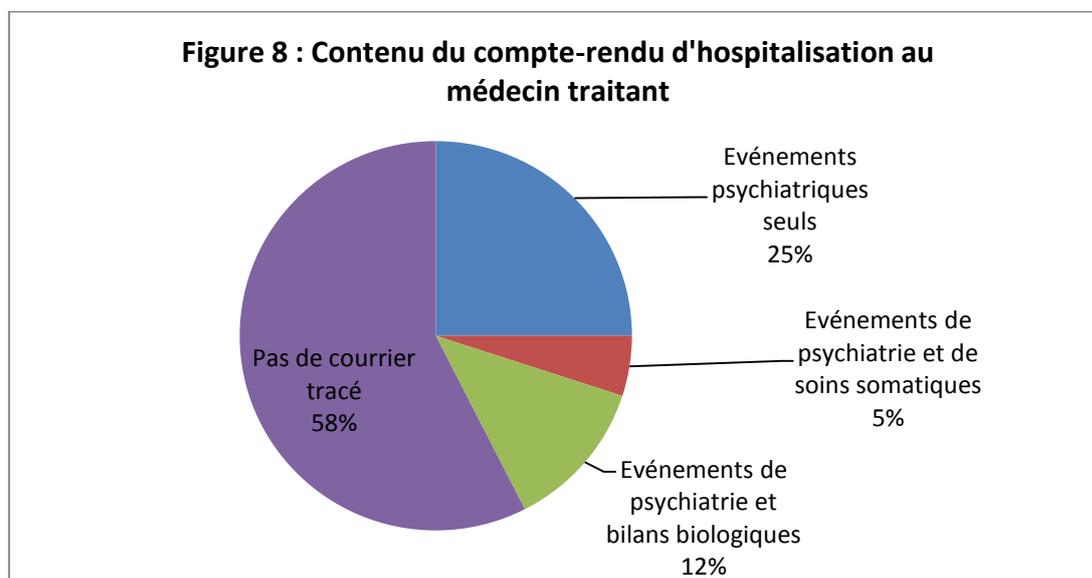
Trois INR sont prévus. Une ordonnance est remise au patient, une n'est pas tracée. Dans la 3<sup>ème</sup> situation il est spécifié que le médecin traitant prendra le relais des contrôles.

Sur le plan médical, un patient doit contacter son cardiologue pour son suivi annuel, un autre a un rendez-vous prévu avec un gastro-entérologue.

6-3-3-2- Médecin traitant

Dix-sept des 40 dossiers de patients sortis depuis le premier recueil contiennent un courrier. Onze courriers sont adressés à des médecins généralistes alors qu'ils ne sont pas mentionnés dans le dossier informatisé (figure 8).

Tous les comptes-rendus d'hospitalisation relevés dans le dossier informatisé sont envoyés par des psychiatres. L'examen somatique d'admission est parfois retranscrit. Deux courriers abordent les événements somatiques survenus pendant l'hospitalisation : l'un mentionne le rendez-vous du cardiologue prévu, l'autre annonce le décès du patient. Cinq contiennent le bilan biologique réalisé.



## 6-4- Entretiens

Seuls 2 entretiens ont été menés.

La sélection a été ardue tant pour le psychiatre référent de la fédération de géro-psycho-geriatrie que pour celui d'un secteur d'admission. En effet, sur 16 patients hospitalisés, un ou deux seulement sont estimés capables de répondre aux questions de manière informative, soit par capacité intellectuelle, soit du fait d'un état psychique trop précaire.

L'accord du patient est recueilli par l'équipe soignante, puis par moi. Le but du travail est exposé à mon interlocuteur, et son anonymat garanti.

### 6-4-1- Entretien numéro 1

La patiente est une femme de 85 ans, hospitalisée depuis 3 semaines dans le secteur de géro-psycho-geriatrie, et sortant le jour même en hébergement temporaire. Elle est hospitalisée suite à une tentative d'autolyse.

Elle a déménagé récemment et n'a consulté son nouveau médecin traitant qu'une fois ; elle a oublié son nom. Elle ignore son traitement antérieur. Elle estime oublier certains de ses antécédents médicaux lorsqu'elle me les énumère. Elle ne se rappelle pas avoir vu un médecin somaticien ou un interne à son arrivée, et pense avoir eu un bilan sanguin puisqu'elle a gardé un pansement quelques jours. Elle en ignore les résultats.

Elle ne se souvient pas avoir bénéficié d'une autre prise en charge somatique lors de son séjour, puis finalement se remémore un traitement local d'hémorroïdes. Elle ne sait pas qui le lui a prescrit. Elle avoue ne pas comprendre à quelle profession correspond chaque intervenant.

### 6-4-2- Entretien numéro 2

Il s'agit d'un homme de 44 ans, hospitalisé en pavillon d'admission adulte depuis 2 semaines pour décompensation de trouble anxieux.

Il connaît le nom de son médecin traitant, qu'il a vu fréquemment avant l'hospitalisation du fait de son mal-être. La dernière consultation a eu lieu environ 2 semaines avant l'admission. Il prenait comme traitement un antidépresseur qu'il ne peut citer.

Il pense avoir rencontré lors de son admission un médecin ou un interne, mais ignore s'il s'agissait d'un généraliste ou du psychiatre. Il ne se souvient pas d'un examen physique. Il explique avoir eu un bilan sanguin aux urgences du centre hospitalier général avant son transfert. Puisqu'il bénéficie d'un traitement anti-urticarien local depuis quelques jours, il en déduit avoir rencontré un médecin généraliste par la suite.

Il estime bénéfique la présence d'un médecin généraliste à l'EPSM.

## 7- DISCUSSION

### 7-1- Place et intérêt de l'étude

Les pathologies psychiatriques s'associent souvent à une surmortalité d'origine somatique (34).

Les comorbidités physiques sont nombreuses : addictions, facteurs de risque cardiovasculaire..., favorisées par la maladie mais aussi par les thérapeutiques psychotropes (notamment les neuroleptiques de seconde génération). De même, l'hygiène de vie influe de façon non négligeable (45). 30 à 60% des patients ambulatoires ou hospitalisés en psychiatrie présenteraient une pathologie organique associée (40), entraînant une augmentation de la mortalité de cause cardiovasculaire, cancéreuse, respiratoire, infectieuse.

Inversement, une affection organique peut influencer sur l'évolution de la pathologie psychique.

L'hospitalisation en psychiatrie s'avère une occasion privilégiée d'évaluer le statut somatique des usagers et de dépister certaines comorbidités.

En parallèle des recommandations professionnelles concernant les patients hospitalisés en psychiatrie adulte, des travaux ont été menés à l'EPSM Georges MAZURELLE. Le but était d'uniformiser les pratiques dans l'établissement tout en améliorant la prise en charge et le dépistage des pathologies des usagers (11)(12).

Dans ce contexte, l'objectif de ce travail est d'analyser l'évolution de la prise en charge du patient admis ainsi que son suivi, pendant l'hospitalisation jusqu'à sa sortie de l'EPSM.

### 7-2- Les biais

En dehors des psychiatres chefs de pôles dont l'accord a été requis et de ma directrice de thèse, le Docteur FAVREAU, aucun médecin prescripteur n'a été informé de la teneur ou de la date de mon étude avant que celle-ci n'ait été effectuée, afin de ne pas modifier les habitudes de travail.

### 7-2-1- Biais de sélection

La population étudiée est celle admise au centre hospitalier spécialisé en psychiatrie de la Roche-sur-Yon ; les résultats de l'étude ne peuvent être étendus ni à la population générale ni aux hospitalisés au long cours. Le mode de sélection est fait de manière aléatoire par ordre alphabétique. Il n'y a pas de perdu de vue.

### 7-2-2- Biais de technicité

Bien que les bonnes pratiques recommandent désormais l'usage exclusif du dossier patient informatisé, son utilisation diffère selon les personnes et les secteurs.

Le dossier peut être rempli partiellement ou différemment d'un utilisateur à l'autre. La transcription varie selon les soignants et le secteur considéré. Il est probable, au vu des éléments recueillis, que la traçabilité dans le logiciel soit imparfaite. Par exemple, certaines prescriptions ou informations sont encore manuscrites et non reportées. Le logiciel (CORTEXTE®) présente certaines limites dans la lisibilité des données.

L'existence des courriers de médecins traitants à l'arrivée n'est pas étudiée, car à ce jour il est impossible de scanner des documents et de les joindre au dossier médical informatisé, qui est le seul analysé pendant l'étude.

De plus, traditionnellement, la psychiatrie est une spécialité à transmission orale ; la transcription écrite des sentiments et ressenti des usagers et soignants en est délicate et complexe.

Ceci met en évidence les limites du dossier informatisé, qu'il convient d'intégrer aux biais pour l'analyse des résultats.

### 7-2-3- Biais de population

La population suivie en psychiatrie est fragile. En cours d'hospitalisation, le déséquilibre psychique de la personne peut entraîner un délire, des troubles cognitifs ou de la personnalité. En conséquence, la fiabilité du patient est imparfaite. Lors de l'interrogatoire, il peut oublier des éléments, en omettre, ou au contraire en ajouter.

#### 7-2-4- Biais inhérents à l'organisation

L'organisation définie varie selon les secteurs de soins, et constitue ainsi un biais à l'analyse. Par exemple, dans un pôle, un courrier de sortie est systématiquement accompagné des examens complémentaires réalisés. Dans d'autres, ils ne sont joints qu'en cas d'anomalie, ou sur requête du médecin.

### 7-3- Analyse des résultats

#### 7-3-1- La santé somatique des usagers de psychiatrie en France

La loi du 5 juillet 2011 prévoit l'examen physique systématique de tout patient admis en hospitalisation sous contrainte (10)(13)(16)(46).

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) a également établi des recommandations précises concernant le suivi d'un traitement antipsychotique (42) (Tableau 5).

**Tableau 5 : Suivi des traitements antipsychotiques, recommandations AFSSAPS**

	T0	M1	M3	Trimestriellement	Annuellement	Tous les 5 ans
Poids et IMC	X	X	X	X		
Périmètre Ombilical	X					
Glycémie à jeun	X		X		X	
Bilan lipidique	X		X			X
Pression artérielle	X		X		X	

*T0 : avant le traitement / M1 : 1 mois après le début du traitement / M3 : 3 mois après le début du traitement*

Dans les EPSM, des unités de soins somatiques sont apparues ; il existe une disparité d'organisation à travers le territoire français. En 2010, en Ile-de-France, 50% des centres hospitaliers de santé mentale ont du personnel dédié aux soins somatiques (9).

En 2004, le Dr FEVRIER, alors praticien hospitalier à l'EPSM Georges MAZURELLE, effectue un reportage dans plusieurs centres hospitaliers (8).

Certains établissements, tel Esquirol, ont établi un service de soins somatiques au sein de l'hôpital. Le suivi n'est pas systématique : les patients consultent sur rendez-vous à la demande de l'équipe de psychiatrie, et sont hospitalisés lorsque c'est indiqué. Au Bois de Bondy, l'équipe de psychiatrie fait également le lien en cas de nécessité. Le soin somatique peut se comparer à la psychiatrie de liaison en hôpital général (33).

A l'EPSM de Ville-Evrard, tous les patients sont examinés à l'admission. Les médecins somaticiens sont complémentaires des psychiatres et n'en dépendent pas (47) ; il en est de même à l'EPSM de la Roche-sur-Yon.

### 7-3-2- Prise en charge physique à l'EPSM Georges MAZURELLE

Suite à des évaluations de pratiques professionnelles des recommandations locales ont été établies, dans le but d'améliorer et d'uniformiser les pratiques.

Au CHGM, chaque patient admis doit avoir un examen physique le plus précocement possible.

Dans les dossiers analysés, tous les patients sont examinés dans les 6 premières heures d'hospitalisation quel que soit le mode, le motif de l'admission, ou encore l'heure d'arrivée. L'examen est systématiquement reporté dans le dossier médical informatisé. La loi ainsi que les recommandations nationales et internes sont donc appliquées. En effet, le délai maximum de l'examen physique est établi à 24 heures pour une hospitalisation sous contrainte. Entre la rédaction du premier certificat et l'arrivée dans l'établissement, il s'écoule un maximum de 6 heures. L'horaire est donc respecté.

Dans l'établissement, il est préconisé une surveillance des paramètres vitaux lors de l'admission ; la qualité du recueil n'a jamais été évaluée. Dans l'étude, la pression artérielle est fréquemment contrôlée (84%) mais ce n'est pas systématique, même lorsqu'elle est prescrite. La glycémie capillaire est peu vérifiée lors de l'admission. Les glycémies capillaires des patients diabétiques sont fréquemment transcrites sur un document manuscrit, et n'apparaissent pas sur le dossier informatisé. La fréquence respiratoire n'est mesurée qu'une fois, chez un patient dyspnéique. Pour 8 patients, il n'y a aucune constante contrôlée.

Lors d'un traitement par antipsychotique, les recommandations nationales préconisent le suivi du poids, un mois après le début du traitement puis chaque trimestre (17)(42) ; l'obésité, comorbidité majeure en psychiatrie, est favorisée par ces thérapeutiques (22). A l'EPSM GM, un suivi du poids devrait être proposé à l'arrivée, puis après 3 semaines d'hospitalisation.

L'IMC est calculé pour 27 patients, le poids seul chez 3 autres. Le traitement n'influe pas sur le fait de peser, ou non la personne. En cas de séjour supérieur à 3 semaines, il n'y a eu aucun contrôle du poids.

Toutefois, le ressenti global des praticiens, en absence de référence objective, est que la sensibilisation des équipes soignantes à la prise en charge globale du patient permet d'intégrer de plus en plus d'éléments dits "physiques" au soin, et de se détacher d'une considération uniquement psychique.

### 7-3-3- Antécédents et dossiers médicaux

Les antécédents médicaux sont consignés dans le dossier médical informatisé lors de l'évaluation d'admission. Ils sont renseignés dans 44 des 50 dossiers (88%). 54% de la population étudiée rapporte des antécédents notables, 26% des antécédents cardiovasculaires ; cela confirme la forte prévalence de comorbidités.

A l'exception des contrôles d'INR, de TSH, ou de dosages spécifiques, on ne peut évaluer l'influence des traitements antérieurs dans l'examen d'admission, la biologie ou l'examen complémentaire demandé. Les traitements sont peu reportés dans l'observation, mais sont retrouvés sur les prescriptions ; il est difficile de repérer les modifications effectuées à l'entrée.

Les allergies sont rarement précisées ; en cas de nécessité de soin urgent, leur connaissance est primordiale. A l'instar des antécédents, on peut supposer qu'elles sont signalées lorsqu'elles existent.

### 7-3-4- Evaluation des pratiques

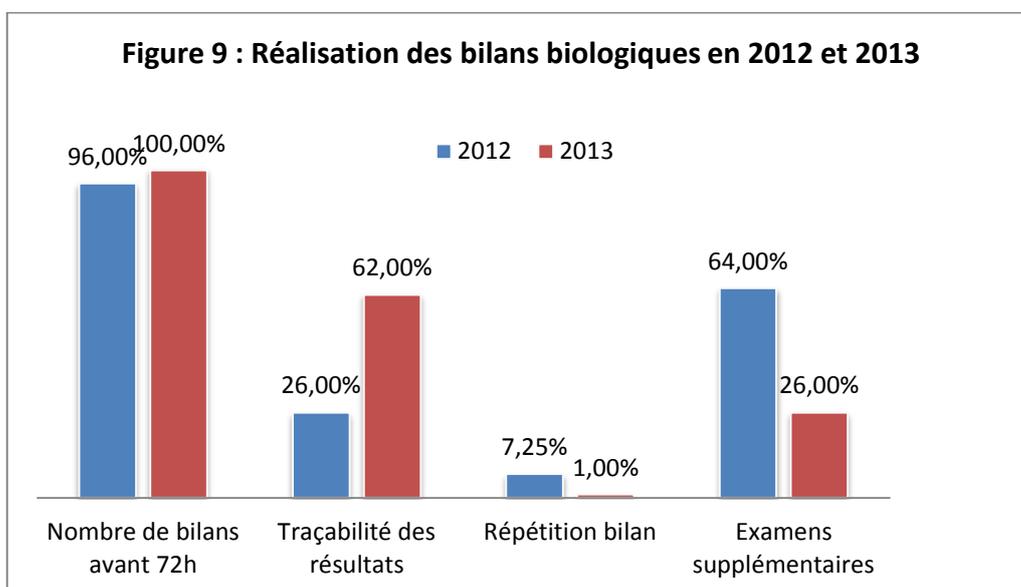
#### 7-3-4-1- Biologie d'admission

L'indication et l'intérêt d'un bilan biologique ont été étudiés en France en 2007 dans le cadre du dépistage, chez les patients hospitalisés en psychiatrie. 30 à 60% présentent des comorbidités, ce qui signifie une prévalence supérieure à la population générale (16)(46).

Afin d'uniformiser les pratiques au sein du CHGM, la réalisation du bilan para-clinique a été évaluée dès 2009. A cette date, les omnipraticiens de l'établissement ont défini le contenu d'un bilan biologique standard d'admission en psychiatrie, en intégrant les facteurs de risque et le dépistage spécifiques (12). Il a été établi qu'un bilan sanguin réalisé depuis moins de 3 mois ne serait pas reproduit, ou juste complété en fonction des besoins.

Une évaluation des pratiques professionnelles en 2012 a permis d'analyser la concordance avec les recommandations internes, en termes de prescriptions, délai, contenu, traçabilité. Les délais de réalisation et le contenu du bilan biologique à l'admission étaient pertinents mais la traçabilité dans le dossier médical informatisé (CORTEXTE®) restait à améliorer. Peu d'examens étaient répétés inutilement. Les compléments demandés étaient justifiés par la clinique dans la majorité des cas (12).

En 2012, parmi les 69 dossiers inclus, 96% des bilans prélevés l'étaient dans les 72 premières heures de l'hospitalisation. Dans les dossiers étudiés en avril 2013, 46 bilans ont été réalisés sur les 50 patients (92%). Tous l'ont été avant 72h d'hospitalisation (100%) (Figure 9).



En 2012, 26% seulement des résultats étaient tracés sur CORTEXTE®. Afin d'améliorer la gestion, il a été décidé de retenir dans les indicateurs de suivi l'évolution de ce taux. Dans l'étude que nous avons réalisé en avril 2013, le taux a plus que doublé : 64% des résultats sont désormais tracés (32/50).

Lors de l'évaluation des pratiques professionnelles de 2012, dans 5 dossiers sur 69 (7,2%), un bilan biologique était répété alors que le plus récent datait de moins de 3 mois. Parmi les 44 bilans biologiques prélevés en avril 2013, un seul bilan est répété mais justifié (suivi d'une dysthyroïdie). Si le bilan biologique a été fait avant l'hospitalisation, il n'est que complété (concerne 6 patients).

En 2012, des examens supplémentaires étaient réalisés dans 44 dossiers sur 69 (64% des cas), et justifiés dans 33 dossiers sur 44 (75%). En 2013, à l'admission, des examens biologiques supplémentaires sont prescrits dans 13 dossiers sur 50 (26%), et justifiés par la clinique ou le contexte dans 10 dossiers sur 13 (76%).

On constate donc dans les dossiers étudiés, une meilleure traçabilité sur CORTEXTE®, une diminution de répétition des bilans. Il y a également moins d'examens supplémentaires prescrits, mais leur justification reste comparable.

Cela engendre des économies quantitatives. En 2011, pour une entrée, les examens de laboratoire correspondaient à 290 "B" (classification de la nomenclature) en secteur adulte et à 400 "B" à la FGP. (Annexe 8 : Suivi des analyses de laboratoire). Au premier semestre 2013, les analyses, pour une entrée, sont cotées 283 "B", et 330 "B" à la FGP. S'y ajoute le coût du matériel et des transports, les bilans biologiques étant analysés au laboratoire du centre hospitalier général.

#### 7-3-4-2- ECG d'admission

Les recommandations nationales actuelles préconisent, en cas de facteurs de risque cardiovasculaire, de réaliser un ECG avant l'introduction d'un traitement par neuroleptiques ou antipsychotiques, puis de contrôler le tracé après le début du traitement. En effet, la plupart des psychotropes allongent l'espace QT et risquent ainsi de provoquer des troubles du rythme, et des torsades de pointe (19)(20) (42).

La majorité des patients hospitalisés en psychiatrie a ou recevra un traitement psychotrope. Des facteurs de risque cardiovasculaire existent chez beaucoup d'entre eux, et justifient une surveillance cardiologique régulière, argumentant d'autant l'indication d'un ECG (19).

Là encore, une évaluation des pratiques professionnelles, a permis d'établir au sein de l'établissement des préconisations, relatives à tous les traitements psychotropes (11).

En 2009, date de l'évaluation, 31% seulement des patients mis sous antipsychotiques bénéficiaient d'un ECG avant la mise en oeuvre du traitement. Plus précisément, dans cette analyse, 15 des 50 dossiers médicaux de psychiatrie étudiés le jour de l'étude contenaient un ECG. 14 avaient été interprétés par le cardiologue et un par le médecin somaticien.

Les recommandations locales proposaient, sauf tracé récent, de prescrire systématiquement un ECG avant le début d'un traitement antipsychotique. De même, devant la forte prévalence de facteurs de risque cardiovasculaire dans la population suivie, un ECG devrait être proposé à tous les patients admis à l'EPSM, quels que soient le traitement et les antécédents.

La demande d'interprétation par un cardiologue était laissée à l'appréciation du prescripteur.

De manière consensuelle, il a été établi qu'un ECG annuel pouvait être indiqué par la suite, en absence de modification thérapeutique. Il n'y a pas eu de nouvelle évaluation depuis.

En avril 2013, 78% des 50 dossiers analysés contiennent un ECG de moins d'un an. L'enregistrement est pratiqué dans le cadre du bilan d'entrée chez 30 patients (60%), et date de moins d'un an chez 9 autres. Au total on retrouve un ECG dans 90% des dossiers.

Quarante-sept patients de l'échantillon prennent un traitement psychotrope ; il est introduit pendant l'hospitalisation pour 3 d'entre eux, sans attendre les résultats de l'ECG effectué. Dans un dossier, l'ECG est pris en compte avant le traitement puisqu'il a été réalisé au centre hospitalier général. On constate un espace QT allongé. Dans les autres situations, c'est la date du dernier ECG qui prévaut pour la prescription d'un nouveau tracé. Le traitement ou ses adaptations ne semblent pas pris en compte.

Entre les 2 évaluations, le nombre d'ECG a donc fortement augmenté. Les éventuelles modifications thérapeutiques, lors de l'admission ou la précédant, ne sont pas toujours intégrées dans la prescription, qui se fie au délai depuis l'enregistrement précédent. La traçabilité dans le dossier informatisé reste bonne.

#### 7-3-5- Evaluation du suivi somatique au cours de l'hospitalisation

Le suivi somatique au sein de l'EPSM GM en cours d'hospitalisation n'a jamais été quantifié jusqu'alors. Dans ce travail, 24 patients bénéficient d'une seconde évaluation au cours de leur séjour, dont 17 examens physiques.

##### 7-3-5-1- Clinique

Le patient consulte fréquemment pour un symptôme peu invalidant, géré par un traitement local. Cependant, l'inconfort généré peut déstabiliser des personnes fragiles psychiquement. Lorsque la situation justifie des examens complémentaires, ceux-ci sont réalisés ou planifiés. Il n'y a aucun transfert vers le centre hospitalier départemental pendant la période de l'étude : l'équipe de soins somatiques réalise les soins quotidiens à l'instar de soins ambulatoires. Un décès attendu survient au cours de l'hospitalisation.

La problématique est parfois d'ordre cardiovasculaire, chez des usagers en rupture thérapeutique ou dont le traitement cardiotrope n'est pas adapté. L'hospitalisation représente une opportunité d'évaluer voire d'amorcer un suivi.

Par contre en cas d'examen initial anormal, le suivi n'est pas toujours prévu ou effectué : la personne présentant des ronchi sans plainte fonctionnelle a bien une prescription de radiographie mais celle-ci n'est pas réalisée. L'évolution clinique n'est pas tracée.

##### 7-3-5-2- Biologique

Les anomalies constatées lors du bilan biologique d'admission sont en majorité expliquées par le contexte. Dans le cas contraire, elles semblent prises en compte : ainsi, une dyslipidémie chez un patient ne présentant pas de problématique addictologique est

traitée ; une dysthyroïdie suivie. Les examens supplémentaires réalisés sont justifiés par la clinique ou le bilan précédent, et le résultat est tracé dans la majorité des cas.

Les bilans biologiques de suivi régulier, tels les INR, sont prévus pendant et au décours de l'hospitalisation, voire relayés au médecin traitant.

#### 7-3-5-3- Electrocardiographique

Un ECG, qui retrouve un espace QT initial allongé, est répété en cours de séjour, du fait d'une adaptation thérapeutique. Un autre tracé révèle une contre-indication à la prescription de neuroleptiques. Pour certains patients dont l'ECG est pathologique, des antécédents cardiaques existaient, et le suivi cardiologique est repris ou organisé.

Certains ECG anormaux ne sont pas contrôlés ; chez un patient on découvre des séquelles d'ischémie, mais le suivi n'est pas prévu dans le dossier médical. Il est possible que l'information ait été relayée au médecin traitant par un courrier différent ou un contact téléphonique non recensé.

Pour tous les autres usagers, les modifications thérapeutiques ne sont pas relevées, et l'ECG non contrôlé dans le cadre du suivi. Les adaptations ou introductions de psychotropes ne sont pas mentionnées, et ne semblent pas transmises au médecin somaticien.

#### 7-3-5-4- Imagerie

Certains examens complémentaires (radiographie conventionnelle, mesure ambulatoire de la pression artérielle, électroencéphalogramme) peuvent être réalisés à l'EPSM, et permettent de résoudre une partie des problématiques somatiques.

La réalisation sur le site des radiographies prescrites à l'admission permet de gagner du temps dans la démarche diagnostique, de minorer l'anxiété des patients. L'organisation des transports et l'accompagnement hors de l'établissement s'en trouvent facilités.

#### 7-3-5-5- Consultations spécialisées

Des consultations spécialisées sont possibles au cours de l'hospitalisation, dans l'enceinte de l'établissement ou au centre hospitalier général, permettant une discussion précoce des problématiques somatiques.

Le patient est accompagné ; s'il est anxieux ou déstabilisé, cela peut l'aider à aborder le soin avec plus de sérénité. Il peut être soutenu et aidé dans des démarches ultérieures. Si la consultation est prévue après la sortie elle est parfois planifiée par l'équipe soignante, diminuant le risque que le patient néglige une démarche nécessaire.

#### 7-3-5-6- Traitement

Il y a peu de règles hygiéno-diététiques prescrites sur CORTEXTE®. Parmi les 50 patients, 3 ont un régime diabétique, et une restriction hydrique est mise en place. Pour une personne, une dyslipidémie est diagnostiquée, et le régime hypolipémiant n'est pas instauré ; il en est de même pour d'autres usagers déjà sous statine. Il est probable que le régime alimentaire hospitalier soit plus équilibré qu'à leur domicile ; d'autre part la compliance à un régime après la sortie n'est pas établie.

Il faut noter que les prescriptions de régime ne sont pas intégrées au dossier informatisé, ce qui semble être un biais pour les recenser.

Un traitement est instauré pour la majorité des patients réévalués en cours d'hospitalisation, souvent local et de durée déterminée. S'il n'est pas terminé lors de la sortie, il peut être prescrit par le psychiatre, mais pas systématiquement (exemple de la statine).

Les plaintes somatiques sont donc considérées pendant l'hospitalisation, dans l'objectif de soin global du patient. Les thérapeutiques sont fréquemment locales et de courte durée ; elles sont prescrites dans le logiciel CORTEXTE® et poursuivies si nécessaire à la sortie.

#### 7-4- Synthèse de la comparaison entre recommandations et pratiques

La législation impose un examen somatique à tout patient admis sous contrainte. A l'EPSM Georges MAZURELLE, chaque personne hospitalisée bénéficie de la même prise en charge physique, quel que soit son mode d'admission.

Le bilan biologique d'admission a été étudié afin de s'adapter aux comorbidités et à la prise en charge des usagers. L'étude montre un meilleur suivi qu'en 2012, avec une diminution de la reproduction des bilans et des prescriptions non conformes, ce qui semble

augmenter la pertinence des bilans sanguins, et engendrer une économie. De plus, la traçabilité des résultats s'est nettement améliorée depuis 1 an.

Un travail accompli sur les ECG en 2008 avait fait émerger des propositions de réalisation et de suivi. En 2013, l'analyse prouve la prise de conscience des omnipraticiens de l'intérêt de prescrire, vérifier et reproduire les ECG. Toutefois, les recommandations nationales préconisent un suivi particulier lors de la prescription de psychotropes. Or celles-ci sont peu prises en compte dans les contrôles ECG.

L'étude quantifie, pour la première fois, les réévaluations en cours d'hospitalisation. De nombreuses personnes présentent une plainte physique. Une réponse leur est fréquemment proposée, avec des traitements locaux. Par ailleurs on constate la nécessité de réévaluer des traitements chroniques et d'envisager des suivis au long cours (par exemple l'adaptation de traitements antihypertenseurs).

Les résultats des bilans sanguins, d'admission ou ultérieurs, et des examens physiques sont pris en considération puisque s'ensuivent la prescription d'exams supplémentaires, la planification de consultations spécialisées ou la mise en place de thérapeutiques.

Dans le cadre d'une prise en charge globale au sein du CHGM, le dépistage et le diagnostic des facteurs de comorbidité d'un patient hospitalisé se sont étoffés et améliorés.

Par contre, le travail de prévention réalisé au cours de l'hospitalisation n'est ni tracé, ni évalué. A l'EPSM de Ville-Evrard, l'accessibilité au médecin généraliste semble générer des démarches de prévention (47).

## 7-5- A distance

### 7-5-1- Prescriptions de sortie

Les prescriptions médicamenteuses de sortie sont éditées par le psychiatre. Des traitements locaux non achevés sont poursuivis. Si un traitement somatique par voie générale a été introduit ou modifié au cours du séjour, il est reporté sur l'ordonnance (un cas). Lors de l'analyse du dossier informatisé, pour une autre thérapeutique, on ignore si une prescription annexe a été délivrée au patient par l'omnipraticien.

Lorsque des bilans biologiques sont prévus à la sortie, il n'y a pas de traçabilité sur le dossier médical informatisé, à moins qu'il ne soit précisé que le médecin traitant devra les prescrire. Il en est de même, pour d'éventuels traitements supplémentaires ou du matériel (par exemple de pansement). Des prescriptions manuscrites sont probablement rédigées.

#### 7-5-2- Médecin traitant

##### 7-5-2-1- Prévalence du médecin traitant

Au 31 mars 2010, en France, le pourcentage de bénéficiaires ayant désigné un médecin traitant était de 78.9%. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont moins de médecins traitants répertoriés (31).

Dans l'étude menée en avril 2013 à l'EPSM GM, on retrouve le nom d'un médecin généraliste dans 52% des dossiers informatisés. Toutefois, un courrier de sortie est parfois envoyé alors que le médecin traitant n'est pas mentionné. Cela ferait estimer la proportion de patients ayant un médecin référent à un minimum de 67%. Seules 43,4% des 23 personnes atteintes d'une comorbidité désignent un médecin traitant dans leur dossier.

Les patients de psychiatrie ont encore actuellement, moins de référents en médecine générale que la population générale.

##### 7-5-2-2- Lien avec le médecin généraliste

Une prise en charge de proximité est primordiale en soins primaires, mais également dans le cadre du suivi. Les usagers de soins en psychiatrie présentent un haut risque de comorbidités et une proportion élevée de facteurs de risques cardiovasculaire, qu'il faut dépister et traiter.

Les recommandations nationales préconisent, au cours d'un traitement psychotrope, un suivi clinico-biologique régulier (33). Cela concerne 47 des 50 patients dont le dossier a été étudié.

Lors de l'hospitalisation, les résultats des bilans biologiques peuvent être anormaux.

L'identification d'un interlocuteur régulier, partenaire de soins, informé des résultats et des thérapeutiques, permet d'entériner le suivi, et d'optimiser l'observance. L'évaluation du patient peut être régulière. Si des examens supplémentaires sont requis il en effectuera le contrôle, et permettra la coordination des soins (44). Un médecin référent est important pour un suivi optimal.

Par ailleurs, le recours extrahospitalier est favorisé dans le parcours de soins des usagers en santé mentale. Le soin somatique doit pouvoir s'effectuer et se poursuivre même en l'absence d'hospitalisation.

La communication avec le médecin traitant n'a jamais été quantifiée à l'EPSM. Dans l'étude, un compte-rendu d'hospitalisation est envoyé par le psychiatre au médecin généraliste dans 17 sorties sur 40 (42,5%). Excluant l'examen d'admission qui est fréquemment retranscrit, le soin somatique est abordé par 2 praticiens, dont un pour annoncer le décès du patient. Dans 5 courriers, le médecin psychiatre transmet le bilan biologique au généraliste. Il n'y a de trace de transmission d'information orale ou manuscrite par le médecin somaticien dans aucun dossier.

#### 7-6- Axes d'amélioration

Malgré l'évolution de la prise en charge somatique au cours d'un séjour hospitalier en EPSM, le suivi en externe reste difficile. Les patients sont parfois peu compliants, et des actions de dépistage ou de traitement débutées peuvent être interrompues ou retardées (9).

Des entretiens menés avec les patients du CHGM, il est ressorti une quasi-amnésie de l'examen d'admission par un généraliste. La différence entre les intervenants n'est pas établie ; l'identification du personnel et le port des tenues sont disparates selon les services.

On peut s'interroger sur la continuité des soins après l'hospitalisation. Les patients sont focalisés sur leur problème le plus handicapant, le trouble psychique. S'ils ont été incités à consulter de nouveau dans le cadre du dépistage ou du suivi d'une comorbidité pour laquelle ils sont asymptomatiques, en auront-ils le souvenir ?

En outre, selon leur pathologie, ils peuvent attribuer un symptôme à leur délire, et le négliger ; à l'opposé l'anxiété générée est parfois invalidante et entraîne une absence de suivi, par peur des conséquences (48).

En absence de communication systématique avec le médecin traitant, qui n'est pas toujours connu, le lien entre la médecine de ville et de l'hôpital psychiatrique demeure aléatoire.

#### 7-6-1- Pendant l'hospitalisation

Depuis les dernières évaluations concernant les soins somatiques à l'admission, les pratiques se sont optimisées au sein de l'établissement.

Des axes d'amélioration émergent toutefois de l'étude actuelle. Le tabagisme actif et passif, facteur important de comorbidité, est très peu évalué ou signalé. La prise en compte des facteurs de risque cardiovasculaire ne peut être globale sans ce paramètre.

Bien que cela ne soit pas transcrit dans le dossier, un contact avec le médecin traitant au cours des premiers jours d'hospitalisation est utile et non rare, pour connaître les antécédents du patient, notamment ses éventuelles allergies et ses traitements antérieurs. La traçabilité de ces appels serait à améliorer. Dans le même temps, le statut vaccinal des usagers pourrait être mis à jour au sein du dossier médical informatisé, mais il n'a pas été étudié dans ce travail.

Le poids et les constantes hémodynamiques ne sont que partiellement contrôlés ; la fréquence respiratoire et la glycémie capillaire restent négligées, malgré les prescriptions et le protocole. Ils ne sont jamais vérifiés en cas d'hospitalisation longue. L'IMC devrait être surveillé plus régulièrement.

La réalisation et la traçabilité des examens biologiques se sont améliorées de manière très importante et sont à poursuivre dans l'intérêt du patient.

Les recommandations concernant l'ECG, établies suite à une analyse de pratiques et complétées de manière consensuelle, sont suivies en partie ; la fréquence de réalisation des ECG est correcte. Par contre, le traitement du patient n'est pris en compte que 2 fois dans les 50 situations, pour motiver la réalisation d'un tracé. Il n'y a pas de suivi en cas d'adaptation thérapeutique ou si un psychotrope est introduit, le traitement n'est pas un critère majeur pour décider de l'utilité d'un tracé supplémentaire lors d'une admission.

Lorsqu'un examen est pathologique lors du bilan d'entrée, notamment physique, le suivi et la réévaluation ne sont pas systématiques ni prévus ; les patients ne sont revus qu'en cas de plainte. A la différence d'un service de court séjour d'hospitalisation générale, une

réévaluation somatique quotidienne n'est pas possible. Un protocole de suivi pourrait être envisagé, avec une consultation de suivi systématique des patients ayant des antécédents ou des adaptations thérapeutiques, à un rythme qui serait prédéfini.

La sensibilisation du personnel soignant, par l'information et la formation, doit s'entériner, pour lui permettre d'intégrer l'approche somatique dans la prise en charge globale des patients de psychiatrie.

#### 7-6-2- A la sortie et en ambulatoire

La communication avec le médecin traitant, d'un point de vue somatique, semble faible. Il n'y a pas de trace de courrier dans le dossier informatisé, notamment en cas d'adaptation thérapeutique ou de suivi particulier ; cela s'avère un axe d'amélioration important.

Les contacts téléphoniques ne sont pas toujours retranscrits. La disparité de fonctionnement des secrétariats rend le transfert des données hétérogène selon les pôles. Ainsi, les médecins généralistes, informés du traitement de leur patient, pourraient l'être systématiquement des examens pratiqués et du suivi propre aux thérapeutiques psychotropes prescrites.

Mais avant cela, l'identification du médecin traitant doit être reportée plus fidèlement dans le dossier médical informatisé.

L'information auprès des usagers est peu réalisée, ou peu relevée. Toutefois, les entretiens menés auprès de patients stabilisés, montrent le peu de poids des informations délivrées en hospitalisation ; celles-ci devraient être différées à un moment plus adéquat. Cela argumente l'intérêt d'informer le médecin traitant, qui pourra relayer et répéter ces éléments lors d'une période propice.

Un travail d'information et d'éducation des patients pourrait être prévu après la sortie et la stabilisation de leur état psychique. Ainsi, les règles hygiéno-diététiques sont difficiles à aborder en période d'hospitalisation. Le sujet pourrait être discuté et travaillé avec l'utilisateur lors de son suivi au centre médico-psychologique, intégrant l'éducation thérapeutique au soin extrahospitalier.

Si le patient n'a pas de médecin généraliste référent, il pourrait être accompagné dans ses démarches de recherche et de contact, au cours des prises en charge hospitalières ou ambulatoires.

Par exemple, à l'EPSM de Ville-Evrard, dans l'organisation du réseau de soins somatiques, la prise en charge du patient reste possible après sa sortie. Si l'utilisateur n'a pas de médecin généraliste référent, il peut consulter celui de son secteur lors d'une prise en charge en CMP, accompagné par l'équipe ; cela permet un suivi. Dans le même temps, il lui est proposé une liste de praticiens, pour favoriser le lien vers un médecin généraliste, ce dont le patient ne prendrait pas spontanément l'initiative (47).

Un axe de travail ultérieur serait d'analyser l'information reçue par les médecins généralistes de la part de l'EPSM Georges MAZURELLE, et de développer la communication à la sortie de l'hôpital pour les autres intervenants dans la santé du patient.

Pour une prise en charge globale et efficace du patient, le lien entre les différents intervenants médicaux doit donc se pérenniser et s'intensifier.

## Conclusion

Depuis plusieurs années, le constat de la surmortalité des usagers de psychiatrie a permis la prise de conscience de l'importance des soins somatiques. Cela a conduit à établir des recommandations nationales et à légiférer.

A l'EPSM Georges MAZURELLE de la Roche-sur-Yon, des préconisations internes ont été mises en œuvre pour uniformiser les pratiques, dans l'objectif d'une prise en charge globale et optimale des patients. Les études antérieures, évaluant l'admission avaient mis en évidence des axes d'amélioration, qui ont été confortés. La prise en charge du patient à son arrivée est adaptée, et plus complète que ne le suggère la législation ; le mode d'hospitalisation n'interférant pas.

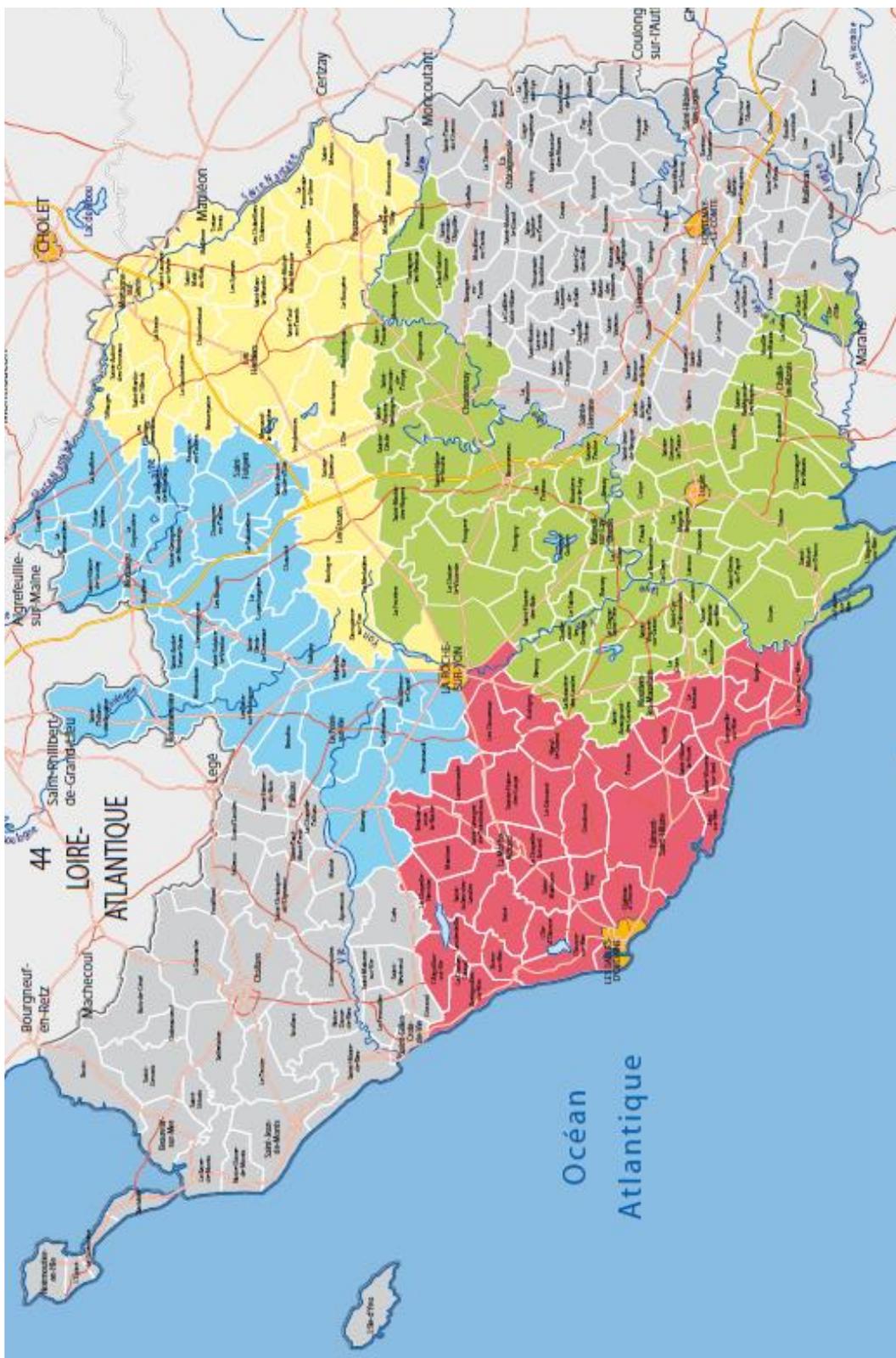
Toutefois en cours d'hospitalisation, bien que les usagers requérant à l'omnipraticien soient nombreux, la réévaluation n'est pas systématique. Le travail de dépistage n'est pas quantifié. Un projet de travail et d'amélioration va désormais s'axer sur le suivi clinique du patient, au cours du séjour hospitalier.

De même, la communication et l'information aux médecins généralistes ne sont pas optimales. Elles nécessitent de se développer, pour relayer et optimiser le parcours de soin des usagers, qui eux doivent prendre conscience de l'intérêt d'un suivi ambulatoire. Pour cela, un accompagnement dans leur démarche est nécessaire ; l'hospitalisation ne semble pas la période la plus propice à l'information. Celle-ci, associée à la prévention, au dépistage et au traitement des comorbidités, pourrait se poursuivre en extrahospitalier via les CMP.

L'évolution de la prise en charge globale de l'usager de psychiatrie doit se pérenniser et s'améliorer en développant le lien avec la médecine générale.

## Annexes

### Annexe 1 : Répartition des secteurs de psychiatrie en Vendée





### Annexe 3 : Modalités d'hospitalisation sans consentement

Modalité	SPDT	SDTU	SPI	SPDRE
		Risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient	Absence de tiers et péril imminent pour la santé de la personne	En cas de danger imminent attesté par un avis médical ou notoriété publique
Observation	- 2 certifs médicaux inférieurs à 15 j - Demande de tiers (art. L 3212.1) - Décision du directeur	- demande de tiers (art. L 3212.3) - 1 certificat médical d'un médecin extérieur ou d'un psychiatre de l'établissement d'accueil - Décision du directeur qui prononce l'admission	- un seul certificat médical d'un médecin extérieur (art L 3212.1) à l'établissement d'accueil. - Décision du directeur qui prononce l'admission	- Certificat émanant d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil (art L 3213-1) - Arrêté préfectoral
Dans les 24h	- Examen somatique - Certificat d'un autre psychiatre	- Examen somatique - Certificat d'un psychiatre de l'établissement	- Examen somatique (nouveau) - Certificat d'un psychiatre de l'établissement d'accueil	- Examen somatique (nouveau) - Certificat psychiatre de l'établissement d'accueil différent du psychiatre ayant signé le CM d'admission
Dans les 72h	- Certificat d'un psychiatre - Décision du directeur prononçant le maintien des soins - Si maintien des soins, avis psychiatre + éventuellement programme en cas de soins ambulatoires	- Certificat d'un psychiatre, <b>différent du psychiatre ayant rédigé le CM d'admission et le CM des 24h</b> - Si maintien des soins, avis psychiatre + éventuellement programme en cas de soins ambulatoires - Décision du directeur prononçant le maintien des soins	- Certificat d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, <b>différent du psychiatre ayant rédigé le CM d'admission et le CM des 24h.</b> - Si maintien des soins, avis psychiatre + éventuellement programme en cas de soins ambulatoires - Décision du directeur prononçant le maintien des soins	- Certificat d'un psychiatre de <b>l'établissement d'accueil qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux mais pouvant être l'auteur du certificat des 24h</b> - Si maintien des soins, avis psychiatre + éventuellement programme en cas de soins ambulatoires - Décision du directeur prononçant le maintien des soins - Décision Préfet décidant de la forme de la prise en charge (dans les 3 jours francs suivant la réception du certificat de 72 h). - Règles particulières pour les patients irresponsables pénaux et ayant séjourné en UMD
Plus tard	- Certificat de huitaine - Certificat mensuel	- Certificat de huitaine - Certificat mensuel	- Certificat de huitaine	- Certificat de huitaine (entre le 5 <sup>ème</sup> et le 8 <sup>ème</sup> jour) - Certificat mensuel (la datation commence à l'arrêté d'admission) - Arrêté préfectoral : 1, 3 et tous les 6 mois

#### Annexe 4 : Répartition des admissions au CHGM en hospitalisation complète par mode de soins

2011		
	Base	%
Hospitalisations libres	2204	77,25%
Hospitalisations à la demande d'un tiers	605	21,21%
Hospitalisations d'office	36	1,26%
Hospitalisations sur détenus	8	0,28%
<b>TOTAL Admissions en hospitalisation complète adulte + géronto</b>	<b>2853</b>	<b>100,00%</b>

En 2011, sur 2853 admissions en hospitalisation complète en Psychiatrie générale adulte et Géronto psychiatrie, **21,21%** ont été réalisées sous le mode légal de soin HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers.

2012		
	Base	%
Soins psychiatriques libres	2371	79,35%
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (+ SPDT urgence)	414	13,86%
Soins psychiatriques pour péril imminent	156	5,22%
Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état	29	0,97%
Soins psychiatriques aux détenus	12	0,40%
Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables	6	0,20%
<b>TOTAL Admissions en hospitalisation complète adulte + géronto</b>	<b>2988</b>	<b>100,00%</b>

Ex HDT


**19,08%**

En 2012, sur 2988 admissions en hospitalisation complète en Psychiatrie générale adulte et Géronto psychiatrie, **19,08%** ont été réalisées sous le mode légal de soin SPDT : soins psychiatrique à la demande d'un tiers (SPDT Standard + SPDT urgence + péril imminent) .

M3 2013		
	Base	%
Soins psychiatriques libres	634	81,39%
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (+ SPDT urgence)	90	11,55%
Soins psychiatriques pour péril imminent	43	5,52%
Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état	8	1,03%
Soins psychiatriques aux détenus	4	0,51%
Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables	0	0,00%
<b>TOTAL Admissions en hospitalisation complète adulte + géronto</b>	<b>779</b>	<b>100,00%</b>

Ex HDT


**17,07%**

## Annexe 5 : Recueil de données numéro 1

### DONNEES ADMINISTRATIVES

**Secteur admission :** admission adulte :  FGP :

**Initiales :** \_\_\_\_\_ **Sexe :** F  M

**Age :** 18-25 ans  25-35ans  35-45ans  45-55 ans   
55- 65 ans  65-75 ans  75-85 ans  plus de 85ans

**Mode d'admission :** SPL  SPDT  SPDRE

**Provenance :**  CH urgences  CH autre service  
 Domicile  Médecin traitant  
 CMP  Autre : \_\_\_\_\_  
 Autre médecin généraliste

**Adressé par:**  médecin CH urgences  Médecin CH autre service  
 Régulation SAMU  Médecin traitant  
 De lui-même  psychiatre CMP  
 Psychiatre de garde  autre \_\_\_\_\_

**Motif admission :**  IMV  Autre tentative autolyse  
 Recrudescence anxio-dépressive  Trouble bipolaire  
 Démence  Maladie psychotique  
 Addictologie  Autre

**Nb d'hospitalisations en psychiatrie :** 1ere hospitalisation :  OUI  NON

**Délai depuis dernière hospitalisation :**  - 1 sem  - 1 mois  - 3 mois  
 - de 6 mois  - 1 an  - de 2ans  - de 3 ans  
 - de 4ans  - de 5 ans  plus de 5 ans

**Nom d'un médecin généraliste dans le dossier :**  OUI  NON

### CLINIQUE

**Délai entre admission et examen physique :**  -6h  -12h  -24h  
 -48h  +48h,  NR

**Commentaire sur examen physique :**  RAS  anormal  NR

**Constantes :**       PA                       FC                       saturation                       T°  
                           Glycémie capillaire                       FR  
 IMC                       poids                       et/ou taille

**Antécédents personnels notables et pathologies chroniques évolutives :**

**Information :**       dans soins et suivi somatiques                       dans antécédents                       NR

**ATCD CV :**  OUI                                       NON                                       NR

Dont HTA, infarctus, problème cardiologique, autre

**TABAC :**     OUI                                       NON                                       NR

**Autres ATCD :**     addictologie                                       BPCO  
     Tumeur en traitement                                       Tumeur ancienne  
     Epilepsie                                       maladie thrombo-embolique  
     Insuffisance rénale                                       maladie hépatique

**Traitement antérieur :**       OUI                                       NON                                       NR

**Allergie :**     OUI                                       NON                                       NR

**PARACLINIQUE**

**Biologie :** laquelle ? (conformité avec EPP) :

**Délai avant biologie**  -24h                       -48h                       -72h                       +72h, - 1 semaine

Biologie faite avant hospitalisation

si oui : complément pour conforme?       Oui                       non

Biologie non faite mais pas demandée                       biologie non faite prescrite

**résultats tracés**                       CORTEXTE®                       non

**Contenu conforme recommandations locales:**                       Oui                       non

**Si non - Biologies supplémentaires**       Oui                       non

**justifiées?**       Oui                       non

- **Biologies en moins**                       Oui                       non

**justifiées?**       Oui                       non

- **Répétition bilan**                       Oui                       non

**Tracabilité :**       CORTEXTE®               non

**ECG (// EPP) :**       ECG systématique dans bilan entrée               ECG fait car date de plus 1 an

ECG moins d'1 an dans dossier               ECG de plus d'1 an dans dossier

Pas ECG     ECG fait car ?

**Tracabilité :**       CORTEXTE®                               non

**Examens autres :** radios, scanners ...               Oui               non

**justifiés?**       Oui               non

**Annexe 6 : Recueil de données numéro 2**

**NUMERO PATIENT :** \_\_\_\_\_ **Initiales** \_\_\_\_\_

Patient sorti depuis premier recueil : oui  non

Durée hospitalisation : \_\_\_\_\_ Hospit plus de 3 semaines :  Oui  non

Patient réhospitalisé depuis : Oui  non

**CLINIQUE**

Examen clinique rapporté normal à l'admission : Oui  non  NR

Examen biologique normal à l'admission : Oui  non  NR

pesé après 3 semaines :  Oui  non  sorti

Anomalie clinique ou biologique par la suite :

nouvel examen clinique : Oui  non

examen normal : Oui  non

Nouvel examen biologique : Oui  non

Examen normal : Oui  non

**SI UNE ANOMALIE A L'ADMISSION OU ENSUITE : EXAMEN COMPLEMENTAIRE**

Examens complémentaires **prescrits** (autres que dans bilan admission)? : biologie ( spécialisée, imagerie): Oui  non  NR

Si Oui

- Biologie :  oui  non laquelle \_\_\_\_\_

- Imagerie :  oui  non laquelle \_\_\_\_\_

- ECG :  oui  non

- Autre :  oui  non laquelle \_\_\_\_\_

Examens complémentaires **justifiés** :  Oui  non  NR

Examens complémentaires **réalisés** ou prévus :  Oui  non  NR

- Si non fait : justifié :  Oui  non  NR

Transfert CHD?  oui  non

Si oui :  Ambulance  SAMU

Service :  urgences  Médecine  Chirurgie

## RESULTATS EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Résultats examens complémentaires tracés :  oui  non

Nouvel examen prévu à distance :  oui  non  à refaire sans date

Nouvel ECG en cours hospitalisation :  non

- Oui :  suivi adaptation thérapeutique  
 ECG antérieur pathologique  
 refait même si moins d'un an depuis le dernier  
 Autre \_\_\_\_\_  
 refait sans justification

### Conséquence anomalie clinico bio

RDV spécialiste indiqué :  Oui  non  NR

RDV spécialiste réalisé :  Oui  non  NR

Si non RDV spécialiste prévu  Oui  non  NR

Règles hygiéno-diététiques adaptées :

Régime prescrit :  Oui  non

Si oui :  diabète  hypolipidique

insuffisance rénale  sans sel  Autre \_\_\_\_\_

Traitement médicamenteux somatique indiqué :  Oui  non  NR

Traitement médicamenteux somatique débuté :  Oui  non  NR

Patient informé :  Oui  non  NR

### SUIVI organisé à la sortie

Examen de contrôle prévu :  Oui  non  NR

Ordonnance remise :  Oui  non  NR

Contact médecin traitant :  Oui  non  NR

si le patient est sorti de l'hospitalisation précédente avec un RDV spécialisé programmé en externe, l'a-t-il honoré et quels ont été les résultats? :  Oui  non  NR

## **Annexe 7 : Entretien avec des patients**

Secteur	Initiales, âge
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avez-vous un médecin traitant?</li><li>- Quand l'avez-vous vu la dernière fois?</li><li>- Prenez vous des médicaments habituellement? Lesquels ?</li><li>- Avez-vous rencontré un médecin généraliste ou un interne depuis votre arrivée?</li><li>- Combien de fois ?</li><li>- Pourquoi ?</li><li>- Avez-vous eu des problèmes de santé physique depuis votre admission? En avez-vous parlé?</li><li>- Avez-vous eu une prise de sang depuis votre arrivée?</li><li>- Quels étaient les résultats?</li><li>- Avez-vous eu d'autres examens depuis votre arrivée?</li><li>- Trouvez- vous utile qu'il y ait un médecin généraliste à l'hôpital MAZURELLE ?</li></ul>

## Annexe 8 : Suivi des analyses de laboratoire

(Extrait des secteurs d'admission adulte et de courts-séjours gériatriques)

Pôles consommateurs	2011						2012						2013 (de janvier à mars 2013)					
	Nombre de B et BHN / cumul annuel	Montants en €	Journées hospitalisation complète	Coût par journée	Entrées Directes Hospitalisation Temps Plein	Coût par Entrée	Nombre de B ET BHN / cumul annuel	Montants en €	Journées hospitalisation complète	Coût par journée	Entrées Directes en Hospitalisation Temps Plein	Coût par Entrée	Nombre de B ET BHN / de janv. à mars	Montants en €	Journées hospitalisation complète	Coût par journée	Entrées Directes Hospitalisation Temps Plein	Coût par Entrée
SO	230 605	47 080 €	18 058	2,61 €	805	58,49 €	220 405	44 106 €	17 437	2,53 €	773	57,06 €	54 625	10 555 €	4 015	2,63 €	177	59,64 €
SE	159 704	32 605 €	14 859	2,19 €	536	60,83 €	127 941	25 603 €	14 676	1,74 €	604	42,39 €	37 456	7 238 €	3 520	2,06 €	160	45,24 €
NE	157 095	32 073 €	17 182	1,87 €	466	68,83 €	164 453	32 909 €	16 663	1,97 €	548	60,05 €	40 414	7 809 €	4 064	1,92 €	124	62,98 €
NO	149 809	30 585 €	17 906	1,71 €	599	51,06 €	148 236	29 664 €	17 568	1,69 €	532	55,76 €	39 042	7 544 €	4 257	1,77 €	146	51,67 €
FGP - Court séjour	180 899	36 932 €	17 025	2,17 €	450	82,07 €	174 888	34 997 €	16 614	2,11 €	545	64,22 €	57 519	11 115 €	3 885	2,86 €	174	63,88 €
<b>TOTAL hospitalisations</b>	<b>1 061 018</b>	<b>216 618 €</b>					<b>1 030 868</b>	<b>206 289 €</b>					<b>283 109</b>	<b>54 707 €</b>				

## Index des tableaux et figures

### **Index des tableaux**

Tableau 1 : Facteurs de risque cardiovasculaire et bilan lipidique	p. 8
Tableau 2 : Répartition des patients par âge	p. 27
Tableau 3 : Anomalies biologiques lors du bilan d'admission	p. 34
Tableau 4 : Motif de consultation somatique et prise en charge	p. 36
Tableau 5 : Suivi des traitements antipsychotiques, recommandations AFSSAPS	p. 46

### **Index des figures**

Figure 1 : Mode d'admission des patients	p. 27
Figure 2 : Provenance des patients	p. 28
Figure 3 : Personne à l'origine de l'hospitalisation	p. 29
Figure 4 : Motif d'hospitalisation	p. 29
Figure 5 : Recueil des constantes	p. 30
Figure 6 : Recueil des poids et taille	p. 31
Figure 7 : Antécédents des patients	p. 32
Figure 8 : Contenu du compte-rendu d'hospitalisation au médecin traitant	p. 41
Figure 9 : Réalisation des bilans biologiques en 2012 et 2013	p. 49

## Bibliographie

1. Mémoire d'Hôpital, recueil historique et photographique. Reprographie CHGM; 2012.
2. Petit P. L'Hôpital sud de la Roche-sur-Yon, centre spécialisé en psychiatrie. 1990.
3. Boby de la Chapelle, Dagon. Règlement intérieur de l'Asile public d'aliénés de Napoléon-Vendée. Sory. Napoléon-Vendée; 1857.
4. Berthier P. Excursions scientifiques dans les asiles d'Aliénés. Milliet - Bottier; 1865.
5. Visite finale du contrôleur général des lieux de privation de liberté : Etablissement public de santé mentale Georges Mazurelle, 7 au 9 décembre 2009.
6. Conférence nationale des présidents de CME de CHS. Soins somatiques en santé mentale, une question de dignité. Château d'Olonne: d'Orbestier; 2003.
7. Chapireau F, Zylbersztein M, Desmazires B, Canneva J, Guillard M, Saravane D. En santé mentale, préserver le corps. Pluriels. 2004 mai;(44-45):1-24.
8. Février R. Reportage vidéo : Usagers et soins somatiques en santé mentale. CHS Georges Mazurelle; 2004.
9. Cabaret W. L'accès aux soins somatiques pour les patients suivis en psychiatrie. Soins Psychiatr. 2010;268:34-36.
10. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé, V2010.
11. Equipe médicale de soins somatiques, EPSM Georges Mazurelle. Recommandations de bonnes pratiques pour la prescription d'un ECG avant mise sous traitement anti-psychotique. 2009 nov.
12. Equipe médicale de soins somatiques, EPSM Georges Mazurelle. Recommandations de bonnes pratiques pour la prescription d'un bilan biologique et autres examens somatiques à l'admission. 2012 mai.

13. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (J.O. 6 juillet 2011).
14. ANAES. Méthode d'évaluation du risque cardiovasculaire global. 2004 juin.
15. Assurance maladie. Facteurs de risque cardiovasculaire d'après les recommandations HAS et AFSSAPS. 2009.
16. Mantelet S, Sabran-Guillin V, Hardy P. Epidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques. Encycl Méd Chir Psychiatr. Paris: Elsevier; 1998.
17. Haffen E, Vandel P, Thibaut F, Sechter D. Prescription et surveillance des psychotropes, épreuves classantes nationales.
18. Weinera M, Warrena L, Jess G, Fiedorowicz. Cardiovascular morbidity and mortality in bipolar disorder. Ann Clin Psychiatry. 2011 févr;23(1):40-47.
19. Troubles graves du rythme ventriculaire, morts subites et neuroleptiques. Rev Prescrire. 2002 avr;22(227):276-281.
20. Gury C, Advenier E, Canceil O, Iara P. Allongements de l'intervalle QT et risque de survenue de torsade de pointes chez des patients traités par antipsychotiques. J Pharm Clin. 2002 mars;21(1):47-55.
21. Munk Laursen T, Munk-Olsen T, Gasse C. Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. Plos One En Ligne. 2011 sept;6(9):7. doi: 10.1371/journal.pone.0024597.
22. Michaut C. Surcharge pondérale en santé mentale [thèse : méd gén]. Nantes; 2007.
23. Kozumplikv O, Uzun S, Jakovljević M. Psychotic disorders and comorbidity : somatic illness vs side effect. Psychiatr Danub. 2009;21(3):361-367.

24. Foerster M, Marques-Vidal P, Waeber G, N. Rodondi. Association entre consommation d'alcool et facteurs de risque cardiovasculaire : une étude sur la population lausannoise. *Rev Med Suisse*. 2010 mars;6:505-509.
25. Wannamethee G, Shaper A. Alcohol and sudden cardiac death. *Br Heart J*. 1992;68:443-448.
26. INSERM. Effet de l'alcool sur le système cardiovasculaire.
27. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (J.O. 17 août 2004).
28. Haute couverture S, Limosin F, Rouillon F. Épidémiologie des troubles schizophréniques. *Presse Med*. 2006;35:461-468.
29. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. 2002.
30. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouche S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidités des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHDEA 2000/(ESEMeD). *Enceph*. 2005;31(2):182-194.
31. Montariol P, Guillard M, Bollengier O, Escaffre-Groussard N, Hallouche N, Petitdemange M, et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *Inf Psychiatr*. 2006 déc;82(10):793-800.
32. Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care : a comparative study. *Fam Pr*. 2007;24:34-40.
33. Vial-Cholley E. Les troubles psychiatriques et les pathologies somatiques. *Soins Psychiatr*. 2010;268:16-19.
34. Bouza C, López-Cuadrado T, Amate J. Physical disease in schizophrenia: a population-based analysis in Spain. *BMC Public Health*. 2010;10:745.

35. Ancelet C, Sauvanaud F, Manetti A, Limosin F. Comorbidités somatiques et espérance de vie chez les patients présentant une pathologie psychiatrique d'évolution chronique. Morbi-mortalité des patients suivis en psychiatrie. *Prat En Santé Ment.* 2013;2:5-7.
36. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in Schizophrenia : is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(10):1123-1131.
37. Saravane D. L'abord somatique des patients en santé mentale est-il une nécessité ? *Sem Inf Sur Santé Ment.* 2007;
38. Brown S, Barraclough B, Inskip H. Cause of the excess mortality in schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2000;177:212-217.
39. Goldsteina B, Fagiolinia F, Houcka P, Kupfera D. Cardiovascular disease and hypertension among adults with bipolar disorder in the United States. *Bipolar Disord.* 2009;11(6):657-662.
40. Février R, Bryssine S, Valon D. Comorbidités somatiques en psychiatrie. *Santé Ment.* 2004;90.
41. Nicot T, Beghelli F, Viala A. Soins somatiques en santé mentale. *Nervure.* 2009;22(1):5-7.
42. AFSSAPS. Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques. 2010 mars.
43. Bohn I, Aubert J, Guegan M, Guillard M, Greacen T, Lejoyeux M, et al. Patients psychiatriques ambulatoires : Quelle coordination des soins ? *Rev Prat Med Gen.* 2007;21(770/771):511-514.
44. Guy J. Un protocole de co-thérapie. *Santé Ment.* 2004 sept;90:45-47.
45. Fabbro R. Evaluation des pratiques de dépistage et épidémiologie des comorbidités somatiques chez les patients schizophrènes [thèse : méd gén]. Strasbourg; 2008.

46. Arlotto E, Felicé M-P, Favre C, Bun H, Cornet M. Intérêt du bilan biologique d'entrée dans le dépistage de comorbidités chez les patients hospitalisés en psychiatrie. *Enceph.* 2008;34:61-65.
47. Cabaret W. Un réseau de soins somatiques en psychiatrie. *Soins Psychiatr.* 2006;247:27-30.
48. Monduit de Caussade L. Perception et vécu de la maladie somatique selon les formes cliniques de schizophrénie. *Ann Med Psychol.* 2013;171:65-71.

# Résumé

NOM : CHENEAU

PRENOM : Stéphanie

**Titre de Thèse : Evaluation de la prise en charge somatique d'un patient adulte admis en établissement public de santé mentale, exemple du CHGM la Roche-sur-Yon (85)**

---

## RESUME

Les risques de comorbidité et le taux de mortalité des patients suivis en psychiatrie sont plus élevés que ceux de la population générale. La prise en charge somatique des usagers en santé mentale s'avère nécessaire. La législation actuelle régleme les pratiques pour les patients admis sous contrainte en établissement spécialisé de santé mentale.

Ce travail, étudiant les soins somatiques, a pour objet de comparer les pratiques au sein de l'établissement public de santé mentale Georges MAZURELLE lors de l'admission d'un patient adulte, aux recommandations nationales et locales. Il évalue également la prise en charge des patients en cours d'hospitalisation et définit des axes d'amélioration pour un parcours de soins de qualité.

---

## MOTS-CLES

- Soins somatiques
- Santé mentale
- Psychiatrie
- Hospitalisation
- Comorbidités
- Evaluation
- Parcours de soins