

L'ABORD SOMATIQUE DES PATIENTS EN SANTE MENTALE EST-IL UNE NECESSITE ?

Docteur D. SARAVANE

Chef de Service - Praticien Hospitalier

Etablissement Public de Santé de VILLE-EVRARD à Neuilly-sur-Marne

Président de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

Semaine d'Information sur la Santé Mentale - Marseille du 14 au 16 mars 2007

L'intérêt porté au corps des patients souffrant de pathologie mentale est récent.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre croissant d'études sur l'association entre pathologie organique et pathologie mentale a permis de confirmer l'existence d'une comorbidité entre ces deux types de pathologie. Ces études ont constaté une surmortalité par « causes naturelles » (à la différence des suicides et des morts violentes) ainsi qu'une prévalence des affections organiques chez les patients psychiatriques par rapport à la population générale.

Fini le concept que « les malades mentaux n'étaient jamais malades » ou que « la psychose met à l'abri de la somatisation ».

L'expérience acquise ces dernières années nous a enseigné que la pathologie mentale est source de retard diagnostique pour les pathologies organiques, qu'elle compromet l'adhésion aux soins, le respect des contraintes du traitement et donc le pronostic.

→ Mortalité et morbidité

Le risque de décès est 3 à 5 fois supérieur (selon les études) à celui de la population générale et augmente avec la durée de l'hospitalisation. Sans compter les suicides, 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 on retrouve une sur-représentation des maladies cardio-vasculaires, respiratoires, infectieuses, mais aussi des cancers notamment du poumon et du larynx.

Cette surmortalité touche aussi les patients atteints de troubles de l'humeur avec un risque de décès multiplié par 1,6 à 4,5 selon les études. Et les causes cardio-vasculaires représentent les deux tiers de morts naturelles chez ces patients.

Concernant la morbidité, on reconnaît que 30 à 60% des patients consultant ou hospitalisés en psychiatrie présenteraient une pathologie organique associée. Méconnue 1 fois sur 2, l'affection organique influe sur l'évolution de la pathologie psychiatrique dans 50 à 70% des cas et est considérée comme un facteur causal dans près de 20% des cas.

L'augmentation de la mortalité et de la morbidité peut-être attribuée à un environnement défavorable et des comportements à risque tels que le tabagisme, l'abus des drogues, le manque d'exercice physique et l'obésité. Cependant, il existe de véritables comorbidités en dehors de tous facteurs environnementaux.

→ L'approche somatique des patients en Santé Mentale

Elle devient une nécessité et doit tenir compte des particularités de ces patients : précarité, isolement socio-familial, des conduites à risque et suicides et de la difficulté de maîtriser les facteurs de risque surtout si la pathologie psychiatrique est au premier plan.

Le somatique s'intègre dans une prise en charge globale où la dimension psychiatrique est le plus souvent prédominante. Mais cela n'empêche pas de faire une évaluation initiale et régulière, comportant l'anamnèse et un examen clinique complet.

L'anamnèse, quand cela est possible, doit tenir compte des facteurs de risque : on connaît la prévalence par exemple du surpoids, du diabète de type II, du syndrome métabolique chez ces patients par rapport à la population générale.

Certains traitements psychotropes sont également incriminés pour entraîner une surcharge pondérale. Il s'agit de neuroleptiques (notamment les antipsychotiques atypiques) et des régulateurs de l'humeur. Un certain nombre d'hypothèses pharmacobiologiques sont proposées au delà desquelles demeurent des causes multifactorielles : niveau socio-économique bas, défaut d'hygiène alimentaire, inactivité, troubles du comportement alimentaire (hyperphagie anxio-lytique). On peut également incriminer un défaut de mesures préventives, les soignants craignant d'imposer à ces patients des frustrations additionnelles.

Insistons sur la nécessité de détecter ces facteurs de risque avant la mise en route de tout traitement et l'examen clinique le permet :

- Antécédents personnels et familiaux d'obésité, diabète, dyslipidémie, HTA et pathologies cardio-vasculaire
- Mesures : le poids et la taille, ce qui permet de calculer l'index de masse corporelle (BMI : Body Mass Index). Le BMI est plus adapté que la masse corporelle pour définir le surpoids.
- Mesure du périmètre abdominal, (obésité centrale)
- Mesure de la pression artérielle
- Le bilan sanguin etc...
-

Des recommandations concernant la prise en charge somatique des patients souffrant de schizophrénie et traités par antipsychotiques ont été établies à la suite de conférences d'experts (Consensus Development Conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes, 2004). Le suivi doit comporter le poids, le bilan glucidique et lipidique, la tolérance cardio-vasculaire, les signes d'hyperprolactinémie, les signes extra-pyramidaux. Le but est de maintenir un traitement psychopharmacologique efficace tout en utilisant de nouveaux moyens pour en contrer les effets secondaires. Et le but ultime est d'avoir une balance positive entre les effets secondaires de la maladie et ceux du traitement, visant toujours la sécurité, le confort, la qualité de vie et la santé globale des patients.

En conclusion, le suivi du patient souffrant de troubles mentaux, de plus en plus impliqué comme acteur de ses soins, devrait intégrer la dimension de la prévention et du dépistage des comorbidités somatiques.

Aider les patients au sevrage ou à la diminution de consommation tabagique, les inciter à adopter une alimentation équilibrée et à pratiquer un exercice physique régulier, doit être une des priorités de la prise en charge médicale.