UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Les comorbidités somatiques chez les patients hospitalisés au centre neuropsychiatrique de Kamenge : étude rétrospective sur une année (du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013)

Ndihokubwayo, Olivier; Sous la Direction de : Dr Sylvère SAKUBU

2016
UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1181

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI



FACULTE DE MEDECINE

LES COMORBIDITES SOMATIQUES CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISES AU CENTRE NEURO-PSYCHIATRIQUE DE KAMENGE : ETUDE RETROSPECTIVE SUR UNE ANNEE (du 1er janvier 2013 au 31 Décembre 2013)

Par :
Olivier NDIHOKUBWAYO

Sous la Direction de :
Dr Sylvère SAKUBU

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de Docteur en Médecine

Bujumbura, Mars 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE

(Année académique : 2013- 2014)

A.BUREAU FACULTAIRE

Doyen : Pr Gabriel NDAYISABA

1er Vice- Doyen : Dr Joseph NYANDWI

2ème Vice- Doyen : Dr Sylvain NIYONKURU

B.ENSEIGNANTS A TEMPS PLEIN

1. Professeurs ordinaires

Pr Gabriel NDAYISABA : Pathologie chirurgicale

Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie

Pr Richard KARAYUBA : Pathologie chirurgicale

Pr Théodore NIYONGABO : Pathologie infectieuse et parasitaire

Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie

Pr Jean Baptiste SINDAYIRWANYA : Gynécologie-Obstétrique

Pr Evariste NDABANEZE : Thérapeutique

Pr Léodégal BAZIRA : Méthodologie de la Recherche

2. Professeurs associés

Pr Emmanuel NIKOYAGIZE : Sémiologie médicale

Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie structurale et Biochimie métabolique

Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-rhino-laryngologie

Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie spéciale

Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie

Pr Jeanne Odette NIYONGERE : Gynécologie- Obstétrique

Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie et sémiologie digestive

Pr Rénovat NTAGIRABIRI : Gastro-entérologie, Hépatologie

Pr Elysée BARANSAKA : Cardiologie

Pr Salvator HARERIMANA : Gynécologie-Obstétrique

Pr Louis NGENDAHAYO : Anatomopathologie générale et Histologie spéciale

3. Chargés de cours

Dr Serges BAHIMANGA : Pédiatrie

Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie médicale

Dr François NDARUGIRIRE : Anesthésie- réanimation

Dr Athanase NDAYIRAGIJE : Pathologie infectieuse et parasitaire

Dr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie-Obstétrique

Dr Lévi KANDEKE : Ophtalmologie

Dr Martin NDUWIMANA : Pédiatrie

Dr Hélène BUKURU : Pédiatrie

Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie chirurgicale

Dr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie fondamentale, Hématologie Clinique, Biochimie pathologique

Dr Joseph NYANDWI : Néphrologie et Physiologie Néphrologique

Dr Léonard BIVAHAGUMYE : Oto-rhino-laryngologie, Anatomie de la tête et du cou

Dr Eugène NDIRAHISHA : Physiologie, Sémiologie cardiaque

Dr François NDIKUMWENAYO : Physiologie I

Dr Fiacre MAKURAZA : Physiologie I, Endocrinologie

Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie chirurgicale

Dr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie I

Dr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie-Obstétrique

Dr Paul BANDEREMBAKO : Urologie

Dr Sébastien MANIRAKIZA : Biophysique, Imagerie médicale

Dr Patrice BARASUKANA : Neuro-Anatomie, Neuro-Physiologie et Sémiologie neurologique

Dr Jean Claude NIYONDIKO : Anatomie I

Dr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie, Réadaptation fonctionnelle

Dr Herman NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie médicale

Dr Désiré NISUBIRE : Biologie moléculaire, Génétique

Dr Flora NTAHOMPAGAZE : Histologie générale, Cytologie et Embryologie

Dr Stanislas HARAKANDI : Anesthésie- Réanimation

Dr Martin MANIRAKIZA : Médecine interne

4. Chargés d'enseignement

Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Déontologie médicale

Dr Zacharie NDIZEYE : Epidémiologie, Méthodologie de la recherche

Dr Sandra NKURUNZIZA : Hygiène, Administration des services de santé

5. Maitre-Assistant

Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie

C. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

Dr Sylvère SAKUBU : Psychiatrie

Dr Gaspard MARERWA : Anatomopathologie spéciale,

Dr Pierre Claver HAJAYANDI : Médecine légale, Médecine du travail

Dr Juvénal MUYUKU : Stomatologie

Dr Elie MUPERA : Dermatologie

Dr Paul BIZIMANA : Gestion hospitalière, Introduction à la Santé Publique, Démographie

Dr Thaddée BARANCIRA : Physique

Ph. François NKENGURUTSE : Pharmacologie générale

Mr Ferdinand NCABWENGE : Anglais médical

Dr Léopold HAVYARIMANA : Chimie générale et organique

Dr Servat NYANDWI : Statistiques

Mr Anaclet CONGERA : Mathématiques

Mme Léonie NTUNGWANAYO : Psychologie générale

Mme Patricie BARAHINDUKA : Soins infirmiers

Mr Protais NTEZIRIBA: Civisme

Mr Pierre Claver BIZIMANA: Informatique

DEDICACES

A ma merveilleuse mère, ton amour et ta tendresse, ton soutien, tes conseils et tes encouragements m'ont permis d'avancer.

A mon regretté père, tu es parti très tôt. Tu es ma source du courage et de l'amour du travail. Que ton âme repose en paix.

A mon regretté frère aîné et parrain Innocent NTIBAZUKWIGIRA. Ton nom est gravé pour toujours dans mon cœur.

A mes frères et sœurs Godefroid, Didier Marcel, Ildegard Christian, Guy Teddy, Chantal, Joselyne et Henriette, pour votre amour et votre soutien inconditionnels,

A mes beaux frères et mes belles sœurs,

A la famille Issa NKURUNZIZA,

A mes neveux et nièces,

A mes oncles et tantes,

A mes cousins et cousines,

A tous mes ami(e)s,

A ceux qui croient à la chance et qui me l'ont souhaité mille fois,

A la 31eme promotion de la faculté de Médecine de Bujumbura, pour les merveilleux moments que nous avons passé ensemble au cours de notre formation médicale,

Je dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

Au Dr Sylvère SAKUBU, Psychiatre, Psychothérapeute, Directeur de cette thèse, vous nous avez fait un grand honneur d'accepter de diriger cette thèse. Vos remarques, votre rigueur scientifique et votre esprit de synthèse nous ont considérablement aidé à rédiger cette thèse. Veuillez trouver ici la preuve de toute notre gratitude.

Au Prof Léopold NZISABIRA, vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir nos plus vifs remerciements et l'expression de notre profond respect.

Au Dr Patrice BARASUKANA, nous vous remercions d'avoir bien voulu honorer de votre attention ce travail en acceptant de faire partie du jury de thèse. Soyez assuré de toute notre profonde reconnaissance.

A tous nos éducateurs, de l'école primaire à l'université, pour la formation scientifique dispensée, nous vous remercions sincèrement.

A mes parents, vous m'avez envoyé au banc de l'école, vous m'avez soutenu et encouragé. Trouvez ici l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A mon grand frère Godefroid. Mes meilleurs scores sont profondément marqués par tes empreintes. Sois assuré de ma reconnaissance et de mon admiration.

A vous tous qui, de près ou de loin, avez contribué à ma formation et particulièrement à la réalisation de ce travail,

Nous adressons nos sincères remerciements.

LISTE DES ABREVIATIONS

% : Pourcentage

> : Supérieur à

< : Inférieur à

γGT : Gamma glutamyl transférase

ACHC : Anticorps de l'hépatite virale C

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AgHbs : Antigène de surface du virus de l'hépatite B

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

al. : allied

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARV : Antirétroviral

AVK : Anti-vitamine K

BDA : Bouffée délirante aigue

CMV : cytomégalovirus

CNPK : Centre neuro-psychiatrique de kamenge

CNUP : Conseil national des universitaires de psychiatrie

CRP : Protéine C Réactive

DSM-5™ : Diagnostic and statistical manual of mental disorders- Fifth Edition.

ECBU : Examen cytobactériologique des urines

ECG : Electrocardiogramme

EMC : Encyclopédie Médico-chirurgicale

GE : Goutte épaisse

GOT : Glutamooxaloacétate Transférase

GPT : Glutamopyruvate Transférase

HAS : Haute autorité de santé

HBPM : Héparine de bas poids moléculaire

HDL : High density lipoprotein
HTA : Hypertension artérielle
ICIS : Institut canadien d'information sur la santé
ID : Immunodépression
IL-6 : Interleukine-6
IMC : Index de masse corporelle
INR : International normalized ratio
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPP : Inhibiteur des pompes a protons
IVC : Insuffisance veineuse chronique
LDL : Low density lipoprotein
Mm Hg : millimètre de mercure
NASMHPD : National association of state mental health program directors
NFS : Numération de la formule sanguine
OMI : œdème des membres inferieurs
OMS : Organisation mondiale de la santé
ORL : Otto rhino laryngologie
PA : Pression artérielle
PAD : Pression artérielle diastolique
PAL : Phosphatase alcaline
PAS : Pression artérielle systolique
RDC : République démocratique du Congo
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
TCK : Temps de céphaline Kaolin
TG : Triglycéride
TP : Taux de prothrombine
TVP : Thrombose veineuse profonde
VIH : Virus d'immunodéficience Humaine
WFMH : World federation for mental health

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Les différents facteurs de risque cardio-vasculaire identifiés selon Grundy et al. 1999. [24] 11

Tableau II : Le problème corps-esprit [1] 18

Tableau III : Paramètres à contrôler avant l'introduction et pendant le 24

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession..... 31

Tableau V: Répartition des patients selon le niveau d'étude..... 31

Tableau VI : Répartition des patients selon le statut marital 32

Tableau VII : Répartition des patients selon la résidence..... 33

Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux et..... 34

Tableau IX : Répartition des patients selon l'exposition aux substances 35

Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques 35

Tableau XI : Répartition des patients selon la fréquence d'hospitalisation en psychiatrie..... 36

Tableau XII : Répartition des patients selon le motif de consultation..... 37

Tableau XIII : Répartition des patients selon la conclusion de l'examen physique 40

Tableau XIV : Répartition des patients selon le délai de découverte de la pathologie somatique..... 40

Tableau XV : Répartition des patients selon les signes et symptômes 41

Tableau XVI : Répartition des patients selon les pathologies somatiques 42

Tableau XVII : Répartition des patients selon les examens biologiques..... 44

Tableau XVIII : Répartition selon les molécules utilisées..... 49

Tableau XIX : Répartition selon l'association de psychotropes..... 50

Tableau XX : Répartition des patients selon l'usage de la psychothérapie 50

Tableau XXI : Répartition des patients selon la prise en charge somatique..... 51

Tableau XXII : Répartition selon la prescription de psychotropes à la sortie 53

Tableau XXIII : Répartition selon l'évolution somatique 53

Tableau XXIV : Répartition selon le délai d'hospitalisation 54

Tableau XXV : Répartition de la fréquence selon les auteurs 56

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des patients selon le sexe..... 29

Graphique 2 : Répartition des patients selon les tranches d'âge..... 30

Graphique 3 : Répartition selon le motif d'hospitalisation..... 38

Graphique 4 : Répartition selon les comorbidités somatiques et..... 47

Graphique 5 : Répartition des patients selon le lien somatique-psychiatrique... 48

Graphique 6 : Répartition selon l'état psychiatrique 52

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE i
DEDICACES vi
REMERCIEMENTS vii
LISTE DES ABREVIATIONS viii
LISTE DES TABLEAUX x
LISTE DES GRAPHIQUES xii
TABLE DES MATIERES xiii
0.INTRODUCTION 1
Ière PARTIE : GENERALITES
CHAP I. LES AFFECTIONS SOMATIQUES CHEZ LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES 5
I.1. Définition des concepts clés 5
I.1.1. Comorbidité 5
I.1.2. Psychique 5
I.1.3. Somatique 5
I.1.4. Trouble mental 6
I.1.5. Psychiatrie 6
I.1.6. Santé mentale 6
I.1.7. Psychotrope 6
I.1.8. Psychothérapie 7
I.2. L'homme face à la maladie : bref aperçu historique 7
I. 3. Les facteurs de risque à l' origine de comorbidité 9
I.3.1. Les facteurs de risque cardio-vasculaire 9
I.3.2. Les facteurs de risque majeurs 11
I.3.3. L'alcoolisme 13

CHAP II. EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET DES COMORBIDITES SOMATIQUES 15

II.1. Prévalence des troubles psychiatriques 15

II.2. Prévalence des comorbidités somatiques et psychiatriques 15

II.3. Mortalité en psychiatrie 16

CHAP III. LIEN SOMATIQUE-PSYCHIATRIQUE 17

CHAP IV. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE 22

IV.1. La psychothérapie 22

IV.2. Les psychotropes en milieu psychiatrique 23

IIème PARTIE : MALADES ET METHODES

II. MALADES ET METHODES 26

II.1. Malades 26

II.1.1. Type d'étude 26

II.1.2. Période et lieu d'étude 26

II.1.3. Critères d'inclusion 26

II.1.4. Critères d'exclusion 26

II.2. Methodes 27

II.2.1. Collecte des données 27

II.2.2.Saisie et traitement des données 27

IIIe PARTIE: RESULTATS

III .1. RENSEIGNEMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 29

III .1.1. . Fréquence 29

III .1.2 . Sexe 29

III .1.3.Age 30

III .1.4.Profession 31

III .1.5. Niveau d'etude 31

III .1.6. Etat civil 32

III .1.7. La résidence 33

III .2. DONNEES CLINIQUES ET PARACLINIQUES 34
III .2.1. Les données cliniques 34
III .2.2. Données paracliniques 44
III .3. COMORBIDITE ET LIEN SOMATIQUE-PSYCHIATRIQUE 47
III .3. 1. Comorbidité somatique-psychiatrique 47
III .3.2. Lien somatique-psychiatrique 48
III .4. DONNEES THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIVES 49
III .4. 1. Données thérapeutiques 49
III .4.2. Données évolutives 52
IVe PARTIE. COMMENTAIRES, DISCUSSIONS DES RESULTATS ET REVUE DE LA LITTERATURE 55
IV. COMMENTAIRES, DISCUSSIONS DES RESULTATS ET REVUE DE LA LITTERATURE 56
IV.1. Aspects épidemiologiques 56
IV.1.1. Fréquence 56
IV. 1.2. Sexe 57
IV.1.3. Age 57
IV.1.4. La profession 58
IV.1.5. La résidence 59
IV.2. Approche diagnostique 59
IV.2.1. Antécédents, mode de vie et habitude alimentaire 59
IV.2.2. Profil psychiatrique 60
IV.2.3. Profil physique 61
IV.2.4. Profil biologique 62
IV.2.5. Les pathologies somatiques diagnostiquées 63
IV.3. Lien somatique-psychiatrique 64
IV.4. Approche thérapeutique 65
IV.5. Approche évolutive 67

Ve PARTIE : CONCLUSION ET SUGGESTIONS 68
V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS 69
V.1. CONCLUSION 69
V.2. SUGGESTIONS 70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 72
ANNEXES 80

0. INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, la science s'est attelée à étudier l'être humain, le physique et le psychique chacun à part, ensuite l'homme dans sa totalité, essayant de comprendre le fonctionnement du corps humain, le mécanisme et le traitement de diverses pathologies qui mettaient en péril la santé humaine [1]. De nos jours, les progrès scientifiques ont révolutionné la médecine dans la compréhension du corps humain, des pathologies mentales ainsi que dans le diagnostic et le traitement de la coexistence des affections somatiques et mentales [2]. Dans son rapport sur la santé mentale dans le monde en 2001, l'OMS définit la comorbidité comme une présence simultanée de troubles multiples mentaux et/ou physiques à un moment donné chez un individu avec ou sans lieu apparent entre eux. Ce rapport précise en outre que la comorbidité est associée à un plus grand degré de gravité et des niveaux d'incapacité plus élevés et à un recours accru aux services de soins [3].

Mise à part que la maladie mentale entraine chez les malades une perception différente de leurs corps, tantôt ne percevant pas toujours leurs besoins physiologiques ou les signes prodromiques d'une maladie, tantôt surestimant les symptômes physiques, cette association du somatique et du psychique présente des interactions complexes, ce qui entrave le praticien dans la pratique médicale, le médecin somaticien passant à coté du problème organique dans un tiers des cas, le psychiatre dans la moitié des cas [4,5, 6]. Et compte tenu du fait que le psychiatre travaille avec une catégorie de patients particuliers, les conséquences de cette comorbidité sont énormes du moment que le processus thérapeutique est perturbé par la mauvaise observance de ces patients: la prise en charge thérapeutique est rendue complexe, le pronostic pour ces deux types de pathologies est péjoré et le pronostic vital à long terme est compromis [4-7].

Selon les études réalisées dans les pays développés et les pays en voie de développement, plus de 25% de la population générale présenteraient un ou plusieurs troubles mentaux au cours de leur vie, les plus diagnostiqués étant les troubles dépressifs, les troubles anxieux, la schizophrénie et la manie. Les patients présentant une pathologie mentale ont un risque plus élevé de développer une pathologie organique dont le diabète, l'hypertension artérielle, artériopathie, insuffisance respiratoire grave, infection par le VIH SIDA par rapport à la population générale [3,8, 9]. Par ailleurs, des études faites montrent que 30 à 60% des patients hospitalisés en psychiatrie présenteraient une pathologie organique associée mais pas toujours dépistée, méconnue dans la moitié des cas et qu'elle influe sur l'évolution de la pathologie psychiatrique dans 50 à 70% des cas, constituant un facteur causal dans près de 20% [10].

Au Burundi, il n'y a pas encore d'études faites pour orienter sur ces cas mixtes ainsi que pour savoir si l'hôpital psychiatrique dispose des ressources nécessaires pour le diagnostic et la prise en charge de ces comorbidités.

C'est dans cette optique que nous nous proposons de mener cette étude sur la comorbidité des affections somatiques chez les patients hospitalisés au centre neuropsychiatrique de Kamenge et nous nous fixons les objectifs suivants :

-Objectif principal : évaluer les comorbidités somatiques chez les patients présentant des troubles psychiatriques.

- objectifs spécifiques :

√ évaluer la fréquence des pathologies somatiques en milieu psychiatrique

√ identifier les principales affections somatiques coexistant avec les troubles psychiatriques et leur évolution durant le séjour hospitalier,

√ montrer le lien existant entre les affections somatiques et les troubles psychiatriques,

√ montrer comment la prise en charge concomitante des affections somatiques et psychiatriques est effectuée.

I^{ère} PARTIE : GENERALITES

CHAP I. LES AFFECTIONS SOMATIQUES CHEZ LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES

I.1. Définition des concepts clés

I.1.1. Comorbidité

Dans son rapport sur la santé mentale dans le monde en 2001, l'OMS définit la comorbidité comme une présence simultanée de troubles multiples mentaux et/ou physiques à un moment donné chez un individu avec ou sans lieu apparent entre eux [3]. Dans le cas de coexistence de maladies mentales et physiques, la comorbidité se définit comme la cooccurrence des troubles mentaux et organiques chez une même personne indépendamment de l'ordre chronologique de survenue et du lien causal qui les unit [11, 12].

I.1.2. Psychique

Du grec « psychikos », l'adjectif psychique dérive du mot psyché également d'origine grec signifiant âme ou esprit et fait allusion à ce qui se rapporte au psyché c'est-à-dire les pensées, les émotions, les images, les processus mentaux conscients tels que le jugement, l'attention, le raisonnement ainsi que les processus inconscients tels que les désirs refoulés [13, 14].

I.1.3. Somatique

Le mot somatique est un adjectif qui dérive du mot « soma » d'origine grec signifiant « corps » c'est-à-dire la partie matérielle d'un être animé autrement dit un amas de cellules, un assemblage d'organes fonctionnant d'une certaine manière et désigne par ce fait ce qui se rapporte au soma ou corps [13, 14].

I.1.4. Trouble mental

Le terme trouble mental désigne l'existence d'un ensemble de symptômes ou de comportements cliniquement reconnaissables associés dans la plupart des cas à la détresse et à la perturbation des fonctions personnelles, la déviance ou le conflit social seul, sans dysfonctionnement personnel, étant exclus de cette définition. Synonyme de maladie mentale, le terme de trouble mental lui est plus préféré car, la maladie fait directement référence à la médicalisation, aux médecins et aux médicaments et beaucoup d'auteurs rejettent ce lien entre les deux [3, 15].

I.1.5. Psychiatrie

La psychiatrie est une branche de la médecine qui a pour objet la pathologie de la vie de relation au niveau de l'intégration qui assure l'autonomie et l'adaptation de l'homme dans les conditions de son existence [16].

I.1.6. Santé mentale

L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté [17, 18].

I.1.7. Psychotrope

Les psychotropes peuvent se définir comme « l'ensemble des substances chimiques d'origine naturelle ou synthétique qui ont un tropisme psychologique, c'est-à-dire susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification» [19].

I.1.8. Psychothérapie

La psychothérapie est une technique de soin reposant sur l'écoute du patient. Son indication vise les désordres psychiques ou corporels. Cette technique utilise des moyens psychologiques et d'une manière précise, la relation du thérapeute et du malade [19].

I.2. L'homme face à la maladie : bref aperçu historique

La conception de la maladie en général et de la maladie mentale en particulier a considérablement évoluée au cours du temps. Dans l'antiquité gréco-latine, les gens expliquaient la maladie par des causes surnaturelles ou par une déité [20]. Ne pouvant pas dépasser eux-mêmes le visible, ils éprouvèrent le besoin d'un intermédiaire pour cet invisible qui les échappait. Ainsi naissaient des sorciers, des chamans d'Asie, des féticheurs d'Afrique. Ceux-ci se distinguaient des charlatans, vendeurs de drogues ou de procédés illusoires dont eux-mêmes savaient l'inefficacité. Il n'y avait donc pas de séparation entre la maladie physique et la maladie mentale. Par conséquent, il n'y avait pas de traitement spécifique des maladies et les soins étaient religieux ou magiques. Avec Hippocrate, la médecine devint rationnelle, essaya de se détacher de ses racines religieuses. Pour lui, la cause primordiale de la maladie était une substance nuisible pouvant se former dans le corps lui-même ou être introduite de l'extérieur. Le corps réagissait contre cette matière nuisible par des réactions s'accompagnant d'une production accrue de chaleur. La guérison s'obtenait par destruction ou élimination de cette matière nuisible de l'organisme [20].

Au cours de l'histoire de la psychiatrie, le dégagement de la maladie mentale hors de ses explications surnaturelles a été difficile. Jusqu'au moyen-âge, les problèmes mentaux passaient pour avoir des causes surnaturelles associées à la

possession par un démon ou à l'extase mystique. Au début du XVII^{ème} siècle, on a commencé à donner des explications d'ordre séculier faisant de la folie un état physique. Cependant, les premières explications médicales de la folie n'encourageaient ni la compassion ni la tolérance, mais sous-entendaient que cette détérioration de l'état physique était le prix d'excès commis contre lui-même, ce qui justifiait la punition. Ainsi, les pauvres atteints de troubles mentaux étaient enfermés, enchainés, subissant des entraves physiques dans des prisons publiques, des hospices, des hôpitaux publics et des asiles privés dans toute l'Europe et dans ce qui est aujourd'hui l'Amérique du Nord [21]. L'idée que la maladie mentale soit une pathologie naturelle et somme toute organique mais dont les effets sont psychiques s'est imposée au cours des siècles au fur et à mesure que la civilisation occidentale a évolué dans le sens de la liberté individuelle. Des réformes ont été entreprises, complétées plus tard par la révolution française. De là, le sens humanitaire avec diverses législations ont fait naitre le fait psychiatrique. Le médecin Philip Pinel marque la naissance de la psychiatrie lorsqu'en 1793, il brisa à Bicêtre, les chaines des aliénés, libérant ainsi le malade mental de sa condition de réprouvé pour le consacrer comme malade. Nonobstant, la législation en matière de santé mentale découlant de la révolution française considéraient les fous, plus que des malades, comme des contrevenants à l' ordre public, que seuls les pouvoirs de justice et de police peuvent neutraliser par l'incarcération, la compétence du pouvoir médical se limitant à un rôle de conseil judiciaire[16, 21].

Dans le XIX^{ème} siècle, la maladie mentale a été considérée en Europe comme un objet légitime d'investigation scientifique. La psychiatrie est devenue une discipline médicale et les personnes atteintes de troubles mentaux ont été traitées comme des patients médicaux. Cependant, ces personnes, comme celles qui souffraient de nombreuses autres pathologies et dont le comportement était jugé indésirable, ont été isolées de la société et enfermées dans des structures de

type carcéral, les asiles d'aliénés appelés plus tard hôpitaux psychiatriques, tendance qui s'est exportée en Afrique, en Amérique et en Asie [3].

L'évolution des soins de santé mentale s'est beaucoup marquée surtout dans la seconde moitie du siècle dernier grâce à plusieurs facteurs dont la découverte de nouvelles classes de médicaments antipsychotiques tels que les neuroleptiques, les antidépresseurs ; la mise au point de nouvelles formes d'interventions sociales ; le mouvement des droits de l'homme qui a gagné toute son ampleur et l'implication de l'organisation mondiale de la santé pour l'intégration de la composante mentale au concept de la santé. Malgré cette évolution de soins de santé mentale, les maladies physiques qui assombrissent la santé des malades mentaux ont été pendant longtemps négligées par diverses sociétés. Jusqu'aux années 1980, le dualisme psyché-soma sévissait encore, laissant croire que lorsqu'on était malade mental, le corps était protégé et l'énergie psychique toute entière était employée dans le délire ou les désordres du cerveau, n'ayant pas cure du corps qui était délaissé à un pur fonctionnement organique [7, 22].

I. 3. Les facteurs de risque à l' origine de comorbidité

Les patients psychiatriques présentent des facteurs de risque qui favorisent la survenue de pathologies somatiques sévères.

I.3.1. Les facteurs de risque cardio-vasculaire

La prévention cardio-vasculaire primaire concernant le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque chez les personnes qui n'ont aucune pathologie cardio-vasculaire exprimée permettrait d'éviter, limiter ou retarder le développement de ces pathologies. Dans le cadre de la prévention cardio-vasculaire secondaire, on visera l'amélioration du devenir à long terme des

patients par la réduction du risque de développer les complications cardio-vasculaires et/ou vasculaires cérébrales [23-26].

Les facteurs de risque tels que le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, l'âge ont été identifiés comme des facteurs de risque cardio-vasculaire majeur ; d'autres comme l'obésité androïde, la sédentarité, les antécédents familiaux,... étant retenus comme facteurs de risque prédisposant (Tableau 1). L'alcoolisme, quoi que non retenu dans le tableau 1, est une situation présente en psychiatrie et qui influe énormément sur les facteurs de risque cardio-vasculaire tels que l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, etc dans un premier temps et sur les maladies cardio-vasculaires dans le second temps [27].

En milieu psychiatrique, plusieurs études s'accordent à mentionner la grande prévalence des pathologies somatiques et à souligner la forte proportion de mortalité des malades psychiatriques associée aux troubles somatiques dont viennent en premier lieu les maladies cardio-vasculaires [28-33]. Il est donc primordial de les identifier rapidement étant donné que les antipsychotiques accroissent le risque de pathologies cardiaques surtout chez les patients qui en présentent les facteurs de risque [34].

Tableau I : Les différents facteurs de risque cardio-vasculaire identifiés selon Grundy et al. 1999. [24]

Lien de causalité	Facteurs de risque identifiés
Facteurs de risque majeurs	-Tabagisme -Hypertension artérielle -Elévation du cholestérol total -Elévation du LDL-cholestérol -Diminution du HDL-cholestérol -Diabete de type 2 -Age
Facteurs de risque prédisposants	-Obésité androïde -Sédentarité -Antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce (Homme < 55 ans, Femme < 65 ans) -Origine géographique -Précarité -Ménopause
Facteurs discutés	-Elévation des triglycérides -Lipoprotéines LDL petites et denses -Elévation de l'homocystéine -Elévation de la lipoprotéine A -Facteurs prothrombotiques (fibrinogène, inhibiteur de l'activateur du plasminogène) -Marqueurs de l'inflammation (CRP, IL-6) -Facteurs génétiques -Facteurs infectieux (chlamydia pneumoniae, h.pylori, CMV)

I.3.2. Les facteurs de risque majeurs

I.3.2.1. L'hypertension artérielle

On parle de l'hypertension artérielle (HTA) quand la PAS est supérieure ou égale à 140 mm Hg et/ou la PAD supérieure ou égale à 90 mm Hg, mesurées au cabinet médical et :

- Confirmées au minimum par 2 consultations, le chiffre de la PA retenu étant la moyenne des mesures effectuées,
- Au cours de 3 consultations successives,
- Sur une période de 3 à 6 mois [25].

I.3.2.2. Le tabagisme

Le tabagisme, facteur de risque majeur des maladies cardio-vasculaires, facteur pourtant modifiable, est à l' origine de nombreuses pathologies invalidantes. Plus de 4000 substances ont été isolées du tabac dont 40 sont cancérigènes. Outre la dépendance, les risques élevés de cancers, les maladies respiratoires, les substances constituant le tabac durcissent les artères, augmentent la pression artérielle ce qui favorise diverses cardiopathies, les thrombophlébites et les accidents vasculaires cérébraux [35].

I.3.2.3. Le diabète de type 2

Ce type de diabète se caractérise par une hyperglycémie chronique, résultant soit d'une carence de production de l'insuline par le pancréas pour faire baisser la glycémie, soit d'une résistance à l'action de l'insuline même présente en quantité suffisante [36]. Le diabète est diagnostiqué par la mesure de la glycémie veineuse après un jeûn de 8 heures et vérifiée à 2 reprises, sa valeur étant supérieure à 1,26g/l soit supérieure à 7 mmol/l [25].

I.3.2.4. L'obésité

L'obésité est l'un des problèmes organiques les plus communs chez les patients avec des troubles mentaux sévères à l'instar de la schizophrénie. Son origine est multifactorielle, résultant soit d'un mode de vie incommode, soit attribuée aux

effets secondaires des médicaments psychotropes. L'excès de poids augmente cependant le risque de beaucoup de pathologies telles que le diabète de type 2, la maladie coronaire, les ostéo-arthropathies, l'hypertension artérielle, etc. [34].
L'IMC permet d'évaluer la masse grasse d'un individu. Elle se calcule selon la formule : Poids en kg divisé par (la taille en m)^2 [37].
L'OMS a défini cet IMC comme le standard pour définir les intervalles en se basant sur des données statistiques du lien entre l'IMC et la mortalité. Ainsi :
- le surpoids est défini par un IMC compris entre 25 et 29,9 (kg/m$^{2)}$,
- l'obésité correspond à un IMC supérieur à 30 kg/m^2 et cette obésité est divisée en 3 classes :

• classe I : IMC compris entre 30 et 34,9 : obésité modérée
• classe II : IMC compris entre 35 et 39,9 : obésité grave
• classe III : IMC supérieur à 40 : obésité majeure ou morbide.

I.3.3. L'alcoolisme

Les effets de l'alcool sur le système cardio-vasculaire font écho sur les facteurs de risques cardio-vasculaires ainsi que dans l'influence qu'ils exercent sur les maladies cardio-vasculaires dont l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, myocardiopathie, troubles du rythme cardiaque, artérite des membres inferieurs, etc. En effet, la consommation d'alcool est reliée de manière dose-dépendante à une élévation des chiffres de la tension artérielle systolique et diastolique. Cette augmentation de la tension artérielle s'observe essentiellement pour une consommation supérieure à 20g d'alcool par jour aussi bien chez l'homme que chez la femme. La consommation modérée d'alcool entraine l'augmentation de la concentration en aldéhydes et en peroxydes lipidiques ainsi que la concentration en ethylesters d'acides gras produits en grande partie au niveau du myocarde, et dont l'accumulation dans les mitochondries diminuerait leur activité, ce qui est à l'origine de la

myocardiopathie. Par contre, la consommation d'alcool est liée à l'augmentation du HDL-cholestérol qui est dit facteur protecteur [27, 38].

CHAP II. EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET DES COMORBIDITES SOMATIQUES

II.1. Prévalence des troubles psychiatriques

Les troubles mentaux ne sont pas le lot d'un groupe particulier : ils sont universels, s'observent dans toutes les régions du monde, frappent les hommes et les femmes à tous les stades de leur vie, les riches comme les pauvres, la population urbaine comme celle du milieu rural. Selon l'OMS, plus de 10% des adultes au monde entier, soit 450 millions de personnes dans le monde, sont atteints d'affections neuropsychiatriques dont font partie les troubles affectifs, les schizophrénies, les troubles liés à l'alcool et à l'utilisation de certaines substances psycho actives et les troubles anxieux. Selon les enquêtes réalisées dans les pays développés et en voie de développement, plus de 25% des individus présentent un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de leur vie [3]. Les études réalisées s'accordent à dire que d'ici 2020, les troubles mentaux seront responsables de 15% de la charge de morbidité mondiale [3, 39].

II.2. Prévalence des comorbidités somatiques et psychiatriques

Très souvent, les troubles de santé physique et mentale vont main dans la main [40]. On estime que 30% à 60% des patients hospitalisés en psychiatrie ont une pathologie organique associée mais pas toujours diagnostiquée [5]. Selon une étude réalisée aux USA par la Robert Wood foundation entre 2001 et 2003, plus de 68% des adultes avec des troubles mentaux présentaient au moins une maladie somatique associée [11]. Une étude similaire [41] a été menée en 2011 au Brésil chez les patients avec troubles bipolaires consultant en ambulatoire et on a constaté que les facteurs de risque organique influaient sur la sévérité des troubles bipolaires et la qualité de vie ainsi que sur le traitement des patients.

Les patients qui souffraient des troubles bipolaires étaient particulièrement à grand risque de développer une obésité, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2 et la prévalence de cette comorbidité était de 63% [41].

II.3. Mortalité en psychiatrie

Différentes études faites sur les troubles mentaux montrent une prévalence croissante [3, 39] et une association élevée aux pathologies somatiques [5, 11, 41]. Ces dernières, tout en assombrissant la santé des malades mentaux, ont été pendant longtemps négligées par diverses sociétés [22], mise à part qu'ils sont sous diagnostiqués [10].

Actuellement, il est clairement connu que les patients avec des pathologies mentales sévères tels que la schizophrénie et les troubles bipolaires ont une santé physique précaire et une espérance de vie réduite par rapport à la population générale et meurent en moyenne entre 13,5 et 32,2 ans plus tôt que la population générale [29]. Au moment où le suicide et les accidents comptent pour 30 à 40% comme cause de décès des patients psychiatriques, 60% de ces décès prématurés sont imputables aux pathologies somatiques entre autres les pathologies cardio-vasculaires, les pathologies pulmonaires et les maladies infectieuses. Un grand nombre de facteurs qui favorisent ces décès prématurés tels que l'obésité, le tabagisme sont modifiables [31, 33]

CHAP III. LIEN SOMATIQUE-PSYCHIATRIQUE

Depuis les temps reculés, la relation entre le psychique et le somatique a fait l'objet de nombreuses études, cette relation allant du monisme au dualisme [1] telle que résumée dans le tableau ci-dessous.

Tableau II : Le problème corps-esprit [1]

Nom	Théorie	Formes	Point de vue et les représentants
Monisme	Existence d'un seul principe dans l'homme : corps ou âme	Idéalisme	L'âme spirituelle est la seule réalité : **Berkeley, idéalistes du XIXème siècle, Hegel**
		Matérialisme	Le corps matériel est la seule réalité : **Hobbes, de la Mettrie, Cabanis Moleschott, Haeckel**
Dualisme	Existence de deux principes différents dans l'homme : corps-âme	Hylémorphisme	Corps et âme forment une seule substance : **Aristote, Thomas d'Aquin, neoscholasticiens**
		Interactionnisme	Corps et âme sont deux substances ayant une influence réciproque : **Descartes**
		Parallélisme	Corps et âme sont deux substances agissant de façon indépendante : **Leibniz**
		Parallélisme psychophysique	Corps et âme sont deux aspects différents de l'homme : **Wundt**

Actuellement, les troubles mentaux et les troubles physiques se conçoivent comme agissant les uns sur les autres dans une relation complexe à deux voies [39] :

-Lorsque les troubles mentaux ne sont pas bien traités, l'issue des pathologies physiques qui les accompagnent est très compromise. En effet, les personnes qui souffrent de troubles mentaux ont un risque élevé de souffrir d'un trouble physique parce que leur système immunitaire fonctionne moins bien, leur comportement sanitaire laisse à désirer, elles sont en grande partie sédentaire avec un choix alimentaire beaucoup plus porté sur les aliments à forte densité énergétique et pauvres en micronutriments, leur traitement médical est négligé et il leur est plus difficile d'obtenir un traitement pour les troubles physiques [39,42],

-Les personnes atteintes de troubles physiques chroniques sont nettement plus exposées que les autres aux troubles mentaux. L'un des nombreux facteurs de risque associés aux maladies chroniques est l'impact émotionnel sur les malades et, apprendre à vivre avec une maladie de longue durée est stressant pour la plupart des gens, le stress qui persiste, sans relâche, provoquant souvent l'anxiété et la dépression [39,40].

Concrètement, l'exemple des maladies neurologiques est plus illustratif. Ces maladies peuvent provenir de différentes causes dont [43] :

√ Les pathologies vasculaires, liées à des disfonctionnements de l'irrigation cérébrale : obstruction d'une artère ou thrombose, hémorragie,..., la plus commune étant l'accident vasculaire cérébrale ;

√ Les disfonctionnements neuronaux focalisés ou généralisés, comme les épilepsies ;

√ Les pathologies inflammatoires telle que la sclérose en plaque ;

√ Les pathologies tumorales, liées à l'existence d'une tumeur au cerveau ;

√ Les traumatismes, consécutifs à un choc de la boite crânienne, de la moelle épinière ;

√ Les maladies infectieuses, causées par l'entrée dans le système nerveux d'agent pathogène (virus, bactérie,...)

√ Les maladies neurodégénératives, telles que la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot).

Ces maladies neurologiques et dégénératives perturbent le fonctionnement du système nerveux et l'action des neurotransmetteurs est compromise [44]. Ces neurotransmetteurs sont principalement :

√ La dopamine qui est le neurotransmetteur du circuit de la récompense. C'est une substance excitante et un puissant générateur d'énergie ;

√ La noradrénaline qui agit sur les états d'éveil et d'excitation. Elle favorise la fixation en mémoire et aide à régulariser le sommeil et l'émotivité ;

√ La sérotonine qui est un stabilisateur d'humeur. Elle inhibe l'impulsivité et régularise le sommeil.

Ainsi, un dérèglement dans la production et l'action de ces substances peut se manifester par des troubles psychiatriques [44], d'où l'importance d'un examen neurologique et d'un scanner cérébral pour éliminer la cause organique avant de pencher vers le coté psychiatrique [43].

Dans le sens inverse, les troubles psychiatriques (psychose aigue, trouble anxieux, troubles affectifs,...) peuvent engendrer un état d'anxiété intense, ce qui entraine la production des hormones de stress (adrénaline, noradrénaline, cortisol) [44]. Il a été montré que tous les facteurs de stress psychologique ou physique sont associés à des taux sanguins élevés de chacune de ces hormones.

A court terme, le cortisol aide à calmer l'état de stress et augmente le taux de glucose dans le sang. Par contre, à long terme, un taux élevé de cortisol dans le cerveau peut causer la mort de cellules dans certaines de ses parties vitales et diminuer l'immunité cellulaire [44].

CHAP IV. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

Les patients souffrant de troubles mentaux sont plus vulnérables car sont également à risque élevé de développer les pathologies somatiques [10], ce qui ne fait qu'assombrir leur pronostic vital [7]. C'est pourquoi une prise en charge globale de ces patients s'impose, incluant l'administration des psychotropes et une psychothérapie. Il ne faut pas non plus perdre de vue les soins somatiques par une surveillance clinique et biologique des patients sous psychotropes ainsi que le traitement des pathologies somatiques une fois diagnostiquées.

IV.1. La psychothérapie

La psychothérapie concerne les interventions planifiées et structurées qui visent à modifier le comportement, l'humeur et les modes de réaction à différents stimuli par des moyens psychologiques verbaux et non verbaux. La psychothérapie n'englobe pas l'utilisation de substances biochimiques ou de moyens biologiques [3]. Plusieurs formes de psychothérapie sont utilisées. On en compte actuellement plus de 400 formes, chacune reposant sur un courant théorique et une technique propre à la méthode [19] et elles sont regroupées par grands courants de pensée dont les plus importants sont : la thérapie cognitive et comportementale, la psychothérapie analytique et la thérapie systémique familiale. Ces formes ne sont pas contradictoires mais chacune a son hypothèse du fonctionnement du psychisme. Elles abordent donc le soin de manière différente mais ont toutes un point commun : " l'empathie " [19]. On a fait récemment des observations encourageantes au sujet du rapport coût/efficacité de psychothérapies utilisées en association avec la pharmacothérapie ou en solution de remplacement pour soigner des psychoses et toute une série de troubles de l'humeur et de réactions au stress. Les recherches font constamment apparaître que les interventions psychologiques améliorent la satisfaction et

l'observance du traitement, ce qui contribue dans une large mesure à réduire les taux de récidive et d'hospitalisation [3].

IV.2. Les psychotropes en milieu psychiatrique

Les psychotropes agissent sur différentes fonctions psychiques, cognitives et comportementales du système nerveux central. Ils n'ont pas d'action directe sur le système nerveux autonome (le système sympathique et le système parasympathique) mais une possible action indirecte sur ce système [19]. Ils induisent des modifications de perception sensorielle, de sensation, de l'humeur, de la conscience et d'autres fonctions psychologiques et comportements [19].
Suite à ces différentes modifications qu'ils induisent [19], les médicaments psychotropes peuvent masquer les symptômes d'une maladie somatique sous-jacente à la pathologie psychiatrique et ainsi contribuer à aggraver la maladie somatique [11]. Ces mêmes médicaments peuvent être à l'origine de troubles organiques sévères. On notera l'excès de poids rapporté lors des prise prolongées des neuroleptiques, ce qui favorise l'installation progressive de l'hypertension artérielle, du diabète de type 2, de l'ostéo-arthropathie et les maladies cardiaques [34, 37]. Les médicaments psychotropes peuvent également provoquer un allongement de l'intervalle QT, ce qui peut altérer gravement la fonction cardiaque chez les patients atteints de bloc cardiaque ou une insuffisance cardiaque congestive. L'hépato-toxicité et la perturbation endocrinienne par des psychotropes est également à mentionner. Des psychotropes tels que l'olanzapine et la clozapine peuvent aggraver le diabète de type 2 en exacerbant l'insulino-résistance et en augmentant les taux de sucre dans le sang, et nécessitent une surveillance quotidienne en cas de leur usage [45]. C'est pourquoi il est important de connaitre certains paramètres pré-thérapeutiques avant l'introduction d'un traitement psychotrope dont la TA, ECG, la natrémie, la fonction rénale, l'albuminémie, INR récent, le bilan

thyroïdien [46]. L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé propose les paramètres à contrôler avant l'introduction d'un traitement antipsychotique et pendant le traitement (voir tableau 2 ci-dessous).

Tableau III : Paramètres à contrôler avant l'introduction et pendant le Traitement antipsychotique / AFSSAPS.2010 [47]

	T0	M1	M2	Trimestriellement	Annuellement	Tous les 5 ans
Poids et IMC	+	+	+	+		
Périmètre ombilical	+					
Glycémie à jeûn	+		+		+	
Bilan lipidique	+		+			+
Pression artérielle	+		+		+	

T0 : avant le traitement ; M1 : 1 mois après le début du traitement ; M2 : 2 mois après le début du traitement.

II^{ème} PARTIE : MALADES ET METHODES

II. MALADES ET METHODES

II.1. MALADES

II.1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les patients qui ont été hospitalisés au CNPK et qui ont présenté des pathologies organiques associées aux pathologies psychiatriques ayant motivé l'hospitalisation.

II.1.2. Période et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période d'une année allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013 au CNPK.

II.1.3. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- Tout patient ayant été hospitalisé au CNPK dans l'intervalle du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013 et dont la date de sortie ne va pas au delà du 31decembre 2013 ;
- En plus le patient devait avoir une pathologie organique associée au trouble psychiatrique;
- Les dossiers médicaux des patients inclus dans l'étude devaient être complets.

II.1.4. Critères d'exclusion

Ont été exclus de notre étude :

- Les patients ne répondant pas aux critères d'inclusion.

II.2. METHODES

II.2.1. Collecte des données

Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux. Une fiche de recueil de données dont le modèle est repris en annexe a été confectionnée à l'avance pour servir de triage dans les dossiers médicaux des éléments nécessaires à notre étude. Avant d'accéder aux dossiers médicaux, nous avons consulté les registres d'entrée et de sortie car ces derniers contenaient les numéros des dossiers médicaux.

II.2.2.Saisie et traitement des données

A partir des fiches de recueil des données, la saisie et le traitement des données ont été réalisés à l'aide des logiciels informatiques Microsoft Word 2007 et Microsoft Office Excel 2007.

III^{e} PARTIE: RESULTATS

III .1. RENSEIGNEMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

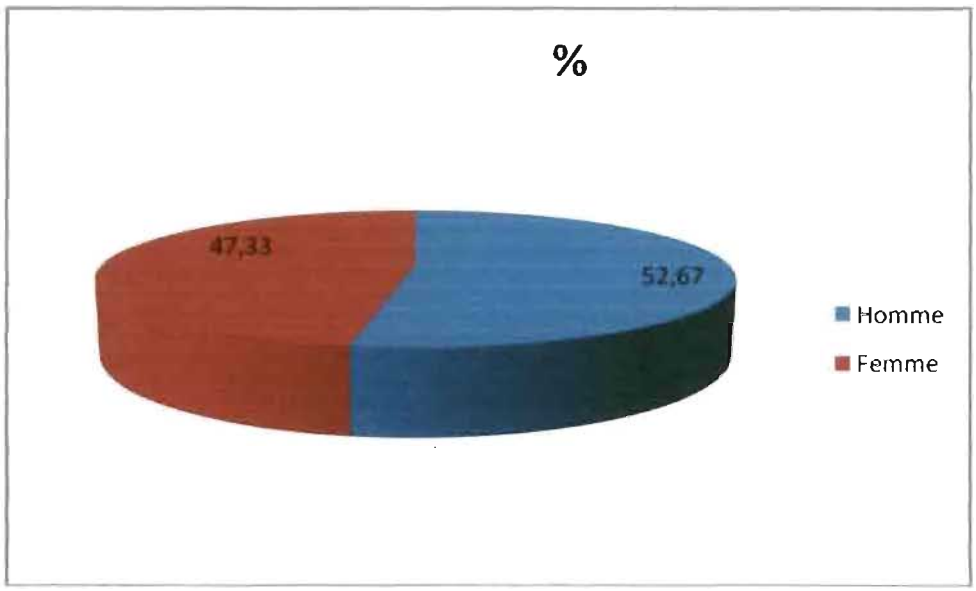
Les caractéristiques socio-démographiques suivantes ont été développées : le sexe, l'âge, la profession, le niveau d'étude, l'état civil et la résidence.

III .1.1 . FREQUENCE

Pendant la période d'étude, au total, 732 patients ont été admis en hospitalisation pour pathologies psychiatriques. Des 732 patients, 131 patients avaient des pathologies somatiques diagnostiquées à l'admission et en cours de l'hospitalisation, soit une **fréquence** de **17,89%**.

III .1.2 . SEXE

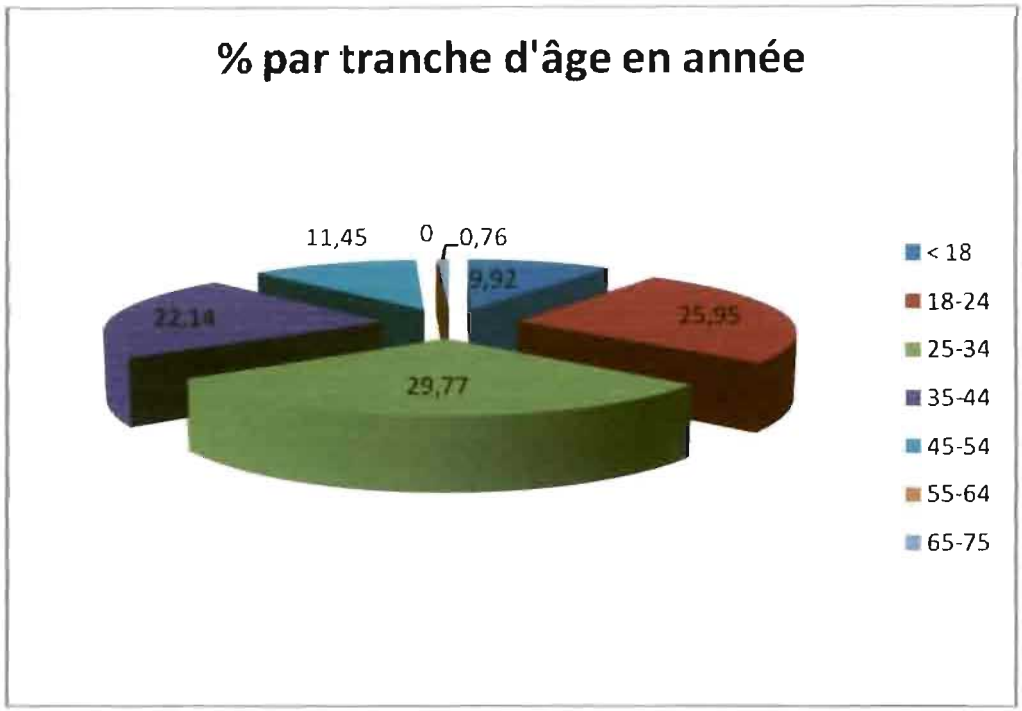
Graphique 1 : Répartition des patients selon le sexe



Sur les 131 patients inclus, 69 sont des hommes tandis que 62 sont des femmes soit respectivement les taux de 52.67% et 47.33% ; soit un sex-ratio de 1.11 en faveur des hommes.

III .1.3.AGE

Graphique 2 : Répartition des patients selon les tranches d'âge.



La tranche d'âge la plus touchée est celle de 25 ans à 34 ans avec une fréquence de **29,77%** des cas, suivie par la tranche d'âge de18 ans à 24 ans avec un taux de **25,95%** des cas et tend vers **zéro** depuis l'âge de **55 ans**. L'âge moyen de nos patients était de **30,46 ans** avec des extrêmes de **10 ans** et **70 ans**.

III .1.4.PROFESSION

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	%
Cultivateur	61	**46.56**
Ecolier/Elève/ Etudiant	27	**20.61**
Fonctionnaire	4	3.05
Commerçant	3	2.29
Chauffeur	1	0.76
Militaire/policier	3	2.29
Sans emploi/retraité	32	**24.43**
Total	131	**100.00**

Les cultivateurs sont les plus touchés avec une fréquence de 46,56% suivis par la catégorie des sans emploi et retraités et celle des écoliers, élèves et étudiants avec respectivement les fréquences de 24,43% et 20,61%.

III .1.5. NIVEAU D'ETUDE

Tableau V: Répartition des patients selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	%
Ecole primaire	51	**38.93**
Ecole secondaire	46	**35.11**
Université	8	6.11
Illettré(e)	26	19.85
Total	131	100.00

La catégorie de patients qui ont fréquenté l'école primaire domine avec une fréquence de 38,93% suivie de la catégorie de ceux qui ont fréquenté l'école secondaire avec une fréquence de 35,11%.

III .1.6. ETAT CIVIL

Tableau VI: Répartition des patients selon le statut marital

Etat civil	Effectif	%
Célibataire	71	**54.20**
Marié(e)	52	**39.69**
Divorcé(e)	3	2.29
Veuf/veuve	5	3.82
Total	131	**100.00**

Les célibataires dominent avec une fréquence de 54,20% des cas suivie de la catégorie des mariés avec une fréquence de 39,69%.

III .1.7. LA RESIDENCE

Tableau VII: Répartition des patients selon la résidence

Province	Effectif	%
Bubanza	7	5.34
Bujumbura Mairie	37	**28.24**
Bujumbura rural	11	**8.40**
Bururi	12	**9.16**
Cankuzo	2	1.53
Cibitoke	9	6.87
Gitega	3	2.29
Karusi	3	2.29
Kayanza	6	4.58
Kirundo	5	3.82
Makamba	6	4.58
Muramvya	7	5.34
Muyinga	4	3.05
Mwaro	4	3.05
Ngozi	5	3.82
Rutana	4	3.05
Ruyigi	4	3.05
RDC*	1	**0.76**
Rwanda*	1	**0.76**
Total	131	**100.00**

*: La RDC et le Rwanda ne sont pas des provinces du Burundi mais des pays voisins du Burundi.

Les habitants de la ville de Bujumbura sont les plus touchés avec une fréquence de 28,24% des cas suivis par ceux de Bururi avec une fréquence de 9,16%. On note dans notre série la présence d'un congolais et d'un rwandais.

III .2. DONNEES CLINIQUES ET PARACLINIQUES

III .2.1. Les données cliniques

III .2.1.1. Les antécédents médicaux et chirurgicaux

Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux et Chirurgicaux

Les antécédents	Effectif	%
VIH/SIDA	12	**9.16**
Tuberculose	2	1.53
Epilepsie	14	**10.69**
Sinusite	1	0.76
Ulcère gastrique	2	1.53
HTA	2	1.53
Traumatisme crânien	2	1.53
Sans antécédents	96	73.28
Total	131	**100.00**

10,69% des cas ont un antécédent d'épilepsie, 9,16% des cas sont des immunodéprimés au VIH/SIDA tandis que 72,52% des patients sont sans notion d'antécédents médicaux et chirurgicaux connus.

III .2.1.2. Intoxication alcoolo-tabagique et toxicomanie

Tableau IX : Répartition des patients selon l'exposition aux substances psychoactives

Antécédents	Effectif	%
Alcool	78	**59.54**
Tabac	15	**11.45**
Alcool et tabac à la fois	15	**11.45**
Toxicomanie	6	**4.58**
Non exposés	53	**40.46**

Les consommateurs d'alcool dominent avec un taux de 59,54% des cas, une proportion de 11,45% des cas consommant à la fois l'alcool et le tabac.

III .2.1.3. Les antécédents psychiatriques et d'hospitalisation

III .2.1.3. 1. Les antécédents psychiatriques

Tableau X : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques

Antécédents psychiatriques	Effectif	%
Psychoses aigues	10	7.63
Troubles affectifs	26	**19.85**
Troubles anxieux	7	5.34
Schizophrénies	16	**12.21**
Sans antécédents	72	**54.96**
Total	131	100.00

Une grande partie soit 54,96% des cas était sans antécédents psychiatriques, 19,85% des cas avaient des antécédents de troubles affectifs et 12,21% des cas avaient des antécédents de schizophrénie.

III .2.1.3.2. Antécédents d'hospitalisation psychiatrique

Tableau XI : Répartition des patients selon la fréquence d'hospitalisation en psychiatrie

Antécédents d'hospitalisations	Effectif	%
1à 5 fois	50	**38.17**
6 à 10 fois	9	6.87
Sans antécédents d'hospitalisation	72	**54.96**
Total	131	100.00

Un taux de 38,17% de patients avaient déjà été hospitalisés 1 à 5 fois, 6,87% l'avaient été 6 à 10 fois tandis que 54,96% des cas n'avaient pas encore été hospitalisés. La moyenne des hospitalisations antérieures était de 2,44 hospitalisations, les extrêmes allant de 1 hospitalisation à 10 hospitalisations.

III .2.1.4. Motif de consultation en psychiatrie

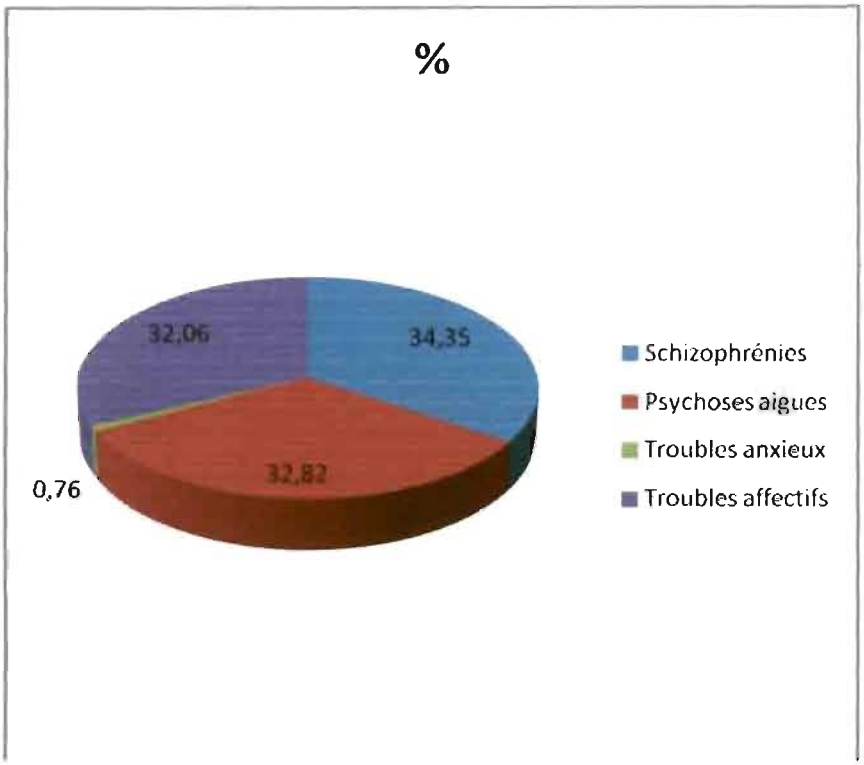
Tableau XII : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif N=131	%
Délires+Incohérence+soliloquies+ Hallucinations	87	66.41
Logorrhées+ Insomnie+Instabilité psychomotrice+exultation de l'humeur	117	**89.31**
Agressivité+agitation+Irritabilité	105	80.15
Errance+fugues	47	35.88

Les plaintes telles que logorrhées, insomnie, instabilité psychomotrice, exultation de l'humeur ont dominé avec un taux de 89,31%.

III .2.1.5. Motif d'hospitalisation en psychiatrie

Graphique 3 : Répartition selon le motif d'hospitalisation



Les schizophrénies, les psychoses aigues, les troubles affectifs ont constitué le motif d'hospitalisation dans respectivement 34,35%, 32,82% et 32,06%.

III .2.1.6. L'examen physique à l'admission

III .2.1.6.1. Les constantes vitales à l'admission

La température

La température a été prise chez 94 patients (71,76%), non prise chez 37 patients (28,24%). Elle était normale chez 68 patients (72,34%) ; la fièvre a été notée chez 26 patients (27,66%).

La fréquence respiratoire

La fréquence respiratoire a été prise chez 81 patients (61,83%), non prise chez 50 patients (38,17%). Elle était normale chez 80 patients (98,76%) ; une polypnée a été notée chez 1 patient (1,24%).

La fréquence cardiaque

La fréquence cardiaque a été prise chez 67 patients (51,15%), non prise chez 64 patients (48,85%). Elle était normale chez 56 patients (83,59%) ; une tachycardie a été notée chez 11 patients (16,41%).

La pression artérielle

La pression artérielle a été prise chez 35 patients (26,72%), non prise chez 96 patients (73,28%). Elle était normale chez 31 patients (88,58%), une tension artérielle normale haute a été notée chez un patient (2,85%) tandis qu'une hypertension artérielle a été notée chez 3 patients (8,57%).

N.B : Le poids et la taille n'ont été mesurés chez aucun patient et par conséquent, le calcul de l'IMC n'a pas été fait.

III .2.1.6.2. Conclusion sur l'examen physique

Tableau XIII : Répartition des patients selon la conclusion de l'examen physique

Conclusion	Effectif	%
Normal	56	**42.75**
Pathologique	35	26.72
Pas fait	40	30.53
Total	131	100.00

L'examen physique a été conclu normal chez 42,75% de patients, anormal chez 26,72% de patients et n'a pas été fait chez 30,53% de patients.

III .2.1.7. Le délai de découverte de la pathologie somatique

Tableau XIV : Répartition des patients selon le délai de découverte de la pathologie somatique

Délai en jours	Effectif N=147	%
J0	43	**29.25**
1	20	13.61
2-14	54	**36.73**
15-29	19	12.93
30-60	11	7.48

Dès l'admission, 29,25% de pathologies somatiques ont été diagnostiquées et 36,73% de pathologies somatiques ont été diagnostiquées entre le 2^{e} et le 14^{e} jour d'hospitalisation.

III .2.1.8.Les signes d'appel d'une pathologie somatique au cours de l'hospitalisation psychiatrique

Tableau XV : Répartition des patients selon les signes et symptômes

Signes et symptômes	**Effectif (N=71)**	**%**
Fièvre	37	52.11
Asthénie	22	30.99
Troubles digestifs (anorexie, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, ballonnement abdominal, épigastralgies, pyrosis, dysphagie)	30	42.25
Céphalées	2	2.82
Epistaxis	1	1.41
Vertiges	2	2.82
Otalgies + Otorrhée	2	2.82
Douleurs+tuméfaction des joues	1	1.41
Crises convulsives	3	4.23
Pâleurs conjonctivales	1	1.41
Toux+Douleurs thoraciques	7	9.86
Obstruction nasale+Rinorrhée	1	1.41
OMI+douleurs des membres inferieurs	2	2.82
Douleurs pelviennes+Dysurie+pollakiurie	6	8.45
Douleurs+ tuméfaction scrotale	1	1.41
Muguet buccal	3	4.23
Tuméfaction douloureuse des cuisses	1	1.41
Leucorrhées+ prurit vaginal	2	2.82

Parmi les signes et symptômes, les plus prédominants sont la **fièvre** avec un taux de 52,11%, les troubles digestifs avec un taux de 42,25%, l'asthénie avec un taux de 30,99%.

III .2.1.9. Les pathologies somatiques diagnostiquées

Tableau XVI : Répartition des patients selon les pathologies somatiques

Les pathologies somatiques	Effectif N=147	%
Accès palustre simple	38	**25.85**
Paludisme grave	1	0.68
VIH/SIDA	15	**10.20**
Epilepsie	13	**8.84**
Entorse de la cheville gauche	1	0.68
HTA	4	2.72
Parasitoses	11	**7.48**
Erysipèle	2	1.36
Plaies surinfectées	6	4.08
Fièvre typhoïde	6	4.08
Infection urinaire	8	5.44
Pneumopathie bactérienne	6	4.08
Gastrite	3	2.04
Tuberculose pulmonaire	1	0.68
Hernie inguino-scrotale droite étranglée	1	0.68
Abcès	4	2.72
Diabète	1	0.68
Dermatoses	4	2.72
Autres*	22	14.97

NB : Dans autres * figurent les pathologies suivantes : ulcère variqueux (1 cas), sinusite (1 cas), IVC (1 cas), TVP (1 cas), syndrome grippal (1cas), gingivite (1 cas), épistaxis (1 cas), gastro-entérite aigue non fébrile (1 cas), herpès génital (1 cas), hépatite viral B (1 cas), syndrome infectieux (1 cas), candidose vaginale (2 cas), candidose buccale (3 cas), amygdalite (3 cas), otite (3 cas).

Les pathologies somatiques prédominantes sont représentées par **l'accès palustre** avec une fréquence de 25,85%, **le VIH/SIDA** avec un taux de 10,20%, **l'épilepsie** avec une fréquence de 8,84% , **les parasitoses** avec un taux de 7,48 %, **l'infection urinaire** avec un taux de 5,44%, **la fièvre typhoïde**, les **pneumopathies bactériennes** et **les plaies surinfectées** avec un taux de 4,08% chacune.

N.B : L'effectif total des cas de pathologies somatiques est de 147 du fait que chez certains patients, on a diagnostiqué deux voire trois pathologies somatiques coexistantes.

III .2.2. DONNEES PARACLINIQUES

III .2.2.1.Examen biologique

Tableau XVII : Répartition des patients selon les examens biologiques faits.

Examen biologique	Effectif	%
Glycémie	93	70.99
NFS	86	65.65
GE	74	56.49
Sérologie Widal	56	42.75
Urée	21	16.03
Créatinine	21	16.03
Bilan hépatique*	13	9.92
Sérologie VIH/SIDA	16	12.21
Bilan lipidique**	3	2.29
ECBU	6	4.58
TP	1	0.76
TCK	1	0.76
Sérologie toxoplasmique	2	1.53
Test de grossesse	1	0.76

* : le bilan hépatique fait comprenait : GOT, GPT, γ GT, PAL, Bilirubine totale et conjuguée, Ag Hbs, ACHVC

** : le bilan lipidique comprenait : LDL, HDL, TG, cholestérol total et conjugué.

Le bilan biologique a été demandé à l'admission chez 97 patients soit dans 74,05% des cas.

Parmi les examens biologiques qui ont été demandés à l'admission, on note la glycémie avec une fréquence de 70,99%, la NFS avec un taux de 65,65%, la GE avec un taux de 56,49%, la sérologie Widal avec un taux de 42,75%, l'urée et la créatinine avec un taux de 16,03%, la sérologie au VIH/SIDA avec un taux de 12,21%.

Résultats du bilan biologique:

- La glycémie a été analysée chez 93 patients et a été normale dans 92 cas soit 98, 92% des cas. Une hyperglycémie avec une valeur de 18mmol/l a été notée soit1, 08% des cas et on a conclu a un diabète de type II.
- La NFS a été demandée chez 86 patients et est revenue normale dans 75 cas soit dans 87,21% des cas, anormale dans 11 cas soit 12,79% des cas dont 4 cas d'anémie normocytaire normochrome et 7 cas d'hyperleucocytose a prédominance granulocytaire.
- La GE a été demandée chez 74 patients et est revenue négative dans 62 cas soit 83,78% des cas, positive dans 12 cas soit 16,22% des cas.
- La sérologie Widal a été faite chez 56 patients. Elle a été positive dans 2 cas soit 3,57% des cas, négative dans 54 cas soit 96,43% des cas.
- La sérologie au VIH/SIDA a été faite chez 16 patients à l'admission ; elle a été négative dans 13 cas soit 81,25% des cas, positive dans 3 cas soit 18,75% des cas.
- Un seul cas de bilan biologique demandé est revenu avec un AgHbs positif.
- Le test de grossesse qui a été fait à l'admission a été positif.
- Le reste des examens biologiques faits à l'admission était normal.

III .2.2.2. Examen d'imagerie médicale

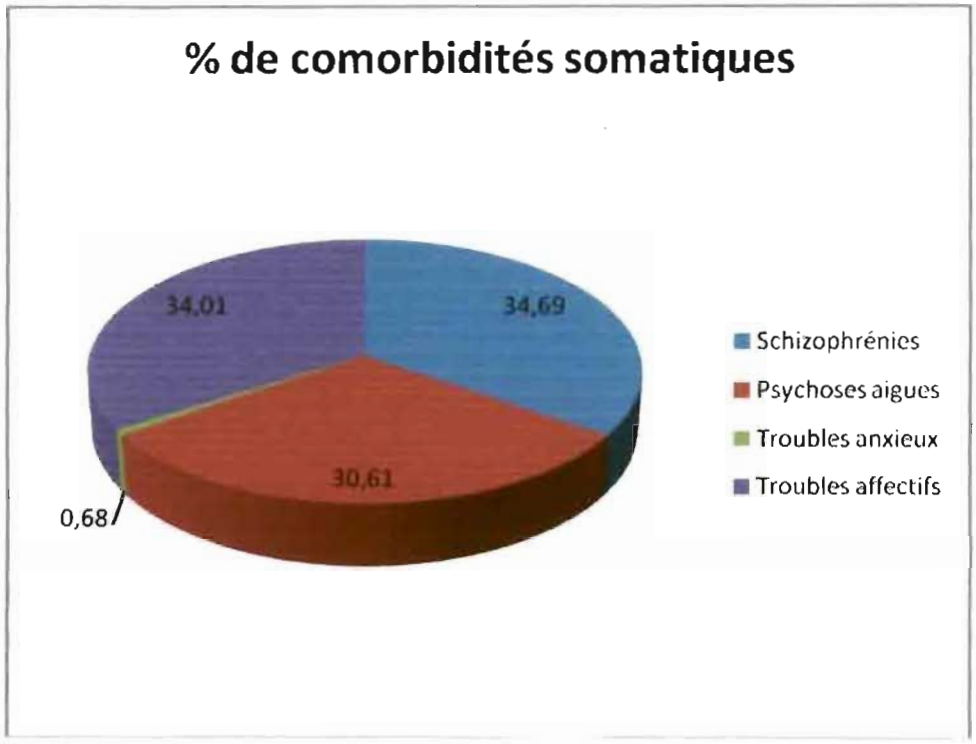
Très peu d'examens radiologiques et de tracés ont été demandés dans notre série:

- Une seule radiographie thoracique de face a été demandée ;
- Trois tracés EEG ont été demandés ;
- Aucun tracé ECG n'a été demandé,
- Aucun examen tomodensitométrique(TDM) cérébral n'a été demandé.

III .3. COMORBIDITE ET LIEN SOMATIQUE-PSYCHIATRIQUE

III .3. 1. Comorbidité somatique-psychiatrique

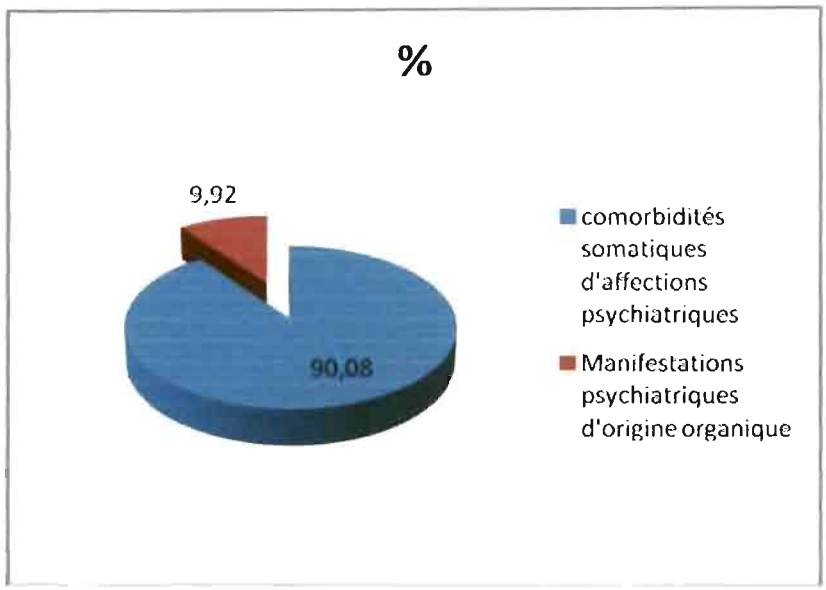
Graphique 4 : Répartition selon les comorbidités somatiques et psychiatriques



Les schizophrénies, les troubles affectifs et les psychoses aigues sont associés aux pathologies somatiques avec des taux respectifs de 34,69%, 34,01 et 30,61%.

III .3.2. Lien somatique-psychiatrique

Graphique 5 : Répartition des patients selon le lien somatique-psychiatrique



Dans 90,08% des cas, les pathologies psychiatriques sont associées aux pathologies somatiques sans lien établi.

Dans 9,92% des cas, la pathologie organique a été considérée comme facteur causal de troubles psychiatriques. Il s'agit de :

- 8 cas de troubles affectifs et un cas de psychose aigue qui ont été associés au VIH/SIDA,
- 4 cas de psychoses aigues ont été associés au traumatisme crânien.

III .4. DONNEES THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIVES

III .4. 1. Données thérapeutiques

III .4.1.1.Prise en charge psychiatrique

Les psychotropes utilisés en hospitalisation

Tableau XVIII : Répartition selon les molécules utilisées

Psychotrope	Effectif	%
Halopéridol	109	**83.21**
Diazépam	111	**84.73**
Hydroxyzine	8	6.11
Carbamazepine	31	**23.66**
Levomépromazine	11	8.40
Pipamperone	14	**10.69**
Amitriptilline	4	3.05
Chlorpromazine	2	1.53
Sels de lithium	4	3.05
Citalopram	4	3.05
Acide valproique	5	3.82
Sulpiride	5	3.82
Risperidone	7	5.34
Autres*	11	8.40

* : dans autres il ya les psychotropes suivants : flupentixol, Buspirone, Imipramine, clomipramine, Pimozide, fluoxétine, maprotilline.

Les molécules les plus utilisées sont le diazépam, l'halopéridol, le Carbamazepine et le Pipamperone avec respectivement les taux de 84,73%, 83,21%, 23,66% et 10,69%.

Tableau XIX : Répartition selon l'association de psychotropes

Association des psychotropes	Effectif	%
Neuroleptique classique seul	5	3.82
Neuroleptique classique+Anxiolytique	79	**60.31**
Neuroleptique classique+Thymorégulateur	13	**9.92**
Neuroleptique classique+Anxiolytique+Thymorégulateur	17	**12.98**
Neuroleptique classique+Anxiolytique+Antidépresseur	8	**6.11**
Thymorégulateur+Anxiolytique	2	1.53
Antidépresseur+Anxiolytique	1	0.76
Neuroleptique atypique+Anxiolytique+Antidépresseur	1	0.76
Neuroleptique atypique+Anxiolytique+Thymorégulateur	2	1.53
Neuroleptique atypique+Thymorégulateur	1	0.76
Neuroleptique atypique+Antidépresseur	2	1.53
Total	131	**100.00**

Les associations des psychotropes neuroleptique classique+anxiolytique, neuroleptique classique+anxiolytique+thymorégulateur, neuroleptique classique+thymorégulateur dominent avec les taux respectifs 60,31%, 12,98% et 9,92%.

La psychothérapie

Tableau XX : Répartition des patients selon l'usage de la psychothérapie

Psychothérapie	Homme	Femme	Effectif	%
Oui	62	59	121	**92.37**
Non	7	3	10	7.63
Total	69	62	131	100.00

Les patients qui ont bénéficié d'une psychothérapie dominent avec un taux de 92,37%.

III .4.1.2.Prise en charge somatique

Tableau XXI : Répartition des patients selon la prise en charge somatique

Traitement somatique	Effectif	%
Antibiotique	25	**17.01**
Antibiotique+ AINS	5	3.4
Antibiotique+antispasmodique	1	0.68
Antibiotique+ soins locaux	7	4.76
Antibiotique+AINS+soins locaux	3	2.04
Antibiotique+IPP	3	2.04
Antipaludique	28	**19.05**
Antipaludique+AINS	5	3.4
Antipaludique+supplément en fer	2	1.36
Antipaludique+ antiémétique	3	2.04
Antipaludique+transfusion	1	0.68
Antiépileptique	13	8.84
Déparasitage avec les imidazolés	11	7.48
ARV	10	6.8
ARV+ bactrim prophylactique	3	2.04
Antihypertenseur	4	2.72
AINS	2	1.36
Antifongique	5	3.4
Transfert en milieu spécialisé	3	2.04
Antifongique+corticoïde	4	2.72
Autres*	9	6.12

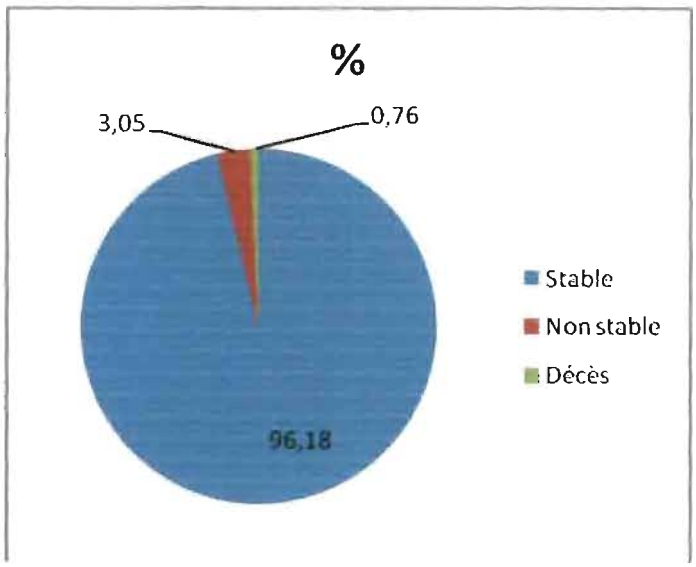
* : bas de contention et une corticothérapie (2 cas), antituberculeux (1cas), les anticoagulants (HBPM+ AVK: 1 cas), un antiviral (acyclovir : 1 cas), une réhydratation+déparasitage (1 cas), bactrim prophylactique+ un antifongique (1 cas), bactrim prophylactique+supplément en fer (1 cas), un hémostatique+supplément en fer (1cas).

Les antibiotiques et les antipaludiques sont largement utilisés, seuls ou associés aux autres moyens thérapeutiques tels que les AINS, les soins locaux, les suppléments en fer, etc.

III .4.2. Données évolutives

III .4.2.1. Evolution psychiatrique

Graphique 6 : Répartition selon l'état psychiatrique



Les patients sont sortis stabilisés sur le plan psychique au taux de 96,18%. Dans 3,05% des cas, les patients sont sortis non stabilisés et nous avons enregistré un cas de décès soit un taux de 0,76%.

III .4.2.2.Prescription de psychotropes à la sortie

Tableau XXII : Répartition selon la prescription de psychotropes à la sortie

Psychotropes à la sortie	Effectif	%
Non	2	1.53
Oui	129	**98.47**
Total	131	**100.00**

La majorité des patients avec un taux de 98,47% sont sortis avec prescription de psychotropes à continuer à domicile ; 1,53% sont sortis sans prescription de psychotropes.

III .4.2.3.Evolution somatique

Tableau XXIII : Répartition selon l'évolution somatique

Evolution	Effectif	%
Guérison	91	**69.47**
Stabilisation et suivi du traitement à domicile	29	22.14
Transfert en milieu spécialisé*	10	7.63
Décès	1	0.76
Total	131	**100.00**

* : 10 cas soit 7.63% ont été transférés ailleurs pour une meilleure prise en charge (prise en charge spécialisée). Les services concernés par le transfert ont été la Medecine interne, l'ORL et la chirurgie.

III .4.2.4. Délai d'hospitalisation en psychiatrie

Tableau XXIV : Répartition selon le délai d'hospitalisation

Délai d'hospitalisation en jours	Effectif	%
< 15	23	**17.56**
15-30	31	**23.66**
31-60	43	**32.82**
61-90	21	16.03
91-120	5	3.82
121-150	6	4.58
> 150	2	1.53
Total	131	100.00

Le délai moyen d'hospitalisation a été de 44,34 jours, les extrêmes étant 2 jours et 196 jours. Un taux de 74, 04 % de patients ont passé un séjour en hospitalisation allant de moins de 15 jours à 2 mois.

IV^{e} PARTIE. COMMENTAIRES, DISCUSSIONS DES RESULTATS ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV. COMMENTAIRES, DISCUSSIONS DES RESULTATS ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

IV.1.1. Fréquence

Durant la période de notre étude, 732 patients ont été admis en hospitalisation psychiatrique. Parmi eux, 131 ont présenté des pathologies somatiques en association aux pathologies psychiatriques; soit une fréquence de 17,89%.

Tableau XXV : Répartition de la fréquence selon les auteurs

Auteurs	Fréquence en %	Année	Pays
Carlson RJ et al. [48]	50%	1981	USA
Hall RC et al. [49] ; Hoffman RS [50]	34% à 46%	1982	USA
Yates GL et al. [51]	17% à 77%	1999	USA
Koran LM et al. [52]	29%	2002	USA
Moreira CLRL et al. [41]	63%	2011	Brésil
Océane GR [53]	59%	2013	France
Notre série	17,89%	2016	Burundi

Nos résultats sont différents de ceux des autres auteurs [41, 48, 49, 50, 51, 52, 53]. Cette différence s'expliquerait par le fait que ces auteurs ont travaillé eu Europe et en Amérique. En effet dans ces pays, il y a des recommandations[54] stipulant que tout patient admis en hospitalisation psychiatrique doit avoir un examen physique complet ainsi qu'un bilan biologique d'admission, ce qui permet le dépistage d'un grand nombre de pathologies somatiques associées aux

troubles psychiques, qui, dans le domaine de la psychiatrie, sont souvent sous diagnostiquées [10].

IV. 1.2. Sexe

Dans notre série, nous avons une légère prédominance masculine avec un taux de 52,67%.
D'autres auteurs ont trouvé des résultats similaires aux nôtres:

-Océane GP [53] a trouvé une prédominance masculine avec un taux de 57% ;
-Hjorth P et al. [55] ont trouvé un taux masculin de 58,8%.

Ces résultats avec une prédominance masculine s'expliqueraient par le fait que les hommes ont un mode de vie (consommation de tabac, d'alcool, de drogues) qui les expose plus que les femmes au risque de développer les maladies somatiques.

IV.1.3. Age

Dans notre série, l'âge moyen des patients est de 30,46 ans avec des extrêmes allant de 10 ans et 70 ans. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 25 à 34 ans avec un taux de 29,95% et la majorité, soit un taux de 55,72%, se situe entre 18 ans et 34 ans.
Nos résultats sont comparables à ceux de Fekadu et al.[56] qui ont trouvé que la tranche d'âge de 25 ans a 34 ans était la plus touchée avec un taux de 28,5%, l'âge moyen étant de 37,7 ans.

Cette ressemblance pourrait s'expliquer par le fait que leur étude a été menée en Afrique (Ethiopie), le mode de vie de la population étant proche de celle de la population burundaise.

Nos résultats sont par contre différents de ceux de Bertrem C et al. [57] chez qui la tranche d'âge de 35 à 49 ans est la plus représentée avec un taux de 28,6%, la moyenne d'âge étant de 47 ans. Dans leurs résultats, la tranche d'âge de 50 ans à 64 ans est touchée avec un taux de 21,3% au moment où dans notre série, la tranche d'âge de 55 ans à 64 ans, le taux est nul (0,00%), celle de 65 ans à 75 ans ayant un seul cas, soit un taux de 0,76%.

Cette différence s'explique par le fait que l'étude de Bertrem a été menée dans la population belge avec un meilleur mode de vie que celui de la population burundaise.

Cette différence , avec un taux nul dès l'âge de 55 ans dans notre série s'expliquerait par le fait que les patients souffrant de troubles mentaux sévères ont une santé physique précaire et une espérance de vie réduite par rapport à la population générale et meurent en moyenne entre 13,5 ans et 32,2 ans plus tôt que la population générale [29], **ce qui pousse à l'hypothèse que dans notre série, la mortalité serait très élevée dès l'âge de 55 ans**.

IV.1.4. La profession

Dans notre série, la catégorie des cultivateurs est la plus touchée avec un taux de 46,56%.

L'OMS, dans le rapport sur la santé mentale dans le monde en 2001[3], a montré les facteurs sociaux dont la pauvreté comme associés à la survenue de troubles mentaux et du comportement. Les résultats d'enquêtes ont montré que les gens vivant dans la misère et les maux qui y sont associés sont deux fois plus exposés aux troubles mentaux que les gens riches.

Dans notre étude, les cultivateurs sont la catégorie de gens aux conditions de vie modestes et par conséquent plus exposés aux troubles mentaux et de là aux comorbidités somatiques. Nos résultats sont comparables à ceux de Fekadu et

al. [56] en Ethiopie qui ont trouvé que la catégorie des cultivateurs était touchée avec un taux de 53,6%.

IV.1.5. La résidence

Dans notre série, Bujumbura mairie est plus représentée avec un taux de 28,24%. Les dix huit provinces restantes (si on y ajoute le Rwanda et la RDC) se partagent le taux de 71,76% soit une moyenne de 3,99%.
Ces résultats avec un taux élevé dans Bujumbura mairie par rapport aux autres provinces s'explique par le fait que le CNPK dans lequel s'est déroulé l'étude est situé dans Bujumbura mairie, plus accessible.

IV.2. Approche diagnostique

IV.2.1. Antécédents, mode de vie et habitude alimentaire

Dans notre série, 9,16% de patients sont immunodéprimés au VIH, 10,69% ont eu des crises épileptiques dans le passé, 1,53% ont eu un traumatisme crânien, 1,53% sont hypertendus. Nous avons également noté dans notre série un taux de patients exposés aux substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, héroïnes,…) élevé à 59,54%.
La notion de comorbidité somatique en psychiatrie rend à elle seule les patients plus vulnérables. Ces maladies chroniques viennent compliquer une situation déjà précaire. S'y ajoute de plus ce taux élevé de patients exposés à l'usage de substances psychoactives.

Frasch K et al.[58] dans leur étude faite en 2012 dans cinq pays dont l'Allemagne, le Danemark, le Nigeria, la Suisse et le Japon sur la comparaison des troubles physiques chez les patients hospitalisés en psychiatrie avec ou sans usage de substances psychoactives ont montré que ceux consommant les

substances psychoactives avaient un taux plus élevé de maladies somatiques associées aux troubles mentaux.

D'autres auteurs [59, 60, 61] ont affirmé que la survenue de troubles psychiatriques (dépression, troubles bipolaires, troubles anxieux,...) peut multiplier par deux le risque de développer un abus ou une dépendance aux substances psychoactives. Ainsi, dans notre série avec un taux d'exposition de 59,54%, les patients sont à risque élevé de complications de comorbidités somatiques et de dépendance de ces substances.

IV.2.2. Profil psychiatrique

Dans notre série, 45,04% de patients ont un antécédent psychiatrique avec hospitalisation ; la moyenne des hospitalisations est de 2,44 hospitalisations, les extrêmes allant de une à dix hospitalisations.

Le motif de consultation dans notre série est dominé par les logorrhées, l'insomnie, l'instabilité psychomotrice et l'exultation de l'humeur avec un taux de 89,31%. Le motif d'hospitalisation est dominé par les schizophrénies (la schizophrénie, les troubles schizo-affectifs), les psychoses aigues (bouffées délirantes aigues, psychoses puerpérales) et les troubles affectifs (troubles dépressifs, accès maniaque, troubles bipolaires) [62] avec des taux respectifs de 34,35%, 32,82% et 32,08%. Ces pathologies psychiatriques ont été respectivement associées aux pathologies somatiques avec des taux de 34,69%, 30,61% et 34,01%.

D'autres auteurs ont également trouvé une prédominance de la schizophrénie comme motif d'hospitalisation en institution psychiatrique avec cependant des taux plus élevés que celui de notre série. Koran LM et al. [52] ont trouvé que la schizophrénie ensemble avec les psychoses aigues prédominaient avec un taux de 62% ; Océane GP [53] a trouvé un taux de 41% ; Osborn DPJ et al. [63] ont

trouvé un taux de 60% ; Lin WC et al. [64] ont trouvé 72%, un taux beaucoup plus élevé que dans notre série.

De Beaurepaire R [65] et Koran LM [52] ont trouvé que la schizophrénie était plus associée aux maladies somatiques par rapport aux autres troubles mentaux avec les taux respectifs de 37% et 61%.

Notre étude rejoint celles des autres auteurs [52, 53, 63, 64, 65] et confirme que les schizophrènes connaissent des taux de maladies somatiques plus importants.

Cette grande exposition des schizophrènes aux pathologies somatiques serait liée à la gravité de la schizophrénie et au fait qu'elle entraine plus d'incapacités [3]. L'OMS classe la schizophrénie dans le groupe des dix maladies qui entrainent le plus d'invalidité [3].

IV.2.3. Profil physique

Dans notre série, l'examen physique à l'admission conclu comme normal ou pathologique, a été fait chez 91 patients soit un taux de 69,46%. Nos résultats sont comparables à ceux d'Osborn DPJ [63] qui a trouvé que l'examen physique a été fait chez 71% des patients. Nos résultats sont par contre différents de ceux de Riba M [66] qui a trouvé un examen physique fait jusqu'à 92% de patients. Ils sont également différents de ceux de Chéneau S. [67] chez qui, tous les patients, quel que soit le motif d'hospitalisation en psychiatrie, ont eu un examen physique au plus tard dans les six heures suivant l'admission. Cette différence résulte de la prise en charge somatique améliorée dans les hôpitaux psychiatriques occidentaux [54].

Dans notre série, les constantes hémodynamiques dont la température, la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, la pression artérielle ont été prises respectivement dans 71,76%, 61,83%, 51,15% et 26,72% des cas. Nos résultats sont différents de ceux de Chéneau S. [67] chez qui la pression

artérielle, la fréquence cardiaque, la température, la saturation en oxygène ont été respectivement recueillies dans 84%, 72%, 44% et 34%. Nous avons également noté dans notre série une absence de prise de poids et par conséquent absence de calcul de l'IMC, ce qui est différent de l'étude de Chéneau S. [67] où le calcul de l'IMC a été effectué dans 54% des cas.

Les auteurs Reeves RR et al. [68] ont suggéré dans leur étude qu'un examen physique inadéquat (44%), l'échec d'obtenir une bonne histoire de la maladie au cours de l'interrogatoire (34%), l'impossibilité de recueillir les constantes hémodynamiques (8%), ont contribué à l'échec diagnostique des pathologies somatiques en psychiatrie. Ainsi dans notre série, le mauvais recueil des constantes hémodynamiques, l'absence ou l'examen physique incomplet contribueraient au sous-diagnostic des pathologies somatiques.

IV.2.4. Profil biologique

Dans notre série, l'évaluation biologique a concerné 97 patients soit un taux de 74,05%. Les tests les plus faits ont été la glycémie, la NFS, la GE, la sérologie Widal, l'urémie et la créatininémie, la sérologie VIH dans respectivement 70,99%, 65,65%, 56,49%, 42,79%, 16,03% et 12,21% des cas.
Crede A et al. [69] ont trouvé que les investigations biologiques ont été menées dans 80,7% de cas et dans l'ensemble, pathologiques dans 4,5% des cas.

Amin M et al. [70] ont trouvé que 93,7% de patients avaient bénéficié d'un bilan biologique et dans l'ensemble, 34,1% ont été pathologiques.

Dans l'étude menée par Arlotto E et al. [71], tous les patients ont bénéficié d'un bilan biologique à l'admission et 53% d'entre eux ont présenté au moins une anomalie biologique.

Chéneau S. [67] a trouvé dans son étude que 92% de patients ont bénéficié d'un bilan biologique d'admission et 11% du bilan présentait une anomalie.

Nos résultats sont différents de ceux de ces auteurs [67, 69, 70, 71] du fait que chez eux, le bilan biologique est standardisé à l'admission, comprenant la NFS, l'ionogramme sanguin, la créatininémie, l'urémie, la protidémie, la calcémie, la glycémie à jeun, les transaminases hépatiques, la γ GT, la TSH, le TP, le cholestérol et les triglycérides [67] ce qui n'est pas le cas dans notre série.

IV.2.5. Les pathologies somatiques diagnostiquées

Dans notre série, 29,25% de maladies somatiques ont été diagnostiquées à l'admission dont 22 cas étaient déjà connus soit un taux de 14,96%. Au premier jour d'hospitalisation, 13,61% de pathologies somatiques ont été diagnostiquées, ce qui résulte de l'apport des résultats des examens paracliniques faits à l'admission qui ont permis de confirmer le diagnostic. Le taux élevé, soit 36,73% de maladies somatiques diagnostiquées, se situe entre le deuxième jour et le quatorzième jour d'hospitalisation.
Nos résultats sont différents de ceux d'Océane GP [53] chez qui 61,01% de pathologies somatiques ont été découvertes à l'admission, 30,50% étant déjà connues.

Dans notre série, 57,14% de pathologies somatiques ont été diagnostiquées entre le deuxième et le soixantième jour d'hospitalisation, ce qui concernait 71 patients. Des plaintes physiques ont poussé à faire des examens physiques et à demander des examens complémentaires. Parmi les plaintes somatiques, on note principalement la fièvre avec un taux de 52,11%, les troubles digestifs dont l'anorexie, les vomissements, les douleurs abdominales, la diarrhée, ballonnement abdominal, les epigastralgies, pyrosis, dysphagie avec un taux de 42,25%, les douleurs thoraciques et la toux avec un taux de 9,86%.

Les pathologies somatiques diagnostiquées sont dominées par les pathologies infectieuses ; les infections parasitaires représentent 34,01%, les infections bactériennes (infection urinaire, fièvre typhoïde, pneumopathies bactériennes, ...) représentent un taux de 29,92%, les infections virales avec un taux de 12,92% dont le VIH avec 10,20%. On remarque une forte prévalence du paludisme dans notre série, représentant à lui-seul un taux de 26,53% de cas de pathologies somatiques confondues, certainement lié au fait que ces malades mentaux ne se protègent pas contre les moustiques en dormant sous moustiquaires et surtout à la situation de Bujumbura dans la zone d'endémie palustre.

Nos résultats sont comparables à ceux de Barrimi M et al. [72] qui a trouvé que les comorbidités somatiques sont dominées à 67% par les pathologies infectieuses. Ils sont par contre différents de ceux des auteurs occidentaux [41,52, 64] qui ont trouvé une prédominance des maladies cardio-vasculaires et métaboliques avec respectivement les taux de 51,8%, 35,98% et 72,5%. Cette différence tient aux modes de vie différents entre occidentaux et africains, les occidentaux ayant tendance à développer les maladies cardio-vasculaires et métaboliques, les africains étant plus exposés aux pathologies infectieuses.

IV.3. Lien somatique-psychiatrique

Dans notre série, les pathologies somatiques sont à 90,08% des cas associées aux maladies psychiatriques sans lien établi, et dans 9,92% des cas les troubles organiques sont considérés comme facteur causal de troubles psychiatriques.
Nos résultats sont poches de ceux de Barrimi M et al. [72] ainsi que Olshaker JS et al. [73] qui ont respectivement trouvé que dans 13% et 19% des cas, les manifestations psychiatriques étaient dues aux pathologies organiques. Ils sont par contre différents de ceux de Henneman L et al. [74] qui ont trouvé un taux élevé de pathologies psychiatriques dont la cause était organique, élevé à 63%.

Ainsi, on se rend compte que ce sont dans les séries où dominent les maladies somatiques sévères et chroniques qu'on rencontre les troubles psychiques liés à une atteinte organique. La littérature stipule que les personnes atteintes de troubles physiques chroniques sont nettement plus exposées que les autres aux troubles mentaux. L'un des nombreux facteurs de risque associés aux maladies chroniques est l'impact émotionnel sur les malades et, apprendre à vivre avec une maladie de longue durée est stressant pour la plupart des gens, le stress qui persiste, sans relâche, provoquant souvent l'anxiété et des comportements malsains [40].

IV.4. Approche thérapeutique

Sur le plan psychiatrique, dans notre série, les molécules qui ont été plus utilisées l'halopéridol, le diazépam, le Carbamazepine, Pipamperone, Levomépromazine avec des taux respectifs de 83,21, 84,73%, 23,66%, 10,69%, 8,40%. Les neuroleptiques classiques [19] se placent devant parmi les psychotropes les plus utilisés. Un seul neuroleptique atypique [19], le risperidone, a été utilisé dans notre série avec un taux de 5,34%.On remarque dans notre série une forte prescription d'une molécule anxiolytique : le valium. Cette molécule était administrée sur une courte durée. Sa grande prescription est justifiée dans notre série par ses indications [19] : traitement hypnotique des insomnies qui sont mentionnées dans 89,31% des cas comme motifs de consultation en psychiatrie ; en association avec un antipsychotique à polarité antiproductive, afin de potentialiser ce dernier (dans notre série, nous avons une association d'un neuroleptique classique et d'un anxiolytique dans 60,31% des cas) ; traitement des troubles de l'humeur comme traitement adjuvant possible en début de traitement(dans notre série, les anxiolytiques se rencontrent dans d'autres associations avec des antidépresseurs et des thymorégulateurs).

Nos résultats sont différents de ceux de Khan AN [75]. Dans sa série, la prescription de neuroleptiques concernait 77% de patients. Les neuroleptiques les plus prescrits étaient loxapac (clozapine), neuroleptique de la 1ère génération (classique) puis zypexa (olanzapine) et risperidal(Risperidone), neuroleptiques de 2ème génération (atypique). Les neuroleptiques atypiques sont nettement implantés dans sa série, représentant 55,6% de prescription.

En effet, les neuroleptiques de 2 ème génération, comparés aux neuroleptiques classiques, sont réputés responsables d'effets indésirables neurologiques (effets extrapyramidaux) moindres, moins sédatifs et améliorent la tolérance au traitement [46].

Ainsi, dans notre série où les neuroleptiques classiques sont largement implantés, surviendraient les effets secondaires indésirables et l'intolérance au traitement, ce qui exposerait beaucoup plus les patients au risque de développer les maladies somatiques.

Sur le plan somatique, dans notre série, l'abord thérapeutique a été spécifique à pathologie diagnostiquée. La majorité de pathologies somatiques dans notre série sont infectieuses (parasitaire, bactérienne, virale, mycosique). Ainsi, le traitement dans notre série est dominé par la prescription des antipaludéens, des antibiotiques, des antiviraux (dont les ARV prennent une grande proportion) et les antimycosiques auxquels sont adjoints d'autres prescriptions à visée symptomatique. Pour des cas compliqués nécessitant une prise en charge délicate, les patients ont été transférés dans les services spécialisés des autres hôpitaux de références de Bujumbura et ces transferts ont concerné 7,63% de patients.

Ainsi, dans notre série la prise en charge a été une trithérapie : les médicaments psychotropes, la psychothérapie (elle a été faite chez 92,37% de patients) ainsi

que les médicaments à visée organique (les antibiotiques, les antipaludéens, les antiviraux, les antimycosiques,...).

IV.5. Approche évolutive

Dans notre série, le délai moyen d'hospitalisation a été de 44,34 jours, les extrêmes étant 2 jours et 196 jours. Un taux de 74,04% de patients a séjourné en hôpital une période allant de moins de 15 jours à 60 jours.
Sur le plan psychiatrique, 96,18% de patients sont sortis stabilisés et à la sortie, 98,47% de patients ont eu une prescription de psychotropes à continuer à domicile. Ceux qui ne sont pas sortis stabilisés sont ceux qui ont présenté des pathologies somatiques sévères nécessitant un transfert dans un milieu spécialisé pour une meilleure prise en charge.

Sur le plan somatique, la guérison a été obtenue dans 69,47% de cas, 22,14% de patients sont sortis stabilisés avec prescription d'un médicament à continuer à domicile tandis que 7,63% ont été transférés en milieu spécialisé pour une meilleure prise en charge somatique. Les services qui ont été sollicités sont la Médecine interne, l'ORL et la chirurgie. Nous avons enregistré dans notre série un cas de décès, représentant un taux de 0,76% de patients.

V^e PARTIE : CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1. CONCLUSION

Les croyances, parfois tenaces en dépit de toute preuve épidémiologique, basées non sur le risque de morbidité somatique des malades mentaux, mais au contraire sur l'illusion d'un effet paradoxalement protecteur d'une symptomatologie mentale positive quant à la possibilité d'une décompensation somatique [7], ne sont plus d'actualité.

Au terme de notre travail, nous nous rangeons derrière les travaux réalisés par plusieurs auteurs [5, 11, 40, 41, 48, 49, 50, 51, 52, 53] et attestons que les maladies somatiques chez les personnes psychotiques sont une réalité au Burundi.

Les objectifs de notre travail étaient:

- D'évaluer la fréquence des pathologies somatiques en milieu psychiatrique,
- D'identifier les principales affections somatiques coexistant avec les troubles psychiatriques et leur évolution durant le séjour hospitalier,
- De montrer comment la prise en charge concomitante des affections somatiques et psychiatriques est effectuée,
- De Montrer le lien existant entre les affections somatiques et les troubles psychiatriques.

De notre travail, il ressort les conclusions suivantes :

- Les pathologies somatiques chez les personnes psychotiques sont fréquentes au Burundi,
- La recherche des pathologies somatiques en institution psychiatrique par des examens cliniques, des explorations biologiques et par imagerie médicale est médiocre au Burundi,

- Les pathologies infectieuses sont prédominantes, coexistant avec les troubles psychiatriques,
- Les troubles psychiatriques sont traités par des psychotropes auxquels on adjoint une psychothérapie. Les pathologies somatiques diagnostiquées sont traitées par des médicaments à visée somatique appropriés et en cas d'incapacité de prise en charge ou de complications, elles sont transférées en milieu spécialisé pour une meilleure prise en charge,
- Certaines pathologies somatiques sont des facteurs causaux de troubles psychiatriques,
- Le présent travail se veut être le début d'une longue série d'investigations en psychiatrie quant à la surveillance clinique, biologique ainsi que par imagerie médicale des patients psychiatriques.

V.2. SUGGESTIONS

Au terme de notre travail, nous émettons certaines suggestions :

• **Au Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA** :

-Désinstitutionnaliser les soins de santé mentale,

-Intégrer les soins de santé mentale dans les hôpitaux généraux pour rendre facile la collaboration entre psychiatres et somaticiens,

-Promouvoir la formation de psychiatres au Burundi.

• **Au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique** :

-Prévoir dans la formation des étudiants en Médecine un stage en psychiatrie.

•Aux médecins exerçant dans les centres neuropsychiatriques :

-Savoir que les patients psychiatriques sont à risque élevé de développer des pathologies somatiques par rapport à la population générale,

-Faire les examens physiques et paracliniques systématiques à l'admission en hospitalisation psychiatrique,

-Faire un suivi clinique et paraclinique des patients hospitalisés en psychiatrie,

-Eduquer les patients sur les mesures hygiéno-diététiques pour une amélioration de leur santé physique.

• Aux étudiants de la faculté de Medecine :

-De mener des études complémentaires à la notre telles que : le suivi des facteurs cardio-vasculaires des patients sous psychotropes ; l'apport des examens biologiques dans les explorations des pathologies somatiques en institution psychiatrique ; le suivi clinique et biologique des patients psychotiques.

• A la population :

-Considérer un malade mental comme les autres malades et se soucier de sa santé physique,

-Ne pas négliger un signe physique chez un patient psychiatrique et/ou sous psychotropes et aviser le plus vite possible le médecin,

-Bien suivre le traitement tel que prescrit et demander avis aux médecins en cas de doute ou d'effets indésirables.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Haynal A, Pasini W, Bourgeois P et al.** Médecine Psychosomatique. Edition Masson, Paris 1978. 292p

2. **Jakovljevic M, Zeljko R, Davor M, Zeljka C.** Comorbidity, Multimorbidity and Personalized Psychosomatic Medecine: Epigenetics Rolling on the horizon. Psychiatria Danubina.Medicinska Naklada, Zagreb 2010; 22(2): 184-9

3. **OMS.** Rapports sur la santé mentale dans le monde. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs.OMS, Genève 2001. 172p

4. **Niquille M, Hausser J, Rubovszky G.** Urgences médicales somatiques et psychiatriques : pour une vision commune. Revue médicale suisse. 2009; 5 : 1595-9

5. **Février R, Bryssine S, Valon D.** Comorbidités somatiques en psychiatrie. Santé mentale. 2004 ; 90 : 29-35.

6. **Corruble E, Hardy P.** Observance du traitement en psychiatrie. EMC Psychiatrie. 2003 ; 37 :860-A-60

7. **Consoli SM, Dauchy S.** La notion de perte de chance chez le patient souffrant d'un trouble mental et atteint de cancer. Psycho-oncol. 2010 ; 4 : 1-4.

8. **Guelfi JD, Rouillon F.** Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson. Paris.2007. 777p

9. **Borges DSG, Fender P, Mabriez JC.** Comorbidité d'affections somatiques avec les maladies mentales. Revue médicale de l'assurance maladie. 2000 ; 1 :45-52.

10. **Saravane D, Gilquin AF**. Dépistage des pathologies somatiques en institution psychiatrique. Psycho-oncol. 2010 ; 4 :12-16.

11. **Robert Wood Johnson foundation**. Mental disorders and medical Comorbidity. Research synthesis report.2011 febr; 1021(1)

12. **Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M**. Defining Comorbidity: implications for understanding health and health services. Annals of Family Medicine. 2009; 7(4) : 357-363.

13. **Santacreu A, Random M, Tisserant JM et al**. La mort devant soi. Edition Contre littérature. Paris 2005 ; n°15.

14. **Nottale L, Timar P**. Psychanalyse et psychose. Editions Hachette, Paris 2006. 195p

15. **ICIS**. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième version, Canada. 2012. 1028 p

16. **Ey H, Bernard P, Brisset C**. Manuel de Psychiatrie 5è édition. Ed. Masson et compagnie. Paris 1978.

17. **Fleury MJ et coll.** Etat de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Québec 2012. 243p

18. **Duhoux A.** Santé mentale positive : du traitement des maladies mentales a la promotion de la santé mentale. Quintessence. Novembre 2009; 1(2) : 1-2.

19. **CNUP**. Référentiel de psychiatrie. Editions Presses universitaires François-Rabelais.Paris 2014. 588p

20. **Quétel C**. Histoire de la folie : de l'antiquité à nos jours. Editions Tallandier.Juillet 2010. 619p

21. **Bonnafé L, Corin E, Grémy F et al.** Santé mentale comme observable : Regards sur la santé mentale et la folie. INSERM. Avril 1989; 190 :557p

22. **Bacque MF.** Nouveau regard sur la maladie mentale. Psycho-oncol.2010 ; 4 : 5-6.

23. **ANAES.** Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Paris, Juin 2004.

24. **Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, Smith S, Fuster V.** Assessment of cardiovascular risk by use of multiple risk factor: a statement for healthcare professionals from the AHA/ACC. Circulation 1999 sept 28; 100: 1481-1492.

25. **Assurance maladies.** Les facteurs de risque d'après les recommandations HAS et AFSSAPS. Risque cardio-vasculaire. Paris, Octobre 2009.

26. **Groupes Qualité 2010.** Prévention primaire des maladies cardio-vasculaires. Dossier documentaire. Janvier 2010.

27. **INSERM.** Effets de l'alcool sur la santé. Mai 2001.

28. **Weiner M, Warren L, Fiedorowicz JG.** Cardiovascular morbidity and mortality in bipolar disorder. Ann clin psychiatry 2011 february; 23(1): 40-47.

29. **Chacon F, Mora F, Alicia GR, Immaculada G.** Efficacy of lifestyle interventions in physical health management of patients with severe mental illness. Annals of general psychiatry. 2011; 10: 1-22.

30. **Timothy JRL, Velakoulis D, Pantelis C.** Medical Comorbidity in schizophrenia. MJA. 2003; 178: 67-76.

31. **Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME.** Morbidity and mortality in people with serious mental illness. NASMHP 2006 october.

32. **Bushe CJ, Taylor M, Haukka J**. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. Journal of psychopharmacology. 2010; 24(11): s4. 17-25.

33. **De Hert M, Correll CU, Bobes J et al**. Physical illness in patients with severe mental disorders: prevalence, impact of medications and disparities in healthcare. World Psychiatry 2011; 10: 52-77.

34. **Kuzumplik O, Uzun S, Jakovljevic M**. Psychotic disorders and Comorbidity: somatic illness vs. side effect. Psychiatria Danubina 2009; 21(3): 361-367.

35. **INPES**. Campagne de prévention du tabagisme. Juin 2002.

36. **Charlot L**. Diabete et maladies mentales. Le mot à maux 2012 ; 18(2) : 4-8.

37. **Michaut CLP**. Surcharge pondérale en santé mentale (Thèse : Medecine générale). Nantes 2007.

38. **Foerster M, Vidal PM, Waeber G, Vollenweiber P, Rodondi N**. Association entre consommation d'alcool et facteurs de risque cardio-vasculaire: une étude sur la population lausannoise. Rev Med suisse 2010 ; 6 : 505-9.

39. **OMS**. Situation de la santé mentale. Guide des politiques et des services de la santé mentale. OMS 2004.

40. **WFMH**. La santé mentale et les maladies physiques chroniques. Journée mondiale de la santé mentale. 10 Octobre 2010.

41. **Moreira CLRL, Brietzke E, Lafer B**. General medical comorbidities in Brazilian outpatients with bipolar disorder type I. Rev psiq clin 2011; 38(6): 227-230.

42. **Saravane D**. santé somatique en psychiatrie : une priorité. Santé mentale, Février 2014; 185 : 8-9.

43. **Korn H.** Neurosciences et maladies du système nerveux. Editions Tec&Doc. Paris 2003.

44. **Lambert MJ.** L'enfant adopté en difficulté d'apprentissage. Editions De Boeck. Paris 2011.

45. **Pramyothin P, Khaodhiar L.** Metabolic syndrome with the atypical antipsychotics. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2010; 17: 460-466.

46. **Haffen E, Thibaut F.** Prescription et surveillance des psychotropes. La revue du praticien. 2009 ; 59(2) : 267-277.

47. **AFSSAPS.** Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques. Mars 2010.

48. **Carlson RJ, Nayer N, Suh M.** Physical disorders among emergency psychiatric patients. Can J Psychiatry. 1981; 26: 65-67.

49. **Hall RC, Gardner ER, Popkin MK et al.** Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission: A prospective study. Ann psychiatry.1981; 138: 629-635.

50. **Hoffman RS.** Diagnostic errors in the evaluation of behavioral disorders. JAMA.1982; 248: 964-967.

51. **Yates GL, Koran LM.** Epidemiology and recognition of neuropsychiatric disorders in mental health settings in neuropsychiatry and mental health services. American psychiatry press. 1999.

52. **Koran LM, Sheline Y, Imai K et al.** Medical disorders among patients admitted to a public sector psychiatric inpatient unit. Psychiatric services.2002; 53(12): 1623-1625.

53. **Océane GP.** Taux de déclarations de médecin traitant parmi 100 patients hospitalisés en psychiatrie (groupe hospitalier Paul Guiraud) et facteurs

explicatifs (Thèse de doctorat en Medecine : thèse no 1021). Créteil : Université Paris Val-de-Marne Faculté de médecine de Créteil ; 2013.

54. **FFP-CNPP**. Recommandations de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Recommandations Juin 2015.

55. **Hjorth P, Davidsen AS, Kilian R et al**. Improving the physical health of long-term psychiatric inpatients. Australian and Newzeland journal of psychiatry. 2014; 48(9): 861-870.

56. **Fekadu A, Medhin G, Selamu M et al**. Population leval mental distress in rural Ethiopia. BMC Psychiatry. 2014; 14: 194.

57. **Bertrem C, Bruffaerts R, Bonnewyn A et al**. Mental and pain comorbidity of chronic somatic disorders in the general population in Belgium. Arch public health. 2006; 64:199-214.

58. **Frasch K, Larsen JI, Cordes J et al**. Physical illness in psychiatric inpatients : comparison of patients with and without substance use disorders. International journal of social psychiatry.2012; 59(8): 757-764.

59. **Gilder DA, Wall TL, Ehlers CL**. Comorbidity of select anxiety and affective disorders with alcohol dependence in southwest California Indians. Alcohol clin Exp Res.2004; 28(12): 1805-1813.

60. **Goldberg JF**. Bipolar disorder with substance abuse: diagnosis, prognosis and treatment. J Psychiatr Pract.2001; 7(2): 109-122.

61. **Reynolds M, Mezey G, Chapman M et al**. Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. Drug alcohol depend. 2005; 77(3): 251-258.

62. **American Psychiatric Association**. DSM-5™. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

63. **Osborn DPJ, Warner JP**. Assessing the physical health of psychiatric patients. The psychiatric bulletin.1998; 22:695-697.

64. **Lin WC, Zhang J, Leung G et al**. Chronic physical conditions in older adults with mental illness and/or substance use disorders. Journal of American geriatrics society. 2011; 59(10): 1913-1921.

65. **De Beaurepaire R**. Consommation de tabac et pathologies médicales chez les schizophrenes. La lettre du psychiatre.2010 ; 6(6).

66. **Riba M, Hale M**. Medical clearance: fact or fiction in hospital emergency room. Psychosomatics. 1990; 31: 400-404.

67. **Chéneau S**. Evaluation de la prise en charge somatiques d'un patient adulte admis en établissement public de santé mentale, exemple du CHGM la Roche-sur-Yon. Thèse de Medecine générale. Université de Nantes. 2013.

68. **Reeves RR, Pendarvis EJ, Kimble R**. Unrecognized medical emergencies admitted to psychiatrics units. Am J Emerg Med.2000; 18: 390-393.

69. **Crede A, Heike G, Wallis L**. Assessment of routine laboratory screening of adult psychiatric patients presenting to emergency centre in cape town. South Africa medical journal. 2011; 101(12): 891-894.

70. **Amin M, Wang J**. Routine laboratory testing to evaluate for medical illness in psychiatric patients in the emergency department is largely unrevealing. Western journal of emergency medecine. 2009; 10(2): 97-100.

71. **Arlotto E, Felicé MP, Favre C et al**. Intérêt du bilan biologique d'entrée dans le dépistage de comorbidités chez les patients hospitalises en psychiatrie. Encéphale. 2008 ; 34(1) : 61-65.

72. **Barrimi M, Hlal H, Hafidi H et al**. Comorbidités somatiques chez les patients hospitalises en psychiatrie : Etude rétrospective sur 24 mois (du janvier 2010 au décembre 2011). Service de psychiatrie, CHU Hassan II-Fès, Maroc.2012.

73. **Olshaker JS, Browne B, Jerrard DA et al**. Medical clearance and screening of psychiatric patients in emergency department. Acad Emerg Med 1997; 4: 124-128.

74. **Henneman PL, Mendoza R, Lewis RJ**. Prospective evaluation of emergency department medical clearance. Ann Emerg Med.1994; 24: 672-677.

75. **Khan AN**. Prévalence et caractéristiques de l'association de neuroleptiques chez une cohorte de patients psychotiques [thèse de médecine générale].Université de Genève 2005.

ANNEXES

1. FICHE DE RECUEIL DES DONNEES

I. IDENTIFICATION DU PATIENT

1. Initiaux des nom et prénom et le numéro du dossier :.....

2. Sexe : Masculin □ Féminin□

3. Age :.....

4. Etat civil : célibataire □ marié(e) □ divorcé(e) □ veuf (veuve) □

5. Profession : cultivateur □ élève □ étudiant □ militaire □ policier □ commerçant □ chauffeur □ fonctionnaire □ sans emploi/ retraité □

6. Résidence : préciser la province de résidence

7. Niveau d'étude : illettré (e) □ école primaire □ école secondaire □ Université □

II. ANTECEDENTS

1. Psychiatriques : - Type d'antécédent

- Nombre d'hospitalisations □

- Pas d'antécédent psychiatrique □

2. Médical : VIH □ Diabete □ HTA □ Epilepsie □ Tuberculose □ Hépatite □

Autre : préciser

3. Chirurgical : Traumatisme crânien □ Autre : préciser

4. Mode de vie : Alcool □ Tabac □ alcool+tabac □ Toxicomanie □

Non exposé(e) aux substances psychoactives □

III. CLINIQUE

1. Le motif de consultation en psychiatrie : agressivité et agitation □ logorrhées □ Insomnie □ Instabilité psychomotrice □ Délires □ Incohérence□ Autre : préciser

2. Le motif d'hospitalisation en psychiatrie : BDA□ Schizophrénie □ Trouble bipolaire □ Accès maniaque□ Trouble dépressif □ Autre : préciser

3. Les constantes hémodynamiques à l'admission : Température □ PA □ Fréquence respiratoire □ Fréquence cardiaque □ IMC □

4. Conclusion de l'examen physique : Normal □ Anormal □ Pas fait □

IV. PARACLINIQUE

1. Biologie à l'admission : préciser le bilan biologique fait et si il est normal ou pathologique

2. Imagerie médicale à l'admission : Radiographie □ Echographie □ Scanner/ IRM □

3. ECG

4. EEG

V. PATHOLOGIE SOMATIQUE OBJECTIVEE

1. Préciser la (les) pathologie(s) somatique(s) objectivée(s)

2. Moment de découverte de la pathologie somatique :

- à l'admission

- En cours d'hospitalisation : -préciser à quel jour d'hospitalisation

- Préciser les plaintes qui ont conduit à investiguer

VI. LIEN SOMATIQUE-PSYCHIATRIQUE

A-t-on établi un lien entre la pathologie psychiatrique et somatique ?

Non □

Oui □ : Si oui, préciser lequel.

VII. THERAPEUTIQUE EN HOSPITALISATION

1. Les psychotropes utilisés :

-Préciser les molécules

-Préciser leurs classes :

Neuroleptiques : classiques □ atypiques □ Anxiolytiques □ Thymorégulateur □ antidépresseur □

2. Psychothérapie : Oui □ Non □

3. Les médicaments à visée somatique : Antibiotique □ AINS □ ARV □ Antipaludéen □ Antihypertenseur □ Hémostatique □ Antiémétique □ Antifongique □ Transfert en milieu spécialisé □ Autres : préciser

VIII. EVOLUTION

1. Durée de séjour en hospitalisation : préciser le nombre de jour

2. Etat à la sortie :

- stabilité psychique □

- Instabilité psychique □

- Guérison somatique □

- Amélioration somatique+ prescription de médicaments à continuer à domicile □

- Prescription de psychotropes à la sortie : oui □ Non □

- Décès □

2. SERMENT DE GENEVE

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale,
Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.
Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
Mes collègues seront mes frères.
J'exercerai mon art avec conscience et dignité ;
Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.
Je respecterai le secret de celui qui se serait confié à moi.
Je ne permettrai pas que les considérations de race, de religion, de nation, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.
Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur.

3. RESUME

But : évaluer les comorbidités somatiques chez les patients présentant des troubles psychiatriques.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les patients qui ont été hospitalisés au CNPK et qui ont présenté des pathologies somatiques associées aux troubles psychiatriques ayant motivé l'hospitalisation psychiatrique durant la période du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013.

Résultats : Sur 732 patients qui ont été admis en hospitalisation psychiatrique, 131 ont présenté des pathologies somatiques soit une fréquence de 17,89%. Les pathologies somatiques diagnostiquées étaient à 82,29% dominées par les pathologies infectieuses. L'examen physique d'admission a été fait chez 69,47% et les constantes hémodynamiques dont la température, la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque et la PA ont été prises dans respectivement 71,76%, 61,83%, 51,15% et 26,72%. L'évaluation biologique n'était pas standardisée et a été faite dans 74,05%. Les comorbidités somatiques étaient dans 90,08% des cas associées aux maladies psychiatriques sans lien établi et dans 9,92% des cas, elles étaient considérées comme facteur causal des troubles psychiatriques. La prise en charge thérapeutique a consisté en l'usage de psychotropes, des médicaments à visée somatique et la psychothérapie. Sur le plan psychiatrique, 96,18% de patients ont été stabilisés et sur le plan somatique, la guérison a été obtenue dans 69,47%.

Conclusion : Les pathologies somatiques chez les patients psychiatriques sont fréquentes au Burundi. Cependant un pas important reste à franchir dans le diagnostic, la surveillance et la prise en charge thérapeutique de ces pathologies somatiques.

Mots clés : Comorbidité, somatique, trouble psychiatrique.