

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont plus fréquemment sujettes aux comorbidités que la population générale, en raison non seulement de leur pathologie et de ses traitements mais aussi de leur mode de vie. Les solutions reposent sur une meilleure intégration de la santé mentale dans les soins généraux, avec une sensibilisation accrue des soignants.

Problèmes courants de santé physique en psychiatrie

Nabil Hallouche¹,
Aude Chantepie¹,
Hoda El Alaoui¹,
Nataliya Fenyol¹,
Lisa Hadjedj¹,
Estelle Huet²,
Amna Jebali¹,
Claire Millot¹,
Vincent Miramont¹,
Yasser Tawbi¹,
Sylvie Nguyen
Machet¹,
Cédric Bornes¹

1. Pôle soins somatiques/USLD, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Paris, France

2. Pharmacie, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Paris, France

nabil.hallouche@ghu-paris.fr

N. Hallouche et C. Bornes déclarent avoir participé à des interventions ponctuelles pour Gilead Sciences.

Les autres auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

La question des soins somatiques en psychiatrie est essentielle, car elle renvoie à un constat édifiant : les personnes avec des troubles psychiques sévères ont une espérance de vie raccourcie de treize à seize ans comparativement à la population générale.¹ Cette mortalité prématurée est principalement attribuable à des affections cardiovasculaires et cancéreuses. Ces personnes sont donc soumises à une triple peine : le trouble psychique, l'espérance de vie réduite et un moins bon accès aux soins, altérant ainsi leur qualité de vie. Les nombreuses comorbidités auxquelles sont exposées les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont influencées par les médicaments prescrits (psychotropes mais également correcteurs) et notamment par leur propriété anticholinergique qui interagit avec l'ensemble de l'organisme (fig.1).² Tous les psychotropes ne présentent pas le même potentiel anticholinergique, mais leur effet cumulatif doit être pris en compte lors des prescriptions (tableau 1).³ Ne sont abordées ici que les comorbidités les plus fréquentes, notamment celles associées à l'utilisation des antipsychotiques de seconde génération (ASG) ; les comorbidités neurolo-

giques (syndromes extrapyramidaux, dyskinésies) principalement liées à l'utilisation des antipsychotiques de première génération (APG) ne sont pas décrites.

Comorbidités métaboliques fréquentes

L'obésité a une prévalence mondiale estimée à 18 % des adultes. Chez les patients présentant un trouble de l'humeur, le risque d'obésité est multiplié par 1,2 à 1,5. En outre, il semble exister une relation bidirectionnelle entre obésité et dépression. Chez les patients schizophrènes, le risque d'obésité est multiplié par 2,8 à 3,5.⁴

Le syndrome métabolique correspond à l'association de modifications métaboliques prédisposant aux maladies cardiovasculaires et au diabète de type 2. L'*International Diabetes Federation* le définit par la présence d'une obésité abdominale, et d'au moins deux des facteurs suivants : hypertension artérielle, hypertriglycéridémie, diminution du cholestérol HDL et hyperglycémie. Sa prévalence varie selon les pays, le sexe et l'âge. En France, elle est comprise entre 15 et 21 % et, chez les patients souffrant de maladie psychiatrique sévère, le syndrome métabolique serait deux à trois fois plus fréquent.⁵

Certains troubles métaboliques sont observés dès le début de la maladie mentale et pourraient avoir été présents avant son apparition. La maladie psychiatrique sévère et les anomalies métaboliques pourraient ainsi partager un socle physiopathologique commun.⁶ Enfin, certains thymorégulateurs et une majorité des antipsychotiques entraînent une augmentation de poids et interfèrent avec le métabolisme glucido-lipidique. C'est pourquoi la Fédération française de psychiatrie (FFP) et le Conseil national professionnel de psychiatrie (CNPP) recommandent, depuis 2015, un suivi cardiométabolique minimum des patients traités par antipsychotiques (tableau 2).⁷

Comorbidités cardiovasculaires accrues

Risque thrombotique

Le risque thrombotique est beaucoup plus élevé chez le patient suivi en psychiatrie.

Il est augmenté d'un facteur 20 par rapport à celui d'une population de même âge hospitalisée et d'un facteur 50 par rapport à la population générale. La maladie thromboembolique est ainsi la troisième cause de pathologie vasculaire, après la cardiopathie ischémique (angorose) et les infarctus du myocarde.⁸

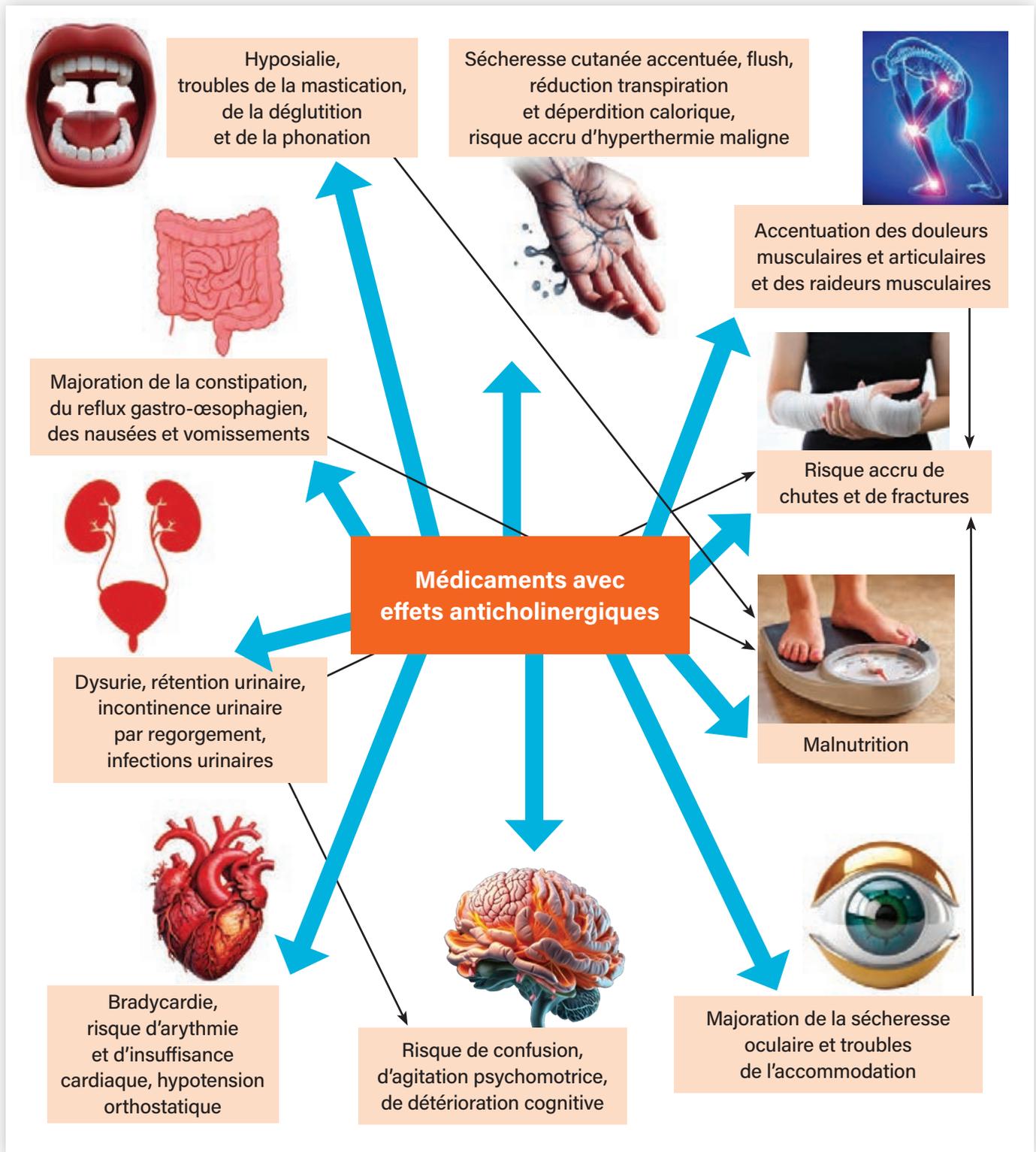


Figure 1. Effets indésirables associés aux médicaments à effet anticholinergique.

➡ Systèmes physiologiques impliqués.
 — Interactions entre les différents syndromes.

MISE AU POINT

SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHIATRIE

SCORE ANTICHOLINERGIQUE AIS* DES PRINCIPAUX MÉDICAMENTS UTILISÉS EN PSYCHIATRIE

Médicaments couramment utilisés en psychiatrie	Score anticholinergique
Antipsychotiques	
chlorpromazine	3
clozapine	3
cyamémazine	3
quétiapine	2
lévomépromazine	2
loxapine	2
pimozide	2
halopéridol	1
pipotiazine	1
propériciazine	1
rispéridone	1
palipéridone	1
Antidépresseurs	
amitriptyline	3
clomipramine	3
imipramine	3
maprotiline	3
trimipramine	3
dosulépine	2
paroxétine	2
bupropion	1
citalopram	1
escitalopram	1
duloxétine	1
fluoxétine	1
fluvoxamine	1
mirtazapine	1
sertraline	1
Anxiolytiques	
alprazolam	1
chlordiazépoxide	1
clorazépate	1
diazépam	1
lorazépam	1
oxazépam	1
Antiépileptiques	
carbamazépine	2
oxcarbazépine	2
acide valproïque	1
clonazépam	1
Antiparkinsoniens et correcteurs	
bipéridène	3
trihexyphénidyle	3
tropatépine	3
amantadine	2
bromocriptine	1
carbidopa	1
entacapone	1
lévodopa	1
pramipexole	1
sélégiline	1

Tableau 1. Niveau 3 : risque élevé ; niveau 2 : risque moyen ; niveau 1 : risque faible.

* AIS : Anticholinergic Impregnation Scale. D'après réf. 3.

La clinophilie fait partie du cortège des symptômes psychiatriques et majore ce risque, d'autant plus s'il s'agit d'une catatonie mélancolique. Le syndrome métabolique et les psychotropes sont également incriminés.

Il convient de souligner la présentation clinique très peu spécifique de l'embolie pulmonaire dans cette population (se limitant très souvent à une tachycardie, elle-même fréquente dans un contexte de neuroleptisation). De fait, les scores cliniques prédictifs usuels paraissent peu adaptés, on s'appuie donc plus souvent sur le dosage des D-dimères, voire sur l'angioscanner thoracique en cas de doute.

Risque arythmogène

Détecter l'allongement de l'intervalle QT est primordial en psychiatrie du fait du risque de torsades de pointes et de mort subite. Ce risque est favorisé, à des niveaux divers, par un grand nombre de médicaments utilisés en psychiatrie (tableau 3) mais aussi par d'autres médications et situations à risque. Il convient donc d'être particulièrement attentif aux associations médicamenteuses et aux situations propices. Le QTc est considéré comme allongé au-delà de 450 ms pour les hommes et de 460 ms pour les femmes. Le risque de torsades de pointes est majeur au-delà de 500 ms. Des applications permettent un calcul automatique du QTc et la recherche du potentiel arythmogène des médicaments (site de référence : www.crediblemeds.org).

Troubles tensionnels

Les patients avec des troubles psychiatriques ont un risque d'hypertension artérielle (HTA) majoré de 10 % par rapport à la population générale.⁹ Ce qui participe à une surmortalité prématurée dans cette population déjà exposée à de nombreux facteurs de risque cardiovasculaire.

L'apparition ou l'aggravation d'une HTA peut être liée à l'utilisation de psychotropes (antidépresseurs : inhibiteurs de la recapture de la

sérotonine et de la noradrénaline, mais aussi tricycliques, inhibiteurs de monoamine oxydase [IMAO], catécholaminergiques, antipsychotiques atypiques).

Le traitement consiste à agir sur les facteurs de risque cardiovasculaire modifiables, à évaluer le rapport bénéfice-risque des psychotropes responsables et à utiliser les anti-hypertenseurs habituels.^{10,11}

L'hypotension orthostatique, fréquente, est quant à elle le plus souvent favorisée par les psychotropes, avec des effets dose-dépendants.

Comorbidité diabétique difficile à équilibrer

La gestion du diabète chez les patients suivis en psychiatrie est plus complexe que dans la population générale du fait des épisodes répétés de décompensation psychiatrique et de la mauvaise observance thérapeutique, qui sont des freins majeurs à un contrôle optimal.

Les facteurs de risque classiques du diabète de type 2 comme l'obésité, le syndrome métabolique et les antécédents familiaux de diabète sont plus fréquents chez ces patients. D'autres facteurs paraissent plus spécifiques aux terrains psychiatriques (mode de vie, négligence de la santé physique, faible niveau socioéconomique et traitement antipsychotique).

Le mécanisme physiopathologique principal est une insulino-résistance en rapport avec une obésité. Un hyperinsulinisme basal a été observé chez ces patients au stade de prédiabète.

Des cas de pancréatite aiguë et d'acidocétose avec coma ont été observés avec les antipsychotiques de seconde génération (ASG). Ces complications inhabituelles pour un diabète de type 2 plaident pour une implication directe de ces thérapeutiques dans la diminution de la sécrétion d'insuline.

Les ASG ont un profil métabolique moins favorable sur le métabolisme glucidique : nette augmentation de l'incidence de diabète en comparaison

RECOMMANDATIONS DE FRÉQUENCE MINIMALE DE SURVEILLANCE CARDIOMÉTABOLIQUE DES PERSONNES SOUS ANTIPSYCHOTIQUES

	T0	Semaine 4	Semaine 8	Semaine 12	Tous les 3 mois	Tous les ans
Histoire personnelle et familiale	x					x
Poids et IMC	x	x	x	x	x	
Périmètre abdominal	x	x				x
Glycémie à jeun	x			x		x
Exploration des anomalies lipidiques	x			x		x
ECG	x	x				x
Pression artérielle	x			x		x

Tableau 2. ECG : électrocardiogramme ; IMC : indice de masse corporelle.

RISQUE D'ALLONGEMENT DE L'INTERVALLE QT ET DE TORSADES DE POINTES EN FONCTION DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES UTILISÉS

Classe thérapeutique	Risque indéniable d'allongement de l'intervalle QT et de torsade de pointes (1 ^{er} degré)	Risque avéré d'allongement de l'intervalle QT mais avec un risque moins certain de torsade de pointes (2 ^e degré)	Risque de torsade de pointes conditionné à certains contextes comme surdosages, associations et interactions (3 ^e degré)
Neuroleptiques	halopéridol, dropéridol, chlorpromazine, pimozide, lévomépromazine, sulpiride	aripiprazole, clozapine, cyamémazine, palipéridone, prométhazine, quétiapine, tiapride	amisulpride, olanzapine, rispéridone
Antidépresseurs	citalopram, escitalopram	imipramine, miansérine, venlafaxine	clomipramine, doxépine, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline
Thymorégulateurs		lévétiracétam, lithium	
Hypnotiques		alimémazine	
Divers	cocaïne, méthadone	buprénorphine	hydroxyzine

Tableau 3.

avec les antipsychotiques de première génération (APG). Dans une cohorte américaine de 22 648 patients traités par ASG, 18 % ont un diabète de type 2. La prévalence varie fortement en fonction de l'âge, allant de 8 % pour les patients âgés de moins de 40 ans à 25 % chez les patients âgés de plus de 60 ans.¹²

Comorbidités digestives à prévenir

Constipation très courante

La constipation est une probléma-

tique très courante en psychiatrie. Plusieurs facteurs sont en cause :
 - la sédentarité, l'alimentation pauvre en fibres, la déshydratation parfois associée ;
 - la difficulté du dépistage, puisque l'expression clinique est rendue complexe par une communication parfois altérée, notamment par rapport à la douleur qui peut être sous-évaluée ;
 - l'activité anticholinergique des traitements utilisés mais également antisérotoninergique, antihistaminique et antidopaminergique dans une moindre mesure.¹³

Les conséquences vont de la douleur et de l'inconfort à des complications redoutables comme l'occlusion intestinale, la colite ischémique pouvant amener jusqu'au décès du patient. Il est donc essentiel de prévenir ces troubles en étant particulièrement vigilant vis-à-vis des thérapeutiques à haut effet anticholinergique, de bien hydrater les patients, de promouvoir l'activité physique, d'enrichir les repas en fibres, de surveiller et tracer le transit à l'aide de l'échelle de Bristol (fig.2), de surveiller l'apparition d'une distension

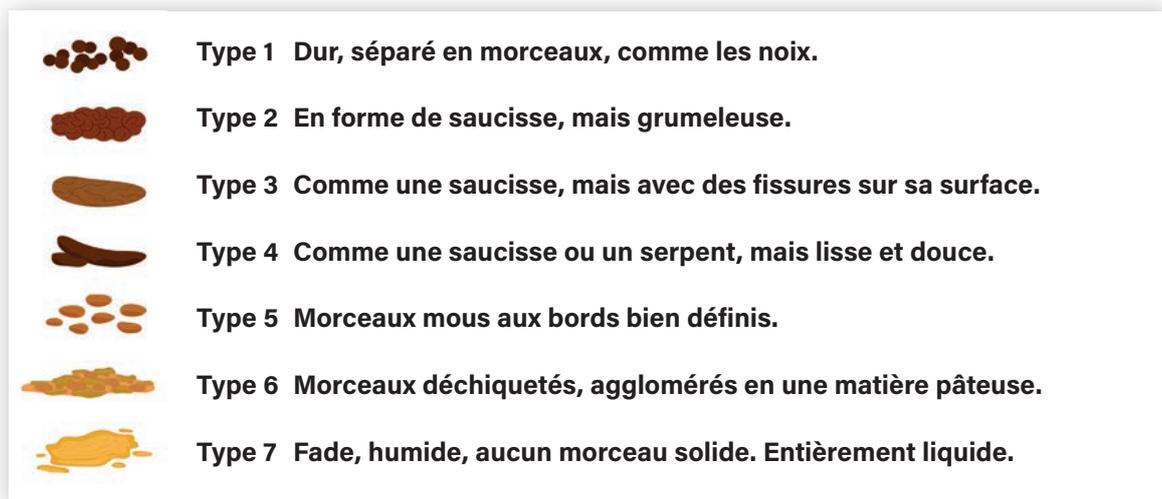


Figure 2. Échelle de Bristol.

abdominale et, si besoin, de prescrire systématiquement des laxatifs à l'admission. Si, malgré cela, la constipation s'installe, la prise en charge repose sur la prescription :

- de laxatifs osmotiques ou de lest en première ligne ;
- de laxatifs stimulants, lubrifiants ou colokinétiques en deuxième intention ;
- de laxatifs de contact, en dernier recours, en cas de constipation distale, de sensation d'obstruction anale ou d'évacuation incomplète.

Troubles de la déglutition

Les troubles de la déglutition sont également fréquents et peuvent entraîner des conséquences telles qu'étouffement, décès, pneumopathie d'inhalation, amaigrissement, dénutrition, déshydratation ou des troubles psychiques : dépression, isolement social, baisse de la qualité de vie.

Ils peuvent être en lien avec les psychotropes, provoquant sédation, dyskinésies, xérostomie et dysarthrie, mais également avec un mauvais état bucco-dentaire.

Il est important de savoir repérer des troubles de la déglutition pour mieux les prévenir (toux, modification de la voix, dysarthrie, tachyphagie...) et ainsi adapter au mieux l'environnement du patient (position à table, textures adaptées, eau gazeuse...).

Comorbidités pulmonaires à dépister

Bronchopneumopathie chronique obstructive

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) fait partie des comorbidités les plus fréquentes en milieu psychiatrique en raison de l'exposition accrue des patients aux nombreux facteurs favorisants : conduites addictives, obésité, sédentarité, tabagisme...

La BPCO est attribuable dans 80 % des cas au tabagisme et présente des risques de majoration, entre autres, de troubles psychiatriques (anxiété, syndrome dépressif) et de maladies cardiovasculaires.

Cette population sous-diagnostiquée et sous-traitée nécessite un repérage systématique, qui doit se faire chez tout patient symptomatique ou non, âgé de plus de 40 ans et ayant des antécédents de substances fumées.

La spirométrie permet de poser le diagnostic, et un scanner thoracique est recommandé, à la recherche d'une pathologie potentiellement associée.

La prise en charge se calque sur le traitement habituel et notamment le sevrage tabagique avec substitution nicotinique - qu'il faut toujours tenter d'obtenir -, l'amélioration de l'hygiène de vie, la réhabilitation

respiratoire, la gestion du stress, les traitements médicaux de fond et ceux des exacerbations, sans oublier la mise à jour des vaccinations antigrippale et antipneumococcique. Une stratégie de dépistage systématique de la BPCO en psychiatrie et de prise en charge holistique permet d'améliorer la qualité de vie et de réduire la majoration des comorbidités.

Syndrome d'apnées obstructives du sommeil

Les personnes avec des troubles psychiques sont fréquemment atteintes du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Il est important de souligner que le SAOS peut aggraver ou précipiter un déséquilibre psychique et qu'il est lui-même aggravé par les psychotropes (notamment les benzodiazépines). Un SAOS doit être évoqué devant un tableau neuropsychiatrique comportant un déficit de la vigilance, des troubles de l'attention et une altération des fonctions mnésiques et cognitives.

Comorbidités sexuelles et uro-génitales

Aborder de façon systématique la santé sexuelle est primordial pour réduire la stigmatisation et favoriser l'estime de soi. La libido est influen-

cée par divers facteurs, comme l'anxiété, la dépression, certains médicaments et l'abus de substances (alcool, tabac, drogues...). Le diabète et les médicaments augmentant la prolactinémie sont susceptibles de causer une dysfonction érectile. Un traitement tel que le sildénafil peut alors être proposé, sous surveillance de l'intervalle QT et d'une possible hypotension artérielle. La baisse de la libido affecte la qualité de vie, conduisant souvent à un arrêt des traitements par le patient. À l'inverse, certaines affections psychiatriques stimulent l'activité sexuelle, accroissant le risque d'infection sexuellement transmissible (IST) ou de grossesse non désirée. Les neuroleptiques peuvent occasionner un priapisme. Bien que rare, cette complication doit être considérée comme une urgence urologique, nécessitant une intervention rapide pour prévenir l'impuissance définitive.

Dysurie et rétention urinaire aiguë sont fréquentes en raison de l'effet anticholinergique de nombreux traitements psychotropes. La constipation est un facteur aggravant classique, surtout en cas de fécalome. L'évaluation du score anticholinergique du traitement est donc essentielle pour ajuster celui-ci. Quand le patient refuse la sonde urinaire à demeure, les sondages évacuateurs aller-retour constituent une alternative possible pour éviter tout traumatisme urétral, en attendant de traiter la cause sous-jacente.

Comorbidités bucco-dentaires

La santé orale des personnes avec des troubles psychiques est souvent dégradée. Plusieurs facteurs sont en cause : la pathologie psychiatrique elle-même et les troubles du comportement associés, les conduites addictives fréquentes, l'hygiène dentaire souvent négligée, les difficultés d'accéder à un dentiste (stigmatisation, coût des soins). De plus, les psychotropes modifient l'équilibre buccal (hypo-

sialie le plus souvent, mais parfois aussi hypersialorrhée).

L'altération de la santé orale a des conséquences infectieuses (caries, abcès, cellulites, migrations bactériennes avec risque de sepsis) mais aussi sociales (isolement social, difficultés d'accès à l'emploi).

La prévention, l'éducation, la sensibilisation et le suivi jouent donc un rôle déterminant.

La prise en charge repose sur les traitements sialogogues, les gommes sans sucre, les antalgiques, l'antibiothérapie si besoin et l'intégration dans un circuit de soins dentaires avec des professionnels sensibilisés à la santé mentale.

Comorbidités infectieuses

Les maladies infectieuses ne sont pas rares en milieu psychiatrique ; les explications sont multiples : prises de risque (conduites addictives et sexuelles à risque), niveau d'hygiène dégradé, précarité et comorbidités somatiques multiples pouvant interférer sur l'immunité. On peut citer les pneumopathies infectieuses (dont le Covid-19) ou d'inhalation – souvent secondaires à une sédation importante liée aux neuroleptiques –, la pyélonéphrite, l'érysipèle, l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'hépatite C (VHC). Concernant le VHC, la prévalence au sein de la population psychiatrique est en moyenne décuplée par rapport à celle de la population générale.¹⁴ Les actes de prévention et de dépistage sont donc indispensables en psychiatrie ; ainsi, la réalisation systématique des sérologies VHB, VHC, VIH et syphilis permet d'optimiser la prise en charge et d'améliorer l'espérance de vie des patients.

Prendre en compte la vulnérabilité des personnes atteintes de troubles psychiques

Les facteurs de vulnérabilité des personnes atteintes de troubles

psychiatriques sont nombreux et liés :

- au trouble psychique lui-même et en particulier au mode de vie qu'il implique souvent (addictions, sédentarité, conduites à risque) mais aussi aux effets indésirables des psychotropes utilisés (iatrogénie) ;
- à la personne concernée qui rencontre des difficultés à aller vers le soin et à prendre soin d'elle ;
- aux personnes soignantes, en manque de formation sur la santé mentale, aboutissant à une stigmatisation délétère ;
- au système de soins, qui ne permet pas d'envisager une politique de santé axée sur une vision holistique, centrée sur la prévention.

Il ne s'agit pas d'une fatalité, et des solutions existent pour réduire l'écart qui persiste entre l'état de santé des personnes avec troubles psychiques et la population générale. Il faut véritablement prendre en considération cette situation comme un problème prioritaire de santé publique et mettre en conformité les besoins sanitaires de ces personnes avec les moyens mis en place (unités de médecine polyvalente dans les établissements autorisés en psychiatrie, prise en charge par l'Assurance maladie des traitements onéreux...) ; il faut également développer la formation initiale et continue des soignants sur la santé mentale et optimiser la coordination et la communication entre les acteurs du soin, entre la ville et l'hôpital mais aussi entre les structures de soin de la cité (centres médico-psychologiques [CMP], centres de santé...)¹⁵

Le constat de précarité sanitaire impose de faire face à un vrai défi de santé publique qui consiste à faire bouger les lignes pour que les personnes vivant avec un trouble psychique aient un accès aux soins comparable à celui de la population générale. En forgeant cette alliance collaborative, les professionnels de santé, les autorités sanitaires et la société dans son ensemble pourront œuvrer à améliorer la qualité et l'espérance de vie de ces personnes. ●

RÉSUMÉ PROBLÈMES COURANTS DE SANTÉ PHYSIQUE EN PSYCHIATRIE

Les soins somatiques en psychiatrie revêtent une importance particulière en raison de la réduction de treize à seize ans de l'espérance de vie chez les personnes atteintes de troubles mentaux sévères, principalement à cause de pathologies cardiovasculaires et cancéreuses. Elles sont exposées à une triple peine : leurs troubles psychiques, la réduction de leur espérance de vie et un accès limité aux soins. Les comorbidités courantes, liées aux psychotropes, au mode de vie et à la pathologie mentale elle-même, touchent divers organes, avec des expressions cliniques complexes. La vulnérabilité

multidimensionnelle de ces patients est attribuable aux effets indésirables des psychotropes, aux troubles psychiques et au cloisonnement du système de santé nuisant à l'accès aux soins. Les solutions proposées visent une meilleure intégration du volet santé mentale dans les soins généraux, avec une sensibilisation accrue des soignants à une approche holistique de la santé.

SUMMARY COMMON PHYSICAL HEALTH PROBLEMS IN PSYCHIATRY

Somatic psychiatric care is particularly important as life expectancy declines of 13 to 16 years among individuals with severe mental

disorders, primarily due to cardiovascular and cancer-related diseases. They face a triple burden: their mental disorders, reduced life expectancy and limited healthcare access. Common comorbidities related to psychotropic medications, lifestyle and the mental condition itself, affect various organs with complex clinical expressions. The multidimensional vulnerability is attributable to the side-effects of psychotropic drugs, mental disorders, and healthcare system fragmentation, hindering access to care. The proposed solutions aim for a better integration of mental health into general healthcare, with increased awareness among caregivers for a holistic approach to health.

RÉFÉRENCES

- Coldefy M, Gandré C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la Santé* 2018;1-8.
- Csajka C, Bremond C, Lang PO. Détecter et évaluer l'impact des médicaments anticholinergiques. *Rev Med Suisse* 2017;13:1931-7.
- Briet J, Javelot H, Heitzmann E, Weiner L, Lameira C, D'Athis P, et al. The anticholinergic impregnation scale: Towards the elaboration of a scale adapted to prescriptions in French psychiatric settings. *Therapie* 2017;72:427-37.
- De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovitch-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52-77.
- Ohaeri JU, Akanji AO. Metabolic syndrome in severe mental disorders. *Metab Syndr Relat Disord* 2011;9:91-8.
- Duval F. Affections métaboliques et psychiatrie. *EMC-Psychiatrie* 2013;10(2).
- Fédération française de psychiatrie. Collège national professionnel de psychiatrie (FFP-CNPP). Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. 2015:13-14.
- Gaertner S, Piemont A, Faller A, Bertschy G, Hallouche N, Mirea C, et al. Incidence and risk factors of venous thromboembolism: Peculiarities in psychiatric institutions. *International Journal of Cardiology* 2017;248:336-41.
- Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM, Nasrallah HA, Daumit GL, et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from CATIE study and matched controls. *Schizophr Res* 2005;80(1):45-53.
- Taylor DM, Gaughran F, Pillinger T. The Maudsley. Practice guidelines for physical health conditions in psychiatry. 2021. Pages : 41-58;395-404.
- Costa M, Meunier-Beillard N, Guillermet E, Cros L, Demassiet V, Hude W, et al. Réduire le risque cardiovasculaire chez les personnes vivant avec des troubles psychiques. *SFSP* 2022;34(5):633-42.
- Scheen AJ, De Hert M. Diabète sucré iatrogène : l'exemple des antipsychotiques atypiques. *Rev Med Liege* 2005;60(5-6):455-60.
- Morin A. Les troubles digestifs graves induits par les neuroleptiques. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en pharmacie 2017:27-29.
- Rolland B, Bailly F, Cutarella C, Drevon O, Carrieri P, Darque A, et al. Hépatite C en milieu psychiatrique : un réservoir oublié ? *L'Encéphale* 2021;47(2):181-4.
- Bornes C. La médecine de liaison en psychiatrie, pour une synergie des compétences au bénéfice des patients. *Santé publique* 2022;34(5):653-61.

DES PODCASTS PENSÉS PAR UN MG POUR LES MG

Sur son « temps libre », le Dr Matthieu Cantet, médecin généraliste, a créé une chaîne de podcasts autofinancée à destination de ses homologues confrères et consœurs. Dans la même ligne que ce que propose notre site www.larevuedupraticien.fr, cette chaîne, intitulée « Super Docteur », a pour ambition de partager des actualités et astuces directement utiles pour le praticien au cabinet : un podcast par semaine qui peut prendre la forme d'un entretien avec un professionnel de santé inspirant.

Dans le 19^e épisode, publié le 12 mars 2024, « Super Docteur » s'entretient ainsi avec le Dr Bruno Oquendo, gériatre à l'hôpital Charles-Foix (Ivry-sur-Seine, AP-HP). En quinze minutes d'écoute, on (ré)apprend à réaliser une évaluation gériatrique standardisée (ou multimodale) : contexte de vie, autonomie, risque de chute, thymie, cognition, dénutrition, troubles sensoriels, révision de l'ordonnance. Sont également évoquées les situations qui doivent faire orienter le patient vers un avis spécialisé (consultation mémoire, consultation chute...).

Efficace, clair et utile, comme d'habitude. Bravo pour ce nouvel épisode ! **K. D.**

Podcasts disponibles sur les plateformes Deezer, Apple Podcasts, Spotify, Podcast Addict, Amazon Music, Pocket Casts, Castbox, Overcast.

