



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Résultats de consultation de la population hospitalisée en psychiatrie comparée aux résultats de consultation de la population consultant en médecine générale ambulatoire. Etude dans l'Unité de Santé Mentale du Centre Hospitalier de Calais.

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2013 à 14 heures
au Pôle Recherche
Par *Benoît Courco*

Jury

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS
Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL
Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Philippe LEVISSE

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	11
A- Maladies somatiques : Des études épidémiologiques récentes	11
1/ La métaanalyse de Baldwin	12
2/ Etude de l'INSERM de 1993 à 2001	12
B- Difficulté de la prise en charge des patients psychiatriques	14
1/ Des structures différentes	14
2/ Un fonctionnement longtemps incompatible.....	14
3/ Des moyens différents	15
4/ Un patient parfois difficile.....	15
C- Résultats de consultation en médecine générale.....	16
1/ De l'utilité d'un classement de pathologies adapté à la médecine générale	16
2/ Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC).....	17
3/ L'Observatoire de la médecine générale.....	17
MATERIEL ET METHODE	19
1/ Objectif	19
2/ Type d'étude.....	19
3/ Patients.....	19
4/ Méthode.....	20
4-1 Méthodologie du recueil de données.....	20
4-2 Méthodologie de l'analyse.....	20
4-3 Données de l'Observatoire de la Médecine Générale	21
RESULTATS	22
A- Caractéristiques de la population étudiée	22
1/ Age	22
2/ Sexe	22
3/ Pathologie psychiatrique.....	23
4/ Indice de masse corporelle	25
5/ Catégorie socio-professionnelle.....	26
B- Comparatif par résultats de consultation.....	27
1/ Morbidité globale	27
1-1 De l'échantillon.....	27
1-2 Selon l'âge	31

1-3 Selon le sexe	38
1-4 Selon la pathologie psychiatrique.....	41
1-5 Selon le poids	45
1-6 Selon la catégorie socio-professionnelle	49
2/ Tabagisme.....	52
3/ Alcool.....	54
4/ Vaccination	56
5/ Tentative de suicide	58
6/ Hypertension artérielle	60
7/ Constipation.....	62
8/ Toxicomanie	64
9/ Dyslipidémie	66
10/ Diarrhée – nausée – vomissement.....	68
11/ Diabète de type 2.....	70
12/ Hypothyroïdie.....	72
13/ Anomalie biologique sanguine	74
14/ Lombalgie	76
15/ Asthme	78
16/ Anémie (non ferriprive)	80
17/ Rhinopharyngite – Rhume	82
18/ Plaie	84
19/ Reflux – Pyrosis – Œsophagite	86
20/ Eczéma.....	88
ANALYSE	90
1/ Population étudiée	90
1-1 Age	90
1-2 Sexe.....	91
1-3 Pathologie psychiatrique	91
1-4 Indice de masse corporelle	92
1-5 Catégorie socio-professionnelle	93
2/ Activité globale.....	94
2-1 Selon l'âge	94
2-2 Selon le sexe	94
2-3 Selon la pathologie psychiatrique.....	95
2-4 Selon le poids	98

2-5 Selon la catégorie socio-professionnelle	98
3/ Par résultat de consultation.....	99
3-1 Examens systématiques et prévention	99
3-2 Tabagisme	99
3-3 Alcool.....	100
3-4 Vaccination	100
3-5 Tentative de suicide	101
3-6 Hypertension artérielle	102
3-7 Constipation	103
3-8 Toxicomanie.....	104
3-9 Dyslipidémie.....	105
3-10 Diarrhée – nausée – vomissement.....	106
3-11 Diabète de type 2	107
3-12 Hypothyroïdie.....	107
3-13 Anomalie biologique sanguine.....	108
3-14 Lombalgie	108
3-15 Asthme.....	109
3-16 Anémie (non ferriprive).....	109
3-17 Rhinopharyngite – Rhume.....	110
3-18 Plaie.....	110
3-19 Reflux – Pyrosis – Oesophagite	110
3-20 Eczema.....	111
DISCUSSION	112
1/ Population.....	112
2/ Chronologie	112
3/ Activités	112
3-1 Points communs	113
3-2 Différences.....	113
4/ Exploitation statistique des données	114
CONCLUSION.....	115
ANNEXE 1 : Resultats de consultation	116
BIBLIOGRAPHIE	129

INTRODUCTION

Le lien entre troubles psychiatriques et troubles somatiques est une notion ancienne, que l'on retrouve chez Hippocrate qui remarquait : « chez le maniaque, si des varices ou des hémorroïdes apparaissent, elles suppriment la manie », ou chez Galien qui avait remarqué un cas de maladie mentale guérie par une fièvre quarte. Pinel, au XVIIIe siècle perçut pour sa part « l'entier rétablissement de la raison » chez un patient qui déclara et guérit d'un abcès de la parotide (1). Plus proche de nous, notons les essais de von Meduna au début du XXe siècle qui essaya de guérir les schizophrènes en provoquant des crises d'épilepsie par injection de camphre, ou par des électrochocs (2). Freud, pour sa part, dit : « il est bien connu que de graves dysfonctions dans la répartition de la libido, telles qu'on peut les observer dans la mélancolie, sont transitoirement éliminées par l'apparition d'une maladie somatique qui se révèle aussi capable d'induire la rémission d'une *dementia praecox* pleinement développée » (3).

Nous convenons donc d'une idée selon laquelle les pathologies psychiatriques et somatiques sont liées, l'une aggravant potentiellement l'autre. Dans notre hypothèse, les patients hospitalisés en psychiatrie sont en moins bonne santé somatique que le reste de la population. Nous pensons par cette étude montrer que la prévalence des maladies somatiques comme les coronaropathies, les pathologies respiratoires, les cancers est plus fréquente chez patients atteints de pathologies psychiatriques.

A- Maladies somatiques : Des études épidémiologiques récentes

Comment se confronte ce qui a été observé de façon clinique avec les études épidémiologiques ?

1/ La métaanalyse de Baldwin

Baldwin recense en 1979 les différentes études tendant à montrer un lien entre schizophrénie et maladie somatique (4). Ainsi, il compile celles concernant un lien entre schizophrénie et cancer. En classant ces études en deux groupes, il constate qu'un groupe concluait à un moindre risque de cancer, alors qu'un autre concluait à un risque égal ou plus élevé. L'étude la plus fiable est réalisée de 1955 à 1961 dans les hôpitaux de l'état de New-York, et concluait à une mortalité par cancer très supérieure chez les patients psychiatriques, et d'autant plus que les hospitalisations sont courtes. Sur d'autres pathologies somatiques (cardiovasculaire, infectieuse, épileptique, etc...), il conclut qu'« il n'y a [...] aucune preuve épidémiologique suffisante ».

Harris, pour sa part, montre qu'au-delà des schizophrènes, toute la population psychiatrique est concernée (5).

2/ Etude de l'INSERM de 1993 à 2001

Cette étude a été réalisée par Casadebaig et Philippe (6) pour évaluer le taux de mortalité des patients schizophrènes des secteurs de psychiatrie générale et les causes de décès. Ainsi, une recherche prospective fut permise par la constitution d'une cohorte de 3466 patients schizophrènes soignés dans l'ensemble du pays par des équipes de secteur depuis 1993. Il s'agissait des patients âgés de 18 à 65 ans, diagnostiqués schizophrènes selon la CIM 10, suivis en ambulatoire et en hospitalisation à temps partiel et à plein temps depuis moins d'un an. Au total :

Le taux de mortalité pendant cette période est 3,7 fois supérieur à celui de la population générale avec une prédominance pour les femmes (4,4 contre 3,5). Si on enlève

les morts par suicide (1 décès sur 3), la mortalité naturelle est 2,6 fois supérieure à la population générale, avec encore une fois une prédominance féminine (3,7 contre 2,4).

Les causes indéterminées de décès sont cinq fois plus élevées que dans la population générale, tendant à montrer le manque d'intérêt concernant les causes somatiques de décès durant l'étude.

Concernant les causes spécifiques de décès naturels, il y a neuf fois plus de morts par fausses routes, sept fois plus par maladies respiratoires, cinq fois plus par maladies infectieuses (dont SIDA), trois fois plus de maladies cardio-vasculaires, 1,5 fois plus de cancers.

Dans une interview de 2004, évoquant les résultats du suivi de la cohorte jusqu'en 2001, Françoise Casadebaig déclarait : « ces patients ne sont pas seulement vulnérables sur le plan psychique, mais aussi sur le plan somatique. C'est contraire à l'idée qui prévalait il y a encore vingt ans, selon laquelle ces patients étaient quasi invulnérables sur le plan somatique. [...] Attirer l'attention sur le fait qu'ils ont une vulnérabilité somatique importante et qu'elle est d'autant plus importante qu'ils sont soumis à une polymédication au long cours, c'est certainement une retombée positive de ce genre d'études » (7).

B- Difficulté de la prise en charge des patients psychiatriques

Il existe plusieurs raisons qui rendent difficile la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie.

1/ Des structures différentes

Jusqu'au début du 19^e siècle, il n'existe pas de séparation. Les patients sont pris en charge indifféremment et ne sont pas regroupés par pathologie. C'est la croissance des connaissances médicales qui va créer le besoin de spécialiser la pratique de la médecine, et donc de créer différents services dans un hôpital.

Cette séparation a lieu d'abord en 1838 quand une loi met en place un système asilaire, avec éloignement des patients psychiatriques dans des hôpitaux distincts. Il s'agit d'isoler le patient de la société, il se trouve donc déconnecté des progrès médicaux d'alors.

Par la suite, les progrès effectués dans la discipline après la seconde guerre mondiale (découverte des neuroleptiques et amélioration de la connaissance du fonctionnement du cerveau) permet au médecin psychiatre de viser la réinsertion du patient dans la société.

2/ Un fonctionnement longtemps incompatible

L'amélioration des connaissances et des techniques a eu un effet pervers, qui a creusé un peu plus le fossé entre la médecine somatique et psychiatrique : Une médecine de plus en plus technique crée un besoin de diagnostic et de résultat immédiat, alors que la

médecine psychiatrique se veut d'abord humaine, avec un abord surtout relationnel et avec un objectif à long terme.

3/ Des moyens différents

L'isolement des structures psychiatriques par rapport aux centres hospitaliers crée une faiblesse de moyens techniques pour les soins somatiques, d'où une certaine lenteur pour réaliser des examens complémentaires et des gestes plus compliqués. Or, en faisant partie d'une structure hospitalière, on demande au service de psychiatrie d'avoir le même niveau de prise en charge somatique que les autres services.

4/ Un patient parfois difficile

Le patient n'est pas forcément compliant, et fait parfois ralentir un diagnostic par l'impossibilité de réaliser des gestes et examens complémentaires. Ajouté aux problèmes cités plus haut, cet obstacle nécessite parfois beaucoup de temps et d'énergie pour être levé.

C- Résultats de consultation en médecine générale

La prise en charge somatique des patients hospitalisés fait donc face à des problèmes organisationnels, de compétences, de structures, de croyances et de représentations.

Nous savons que l'état de santé des patients hospitalisés en psychiatrie est moins bon que celui de la population générale (6,8). Or, il est évident que les patients hospitalisés ont déjà un état de santé dégradé : L'existence concomitante d'une affection somatique avec une pathologie psychiatrique est retrouvée chez 30 à 60 % des patients hospitalisés (9). Prendre en compte dans l'autre bras la population générale en parfaite santé fausse les résultats : Un patient hospitalisé quel que soit sa pathologie a par définition un moins bon état de santé qu'une personne de la population générale sans comorbidités.

Il est donc logique de confronter les patients hospitalisés en psychiatrie avec la population générale suivie pour des comorbidités : cette population est suivie en soins primaires. Il faut donc comparer les patients hospitalisés en psychiatrie et ceux suivis en médecine générale en ville.

1/ De l'utilité d'un classement de pathologies adapté à la médecine générale

Les différents états morbides rencontrés au quotidien ont dû être standardisés afin de pouvoir les utiliser en épidémiologie. La comparaison des différents états de santé a donc pu être possible, quelle que soit leur région, pays ou acteurs de santé.

La classification la plus connue est la Classification Internationale des Maladies (CIM). Malheureusement, elle est limitée dans le cadre de la médecine générale. En effet,

certaines états morbides rencontrés en médecine générale ne sont pas décrits dans la CIM. De plus, l'absence de définition de chaque état morbide de la CIM donne lieu à des interprétations différentes. Un même item peut donc être utilisé pour des états morbides différents, à l'appréciation de l'évaluateur.

2/ Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC)

La Société Française de médecine générale a créé un répertoire de 236 situations cliniques qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne au moins une fois par an.

L'ensemble des Résultats de consultation représente plus de 97% des situations cliniques prises en charge en médecine de premier recours.

Le Résultat de consultation, fruit de l'analyse du clinicien, est le plus haut niveau de certitude clinique auquel parvient le praticien en fin de consultation.

Chaque Résultat de consultation peut être accepté si la pathologie en remplit les critères définis. Le choix de chaque Résultat de consultation est donc vérifiable et reproductible.

3/ L'Observatoire de la médecine générale

Depuis 1994, l'Observatoire de la médecine générale (OMG, dépendant de la Société française de médecine générale) regroupe des médecins généralistes ayant décidé de coter toutes leurs consultations grâce au Dictionnaire des Résultats de Consultation. Ces informations sont utiles au soin et au suivi de ses patients. Il n'y a donc pas de double saisie et le recueil en direct et en continu est ainsi possible.

Certaines données ne sont pas nécessairement relevées lors de la consultation.

Elles peuvent exister dans le dossier du patient ou être inscrites automatiquement : Date de l'acte, sexe et âge du patient, le bassin d'habitation, la catégorie socio-professionnelle des patients.(10)

Chaque mois, les données sont extraites et envoyées par chaque médecin généraliste à l'Observatoire de la médecine générale, qui compile les informations et les met à disposition sur le site suivant : omg.sfmfg.org

MATERIEL ET METHODE

1/ Objectif

Cette étude cherche à savoir si le taux de morbidité des patients hospitalisés en psychiatrie est supérieur à celui des patients vus en médecine générale dans des cabinets de ville.

Les critères secondaires sont la description de la population étudiée et leur caractéristique en fonction de leur âge, leur sexe ou leur pathologie psychiatrique

2/ Type d'étude

L'étude réalisée est une étude prospective et descriptive sur les patients hospitalisés à l'USM à l'Unité de Santé Mentale (USM) du Centre Hospitalier de Calais de mai à octobre 2012 inclus.

3/ Patients

La population servant à l'étude est l'ensemble des patients hospitalisés à l'Unité de Santé Mentale (USM) du Centre Hospitalier de Calais de mai à octobre 2012 inclus.

Le critère d'inclusion est tous les patients ayant séjourné au moins une nuit à l'USM étant âgé de plus de 19 ans révolus. En effet, certains patients en dessous de cet âge n'étaient pas hospitalisés à l'USM mais dans un service dédié aux adolescents.

Les critères d'exclusions sont tous les patients n'ayant pas séjourné suffisamment longtemps dans le service pour être inclus.

4/ Méthode

4-1 Méthodologie du recueil de données

Chez chaque patient hospitalisé a été effectué un entretien au cours duquel est d'abord recueilli les données finies du patient : Nom (anonymisé plus tard), âge à l'inclusion, sexe, pathologie psychiatrique du patient selon les critères DSM-IV(11), poids, catégorie socio-professionnelle.

Ensuite, un examen clinique a été réalisé permettant de recueillir les antécédents du patient et les diagnostics alors découverts.

A chaque consultation se voit alors associé des résultats de consultations (RC) et une date de consultation.

Lorsqu'un patient a demandé à voir le médecin généraliste ou si l'équipe soignante le sollicite, il y a eu à nouveau pour ce patient une consultation ayant donné lieu à de nouveaux résultats de consultation associés à une date de consultation. Ce recueil est donc en continu et exhaustif.

4-2 Méthodologie de l'analyse

Les résultats de cette étude ont été traités par la Plate-forme d'Aide Méthodologique, Service d'Information et des Archives médicales, Clinique de Santé Publique, CHRU de Lille.

Les résultats sont exprimés en valeurs absolues ou en pourcentage.

Les résultats sont de différents types : descriptif pour chaque variable, analyse par test du χ^2 et test exact de Fisher par rapport aux résultats de l'Observatoire de la médecine générale, qui sert de référence.

Cette analyse a lieu sur les 20 principaux résultats de consultation.

L'analyse par le test du Khi 2 permet de rechercher une indépendance entre les deux variables qualitatives. Le test est significatif avec une association statistiquement significative au risque 5% quand $p \leq 0,05$. Lorsque les effectifs sont inférieurs à 5, on utilise un test exact de Fisher.

4-3 Données de l'Observatoire de la Médecine Générale

Cette enquête a exploité les données recueillies en continu par le réseau de médecins informatisés utilisant le Dictionnaire des résultats de consultation (DRC) (12) de la Société française de médecine générale (SFMG). Les données sont disponibles sur le site <http://omg.sfmq.org/>. Les données utilisées sont celles recueillies en 2009 (données les plus récentes), dans le périmètre du Nord-Pas-de-Calais (afin de faire correspondre les bassins de population).

L'Observatoire de la médecine générale a fermé ses portes fin 2011, et ne permet plus de récupérer les données détaillées. Les seules comparaisons possibles des données sont par l'âge et le sexe. Il n'a pas été possible d'obtenir les données permettant une comparaison par catégorie socioprofessionnelle.

RESULTATS

A- Caractéristiques de la population étudiée

L'ensemble de la population incluse, ayant été hospitalisée entre mai et octobre 2012 dans l'USM du Centre Hospitalier de Calais représente une population totale de 315 patients.

1/ Age

	valeur
Effectif	315
Moyenne	44.334
Ecart.type	15.05
Minimum	20
Quartile.1	32.5
Mediane	43
Quartile.3	55.5
Maximum	92
Manquante	0

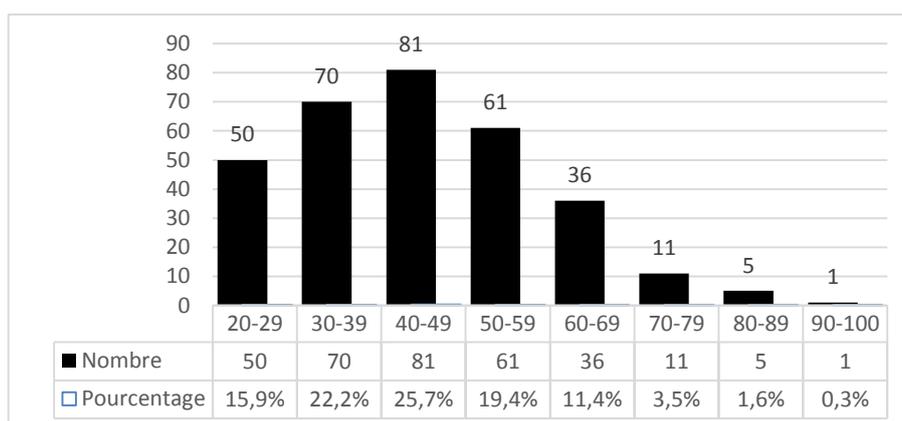


Figure 1 : Répartition de la population par âge

La moyenne d'âge de la population est de 44 ans.

2/ Sexe

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Féminin	144	54,3	[46,5 - 61,9]
Masculin	171	45,7	[37,5 - 54,2]
Total.valides	315	100	-

Figure 2 : Répartition de la population par sexe

Le ratio femmes-hommes se compose de 46% de femmes.

3/ Pathologie psychiatrique

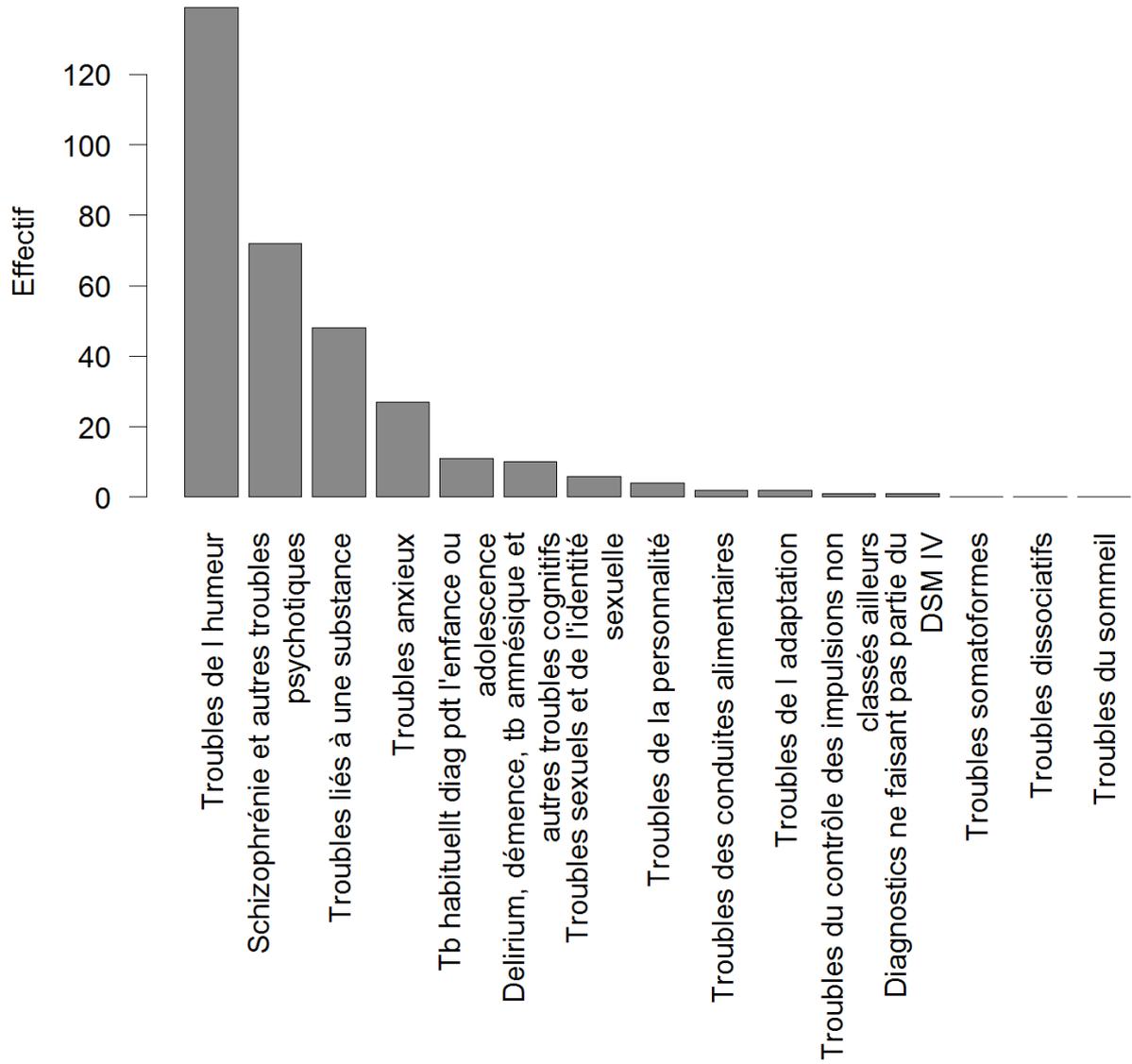


Figure 3 : Répartition de la population par trouble psychiatrique

	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>IC à 95%</i>
<i>Troubles de l'humeur</i>	133	42,2%	[36,74 - 47,9]
<i>Schizophrénie et autres troubles psychotiques</i>	71	22,5%	[18,13 - 27,64]
<i>Troubles liés à une substance</i>	47	14,9%	[11,27 - 19,45]
<i>Troubles anxieux</i>	27	8,6%	[5,83 - 12,37]
<i>Trouble habituellement diagnostiqué pendant l'enfance ou adolescence</i>	11	3,5%	[1,85 - 6,34]
<i>Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs</i>	10	3,2%	[1,62 - 5,94]
<i>Troubles sexuels et de l'identité sexuelle</i>	6	1,9%	[0,78 - 4,3]
<i>Troubles des conduites alimentaires</i>	2	0,6%	[0,11 - 2,53]
<i>Troubles de l'adaptation</i>	2	0,6%	[0,11 - 2,53]
<i>Troubles de la personnalité</i>	4	1,3%	[0,41 - 3,44]
<i>Troubles somatoformes</i>	0	0,0%	[0,03 - 1,5]
<i>Troubles dissociatifs</i>	0	0,0%	[0,03 - 1,5]
<i>Troubles du sommeil</i>	0	0,0%	[0,03 - 1,5]
<i>Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs</i>	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
<i>Diagnostics ne faisant pas partie du DSM IV</i>	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
<i>Total.valides</i>	315	100	-

La plupart des patients sont atteints de troubles de l'humeur (43%), de schizophrénie ou autres troubles psychotiques (22%), de troubles liés à une substance (15%) et de troubles anxieux (8%).

4/ Indice de masse corporelle

	valeur
Effectif	315
Moyenne	26.839
Ecart.type	6.486
Minimum	14
Quartile.1	22
Mediane	26
Quartile.3	31
Maximum	48
Manquante	0

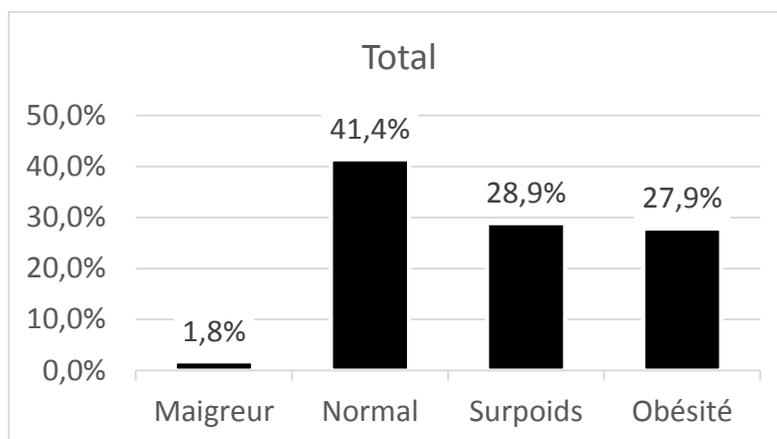


Figure 4 : Répartition de la population par indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle moyen est de 26.8, il est considéré comme « normal » chez 41,4% des patients (IC à 95% [36.0-47.0]), en « surpoids » chez 28,9% (IC à 95% [24.1-34.2]), et « obésité » chez 27,9% (IC à 95% [23.1-33.2]) des patients.

5/ Catégorie socio-professionnelle

	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>IC à 95%</i>
<i>Autres personnes sans activité professionnelle</i>	161	51,11	[46.42-57.56]
<i>Ouvriers</i>	52	16,51	[12.36-20.67]
<i>Employés</i>	50	15,87	[12.08-20.33]
<i>Retraités</i>	24	7,62	[4.92-11]
<i>Professions intermédiaires</i>	14	4,44	[2.48-7.33]
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>	7	2,22	[0.95-4.61]
<i>Agriculteurs exploitants</i>	4	1,27	[0.34-3.14]
<i>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</i>	3	0,95	[0.19-2.69]
<i>Total.valides</i>	315	100	-

Figure 5 : Répartition de la population par catégorie socio-professionnelle

52% des patients sont sans activité professionnelle, 17% sont ouvriers, 16% sont employés, 8% sont retraités.

B- Comparatif par résultats de consultation

1/ Morbidité globale

1-1 De l'échantillon

	RC	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	315		100%	[97,96 - 100]
<i>TABAGISME</i>	168		53,3%	[47,66 - 58,92]
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	113		35,9%	[30,62 - 41,47]
<i>VACCINATION</i>	83		26,3%	[20,76 - 30,65]
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	80		25,4%	[21,64 - 31,64]
<i>HTA</i>	51		16,2%	[12,39 - 20,83]
<i>CONSTIPATION</i>	40		12,7%	[9,33 - 17,01]
<i>TOXICOMANIE</i>	39		12,4%	[9,05 - 16,65]
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	37		11,7%	[8,51 - 15,95]
<i>DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT</i>	26		8,3%	[2,55 - 7,51]
<i>DIABÈTE DE TYPE 2</i>	24		7,6%	[5,56 - 12]
<i>HYPOTHYROÏDIE</i>	20		6,3%	[5,04 - 11,27]
<i>ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE</i>	18		5,7%	[4,02 - 9,79]
<i>LOMBALGIE</i>	17		5,4%	[3,03 - 8,28]
<i>ASTHME</i>	17		5,4%	[3,27 - 8,66]
<i>ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)</i>	16		5,1%	[3,52 - 9,04]
<i>RHINOPHARYNGITE – RHUME</i>	16		5,1%	[3,03 - 8,28]
<i>PLAIE</i>	14		4,4%	[3,27 - 8,66]
<i>REFLUX-PYROSIS-CESOPHAGITE</i>	14		4,4%	[1,62 - 5,94]
<i>ECZÉMA</i>	13		4,1%	[1,19 - 5,14]
<i>TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)</i>	12		3,8%	[2,55 - 7,51]
<i>BRONCHITE CHRONIQUE</i>	11		3,5%	[2,31 - 7,13]
<i>CONTUSION</i>	10		3,2%	[1,85 - 6,34]
<i>BRONCHITE AIGUË</i>	10		3,2%	[2,08 - 6,74]
<i>DERMATOSE</i>	9		2,9%	[1,4 - 5,54]
<i>CYSTITE - CYSTALGIE</i>	9		2,9%	[1,62 - 5,94]
<i>SUITE OPÉRATOIRE</i>	8		2,5%	[1,4 - 5,54]
<i>INTERTRIGO</i>	8		2,5%	[1,19 - 5,14]
<i>DÉMENCE</i>	8		2,5%	[0,98 - 4,72]
<i>ÉPILEPSIE</i>	8		2,5%	[0,98 - 4,72]
<i>ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)</i>	7		2,2%	[0,98 - 4,72]
<i>INSUFFISANCE RESPIRATOIRE</i>	7		2,2%	[0,98 - 4,72]

ARTHROSE	7	2,2%	[0,98 - 4,72]
HYPERTHYROÏDIE	7	2,2%	[0,78 - 4,3]
MALAISE – ÉVANOUISSEMENT	7	2,2%	[0,78 - 4,3]
HÉPATITE VIRALE	7	2,2%	[1,19 - 5,14]
GLAUCOME	7	2,2%	[1,19 - 5,14]
BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES	7	2,2%	[0,98 - 4,72]
ŒDÈME MEMBRES INFÉRIEURS	6	1,9%	[0,98 - 4,72]
MYALGIE	6	1,9%	[0,59 - 3,88]
FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE	6	1,9%	[0,59 - 3,88]
CANCER	6	1,9%	[0,41 - 3,44]
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE	6	1,9%	[0,25 - 2,99]
CÉPHALÉE	6	1,9%	[0,78 - 4,3]
Insuffisance cardiaque	6	1,9%	[0,78 - 4,3]
DHL 06 – Maladies du système nerveux	5	1,6%	[0,78 - 4,3]
PLAINTÉ ABDOMINALE	5	1,6%	[0,98 - 4,72]
ENTORSE	5	1,6%	[0,59 - 3,88]
ESCARRE	5	1,6%	[0,41 - 3,44]
TOUX	5	1,6%	[0,78 - 4,3]
DENT (PATHOLOGIE DE LA)	5	1,6%	[0,41 - 3,44]
DHL 04 – Maladies endocriniennes, nutritionnelle et métaboliques	4	1,3%	[0,78 - 4,3]
SCIATIQUE	4	1,3%	[0,41 - 3,44]
INSUFFISANCE RÉNALE	4	1,3%	[0,41 - 3,44]
CONJONCTIVITE	4	1,3%	[0,41 - 3,44]
ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE	4	1,3%	[0,41 - 3,44]
AMÉNORRHÉE-OLIGOMÉNORRHÉE- HYPOMÉNORRHÉE	4	1,3%	[0,59 - 3,88]
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	4	1,3%	[0,41 - 3,44]
DERMITE SÉBORRHÉIQUE	4	1,3%	[0,59 - 3,88]
DHL 11 – Maladies de l'appareil digestif	4	1,3%	[0,41 - 3,44]
NÉVRALGIE - NÉVRITE	4	1,3%	[0,59 - 3,88]
TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE	4	1,3%	[0,25 - 2,99]
MIGRAINE	4	1,3%	[0,11 - 2,53]
PROSTATE (HYPERTROPHIE)	3	1,0%	[0,41 - 3,44]
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
VULVITE-VAGINITE	3	1,0%	[0,02 - 2,04]
GOUTTE	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
NAUSÉE OU VOMISSEMENT	3	1,0%	[0,11 - 2,53]
ÉTAT FÉBRILE	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
COR - DURILLON	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
MÉNORRAGIE-MÉTRORRAGIE	3	1,0%	[0,02 - 2,04]
SINUSITE	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
DHL 02 – Tumeurs bénignes	3	1,0%	[0,41 - 3,44]

	FRACTURE	3	1,0%	[0,41 - 3,44]
	OSTÉOPOROSE	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
	INCONTINENCE URINAIRE	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
	MÉNOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI)	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
	GALE	3	1,0%	[0,02 - 2,04]
	RECTORRAGIES	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
	TUMÉFACTION	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
DHL 03 – Maladies du sang, des organes hémato. et certaines du système immunitaire		3	1,0%	[0,11 - 2,53]
	ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
	ŒIL (TROUBLE DE LA VISION)	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
	VERTIGE - ÉTAT VERTIGINEUX	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
	CERVICALGIE	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
	OEDEME LOCALISE	3	1,0%	[0,25 - 2,99]
	CONTRACEPTION	2	0,6%	[0,25 - 2,99]
	PSORIASIS	2	0,6%	[0,25 - 2,99]
	STOMATITE - GLOSSITE	2	0,6%	[0,25 - 2,99]
	ONGLE (ONYCHOMYCOSE)	2	0,6%	[0,25 - 2,99]
	COLIQUE (SYNDROME)	2	0,6%	[0,25 - 2,99]
	HÉMORROÏDE	2	0,6%	[0,25 - 2,99]
	BRÛLURE	2	0,6%	[0,11 - 2,53]
	RHINITE	2	0,6%	[0,02 - 2,04]
	DYSURIE	2	0,6%	[0,11 - 2,53]
	ASTHÉNIE - FATIGUE	2	0,6%	[0,11 - 2,53]
	TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL	2	0,6%	[0,11 - 2,53]
	FÉCALOME	2	0,6%	[0,02 - 2,04]
	ÉPIGASTRALGIE	2	0,6%	[0,11 - 2,53]
	FURONCLE - ANTHRAX	2	0,6%	[0,11 - 2,53]
	ANÉMIE FERRIPRIVE - CARENCE EN FER	2	0,6%	[0,11 - 2,53]
	ANXIÉTÉ – ANGOISSE	2	0,6%	[0,11 - 2,53]
DHL 16 – Certaines affections dont origine période périnatale		2	0,6%	[0,11 - 2,53]
	GROSSESSE	1	0,3%	[0,11 - 2,53]
	DIABÈTE DE TYPE 1	1	0,3%	[0,11 - 2,53]
	ÉRYSIPELE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
	URTICAIRE	1	0,3%	[0,11 - 2,53]
	HYPERURICÉMIE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
	HERNIE - ÉVENTRATION	1	0,3%	[0,11 - 2,53]
	POLYARTHRITE RHUMATOÏDE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
	OTITE EXTERNE	1	0,3%	[0,11 - 2,53]
	V.I.H.	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
	DYSPNÉE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
	AMAIGRISSEMENT	1	0,3%	[0,02 - 2,04]

VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
ANOREXIE - BOULIMIE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
APHTE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
ABCÈS SUPERFICIEL	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
NÆVUS	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
TREMBLEMENT	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
JAMBES LOURDES	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
DORSALGIE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
URÉTRITE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
HERPÈS	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
LUCITE - ALLERGIE SOLAIRE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
IATROGÈNE - EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
DYSPHAGIE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
zona	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
TENDON (RUPTURE)	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
DOULEUR PELVIENNE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
BALANOPOSTHITE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
THROMBOPHLÉBITE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
COLIQUE NÉPHRÉTIQUE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
ANÉVRYSME ARTÉRIEL	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
PIED D'ATHLÈTE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
SEXUELLE (DYSFONCTION)	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
ECCHYMOSE SPONTAÉE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
MAL DE GORGE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
ULCÈRE GASTRIQUE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
ANGOR – INSUFFISANCE CORONARIENNE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
DHL 12 – Maladies de la peau et des tissus cellulaires sous cutanés	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
ADÉNOPATHIE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
PNEUMOPATHIE AIGUË	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
DHL 05 - Troubles mentaux et du comportement	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
OTALGIE	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
SEIN (AUTRE)	1	0,3%	[0,02 - 2,04]
DHL 09 – Maladie de l'appareil circulatoire	1	0,3%	[0,02 - 2,04]

Figure 6 : Résultats de consultation dans l'ensemble de la population

1-2 Selon l'âge

1-2-1/ De 20 à 29 ans

Résultat de consultation	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION	30,8%	50	100,0%	[91,1 - 99,8]	1,27E-21
TABAGISME	7,5%	35	70,0%	[55,2 - 81,7]	1,29E-33
SUICIDE (TENTATIVE)	0,2%	22	44,0%	[30,3 - 58,7]	1,71E-19
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	2,1%	14	28,0%	[16,7 - 42,7]	2,37E-16
TOXICOMANIE	4,3%	12	24,0%	[13,5 - 38,5]	6,65E-08
VACCINATION	4,6%	8	20,0%	[10,5 - 34,1]	0,000989
CONSTIPATION	3,0%	10	16,0%	[7,6 - 29,7]	7,28E-08
ASTHME	3,0%	1	10,0%	[3,7 - 22,6]	NS
BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES	4,6%	5	8,0%	[2,6 - 20,1]	NS
DENT (PATHOLOGIE DE LA)	3,0%	1	8,0%	[2,6 - 20,1]	NS
DERMATOSE	0,7%	4	4,0%	[0,7 - 14,9]	NS
CANCER	2,3%	4	4,0%	[0,7 - 14,9]	NS
REFLUX-PYROSIS- ŒSOPHAGITE	2,3%	2	4,0%	[0,7 - 14,9]	NS
DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT	0,2%	1	4,0%	[0,7 - 14,9]	NS
HYPERTHYROÏDIE	2,5%	1	4,0%	[0,7 - 14,9]	NS
PLAIE	0,9%	2	2,0%	[0,1 - 12]	NS
GROSSESSE	9,1%	2	2,0%	[0,1 - 12]	NS
ÉRYSIPELE	1,1%	2	2,0%	[0,1 - 12]	NS
HYPOTENSION	0,7%	1	2,0%	[0,1 - 12]	NS
ORTHOSTATIQUE					
OTITE EXTERNE	2,7%	2	2,0%	[0,1 - 12]	NS

Figure 7 : Résultats de consultation dans la population de 20 à 29 ans

Chez les patients de 20 à 29 ans, il existe une différence significative de morbidité pour le tabagisme (70% contre 7,5%, test du Khi2 : $p=1,29E-33$), la tentative de suicide (44% contre 0,2%, test exact de Fisher : $p=1,71E-19$), un alcoolisme (28% contre 2,1%, test du Khi2 : $p=2,37E-16$), une toxicomanie (24% contre 4,3%, test du Khi2 : $p=6,65E-08$), une constipation (16% contre 3%, test du Khi2 : $p=7,28E-08$)

1-2-2/ De 30 à 39 ans

<i>Résultat de consultation</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	33,4%	70	100,0%	[93,5 - 99,9]	3E-25
<i>TABAGISME</i>	11,9%	46	65,7%	[53,3 - 76,4]	1,8E-25
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	2,2%	26	37,1%	[26,1 - 49,6]	6,2E-25
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	0,2%	18	25,7%	[16,3 - 37,8]	1,1E-23
<i>TOXICOMANIE</i>	4,7%	17	24,3%	[15,2 - 36,3]	1,1E-08
<i>VACCINATION</i>	5,0%	16	22,9%	[14 - 34,7]	1,8E-07
<i>RHINOPHARYNGITE – RHUME</i>	16,3%	8	11,4%	[5,4 - 21,8]	NS
<i>DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT</i>	0,2%	7	10,0%	[4,5 - 20,1]	0,00023
<i>ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE</i>	1,0%	5	7,1%	[2,7 - 16,6]	0,0005
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	0,5%	5	7,1%	[2,7 - 16,6]	2,1E-05
<i>HYPOTHYROÏDIE</i>	1,7%	4	5,7%	[1,8 - 14,7]	0,01243
<i>CONSTIPATION</i>	3,2%	4	5,7%	[1,8 - 14,7]	NS
<i>HTA</i>	3,2%	4	5,7%	[1,8 - 14,7]	NS
<i>ASTHME</i>	3,2%	4	5,7%	[1,8 - 14,7]	NS
<i>ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)</i>	2,5%	3	4,3%	[1,1 - 12,8]	NS
<i>BRONCHITE AIGUË</i>	0,5%	3	4,3%	[1,1 - 12,8]	0,00416

Figure 8 : Résultats de consultation dans la population de 30 à 39 ans

Chez les patients de 30 à 39 ans, il existe une différence significative de morbidité pour le tabagisme (65,7% contre 8,2%, test du Khi2 : $p=8,6E-33$), la tentative de suicide (25,7% contre 0,2%, test exact de Fisher : $p=1,1E-23$), un alcoolisme (37,1% contre 2,2%, test du Khi2 : $p=6,2E-25$), une toxicomanie (24,3% contre 4,7%, test du Khi2 : $p=1,1E-08$), une vaccination (22,9% contre 5,0%, test du Khi2 : $p=1,8E-07$), une diarrhée et/ou nausée et/ou vomissement (10% contre 0,2%, test exact de Fisher : $p=0,00023$), une anomalie biologique sanguine (7,1% contre 1,0%, test exact de Fisher : $p=0,000497353$), une dyslipidémie (7,1% contre 0,5%, test exact de Fisher : $p=2,1E-05$), une hypothyroïdie (5,7% contre 1,7%, test exact de Fisher : $p=0,012428$), une bronchite aiguë (4,3% contre 0,5%, test exact de Fisher : $p=0,00416$)

1-2-3/ De 40 à 49 ans

<i>Age</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	19,8%	81	100,0%	[94,4 - 99,9]	1,22512E-44
<i>TABAGISME</i>	10,7%	52	64,2%	[52,7 - 74,3]	1,20931E-28
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	6,1%	36	44,4%	[33,5 - 55,9]	1,33424E-21
<i>VACCINATION</i>	4,4%	27	33,3%	[23,5 - 44,8]	1,75726E-16
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	1,2%	20	24,7%	[16,1 - 35,7]	1,78724E-18
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	6,1%	9	11,1%	[5,5 - 20,5]	NS
<i>HTA</i>	15,4%	9	11,1%	[5,5 - 20,5]	NS
<i>CONSTIPATION</i>	1,7%	7	8,6%	[3,8 - 17,5]	0,000624904
<i>LOMBALGIE</i>	12,2%	7	8,6%	[3,8 - 17,5]	NS
<i>CÉPHALÉE</i>	7,3%	6	7,4%	[3 - 16]	NS
<i>TOXICOMANIE</i>	7,1%	6	7,4%	[3 - 16]	NS
<i>DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT</i>	5,1%	5	6,2%	[2,3 - 14,4]	NS
<i>MALAISE – ÉVANOUISSEMENT</i>	2,9%	4	4,9%	[1,6 - 12,8]	NS
<i>HYPOTHYROÏDIE</i>	2,0%	4	4,9%	[1,6 - 12,8]	NS
<i>REFLUX-PYROSIS- ŒSOPHAGITE</i>	3,4%	4	4,9%	[1,6 - 12,8]	NS
<i>PLAIE</i>	2,2%	3	3,7%	[1 - 11,2]	NS
<i>ENTORSE</i>	7,3%	3	3,7%	[1 - 11,2]	NS
<i>DERMATOSE</i>	1,5%	3	3,7%	[1 - 11,2]	NS
<i>INTERTRIGO</i>	1,5%	3	3,7%	[1 - 11,2]	NS
<i>RHINOPHARYNGITE – RHUME</i>	11,2%	3	3,7%	[1 - 11,2]	0,0415172

Figure 9 : Résultats de consultation dans la population de 40 à 49 ans

Chez les patients de 40 à 49 ans, il existe une différence significative de morbidité pour le tabagisme (64,2% contre 10,8%, test du Khi2 : $p=1,73716E-28$), un alcoolisme (44,4% contre 6,1%, test de Khi2 : $p=1,33424E-21$), une vaccination (33,3% contre 4,4%, test de Khi2 : $p=1,75726E-16$), une tentative de suicide (24,7% contre 1,2%, test de Khi2 : $p=1,78724E-18$), une constipation (8,6% contre 1,7%, test de Khi2 : $p=0,000624904$), une rhinopharyngite (3,7% contre 11,2%, test exact de Fisher : $p=0,0415172$)

1-2-4/ De 50 à 59 ans

<i>Résultat de consultation</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	16,9%	61	100,0%	[92,6 - 99,9]	9,07384E-42
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	4,6%	29	47,5%	[34,8 - 60,6]	5,67891E-25
<i>TABAGISME</i>	7,3%	27	44,3%	[31,8 - 57,5]	1,69938E-16
<i>HTA</i>	26,7%	16	26,2%	[16,2 - 39,3]	NS
<i>VACCINATION</i>	10,0%	16	26,2%	[16,2 - 39,3]	0,000298372
<i>DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT</i>	9,8%	10	16,4%	[8,6 - 28,5]	NS
<i>CONSTIPATION</i>	1,7%	10	16,4%	[8,6 - 28,5]	1,0097E-08
<i>DIABÈTE DE TYPE 2</i>	9,8%	10	16,4%	[8,6 - 28,5]	NS
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	0,7%	11	18,0%	[9,8 - 30,4]	1,22471E-13
<i>ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)</i>	0,2%	8	13,1%	[6,2 - 24,8]	7,80275E-12
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	14,4%	8	13,1%	[6,2 - 24,8]	NS
<i>BRONCHITE CHRONIQUE</i>	4,2%	6	9,8%	[4,1 - 20,9]	NS
<i>PLAIE</i>	3,2%	5	8,2%	[3,1 - 18,8]	NS
<i>CONTUSION</i>	2,7%	4	6,6%	[2,1 - 16,7]	NS
<i>INSUFFISANCE RESPIRATOIRE</i>	3,4%	2	3,3%	[0,6 - 12,4]	NS
<i>PSORIASIS</i>	2,0%	2	3,3%	[0,6 - 12,4]	NS
<i>HYPOTHYROÏDIE</i>	2,0%	3	4,9%	[1,3 - 14,6]	NS
<i>PROSTATE (HYPERTROPHIE)</i>	1,2%	1	1,6%	[0,1 - 10]	NS
<i>ASTHME</i>	2,4%	3	4,9%	[1,3 - 14,6]	NS
<i>BRONCHITE AIGUË</i>	0,7%	3	4,9%	[1,3 - 14,6]	0,0312722

Figure 10 : Résultats de consultation dans la population de 50 à 59 ans

Chez les patients de 50 à 59 ans, il existe une différence significative de morbidité pour un alcoolisme (44,3% contre 7,3%, test du Khi2 : $p=5,67891E-25$), un tabagisme (44,4% contre 6,1%, test de Khi2 : $p=1,69938E-16$), une vaccination (26,2% contre 10,0%, test de Khi2 : $p=0,000298372$), une constipation (16,4% contre 1,7%, test de Khi2 : $p=1,0097E-08$), une tentative de suicide (18% contre 0,7%, test de Khi2 : $1,22471E-13$), une anémie non ferriprive (13,1% contre 0,2%, test exact de Fisher : $p=7,80275E-12$), une bronchite aiguë (4,9% contre 0,7%, test exact de Fisher : $p=0,0312722$)

1-2-5/ De 60 à 69 ans

Résultat de consultation	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION	12,1%	36	100,0%	[88 - 99,7]	2,51819E-32
HTA	48,7%	12	33,3%	[19,1 - 51,1]	NS
VACCINATION	14,7%	11	30,6%	[16,9 - 48,3]	0,016583862
DYSLIPIDEMIE	19,2%	9	25,0%	[12,7 - 42,5]	NS
SUICIDE (TENTATIVE)	0,0%	8	22,2%	[10,7 - 39,6]	7,36991E-15
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	1,5%	8	22,2%	[10,7 - 39,6]	2,52022E-09
HYPOTHYROÏDIE	3,4%	7	19,4%	[8,8 - 36,6]	5,64481E-05
CONSTIPATION	2,6%	7	19,4%	[8,8 - 36,6]	7,05647E-06
TABAGISME	4,5%	7	19,4%	[8,8 - 36,6]	0,000554127
DIABÈTE DE TYPE 2	15,5%	6	16,7%	[7 - 33,5]	NS
SUITE OPÉRATOIRE	5,7%	4	11,1%	[3,6 - 27]	NS
ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)	0,0%	3	8,3%	[2,2 - 23,6]	0,00158
LOMBALGIE	10,9%	3	8,3%	[2,2 - 23,6]	NS
TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	5,3%	3	8,3%	[2,2 - 23,6]	NS
DHL 06 – Maladies du système nerveux	1,9%	2	5,6%	[1 - 20]	NS
HYPERTHYROÏDIE	3,0%	2	5,6%	[1 - 20]	NS
CONJONCTIVITE	1,1%	2	5,6%	[1 - 20]	NS
ARTHROSE	5,7%	2	5,6%	[1 - 20]	NS
PLAINTE ABDOMINALE	8,3%	2	5,6%	[1 - 20]	NS
ASTHME	3,4%	2	5,6%	[1 - 20]	NS

Figure 11 : Résultats de consultation dans la population de 60 à 69 ans

Chez les patients de 60 à 69 ans, il existe une différence significative de morbidité pour la vaccination (30,6% contre 14,7%, test de Khi2 : $p=0,016583862$), la tentative de suicide (22,2% contre 0%, test exact de Fisher : $p=7,36991E-15$), un alcoolisme (22,2% contre 1,5%, test du Khi2 : $p=2,52022E-09$), une hypothyroïdie (19,4% contre 3,4%, test de Khi2 : $p=5,64481E-05$), une constipation (19,4% contre 2,6%, test du Khi2 : $p=7,05647E-06$), un tabagisme (19,4% contre 4,5%, test du Khi2 : $p=0,000554127$), une anémie non ferriprive (8,3% contre 0%, test exact de Fisher : $p= 0,00158$)

1-2-6/ De 70 à 79 ans

<i>Résultat de consultation</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	9,7%	11	100,0%	[67,9 - 99,2]	1,71E-17
<i>HTA</i>	50,2%	6	54,5%	[24,6 - 81,9]	NS
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	23,2%	5	45,5%	[18,1 - 75,4]	NS
<i>ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE</i>	2,1%	3	27,3%	[7,3 - 60,7]	0,003248
<i>DÉMENCE</i>	10,5%	3	27,3%	[7,3 - 60,7]	NS
<i>CONTUSION</i>	5,1%	2	18,2%	[3,2 - 52,2]	NS
<i>FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE</i>	9,7%	2	18,2%	[3,2 - 52,2]	NS
<i>Insuffisance cardiaque</i>	10,1%	2	18,2%	[3,2 - 52,2]	NS
<i>CONSTIPATION</i>	3,4%	2	18,2%	[3,2 - 52,2]	0,014673
<i>ABDOMEN DOULOUREUX AIGU</i>	12,7%	2	18,2%	[3,2 - 52,2]	NS
<i>DIABÈTE DE TYPE 2</i>	15,6%	2	18,2%	[3,2 - 52,2]	NS
<i>FÉCALOME</i>	5,5%	2	18,2%	[3,2 - 52,2]	NS
<i>INSUFFISANCE RÉNALE</i>	22,4%	1	9,1%	[0,5 - 42,9]	NS
<i>DHL 04 – Maladies endocriniennes, nutritionnelle et métaboliques</i>	3,4%	1	9,1%	[0,5 - 42,9]	NS
<i>CYSTITE - CYSTALGIE</i>	2,1%	1	9,1%	[0,5 - 42,9]	NS
<i>HYPOTENSION</i>	10,5%	1	9,1%	[0,5 - 42,9]	NS
<i>ORTHOSTATIQUE</i>					
<i>VACCINATION</i>	16,9%	1	9,1%	[0,5 - 42,9]	NS
<i>REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE</i>	6,8%	1	9,1%	[0,5 - 42,9]	NS
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	0,0%	1	9,1%	[0,5 - 42,9]	0,044355
<i>ÉPILEPSIE</i>	2,1%	1	9,1%	[0,5 - 42,9]	NS

Figure 12 : Résultats de consultation dans la population de 70 à 79 ans

Chez les patients de 70 à 79 ans, il existe une différence significative pour les items « Anomalie biologique sanguine » (27,3% contre 2,1%, test exact de Fisher 0,003248), « Constipation » (18,2% contre 3,4%, test exact de Fisher p=0,014673) et « Tentative de suicide » (9,1% contre 0%, test exact de Fisher p=0,044355)

1-2-7/ De 80 à 89 ans

Résultat de consultation	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION	1,2%	5	100,0%	[46,3 - 98,1]	5E-18
CONSTIPATION	1,2%	2	40,0%	[7,3 - 83]	0,0072
FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE	10,5%	2	40,0%	[7,3 - 83]	NS
ŒDÈME MEMBRES INFÉRIEURS	8,1%	2	40,0%	[7,3 - 83]	NS
HTA	58,1%	2	40,0%	[7,3 - 83]	NS
VACCINATION	14,0%	2	40,0%	[7,3 - 83]	NS
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	1,2%	2	40,0%	[7,3 - 83]	0,0072
INTERTRIGO	1,2%	1	20,0%	[1,1 - 70,1]	NS
DIABÈTE DE TYPE 2	2,3%	1	20,0%	[1,1 - 70,1]	NS
HYPOTHYROÏDIE	2,3%	1	20,0%	[1,1 - 70,1]	NS
GOUTTE	1,2%	1	20,0%	[1,1 - 70,1]	NS
LOMBALGIE	10,5%	2	40,0%	[7,3 - 83]	NS
ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)	2,3%	1	20,0%	[1,1 - 70,1]	NS
Insuffisance cardiaque	7,0%	1	20,0%	[1,1 - 70,1]	NS
BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES	1,2%	1	20,0%	[1,1 - 70,1]	NS
REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE	2,3%	1	20,0%	[1,1 - 70,1]	NS
DÉMENCE	4,7%	1	20,0%	[1,1 - 70,1]	NS
INSUFFISANCE RÉNALE	7,0%	1	20,0%	[1,1 - 70,1]	NS
COLIQUE (SYNDROME)	7,0%	1	20,0%	[1,1 - 70,1]	NS
ECZÉMA	3,5%	1	20,0%	[1,1 - 70,1]	NS

Figure 13 : Résultats de consultation dans la population de 80 à 89 ans

Chez les patients de 80 à 89 ans, il existe une différence significative pour l'item « constipation » (40% contre 1,2%, test exact de Fisher $p=0,007161$), « Anomalie biologique sanguine » (40% contre 1,2%, test exact de Fisher $p=0,0072$).

1-3 Selon le sexe

1-3-1/ Hommes

Résultat de consultation	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION	17,1%	171	100,0%	[97,3 - 99,9]	9,7821E-111
TABAGISME	10,7%	107	62,6%	[54,8 - 69,8]	4,18357E-61
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	7,0%	78	45,6%	[38 - 53,4]	2,22446E-46
VACCINATION	9,3%	44	25,7%	[19,5 - 33,1]	4,37182E-10
SUICIDE (TENTATIVE)	0,6%	39	22,8%	[16,9 - 30]	1,02493E-34
TOXICOMANIE	9,3%	30	17,5%	[12,3 - 24,3]	0,001075934
HTA	24,1%	28	16,4%	[11,3 - 23]	9,7875E-105
DYSLIPIDEMIE	12,7%	23	13,5%	[8,9 - 19,7]	NS
CONSTIPATION	1,9%	18	10,5%	[6,5 - 16,4]	1,79199E-09
DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT	6,4%	14	8,2%	[4,7 - 13,6]	NS
DIABÈTE DE TYPE 2	8,3%	10	5,8%	[3 - 10,8]	NS
RHINOPHARYNGITE – RHUME	12,4%	9	5,3%	[2,6 - 10,1]	0,00013
LOMBALGIE	8,9%	9	5,3%	[2,6 - 10,1]	NS
PLAIE	2,4%	8	4,7%	[2,2 - 9,3]	NS
BRONCHITE CHRONIQUE	4,3%	8	4,7%	[2,2 - 9,3]	NS
BRONCHITE AIGUË	0,6%	8	4,7%	[2,2 - 9,3]	6,48678E-06
ASTHME	3,4%	8	4,7%	[2,2 - 9,3]	NS
ECZÉMA	2,0%	7	4,1%	[1,8 - 8,6]	NS
SUITE OPÉRATOIRE	2,8%	6	3,5%	[1,4 - 7,8]	NS
CONTUSION	3,0%	6	3,5%	[1,4 - 7,8]	NS

Figure 14 : Résultats de consultation chez les hommes

Il existe chez les hommes une différence significative de morbidité pour les items suivants : tabagisme (62,6% contre 10,7%, test de Khi2 : $p=4,18357E-61$), problème avec l'alcool (45,6% contre 7,0%, test du Khi2 : $p=2,22446E-46$), vaccination (25,7% contre 9,3%, test du Khi2 : $p=4,37182E-10$), tentative de suicide (22,8% contre 0,6%, test exact de Fisher : $p=1,02493E-34$), toxicomanie (17,5% contre 9,3%, test du Khi2 : $p=0,001075934$), hypertension artérielle (16,4% contre 24,1%, test du Khi2 : $p=9,7875E-105$), constipation

(10,5% contre 1,9%, test du Khi2 $p=1,79199E-09$), rhinopharyngite (5,3% contre 12,4%, test du Khi2 : $p=0,00013$), bronchite aiguë (4,7% contre 0,6%, test de Khi2 : $p=6,48678E-06$)

1-3-2/ Femmes

Résultat de consultation	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION	20,2%	145	100,0%	[96,8 - 99,9]	9,9612E-89
TABAGISME	4,8%	61	42,1%	[34 - 50,6]	3,8985E-50
SUICIDE (TENTATIVE)	0,0%	41	28,3%	[21,3 - 36,5]	2,2925E-76
VACCINATION	8,2%	39	26,9%	[20 - 35]	2,4629E-12
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	1,4%	35	24,1%	[17,6 - 32,1]	5,4507E-41
CONSTIPATION	2,9%	22	15,2%	[10 - 22,3]	4,8985E-12
HTA	21,2%	23	15,9%	[10,5 - 23,1]	NS
HYPOTHYROÏDIE	3,8%	16	11,1%	[6,6 - 17,6]	0,00010078
DIABÈTE DE TYPE 2	5,7%	14	9,7%	[5,6 - 16]	NS
DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT	5,0%	12	8,3%	[4,5 - 14,3]	NS
ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)	0,5%	10	6,9%	[3,5 - 12,7]	2,8632E-11
DYSLIPIDEMIE	6,7%	14	9,7%	[5,6 - 16]	NS
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	1,6%	12	8,3%	[4,5 - 14,3]	5,2168E-07
LOMBALGIE	9,4%	8	5,6%	[2,6 - 10,9]	NS
REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE	4,6%	11	7,6%	[4 - 13,5]	NS
CYSTITE - CYSTALGIE	4,7%	8	5,5%	[2,6 - 10,9]	NS
TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	4,3%	9	6,2%	[3,1 - 11,8]	NS
ASTHME	3,7%	9	6,2%	[3,1 - 11,8]	NS
TOXICOMANIE	1,5%	9	6,2%	[3,1 - 11,8]	0,00064909
INTERTRIGO	6,8%	6	4,1%	[1,7 - 9,2]	NS

Figure 15 : Résultats de consultation chez les femmes

Il existe chez les femmes une différence significative de morbidité pour les items suivants : tabagisme (42,1% contre 4,8%, test du Khi2 : $p=3,8985E-50$), tentative de suicide (28,3% contre 0%, test exact de Fisher : $p=2,2925E-76$), vaccination (26,9% contre 8,2%, test du Khi2 : $p=2,4629E-12$), problème avec l'alcool (24,1% contre 1,4%, test de Khi2 : $p=5,4507E-41$), constipation (15,2% contre 2,9%, test du Khi2 : $p=4,8985E-12$),

hypothyroïdie (11,0% contre 3,8%, test du Khi2 : $p=0,00010078$), anémie non ferriprive (6,9% contre 0,5%, test du Khi2 $p=2,8632E-11$), anomalie biologique sanguine (8,3% contre 1,6%, test du Khi2 : $p=5,2168E-07$), toxicomanie (6,2% contre 1,5%, test de Khi2 : $p=0,000649096$)

1-4 Selon la pathologie psychiatrique

1-4-1/ Troubles de l'humeur

Résultat de consultation	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION	18,7%	133	100,0%	[96,5 - 99,9]	3,1971E-103
TABAGISME	7,6%	72	54,1%	[45,3 - 62,7]	2,1272E-66
SUICIDE (TENTATIVE)	0,4%	47	35,3%	[27,4 - 44,2]	7,9249E-175
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	4,1%	38	28,6%	[21,2 - 37,2]	1,04272E-33
VACCINATION	8,7%	36	27,1%	[19,9 - 35,6]	4,32468E-12
HTA	22,6%	25	18,8%	[12,8 - 26,7]	NS
DYSLIPIDEMIE	9,6%	21	15,8%	[10,3 - 23,4]	0,020942458
CONSTIPATION	2,4%	18	13,5%	[8,4 - 20,8]	5,01281E-13
HYPOTHYROÏDIE	2,4%	11	8,3%	[4,4 - 14,7]	6,65712E-05
LOMBALGIE	9,2%	10	7,5%	[3,9 - 13,7]	NS
ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)	0,4%	8	6,0%	[2,8 - 11,9]	7,39319E-15
DIABÈTE DE TYPE 2	7,0%	8	6,0%	[2,8 - 11,9]	NS
ASTHME	3,5%	8	6,0%	[2,8 - 11,9]	NS
PLAIE	1,6%	7	5,3%	[2,3 - 10,9]	0,001549819
REFLUX-PYROSIS-CÆSOPHAGITE	4,7%	7	5,3%	[2,3 - 10,9]	NS
DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT	5,7%	6	4,5%	[1,8 - 10]	NS
RHINOPHARYNGITE – RHUME	12,6%	6	4,5%	[1,8 - 10]	0,00538716
ECZÉMA	2,2%	6	4,5%	[1,8 - 10]	NS
TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)	0,0%	6	4,5%	[1,8 - 10]	NS
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	1,8%	5	3,8%	[1,4 - 9]	NS

Figure 16 : RC chez les patients atteints de troubles de l'humeur

Chez les patients atteints de troubles de l'humeur, on note une majoration significative de patients tabagiques (54,1% contre 7,6%), ayant fait une tentative de suicide (35,3% contre 0,4%), ayant un problème avec l'alcool (28,6% contre 4,1%), ayant une dyslipidémie (15,8% contre 9,6%), une constipation (13,5% contre 2,4%), une hypothyroïdie (8,3% contre 2,4%), une anémie non ferriprive (6,0% contre 0,4%), une plaie (5,3% contre 1,6%). Par contre on retrouve significativement moins de rhinopharyngites (4,5% contre 12,6%).

1-4-2/ Schizophrénie et autres troubles psychotiques

Résultat de consultation	Population OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION	18,7%	71	100,0%	[93,6 - 99,9]	3,33823E-61
TABAGISME	7,6%	36	50,7%	[38,7 - 62,7]	5,25676E-36
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	4,1%	26	36,6%	[25,7 - 49]	8,46382E-35
VACCINATION	8,7%	20	28,2%	[18,4 - 40,3]	2,92931E-08
TOXICOMANIE	5,2%	13	18,3%	[10,5 - 29,6]	2,50223E-06
SUICIDE (TENTATIVE)	0,4%	12	16,9%	[9,4 - 28,1]	1,48706E-78
CONSTIPATION	2,4%	10	14,1%	[7,3 - 24,8]	4,51929E-09
DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT	5,7%	10	14,1%	[7,3 - 24,8]	0,003132789
DIABÈTE DE TYPE 2	7,0%	8	11,3%	[5,3 - 21,5]	NS
HTA	22,6%	8	11,3%	[5,3 - 21,5]	0,023733987
PLAIE	1,6%	5	7,0%	[2,6 - 16,3]	0,000456826
BRONCHITE AIGUË	0,7%	5	7,0%	[2,6 - 16,3]	9,93084E-09
HYPOTHYROÏDIE	2,4%	5	7,0%	[2,6 - 16,3]	0,015942073
DYSLIPIDEMIE	9,6%	5	7,0%	[2,6 - 16,3]	NS
RHINOPHARYNGITE – RHUME	12,6%	4	5,6%	[1,8 - 14,5]	NS
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	1,8%	4	5,6%	[1,8 - 14,5]	NS
ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	5,8%	3	4,2%	[1,1 - 12,7]	NS
LOMBALGIE	9,2%	3	4,2%	[1,1 - 12,7]	NS
BRONCHITE CHRONIQUE	3,3%	3	4,2%	[1,1 - 12,7]	NS
SUITE OPÉRATOIRE	5,5%	3	4,2%	[1,1 - 12,7]	NS

Figure 17 : Résultats de consultation chez les patients atteints de

schizophrénie

Chez les patients atteints de schizophrénie, on note une majoration significative de patients tabagiques (50,7% contre 7,6%), ayant un problème avec l'alcool (36,6% contre 4,1%), une toxicomanie (18,3% contre 5,2%), une tentative de suicide (16,9% contre 0,4%), une constipation (14,1% contre 2,4%), une diarrhée – nausée – vomissement (14,1% contre 5,7%), une plaie (7,0% contre 1,6%), une bronchite aiguë (7,0% contre 0,7%), une hypothyroïdie (7,0% contre 2,4%). On retrouve également un taux plus faible d'hypertension artérielle (11,3% contre 22,6%).

1-4-3/ Troubles liés à une substance

<i>Résultat de consultation</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	18,7%	47	100,0%	[90,6 - 99,8]	1,05159E-42
<i>TABAGISME</i>	7,6%	40	85,1%	[71,1 - 93,3]	6,73635E-74
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	4,1%	37	78,7%	[63,9 - 88,8]	1,6081E-107
<i>TOXICOMANIE</i>	5,2%	18	38,3%	[24,9 - 53,6]	1,7578E-21
<i>VACCINATION</i>	8,7%	13	27,7%	[16,1 - 42,9]	8,14697E-06
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	0,4%	9	19,1%	[9,6 - 33,7]	9,95657E-45
<i>HTA</i>	22,6%	5	10,6%	[4 - 23,9]	NS
<i>DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT</i>	5,7%	4	8,5%	[2,8 - 21,3]	NS
<i>ASTHME</i>	3,5%	4	8,5%	[2,8 - 21,3]	NS
<i>CONTUSION</i>	2,7%	3	6,4%	[1,7 - 18,6]	NS
<i>ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE</i>	2,2%	3	6,4%	[1,7 - 18,6]	NS
<i>REFLUX-PYROSIS-CÉSOPHAGITE</i>	4,7%	3	6,4%	[1,7 - 18,6]	NS
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	9,6%	3	6,4%	[1,7 - 18,6]	NS
<i>HÉPATITE VIRALE</i>	1,8%	3	6,4%	[1,7 - 18,6]	NS
<i>ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)</i>	5,8%	2	4,3%	[0,7 - 15,7]	NS
<i>BRONCHITE CHRONIQUE</i>	3,3%	2	4,3%	[0,7 - 15,7]	NS
<i>DENT (PATHOLOGIE DE LA)</i>	1,9%	2	4,3%	[0,7 - 15,7]	NS
<i>CONSTIPATION</i>	2,4%	2	4,3%	[0,7 - 15,7]	NS
<i>RHINOPHARYNGITE – RHUME</i>	12,6%	2	4,3%	[0,7 - 15,7]	NS
<i>BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES</i>	0,9%	2	4,3%	[0,7 - 15,7]	NS

Figure 18 : Résultats de consultation chez les patients atteints de troubles liés

à une substance

Chez les patients ayant un trouble lié à une substance, on note une majoration significative de patients tabagiques (85,1% contre 7,6%), ayant un problème avec l'alcool (78,7% contre 4,1%), une toxicomanie (38,3% contre 5,2%), une tentative de suicide (19,1% contre 0,4%).

1-4-4/ Troubles anxieux

<i>Résultat de consultation</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	18,7%	27	100,0%	[84,5 - 99,7]	3,23871E-11
<i>TABAGISME</i>	7,6%	11	40,7%	[23 - 61]	7,52718E-05
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	0,4%	9	33,3%	[17,2 - 54]	1,59626E-86
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	4,1%	6	22,2%	[9,4 - 42,7]	0,003494108
<i>VACCINATION</i>	8,7%	5	18,5%	[7 - 38,7]	NS
<i>HTA</i>	22,6%	5	18,5%	[7 - 38,7]	NS
<i>DIABÈTE DE TYPE 2</i>	7,0%	3	11,1%	[2,9 - 30,3]	NS
<i>CONSTIPATION</i>	2,4%	3	11,1%	[2,9 - 30,3]	NS
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	9,6%	3	11,1%	[2,9 - 30,3]	NS
<i>ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)</i>	0,4%	2	7,4%	[1,3 - 25,8]	5,68831E-05
<i>ASTHÉNIE - FATIGUE</i>	3,5%	2	7,4%	[1,3 - 25,8]	NS
<i>DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT</i>	5,7%	2	7,4%	[1,3 - 25,8]	NS
<i>ARTHROSE</i>	2,5%	2	7,4%	[1,3 - 25,8]	NS
<i>HYPOTHYROÏDIE</i>	2,4%	2	7,4%	[1,3 - 25,8]	NS
<i>ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE</i>	1,8%	2	7,4%	[1,3 - 25,8]	NS
<i>ASTHME</i>	3,5%	2	7,4%	[1,3 - 25,8]	NS
<i>DIABÈTE DE TYPE 1</i>	0,5%	1	3,7%	[0,2 - 20,9]	NS
<i>ARTHROPATHIE</i>	9,2%	1	3,7%	[0,2 - 20,9]	NS
<i>PÉRIARTHROPATHIE</i>					
<i>MALAISE – ÉVANOUISSEMENT</i>	0,5%	1	3,7%	[0,2 - 20,9]	NS
<i>POLYARTHRITE RHUMATOÏDE</i>	0,4%	1	3,7%	[0,2 - 20,9]	NS

Figure 19 : Résultats de consultation chez les patients atteints de troubles

anxieux

Chez les patients ayant un trouble anxieux, on trouve une majoration significative de patients tabagiques (40,7% contre 7,6%), de tentatives de suicide (33,3% contre 0,4%), de problèmes avec l'alcool (22,2% contre 4,1%), d'anémie non ferriprive (7,4% contre 0,4%).

1-4-5/ Autres troubles

Les effectifs étant très faibles, les données ne sont pas exploitables car les intervalles de confiance sont trop larges.

1-5 Selon le poids

1-5-1/ Maigreur (IMC < 18,5)

<i>Résultat de consultation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	19	100,0%	[79,1 - 99,5]
<i>TABAGISME</i>	10	52,6%	[29,5 - 74,8]
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	7	36,8%	[17,2 - 61,4]
<i>DIABÈTE DE TYPE 2</i>	5	26,3%	[10,1 - 51,4]
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	5	26,3%	[10,1 - 51,4]
<i>HTA</i>	5	26,3%	[10,1 - 51,4]
<i>VACCINATION</i>	5	26,3%	[10,1 - 51,4]
<i>PLAINTE ABDOMINALE</i>	2	10,5%	[1,8 - 34,5]
<i>CONSTIPATION</i>	3	15,8%	[4,2 - 40,5]
<i>ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)</i>	4	21,1%	[7 - 46,1]
<i>TOXICOMANIE</i>	4	21,1%	[7 - 46,1]
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	4	21,1%	[7 - 46,1]
<i>NAUSÉE OU VOMISSEMENT</i>	2	10,5%	[1,8 - 34,5]
<i>ECZÉMA</i>	3	15,8%	[4,2 - 40,5]
<i>ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE</i>	3	15,8%	[4,2 - 40,5]
<i>HYPERTHYROÏDIE</i>	3	15,8%	[4,2 - 40,5]
<i>DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT</i>	2	10,5%	[1,8 - 34,5]
<i>INTERTRIGO</i>	2	10,5%	[1,8 - 34,5]
<i>DERMATOSE</i>	2	10,5%	[1,8 - 34,5]
<i>ENTORSE</i>	2	10,5%	[1,8 - 34,5]

Figure 20 : Résultats de consultation chez les patients "maigres"

Le faible effectif crée des intervalles de confiance trop larges. Par exemple, l'intervalle de confiance à 95% des patients tabagiques (52,6% de l'échantillon) va de 29,5% à 74,8%.

1-5-2/ Corpulence normale (IMC de 18,5 à 25)

<i>Résultat de consultation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	112	100,0%	[95,9 - 99,9]
<i>TABAGISME</i>	59	52,7%	[43,1 - 62,1]
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	41	36,6%	[27,9 - 46,3]
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	36	32,1%	[23,8 - 41,7]
<i>VACCINATION</i>	27	24,1%	[16,7 - 33,3]
<i>CONSTIPATION</i>	19	17,0%	[10,8 - 25,5]
<i>TOXICOMANIE</i>	15	13,4%	[7,9 - 21,4]
<i>HTA</i>	14	12,5%	[7,3 - 20,4]
<i>DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT</i>	12	10,7%	[5,9 - 18,3]
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	11	9,8%	[5,2 - 17,3]
<i>PLAÏE</i>	10	8,9%	[4,6 - 16,2]
<i>TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)</i>	8	7,1%	[3,4 - 14]
<i>SUITE OPÉRATOIRE</i>	7	6,3%	[2,8 - 12,9]
<i>RHINOPHARYNGITE – RHUME</i>	7	6,3%	[2,8 - 12,9]
<i>ASTHME</i>	7	6,3%	[2,8 - 12,9]
<i>BRONCHITE AIGUË</i>	6	5,4%	[2,2 - 11,8]
<i>ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE</i>	6	5,4%	[2,2 - 11,8]
<i>CANCER</i>	6	5,4%	[2,2 - 11,8]
<i>MALAISE – ÉVANOUISSEMENT</i>	6	5,4%	[2,2 - 11,8]
<i>HYPOTHYROÏDIE</i>	6	5,4%	[2,2 - 11,8]

Figure 21 : Résultats de consultation chez les patients de corpulence

"normale"

Les patients à corpulence normale sont tabagiques à 52,7% (IC95% [43,1 - 62,1]), alcooliques pour 36,6% (IC95% [27,9 - 46,3]), ont fait une tentative de suicide pour 32,1% des patients (IC95% [23,8 - 41,7])

1-5-3/ Surpoids (IMC de 25 à 30)

<i>Résultat de consultation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	84	100,0%	[94,8 - 99,9]
<i>TABAGISME</i>	47	53,4%	[42,5 - 64]
<i>VACCINATION</i>	30	34,1%	[24,5 - 45,1]
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	29	33,0%	[23,5 - 43,9]
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	20	22,7%	[14,8 - 33,1]
<i>TOXICOMANIE</i>	12	13,6%	[7,5 - 23]
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	11	12,5%	[6,7 - 21,7]
<i>HTA</i>	10	11,4%	[5,9 - 20,3]
<i>DIABÈTE DE TYPE 2</i>	9	10,2%	[5,1 - 19]
<i>CONSTIPATION</i>	8	9,1%	[4,3 - 17,6]
<i>LOMBALGIE</i>	7	8,0%	[3,5 - 16,2]
<i>DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT</i>	7	8,0%	[3,5 - 16,2]
<i>RHINOPHARYNGITE – RHUME</i>	6	6,8%	[2,8 - 14,8]
<i>HYPOTHYROÏDIE</i>	6	6,8%	[2,8 - 14,8]
<i>ASTHME</i>	6	6,8%	[2,8 - 14,8]
<i>ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE</i>	5	5,7%	[2,1 - 13,4]
<i>GLAUCOME</i>	5	5,7%	[2,1 - 13,4]
<i>ŒDÈME MEMBRES INFÉRIEURS</i>	4	4,5%	[1,5 - 11,9]
<i>ARTHROSE</i>	4	4,5%	[1,5 - 11,9]
<i>ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)</i>	4	4,5%	[1,5 - 11,9]

Figure 22 : Résultats de consultation chez les patients en surpoids

Les patients en surpoids sont tabagiques à 53,4% (IC95% [42,5 - 64]), alcooliques pour 33,0% (IC95% [23,5 - 43,9])

1-5-4/ Obésité (IMC supérieure à 30)

<i>Résultat de consultation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	100	100,0%	[95,4 - 99,9]
<i>TABAGISME</i>	56	56,0%	[45,7 - 65,8]
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	40	40,0%	[30,5 - 50,3]
<i>HTA</i>	26	26,0%	[18 - 35,9]
<i>VACCINATION</i>	25	25,0%	[17,1 - 34,8]
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	23	23,0%	[15,4 - 32,7]
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	15	15,0%	[8,9 - 23,9]
<i>CONSTIPATION</i>	14	14,0%	[8,1 - 22,7]
<i>TOXICOMANIE</i>	12	12,0%	[6,6 - 20,4]
<i>HYPOTHYROÏDIE</i>	10	10,0%	[5,2 - 18]
<i>DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT</i>	9	9,0%	[4,5 - 16,8]
<i>CONTUSION</i>	8	8,0%	[3,8 - 15,6]
<i>ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)</i>	8	8,0%	[3,8 - 15,6]
<i>DIABÈTE DE TYPE 2</i>	8	8,0%	[3,8 - 15,6]
<i>ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE</i>	8	8,0%	[3,8 - 15,6]
<i>INSUFFISANCE RESPIRATOIRE</i>	7	7,0%	[3,1 - 14,4]
<i>BRONCHITE CHRONIQUE</i>	7	7,0%	[3,1 - 14,4]
<i>CYSTITE - CYSTALGIE</i>	7	7,0%	[3,1 - 14,4]
<i>ECZÉMA</i>	7	7,0%	[3,1 - 14,4]
<i>LOMBALGIE</i>	6	6,0%	[2,5 - 13,1]

Figure 23 : Résultats de consultation chez les patients « obèses »

Les patients obèses de l'échantillon sont tabagiques à 56,0% (IC95% [45,7 - 65,8]), alcooliques à 40,0% (IC95% [30,5 - 50,3]), Hypertendus à 26,0% (IC95% [18 - 35,9])

1-6 Selon la catégorie socio-professionnelle

1-6-1/ Autres personnes sans activité professionnelle

<i>Résultat de consultation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>IC à 95%</i>
		<i>échantillon</i>	
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	161	100,0%	[97,1 - 99,9]
<i>TABAGISME</i>	85	52,8%	[44,8 - 60,7]
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	53	32,9%	[25,8 - 40,8]
<i>VACCINATION</i>	45	28,0%	[21,3 - 35,7]
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	36	22,4%	[16,3 - 29,7]
<i>TOXICOMANIE</i>	26	16,1%	[11 - 23]
<i>HTA</i>	22	13,7%	[8,9 - 20,2]
<i>CONSTIPATION</i>	18	11,2%	[6,9 - 17,3]
<i>DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT</i>	15	9,3%	[5,5 - 15,2]
<i>DIABÈTE DE TYPE 2</i>	11	6,8%	[3,6 - 12,2]
<i>LOMBALGIE</i>	11	6,8%	[3,6 - 12,2]
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	11	6,8%	[3,6 - 12,2]
<i>RHINOPHARYNGITE – RHUME</i>	10	6,2%	[3,2 - 11,4]
<i>HYPOTHYROÏDIE</i>	9	5,6%	[2,8 - 10,7]
<i>ASTHME</i>	9	5,6%	[2,8 - 10,7]
<i>ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE</i>	9	5,6%	[2,8 - 10,7]
<i>REFLUX-PYROSIS-ŒSOPHAGITE</i>	8	5,0%	[2,3 - 9,9]
<i>ECZÉMA</i>	8	5,0%	[2,3 - 9,9]
<i>DERMATOSE</i>	7	4,3%	[1,9 - 9,1]
<i>ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)</i>	7	4,3%	[1,9 - 9,1]

Figure 24 : Résultats de consultation chez les patients sans activité

professionnelle

Chez les patients sans activité professionnelle, 52,8% sont tabagiques (IC à 95% [44,8 - 60,7]), 32,9% ont un problème avec l'alcool (IC 95% [25,8 - 40,8]), 28,0% ont reçu une vaccination (IC95% [21,3 - 35,7]), 22,4% ont fait une tentative de suicide (IC 95% [16,3 - 29,7])

1-6-2/ Ouvriers

<i>Résultat de consultation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	52	100,0%	[91,4 - 99,8]
<i>TABAGISME</i>	38	73,1%	[58,7 - 84]
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	27	51,9%	[37,8 - 65,8]
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	20	38,5%	[25,6 - 53]
<i>VACCINATION</i>	13	25,0%	[14,5 - 39,2]
<i>HTA</i>	11	21,2%	[11,5 - 35,1]
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	10	19,2%	[10,1 - 33]
<i>DIARRHÉE - NAUSÉE - VOMISSEMENT</i>	9	17,3%	[8,7 - 30,8]
<i>CONSTIPATION</i>	8	15,4%	[7,3 - 28,6]
<i>CONTUSION</i>	5	9,6%	[3,6 - 21,8]
<i>DIABÈTE DE TYPE 2</i>	5	9,6%	[3,6 - 21,8]
<i>ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)</i>	5	9,6%	[3,6 - 21,8]
<i>PLAIE</i>	4	7,7%	[2,5 - 19,4]
<i>HYPOTHYROÏDIE</i>	4	7,7%	[2,5 - 19,4]
<i>TOXICOMANIE</i>	4	7,7%	[2,5 - 19,4]
<i>ASTHME</i>	4	7,7%	[2,5 - 19,4]
<i>TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)</i>	3	5,8%	[1,5 - 16,9]
<i>PROSTATE (HYPERTROPHIE)</i>	2	3,8%	[0,7 - 14,3]
<i>SUITE OPÉRATOIRE</i>	2	3,8%	[0,7 - 14,3]
<i>INSUFFISANCE RESPIRATOIRE</i>	2	3,8%	[0,7 - 14,3]

Figure 25 : Résultats de consultation chez les ouvriers

Parmi les ouvriers, 73,1% sont tabagiques (IC95% [58,7 - 84]), 51,9% ont un problème avec l'alcool (IC95% [37,8 - 65,8]), 38,5% ont fait une tentative de suicide (IC95% [25,6 - 53])

1-6-3/ Employés

<i>Résultat de consultation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>
<i>EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION</i>	50	100,0%	[91,1 - 99,8]
<i>TABAGISME</i>	28	56,0%	[41,3 - 69,7]
<i>ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')</i>	20	40,0%	[26,7 - 54,8]
<i>SUICIDE (TENTATIVE)</i>	14	28,0%	[16,7 - 42,7]
<i>VACCINATION</i>	11	22,0%	[12 - 36,3]
<i>TOXICOMANIE</i>	8	16,0%	[7,6 - 29,7]
<i>HTA</i>	7	14,0%	[6,3 - 27,4]
<i>CONSTIPATION</i>	6	12,0%	[5 - 25]
<i>DENT (PATHOLOGIE DE LA)</i>	4	8,0%	[2,6 - 20,1]
<i>DYSLIPIDEMIE</i>	4	8,0%	[2,6 - 20,1]
<i>ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE</i>	3	6,0%	[1,6 - 17,5]
<i>HYPERTHYROÏDIE</i>	3	6,0%	[1,6 - 17,5]
<i>MYALGIE</i>	3	6,0%	[1,6 - 17,5]
<i>HYPOTHYROÏDIE</i>	3	6,0%	[1,6 - 17,5]
<i>BRONCHITE AIGUË</i>	3	6,0%	[1,6 - 17,5]
<i>RHINOPHARYNGITE – RHUME</i>	3	6,0%	[1,6 - 17,5]
<i>ASTHME</i>	3	6,0%	[1,6 - 17,5]
<i>ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)</i>	2	4,0%	[0,7 - 14,9]
<i>HÉPATITE VIRALE</i>	2	4,0%	[0,7 - 14,9]
<i>RECTORRAGIES</i>	2	4,0%	[0,7 - 14,9]

Figure 26 : Résultats de consultation chez les employés

Parmi les employés, 56,0% sont tabagiques (IC95% [41,3 - 69,7]), 40,0% ont un problème avec l'alcool (IC95% [26,7 - 54,8]), 28,0% ont fait une tentative de suicide (IC95% [16,7 - 42,7])

1-6-4/ Autres catégories socio-professionnelles

Les effectifs étant très faibles, les données ne sont pas exploitables car les intervalles de confiance sont trop larges.

2/ Tabagisme

Nous observons une indépendance des tabagisme de l'échantillon (53,3%, IC [47,7-58,9] et de la population de médecine générale (8,25 %, test du Khi2 : $p = 2.419357e-205$)

2-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	7,5	35	70,0	[55,2 - 81,7]	1,29013E-33
30-39	11,9	46	65,7	[53,3 - 76,4]	1,83735E-25
40-49	10,7	52	64,2	[52,7 - 74,3]	1,20931E-28
50-59	7,3	27	44,3	[31,8 - 57,5]	1,69938E-16
60-69	4,5	7	19,4	[8,8 - 36,6]	0,000554127
70-79	2,1	1	9,1	[0,5 - 42,9]	NS
80-89	0	0	0,0	[1,9 - 53,7]	NS
90-99	0	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

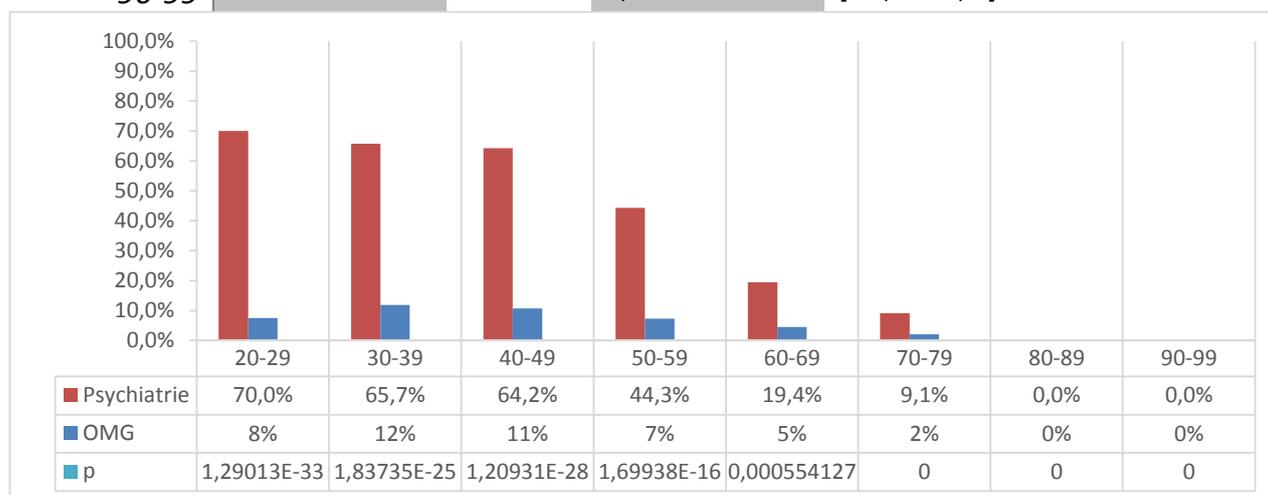


Figure 27 : Résultat de consultation "tabagisme" selon l'âge

Il existe un tabagisme significativement supérieur dans l'échantillon pour les tranches d'âge allant de 20 à 69 ans (test du Khi2 : $p < 0,05$)

2-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	10,7	108	63,2	[55,4 - 70,3]	5,3496E-178
<i>Femme</i>	4,8	60	41,7	[33,6 - 50,2]	3,09733E-49

Figure 28 : Résultat de consultation "tabagisme" selon le sexe

Nous observons tabagisme significativement supérieur dans l'échantillon, que ce soit chez l'homme (63,2% contre 10,7%, test du Khi2 : $p=5,3496E-178$) ou chez la femme (41,7% des femmes contre 4,8%, test du Khi2 : $p=3,09733E-49$)

Il existe une différence significative entre le tabagisme des hommes (63,2%) et des femmes (41,7%, test du Khi2 : $p= 0,000139671$)

3/ Alcool

Nous observons une indépendance de l'alcoolisme entre l'échantillon (35,9%, IC [30,6-41,5] et la population de médecine générale (4,25 %, test du Khi2 : p 8,31853E-85)

3-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	2,1	14	28,0	[16,7 - 42,7]	2,37205E-16
30-39	6,9	26	37,1	[26,1 - 49,6]	2,05827E-13
40-49	6,1	36	44,4	[33,5 - 55,9]	1,0182E-21
50-59	4,6	29	47,5	[34,8 - 60,6]	5,67891E-25
60-69	1,5	8	22,2	[10,7 - 39,6]	2,52022E-09
70-79	2,1	0	0,0	[0,8 - 32,1]	NS
80-89	2,3	0	0,0	[1,9 - 53,7]	NS
90-99	0	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

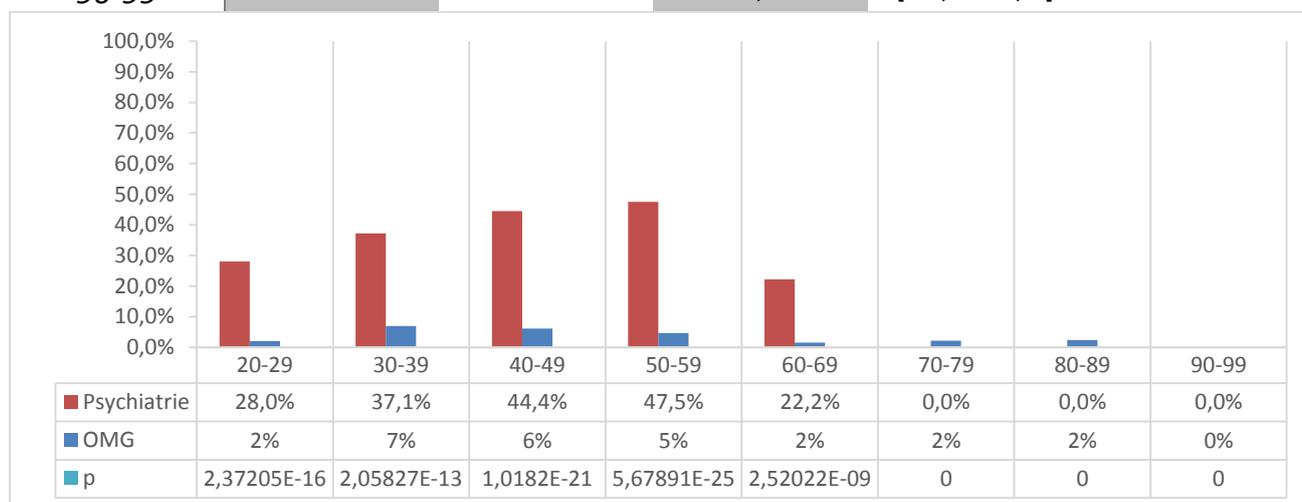


Figure 29 : Résultat de consultation "trouble avec l'alcool" selon l'âge

Il existe un alcoolisme significativement supérieur dans l'échantillon pour les tranches d'âge allant de 20 à 69 ans (test du Khi2 : p<0,05)

3-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	7,0	79	46,2	[38,6 - 54]	2,7329E-188
<i>Femme</i>	1,4	34	23,6	[17,1 - 31,5]	1,0102E-39

Figure 30 : Résultat de consultation "trouble avec l'alcool" selon le sexe

Nous observons un problème avec l'alcool significativement supérieur dans l'échantillon, que ce soit chez l'homme (63,2% contre 9,4%, test du Khi2 : $p=1,2039E-200$) ou chez la femme (41,7% des femmes contre 4,8%, test du Khi2 : $p=3,09733E-49$).

Il existe une différence significative pour l'item « problème avec l'alcool » entre l'alcoolisme des hommes (46,2%) et des femmes (23,6%, test du Khi2 : $p=3,12965E-05$)

4/ Vaccination

Nous observons une indépendance de la vaccination entre l'échantillon (26,3% IC95% [21,6 - 31,6]) et la population de médecine générale (9,57%, test du Khi2 : p 5,35968E-21)

4-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	4,6	10	20,0	[10,5 - 34,1]	2E-05
30-39	6,7	16	22,9	[14 - 34,7]	1E-05
40-49	4,4	27	33,3	[23,5 - 44,8]	1E-16
50-59	10	16	26,2	[16,2 - 39,3]	0,0003
60-69	14,7	11	30,6	[16,9 - 48,3]	0,0166
70-79	16,9	1	9,1	[0,5 - 42,9]	NS
80-89	14	2	40,0	[7,3 - 83]	NS
90-99	0	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

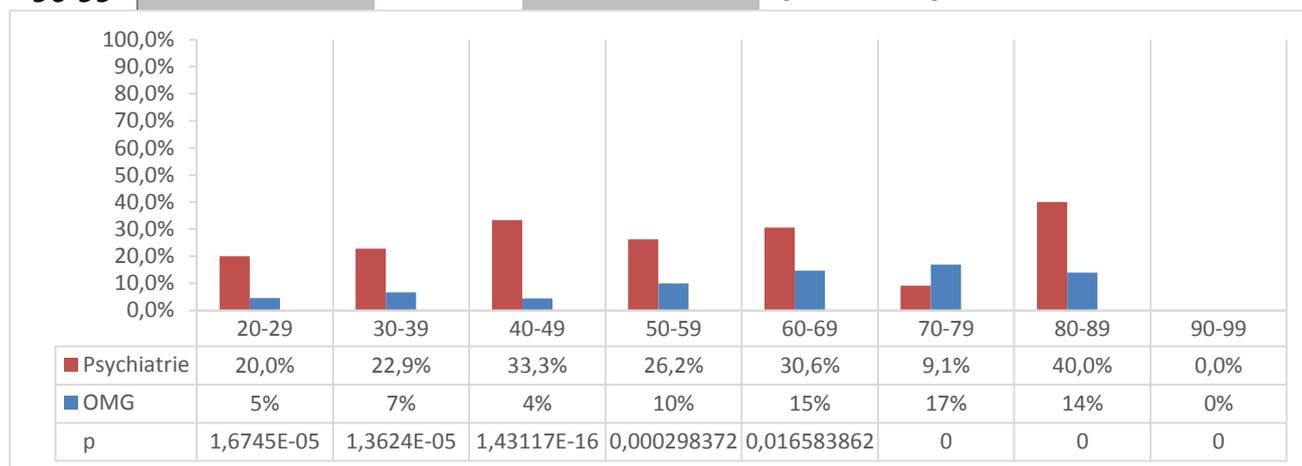


Figure 31 : Résultat de consultation "vaccination" selon l'âge

Il existe une vaccination significativement supérieure dans l'échantillon pour les tranches d'âge allant de 20 à 69 ans (test du Khi2 : $p < 0,05$)

4-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	9,3	44	25,7	[19,5 - 33,1]	2,9908E-170
<i>Femme</i>	8,2	39	27,1	[20,2 - 35,2]	1,64327E-12

Figure 32 : Résultat de consultation "vaccination" selon le sexe

Nous observons une vaccination significativement supérieure dans l'échantillon, que ce soit chez l'homme (25,7% contre 7,8%, test du Khi2 : $p=1,3188E-194$) ou chez la femme (27,1% des femmes contre 8,2%, test du Khi2 : $p=1,64327E-12$)

Il n'existe pas de différence significative dans l'échantillon entre la vaccination des hommes et des femmes.

5/ Tentative de suicide

Nous observons une indépendance de l'item « tentative de suicide » entre l'échantillon (25,4% IC95% [20,8 - 30,6]) et la population de médecine générale (0,4 %, test de Khi2 : $p= 1,2157E-128$)

5-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	0,2	22	44,0%	[30,3 - 58,7]	1,71E-19
30-39	0,2	18	25,7	[16,3 - 37,8]	1,15E-23
40-49	1,2	20	24,7	[16,1 - 35,7]	1,78E-18
50-59	0,7	11	18,0	[9,8 - 30,4]	1,22E-13
60-69	0	8	22,2	[10,7 - 39,6]	7,37E-15
70-79	0	1	9,1	[0,5 - 42,9]	0.04435
80-89	0	0	0,0	[1,9 - 53,7]	NS
90-99	0	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

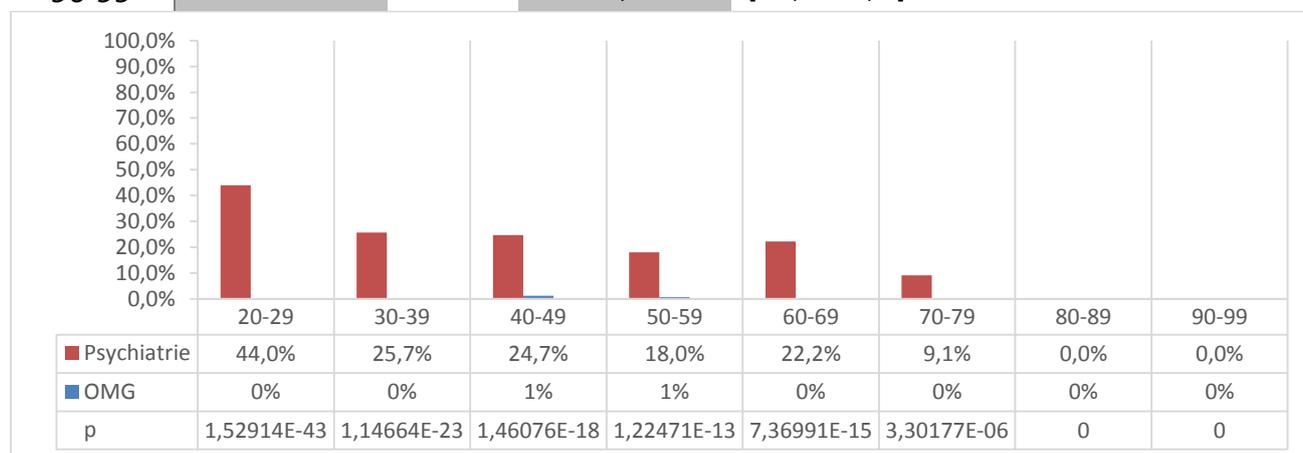


Figure 33 : Résultat de consultation "tentative de suicide" selon l'âge

Nous observons une différence significative de la tentative de suicide de 20 à 69 ans (test exact de Fisher : $p<0,05$)

5-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	0,6	39	22,8	[16,9 - 30]	1,02493E-34
<i>Femme</i>	0,4	41	28,5	[21,4 - 36,7]	4,15197E-67

Figure 34 : Résultat de consultation "tentative de suicide" selon le sexe

Nous observons une tentative de suicide significativement supérieure dans l'échantillon, que ce soit chez l'homme (22,8% contre 0,6%, test exact de Fisher : $p=1,02493E-34$) ou chez la femme (28,5% des femmes contre 0,4%, test exact de Fisher : $p=4,15197E-67$)

Il n'y a pas de différence significative pour l'item « tentative de suicide » entre les hommes et femmes de l'échantillon.

6/ Hypertension artérielle

Nous observons une indépendance de l'hypertension artérielle (HTA) entre l'échantillon (16,2%, IC95% [12,4 - 20,8]) et la population de médecine générale (29,2 %, test de Khi2 : $p=0,006557186$)

6-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	3	1	2,0	[0,1 - 12]	NS
30-39	3,2	4	5,7	[1,8 - 14,7]	NS
40-49	15,4	9	11,1	[5,5 - 20,5]	NS
50-59	26,7	16	26,2	[16,2 - 39,3]	NS
60-69	48,7	12	33,3	[19,1 - 51,1]	NS
70-79	50,2	6	54,5	[24,6 - 81,9]	NS
80-89	58,1	2	40,0	[7,3 - 83]	NS
90-99	33,3	1	100,0	[5,5 - 89,2]	NS

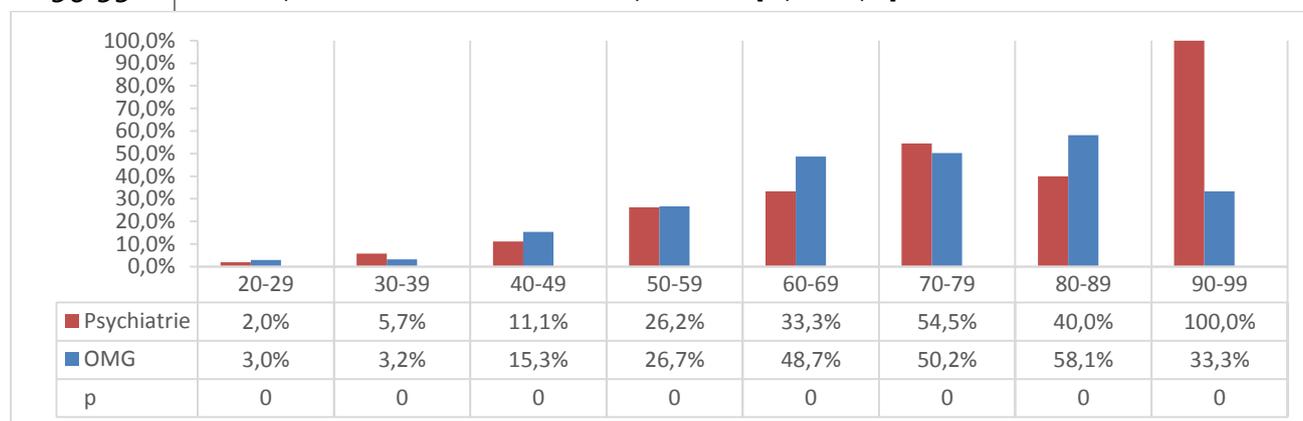


Figure 35 : Résultat de consultation "hypertension artérielle" selon l'âge

Nous n'observons pas de différence significative pour l'item « hypertension artérielle » en fonction de l'âge.

6-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	24,1	28	16,4	[11,3 - 23]	9,7875E-105
<i>Femme</i>	21,2	23	16,0	[10,6 - 23,2]	NS

Figure 36 : Résultat de consultation "hypertension artérielle" selon le sexe

Nous observons une hypertension statistiquement inférieure chez les hommes dans la population de l'échantillon (16,4% IC95% [11,3-23]) par rapport aux hommes de la population de médecine générale (24,1%, test du Khi2 : $p=9,7875E-105$).

Il n'y a pas de différence significative pour l'item « hypertension artérielle » entre les hommes et femmes de l'échantillon.

7/ Constipation

Nous observons une indépendance de l'item « constipation » entre l'échantillon (12,7%, IC95% [9,3 - 17]) et la population de médecine générale (2,50 %, test de Khi2 : $p= 1,52621E-19$)

7-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	3	8	16,0	[7,6 - 29,7]	1,69E-05
30-39	2,7	4	5,7	[1,8 - 14,7]	NS
40-49	1,7	7	8,6	[3,8 - 17,5]	0,000597
50-59	1,7	10	16,4	[8,6 - 28,5]	1,01E-08
60-69	2,6	7	19,4	[8,8 - 36,6]	7,06E-06
70-79	3,4	2	18,2	[3,2 - 52,2]	NS
80-89	1,2	2	40,0	[7,3 - 83]	0,007161
90-99	16,7	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

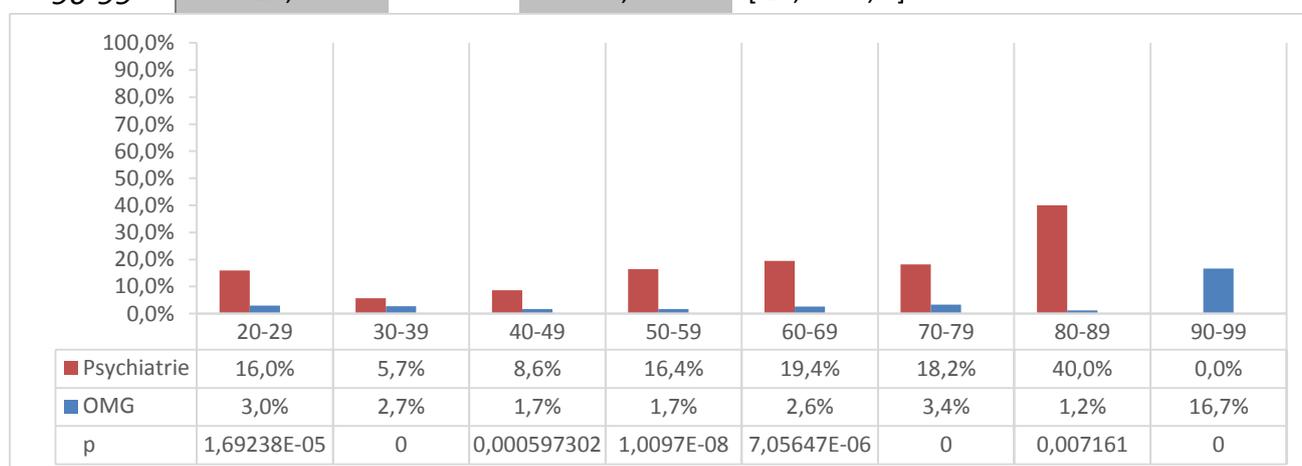


Figure 37 : Résultat de consultation "constipation" selon l'âge

Il existe une différence significative pour l'item « constipation » de 20 à 29 ans et de 40 à 69 ans (test du Khi2 : $p<0,05$), ainsi que de 80 à 89 ans (test exact de Fisher : $p=0,007161$)

7-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	1,9	18	10,5	[6,5 - 16,4]	5,1764E-219
<i>Femme</i>	2,9	22	15,3	[10 - 22,4]	3,5934E-12

Figure 38 : Résultat de consultation "constipation" selon le sexe

Nous observons une constipation significativement supérieure chez les hommes de l'échantillon (10,5% contre 1,9%, test de Khi2 : $p=5,1764E-219$), ainsi que chez les femmes (15,3% contre 2,9%, test de Khi2 : $p=3,5934E-12$)

Il n'y a pas de différence significative pour l'item « constipation » entre les hommes et femmes de l'échantillon.

8/ Toxicomanie

Nous observons une indépendance de l'item « toxicomanie » entre l'échantillon (12,7%, IC95% [9,1 – 16,7]) et la population de médecine générale (5,52 %, test de Khi2 : $p= 6,88149E-07$)

8-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	4,3	12	24,0	[13,5 - 38,5]	6,7E-08
30-39	16,1	17	24,3	[15,2 - 36,3]	NS
40-49	7,1	6	7,4	[3 - 16]	NS
50-59	0,7	3	4,9	[1,3 - 14,6]	NS
60-69	0,4	1	2,8	[0,1 - 16,2]	NS
70-79	0,4	0	0,0	[0,8 - 32,1]	NS
80-89	0	0	0,0	[1,9 - 53,7]	NS
90-99	0	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

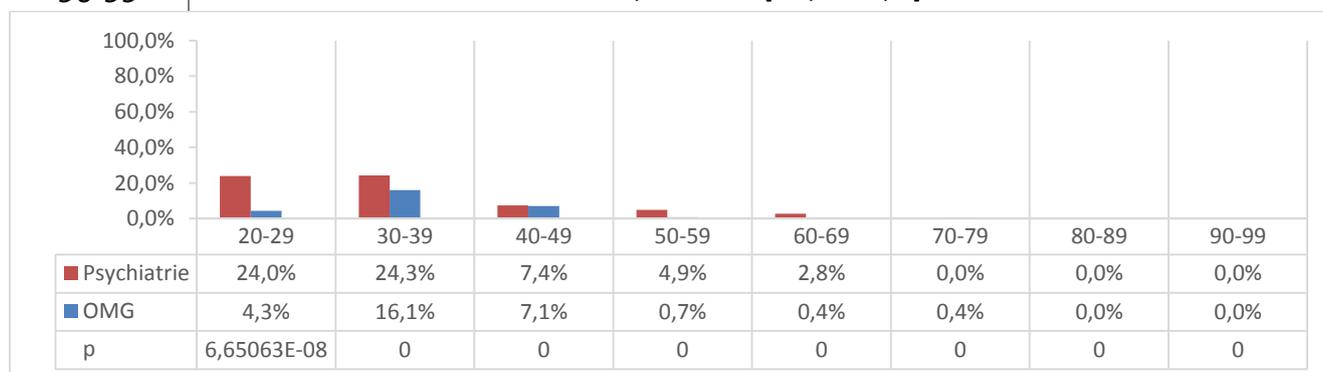


Figure 39 : Résultat de consultation "toxicomanie" selon l'âge

Il existe une différence significative pour l'item « toxicomanie » de 20 à 29 ans (test du Khi2 : $p=6,7E-08$)

8-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	9,3	31	18,1	[12,8 - 24,9]	1,1664E-171
<i>Femme</i>	1,4	8	5,6	[2,6 - 11]	0,000649096

Figure 40 : Résultat de consultation "toxicomanie" selon le sexe

Nous observons une toxicomanie significativement supérieure chez les hommes de l'échantillon (18,1% contre 8,8%, test de Khi2 : $p=1,1664E-171$), ainsi que chez les femmes (5,6% contre 1,4%, test de Khi2 : $p=0,000649096$)

Il existe une différence significative pour l'item « toxicomanie » entre les hommes et femmes de l'échantillon (test de Khi2 : $p=0,000737817$)

9/ Dyslipidémie

Nous n'observons pas d'indépendance pour l'item « dyslipidémie » entre la population globale de l'échantillon (11,7%) et la population de référence (10,6%).

9-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	0,5	0	0,0	[0,2 - 8,9]	NS
30-39	3	5	7,1	[2,7 - 16,6]	NS
40-49	6,1	9	11,1	[5,5 - 20,5]	NS
50-59	14,4	8	13,1	[6,2 - 24,8]	NS
60-69	19,2	9	25,0	[12,7 - 42,5]	NS
70-79	23,2	5	45,5	[18,1 - 75,4]	NS
80-89	14	1	20,0	[1,1 - 70,1]	NS
90-99	16,7	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

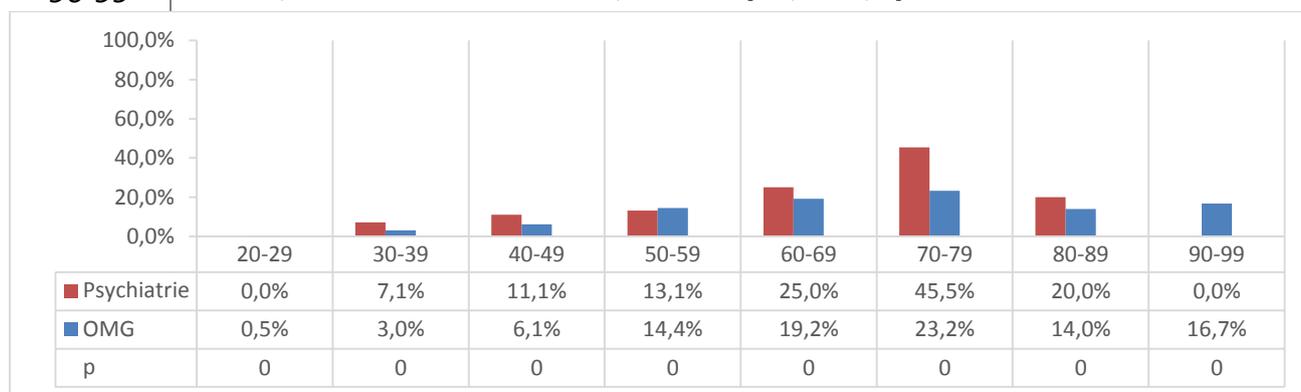


Figure 41 : Résultat de consultation "dyslipidémie" selon l'âge

Il n'existe pas une différence significative pour l'item « dyslipidémie » quel que soit l'âge.

9-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	12,7	23	13,5	[8,9 - 19,7]	NS
<i>Femme</i>	6,7	14	9,7	[5,6 - 16,1]	NS

Figure 42 : Résultat de consultation "dyslipidémie" selon le sexe

Nous n'observons pas de dyslipidémie significativement supérieure chez les hommes et les femmes de l'échantillon par rapport à la population de médecine générale

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « dyslipidémie » entre les hommes et femmes de l'échantillon.

10/ Diarrhée – nausée – vomissement

Nous n'observons pas d'indépendance de l'item « diarrhée – nausée - vomissement » entre l'échantillon (8,3%, IC95% [9,1 – 16,7]) et la population de médecine générale (6,02%)

10-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	0,2	2	4,0	[0,7 - 14,9]	NS
30-39	1	7	10,0	[4,5 - 20,1]	0,00023
40-49	5,1	5	6,2	[2,3 - 14,4]	NS
50-59	9,8	10	16,4	[8,6 - 28,5]	NS
60-69	15,5	2	5,6	[1 - 20]	NS
70-79	15,6	0	0,0	[0,8 - 32,1]	NS
80-89	15,1	0	0,0	[1,9 - 53,7]	NS
90-99	0	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

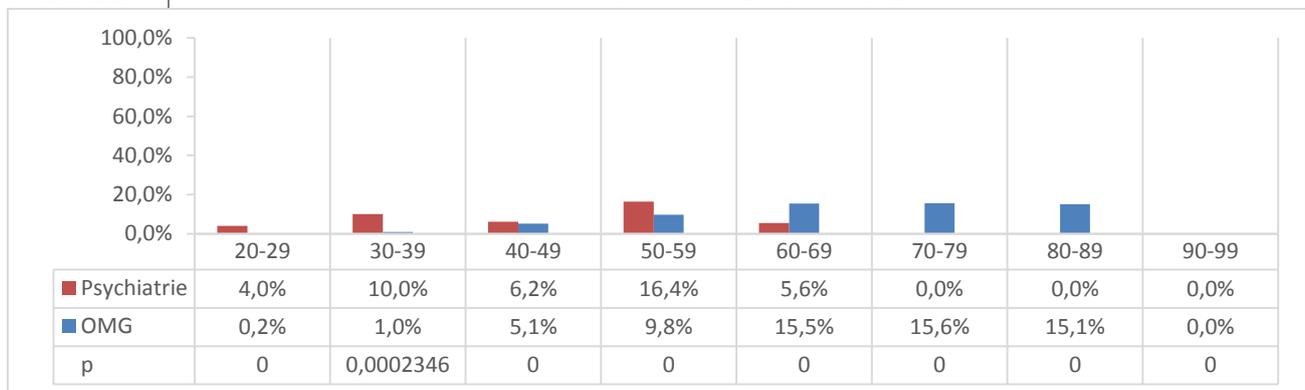


Figure 43 : Résultat de consultation "diarrhée - nausée - vomissement" selon

l'âge

Il existe une différence significative pour l'item « diarrhée – nausée - vomissement » de 30 à 39 ans (test exact de Fisher : p=0,00023)

10-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	8,3	14	8,2	[4,7 - 13,6]	NS
<i>Femme</i>	5,7	12	8,3	[4,6 - 14,4]	NS

Figure 44 : Résultat de consultation "diarrhée - nausée - vomissement" selon

le sexe

Nous n'observons pas de différence significative pour l'item « diarrhée – nausée - vomissement » chez les hommes et les femmes de l'échantillon par rapport à la population de médecine générale.

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « diarrhée – nausée - vomissement » entre les hommes et femmes de l'échantillon.

11/ Diabète de type 2

Nous n'observons pas d'indépendance de l'item « diabète de type 2 » entre l'échantillon (7,6%, IC95% [5-11.3]) et la population de médecine générale (7,48%)

11-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	0,2	0	0,0	[0,2 - 8,9]	NS
30-39	1	2	2,9	[0,5 - 10,9]	NS
40-49	5,10	3	3,7	[1 - 11,2]	NS
50-59	9,8	10	16,4	[8,6 - 28,5]	NS
60-69	15,5	6	16,7	[7 - 33,5]	NS
70-79	15,6	2	18,2	[3,2 - 52,2]	NS
80-89	15,1	1	20,0	[1,1 - 70,1]	NS
90-99	0	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

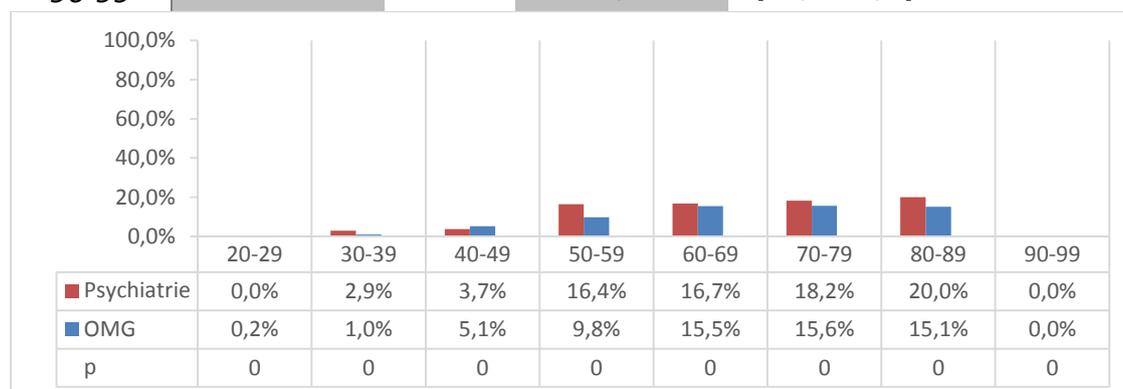


Figure 45 : Résultat de consultation "diabète de type 2" selon l'âge

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « diabète de type 2 » quel que soit l'âge.

11-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	8,3	10	5,8	[3 - 10,8]	NS
<i>Femme</i>	5,7	14	9,7	[5,6 - 16,1]	NS

Figure 46 : Résultat de consultation "diabète de type 2" selon le sexe

Nous n'observons pas de différence significative pour l'item « diabète de type 2 » chez les hommes et les femmes de l'échantillon par rapport à la population de médecine générale.

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « diabète de type 2 » entre les hommes et femmes de l'échantillon.

12/ Hypothyroïdie

Nous observons une indépendance de l'item « hypothyroïdie » entre l'échantillon (6,3%, IC95% [4-9,8]) et la population de médecine générale (2,5%, test du Khi2 : $p=6.689684e-06$)

12-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	0,5	1	2,0	[0,1 - 12]	NS
30-39	1,7	4	5,7	[1,8 - 14,7]	0,01243
40-49	1,90	4	4,9	[1,6 - 12,8]	NS
50-59	2	3	4,9	[1,3 - 14,6]	NS
60-69	3,4	7	19,4	[8,8 - 36,6]	5,6E-05
70-79	7,6	0	0,0	[0,8 - 32,1]	NS
80-89	2,3	1	20,0	[1,1 - 70,1]	NS
90-99	16,7	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

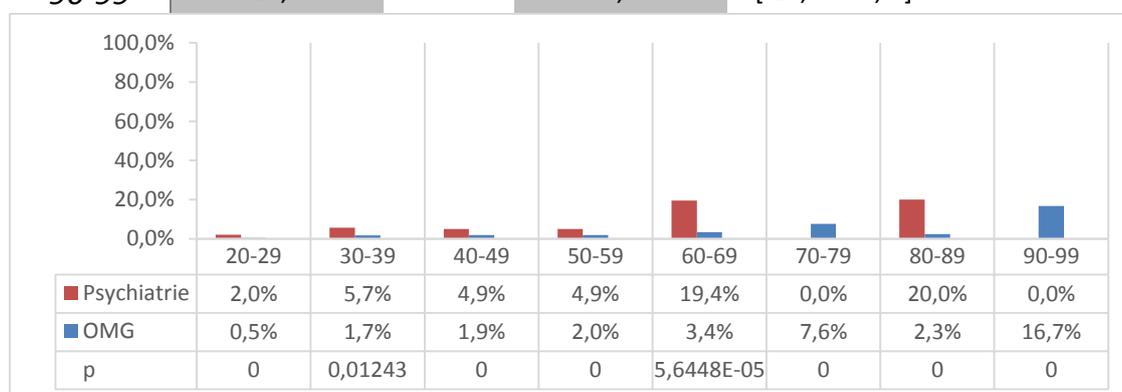


Figure 47 : Résultat de consultation "hypothyroïdie" selon l'âge

Il existe une différence significative pour l'item « hypothyroïdie » pour la tranche d'âge 30-39 ans (5,7% contre 1,7%, test exact de Fisher : $p=0,01243$) et 60-69 ans (19,4% contre 3,4%, test de Khi2 : $p=5,5E-05$)

12-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	0,9	4	2,3	[0,8 - 6,3]	NS
<i>Femme</i>	3,8	16	11,1	[6,7 - 17,7]	0,00010078

Figure 48 : Résultat de consultation "hypothyroïdie" selon le sexe

Il existe une différence significative pour l'item « hypothyroïdie » chez les femmes de l'échantillon par rapport à la population de médecine générale.

Il existe une différence significative pour l'item « hypothyroïdie » entre les hommes (2,3%) et les femmes de l'échantillon (11,1%, test exact de Fisher : $p=0.0019281$)

13/ Anomalie biologique sanguine

Cet item correspond à l'ensemble des anomalies biologiques qui n'ont pas leur propre item (exemple anémie ou hypothyroïdie). Nous observons une indépendance de l'item « anomalie biologique sanguine » entre l'échantillon (5,7%, IC95% [3,5 - 9]) et la population de médecine générale (1,85%, test du Khi2 : $p= 1,51335E-05$)

13-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	0,5	1	2,0	[0,1 - 12]	NS
30-39	1	5	7,1	[2,7 - 16,6]	0,0005
40-49	1,90	3	3,7	[1 - 11,2]	NS
50-59	3,2	2	3,3	[0,6 - 12,4]	NS
60-69	3	2	5,6	[1 - 20]	NS
70-79	2,1	3	27,3	[7,3 - 60,7]	0,00325
80-89	1,2	2	40,0	[7,3 - 83]	0,00716
90-99	0	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

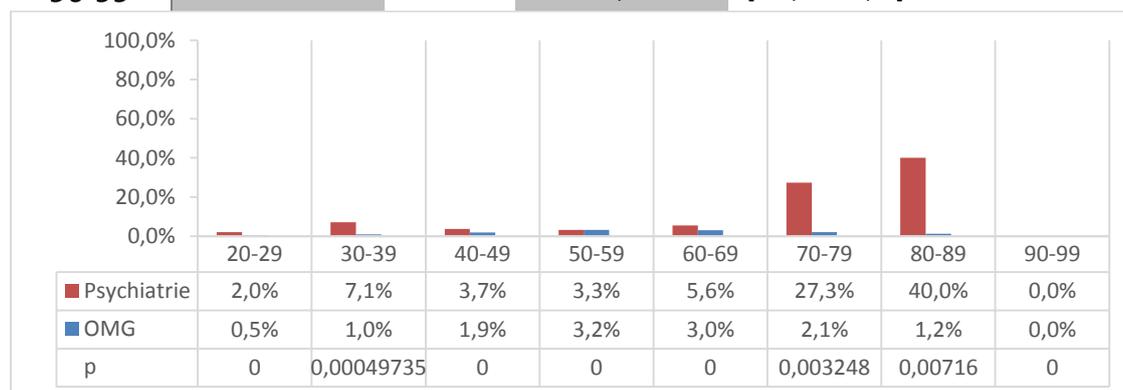


Figure 49 : Résultat de consultation "anomalie biologique sanguine" selon l'âge

Il existe une différence significative pour l'item « anomalie biologique sanguine » pour la tranche d'âge 30-39 ans (7,1% contre 1,0%, test exact de Fisher : $p=0,0005$) et de 70 à 89 ans (test exact de Fisher, $p<0,05$)

13-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	2,0	6	3,5	[1,4 - 7,8]	NS
<i>Femme</i>	1,6	12	8,3	[4,6 - 14,4]	5,21682E-07

Figure 50 : Résultat de consultation "anomalie biologique sanguine" selon le

sexe

Il existe une différence significative pour l'item « anomalie biologique sanguine » chez les femmes de l'échantillon par rapport à la population de médecine générale (8,3% contre 1,6%, test de Khi2 : $p=5,21682E-07$)

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « anomalie biologique sanguine » entre les hommes et les femmes de l'échantillon

14/ Lombalgie

Nous n'observons pas d'indépendance de l'item « lombalgie » entre l'échantillon et la population de médecine générale.

14-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	4,1	2	4,0	[0,7 - 14,9]	NS
30-39	12,1	1	1,4	[0,1 - 8,8]	0,00713
40-49	12,20	7	8,6	[3,8 - 17,5]	NS
50-59	9,3	2	3,3	[0,6 - 12,4]	NS
60-69	10,9	3	8,3	[2,2 - 23,6]	NS
70-79	5,9	0	0,0	[0,8 - 32,1]	NS
80-89	10,5	2	40,0	[7,3 - 83]	NS
90-99	0	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

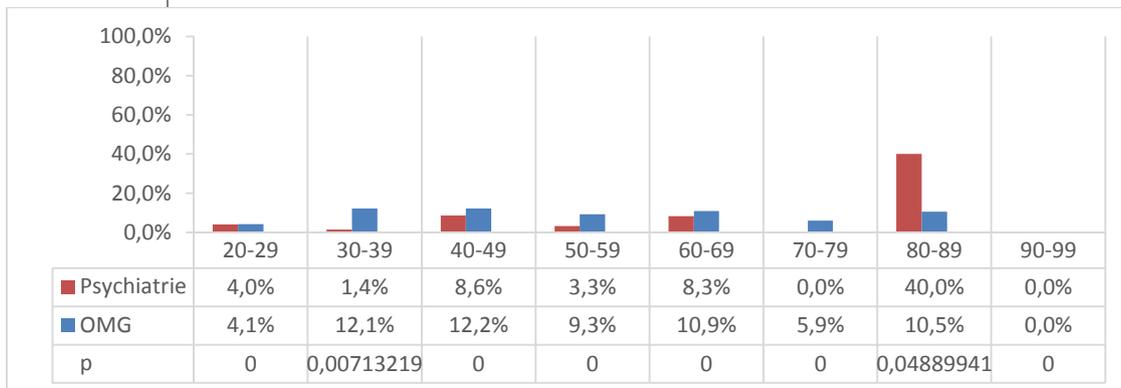


Figure 51 : Résultat de consultation "lombalgie" selon l'âge

Il existe une différence significative pour l'item « lombalgie » pour la tranche d'âge 30-39 ans (1,4% contre 12,1%, test exact de Fisher : p=0,00713)

14-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	8,9	9	5,3	[2,6 - 10,1]	NS
<i>Femme</i>	9,4	8	5,6	[2,6 - 11]	NS

Figure 52 : Résultat de consultation "lombalgie" selon le sexe

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « lombalgie » entre les hommes et les femmes de l'échantillon par rapport à la population de médecine générale.

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « lombalgie » entre les hommes et les femmes de l'échantillon

15/ Asthme

Nous n'observons pas d'indépendance de l'item « asthme » entre l'échantillon et la population de médecine générale.

15-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	3	5	10,0	[3,7 - 22,6]	NS
30-39	5	4	5,7	[1,8 - 14,7]	NS
40-49	5,10	3	3,7	[1 - 11,2]	NS
50-59	2,4	3	4,9	[1,3 - 14,6]	NS
60-69	3,4	2	5,6	[1 - 20]	NS
70-79	2,1	0	0,0	[0,8 - 32,1]	NS
80-89	1,2	0	0,0	[1,9 - 53,7]	NS
90-99	16,7	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

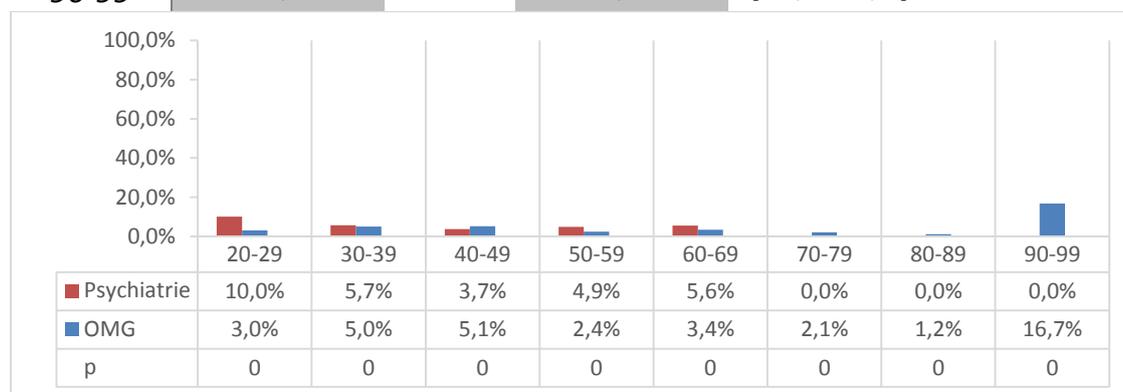


Figure 53 : Résultat de consultation "asthme" selon l'âge

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « asthme » quel que soit l'âge.

15-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	3,4	8	4,7	[2,2 - 9,3]	NS
<i>Femme</i>	3,7	9	6,3	[3,1 - 11,9]	NS

Figure 54 : Résultat de consultation "asthme" selon le sexe

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « asthme » entre les hommes et les femmes de l'échantillon par rapport à la population de médecine générale.

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « asthme » entre les hommes et les femmes de du même échantillon.

16/ Anémie (non ferriprive)

Nous observons une indépendance pour l'item « Anémie non ferriprive » de l'échantillon (5,1%, IC [3 - 8,3] et de la population de médecine générale (0,36 %, test du Khi2 : $p = 3.274817e-45$)

16-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	0,00	1	2,0	[0,1 - 12]	NS
30-39	0,20	1	1,4	[0,1 - 8,8]	NS
40-49	0,20	2	2,5	[0,4 - 9,5]	NS
50-59	0,20	8	13,1	[6,2 - 24,8]	NS
60-69	0,00	3	8,3	[2,2 - 23,6]	0,00158
70-79	1,30	0	0,0	[0,8 - 32,1]	NS
80-89	2,30	1	20,0	[1,1 - 70,1]	NS
90-99	0,00	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

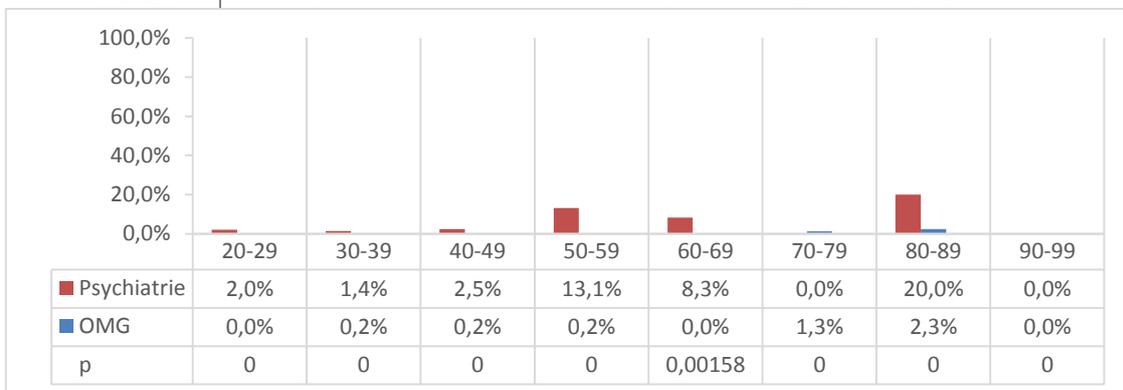


Figure 55 : Résultat de consultation "anémie non ferriprive" selon l'âge

Il existe une anémie non ferriprive significativement supérieure dans l'échantillon pour la tranche d'âge allant de 60 à 69 ans (test exact de Fisher : $p=0,00158$)

16-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	0,2	6	3,5	[1,4 - 7,8]	0,00013
<i>Femme</i>	0,5	10	6,9	[3,6 - 12,7]	2,86324E-11

Figure 56 : Résultat de consultation "anémie non ferriprive" selon le sexe

Nous observons une anémie non ferriprive significativement supérieure dans l'échantillon, que ce soit chez l'homme (3,5% contre 0,2%, test exact de Fisher : $p=0,00013$) ou chez la femme (6,9% des femmes contre 0,5%, test du Khi2 : $p=2,86324E-11$) par rapport à la population de médecine générale.

Il n'existe pas de différence significative entre l'anémie non ferriprive des hommes et des femmes à l'intérieur de l'échantillon.

17/ Rhinopharyngite – Rhume

Nous observons une indépendance pour l'item « Rhinopharyngite - Rhume » de l'échantillon (5,1%, IC [3 - 8,3] et de la population de médecine générale (14,46%, test du Khi2 : $p = 9,38288E-05$)

17-1 Selon l'âge

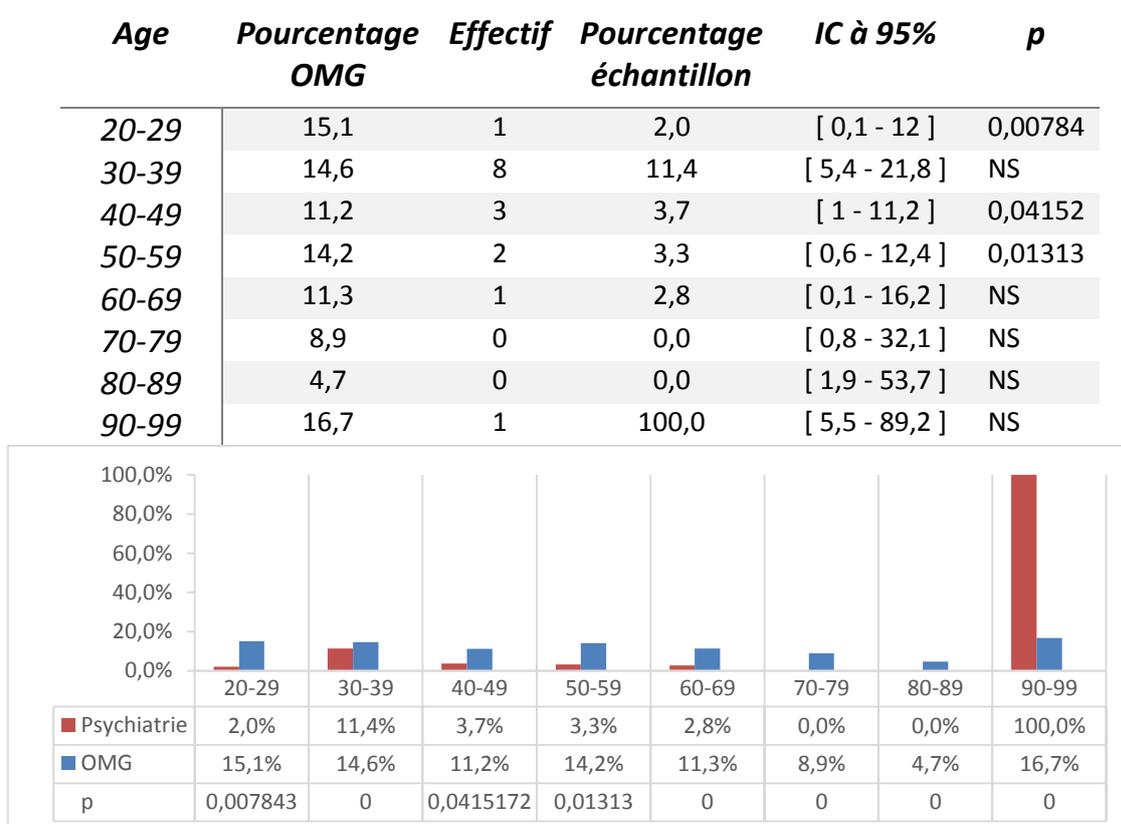


Figure 57 : Résultat de consultation "rhinopharyngite - rhume" selon l'âge

L'item « rhinopharyngite – rhume » est significativement inférieure dans l'échantillon pour les tranches d'âge allant de 20 à 29 ans et de 40 à 59 ans (test exact de Fisher $<0,05$)

17-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	12,4	9	5,3	[2,6 - 10,1]	0,00013
<i>Femme</i>	12,9	7	4,9	[2,1 - 10,1]	0,00527

Figure 58 : Résultat de consultation "rhinopharyngite - rhume" selon le sexe

Nous observons un item « Rhinopharyngite – Rhume » significativement inférieur dans l'échantillon, que ce soit chez l'homme (5,3% contre 12,4%, test du Khi2 : $p=0,00013$) ou chez la femme (4,9% des femmes contre 12,9%, test du Khi2 : $p=0,00527$) par rapport à la population de médecine générale.

Il n'existe pas de différence significative entre l'item « Rhinopharyngite – Rhume » chez les hommes et chez les femmes à l'intérieur de l'échantillon.

18/ Plaie

Nous observons une indépendance pour l'item « Plaie » de l'échantillon (4,4%, IC [2,5-7,5]) et de la population de médecine générale (1,58%, test du Khi2 : $p = 0,00043532$)

18-1 Selon l'âge

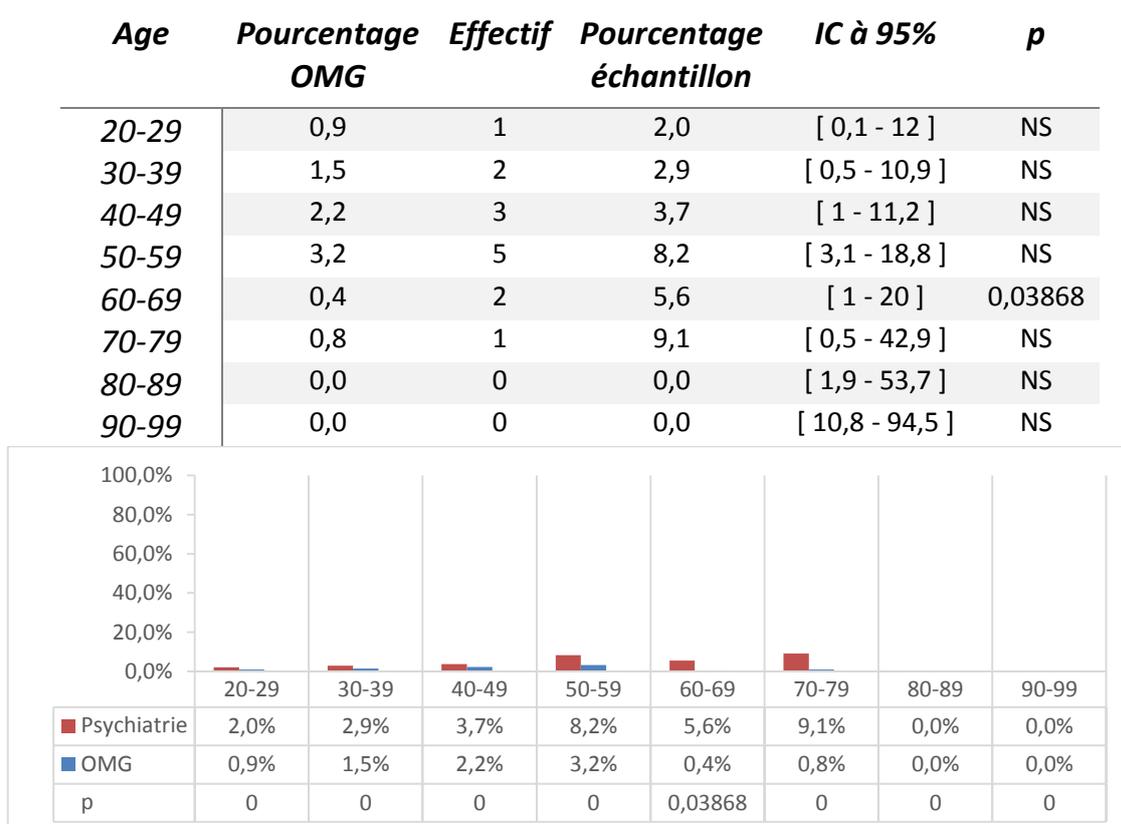


Figure 59 : Résultat de consultation "plaie" selon l'âge

L'item « plaie » est significativement supérieur dans l'échantillon pour la tranche d'âge allant de 60 à 69 ans (5,6% contre 0,4%, test exact de Fisher, $p=0,03868$)

18-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	2,4	8	4,7	[2,2 - 9,3]	NS
<i>Femme</i>	0,8	6	4,2	[1,7 - 9,2]	0,000283103

Figure 60 : Résultat de consultation "plaie" selon le sexe

Nous observons un item « Plaie » significativement supérieur dans l'échantillon chez la femme (4,2% contre 0,8%, test du Khi2 : $p=0,000283103$) par rapport à la population de médecine générale.

Il n'existe pas de différence significative entre l'item « Plaie » chez les hommes et chez les femmes à l'intérieur de l'échantillon.

19/ Reflux – Pyrosis – Œsophagite

Nous n'observons pas d'indépendance de l'item « Reflux – Pyrosis - Œsophagite » entre l'échantillon et la population de médecine générale.

19-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	2,3	2	4,0	[0,7 - 14,9]	NS
30-39	5,0	3	4,3	[1,1 - 12,8]	NS
40-49	3,4	4	4,9	[1,6 - 12,8]	NS
50-59	5,6	2	3,3	[0,6 - 12,4]	NS
60-69	8,3	1	2,8	[0,1 - 16,2]	NS
70-79	6,8	1	9,1	[0,5 - 42,9]	NS
80-89	2,3	1	20,0	[1,1 - 70,1]	NS
90-99	0,0	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

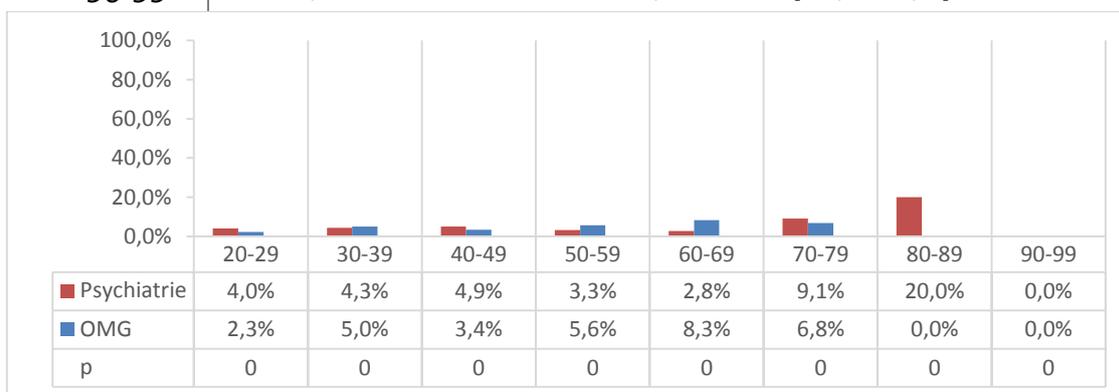


Figure 61 : Résultat de consultation "reflux - pyrosis - œsophagite" selon l'âge

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « Reflux – Pyrosis - Œsophagite » quel que soit l'âge.

19-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	4,7	3	1,8	[0,5 - 5,4]	NS
<i>Femme</i>	4,6	11	7,6	[4,1 - 13,6]	NS

Figure 62 : Résultat de consultation "reflux - pyrosis - œsophagite" selon le

sexe

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « Reflux – Pyrosis - Œsophagite » entre les hommes et les femmes de l'échantillon par rapport à la population de médecine générale.

Il existe une différence significative pour l'item « Reflux – Pyrosis - Œsophagite » entre les hommes et les femmes de du même échantillon (1,8% contre 7,6%, test exact de Fisher : $p= 0.013600$)

20/ Eczéma

Nous observons une indépendance pour l'item « Eczéma » de l'échantillon (4,1%, IC [2,3-7,1]) et de la population de médecine générale (2,27%, test du Khi2 : $p = 0,03991$)

20-1 Selon l'âge

Age	Pourcentage OMG	Effectif	Pourcentage échantillon	IC à 95%	p
20-29	3,0	1	2,0	[0,1 - 12]	NS
30-39	1,5	3	4,3	[1,1 - 12,8]	NS
40-49	2,4	3	3,7	[1 - 11,2]	NS
50-59	2,2	3	4,9	[1,3 - 14,6]	NS
60-69	1,5	1	2,8	[0,1 - 16,2]	NS
70-79	2,1	1	9,1	[0,5 - 42,9]	NS
80-89	3,5	1	20,0	[1,1 - 70,1]	NS
90-99	0,0	0	0,0	[10,8 - 94,5]	NS

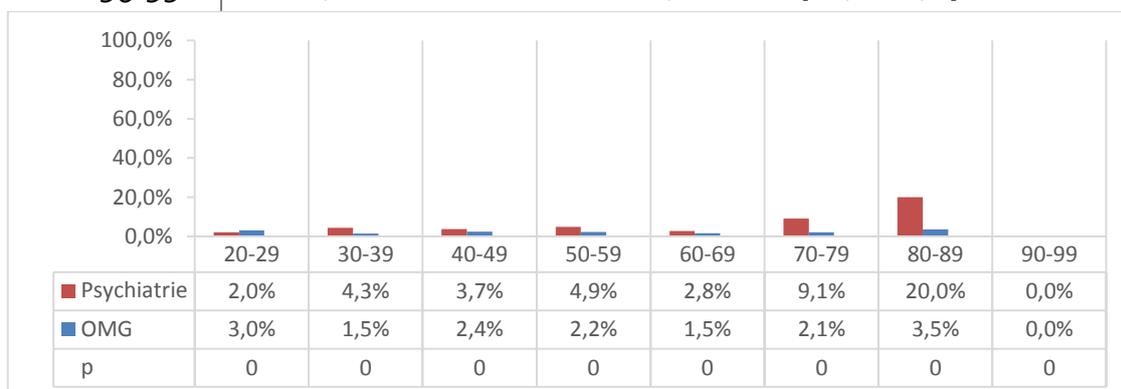


Figure 63 : Résultat de consultation "eczéma" selon l'âge

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « eczéma » quel que soit l'âge.

20-2 Selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Pourcentage OMG</i>	<i>Effectif échantillon</i>	<i>Pourcentage échantillon</i>	<i>IC à 95%</i>	<i>p</i>
<i>Homme</i>	2,0	7	4,1	[1,8 - 8,6]	NS
<i>Femme</i>	2,4	6	4,2	[1,7 - 9,2]	NS

Figure 64 : Résultat de consultation "eczéma" selon le sexe

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « eczéma » entre les hommes et les femmes de l'échantillon par rapport à la population de médecine générale.

Il n'existe pas de différence significative pour l'item « eczéma » entre les hommes et les femmes du même échantillon.

ANALYSE

1/ Population étudiée

1-1 Age

L'âge moyen de la population étudiée est de 44 ans. D'après l'INSEE (13), l'âge moyen de la population du secteur de psychiatrie dépendant de l'Unité de Santé Mentale de Calais âgée de plus de 20 ans est de 43,3 ans.

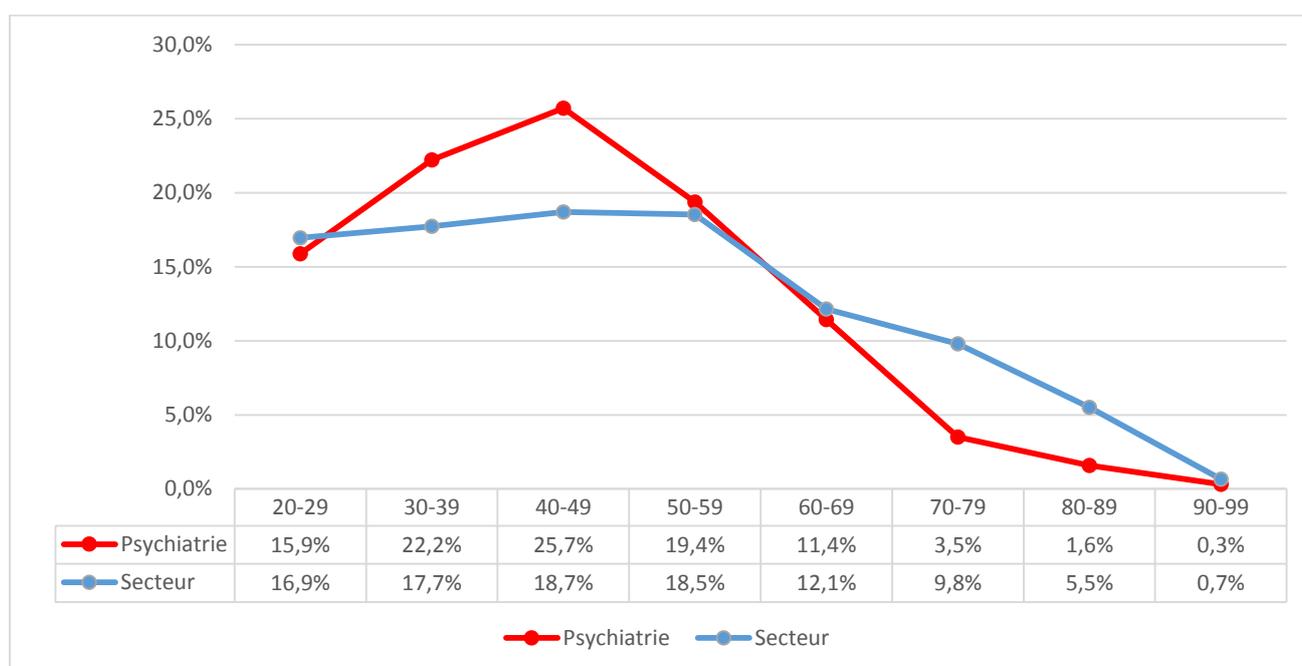


Figure 65 : Répartition de la population étudiée et du secteur en fonction de l'âge

Concernant la répartition de cette population, on peut remarquer une sur-représentation des patients de moins de 60 ans dans le service de psychiatrie, et au contraire une sous-représentation des patients de plus de 60 ans. On pourrait expliquer que les patients de plus de 60 ans ont des problèmes somatiques potentiellement plus

graves qu'en étant jeunes, et ils sont donc plutôt hospitalisés en secteur conventionnel. On pourrait aussi penser que les troubles psychiatriques soient occultés chez les patients âgés (14). Elles passeraient donc au second plan par rapport à une dégradation somatique avancée, par exemple.

1-2 Sexe

Dans l'échantillon, les femmes représentent 54,3% de la population. Dans le secteur de psychiatrie, elles étaient aussi majoritaires en 2009 avec 52,8% de la population de plus de 20 ans (13).

1-3 Pathologie psychiatrique

Il est à noter que le critère « pathologie psychiatrique » correspond à la pathologie principale du patient, telle que décrite par le médecin psychiatre. Un patient peut avoir plusieurs troubles psychiatriques.

Dans la population étudiée, 42,2% des patients avaient un trouble de l'humeur, 22,5% avaient une schizophrénie (ou autre trouble psychotique), 14,9% avaient un trouble lié à une substance, 8,6% un trouble anxieux.

Une étude réalisée par Silverstone dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital d'Edmonton (Canada) donne des résultats bien différents (15): 18,8% des patients ont un trouble de l'humeur, 8,5% une schizophrénie, 20% avaient un trouble lié à une substance, 21,2% un trouble anxieux. Lui-même note de fortes disparités avec de précédentes études montrant notamment un taux de troubles de l'humeur pouvant aller jusque 40%.

Dans le secteur de psychiatrie du Grand Lyon les troubles de l'humeur représentent 24% des patients hospitalisés, les schizophrènes (ou autre trouble psychotique) 23 %, les troubles liés à une substance 12%, les troubles anxieux 11,2% (16).

Plus proche de nous, une étude rétrospective réalisée en 2012 par Lise CHARREL concernant la mortalité des patients hospitalisés en psychiatrie montre, chez 5536 patients majeurs hospitalisés au moins une fois à EPSM Lille- Métropole entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2007 une répartition du diagnostic psychiatrique initial suivant (17):

<i>Diagnostic psychiatrique initial</i>	<i>Répartition dans l'étude F2RSM</i>	<i>Répartition dans la population étudiée</i>
<i>Troubles humeur</i>	24,8%	42,2%
<i>Psychose</i>	17,2%	22,5%
<i>Troubles anxieux</i>	16,7%	8,6%
<i>Diagnostic non psy ou absence</i>	14,1%	0,3%
<i>Addiction</i>	13,1%	14,9%
<i>Troubles personnalité</i>	6,7%	1,3%
<i>Arriération mentale</i>	3,3%	3,5%
<i>Démence</i>	2,8%	3,2%
<i>Autre</i>	1,3%	3,5%

Figure 66 : Répartition de la population par trouble psychiatrique dans la population étudiée et dans l'étude F2RSM

Il existe à nouveau ici une surreprésentation des troubles de l'humeur, avec 42,5% contre 24,8%)

1-4 Indice de masse corporelle

Le pourcentage de patients obèses est important : 27,9% de la population étudiée. Par comparaison, le taux d'obésité de la région Nord-Pas-de-Calais était de 21,3% en 2012, et le taux national de 15% (18).

1-5 Catégorie socio-professionnelle

	<i>Pourcentage dans l'étude</i>	<i>Pourcentage dans le secteur</i>
<i>Autres personnes sans activité professionnelle</i>	51,11	21,9
<i>Ouvriers</i>	16,51	16,7
<i>Employés</i>	15,87	18,6
<i>Retraités</i>	7,62	23,1
<i>Professions intermédiaires</i>	4,44	12,3
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>	2,22	4,2
<i>Agriculteurs exploitants</i>	1,27	0,6
<i>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise</i>	0,95	2,6
<i>Total.valides</i>	100	100

Figure 67 : Répartition par catégorie socio-professionnelle dans l'échantillon et dans le secteur de psychiatrie

La population étudiée est majoritairement sans activité professionnelle dans la population étudiée, deux fois plus que dans la population du secteur de plus de 15 ans (19)(13). La population d'ouvriers et d'employés est équivalente, alors qu'il y a moins de retraités, de professions intermédiaires, de cadres et professions intellectuelles supérieures et d'artisans dans l'étude par rapport à la population du secteur.

2/ Activité globale

2-1 Selon l'âge

On retrouve dans la tête de classement des comorbidités connues, quel que soit l'âge : Tabagisme, tentative de suicide, alcoolisme, toxicomanie. Ce sont des comorbidités que l'on peut qualifier « d'attendues », tant on les retrouve dans la littérature.

En écartant les résultats de consultations étudiés plus spécifiquement ci dessous, on peut remarquer un taux de bronchites aiguës significativement supérieur chez les 30-39 ans et les 50-59 ans dans la population étudiée, pouvant s'expliquer par la prévalence élevée du tabagisme (De 70% dans la tranche d'âge 20 à 29 ans, jusque 44,3% chez les 50-59 ans), et ceci d'autant plus que le recueil des données a été réalisé en été et que les autres comorbidités respiratoires sont contenues (Asthme 5,7%, toux 1,7%, état fébrile 1% de la population étudiée).

Dans les critères du Dictionnaire des Résultats de Consultation, toute bronchite aiguë chez un patient BPCO est à coter dans l'item « Bronchite chronique ». Il est donc logique qu'avec l'augmentation de l'âge des patients, le taux de « bronchite aiguë » baisse et celui de « bronchite chronique » augmente.

2-2 Selon le sexe

Les pathologies de tête restent les mêmes mais avec une importance plus grande des troubles liés à l'alcool chez les hommes (45,1% contre 24,1%), de même pour la toxicomanie (17,5% contre 6,2%).

2-3 Selon la pathologie psychiatrique

2-3-1/ Troubles de l'humeur

L'enquête DIALOGUE (Dépression et mALadies OrGaniques associéEs) (20) sur 5956 patients en France avait pour but d'obtenir une série de données quantitatives sur la prévalence des comorbidités entre épisodes dépressifs majeurs et pathologies organiques chroniques associées. Quatre groupe de patients étaient constitués : 2082 patients suivis en médecine générale pour une pathologie somatique chronique, 2017 patients suivis en médecine générale pour une dépression, 1335 patients suivis en psychiatrie libérale pour une dépression et 522 patients suivis en psychiatrie hospitalière pour une dépression.

Parmi les résultats, on constate que certaines maladies chroniques sont plus fréquentes en médecine générale qu'en psychiatrie (hypertension artérielle, arthrose, pathologies broncho-pulmonaires ou digestives, le diabète de type 2 et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs). D'autres pathologies semblent sur-représentées en psychiatrie : Il s'agit des cancers, du diabète de type 1, de l'insuffisance rénale, des pathologies neurologiques, des suites de traumatisme et du VIH. Enfin, il existe des pourcentages très proches entre médecine générale et psychiatrie : Il s'agit de la polyarthrite chronique, de l'insuffisance coronaire, de l'insuffisance cardiaque et des dermatoses.

Dans notre étude, on retrouve une plus grande prévalence en psychiatrie des items suivants :

- Tabagisme
- Tentative de suicide
- Problème avec l'alcool

- Dyslipidémie : résultat similaire à l'étude de Ezzaher sur l'obésité et la dyslipidémie chez les patients dépressifs (21)
- Constipation : résultat en corrélation avec l'étude de Garvey sur la constipation chez les dépressifs majeurs (22).
- Hypothyroïdie
- Anémie non ferriprive

On ne retrouve pas de différence significative concernant l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, les insuffisances cardiaques et rénales, le VIH. Notre étude ne met donc pas en évidence de plus grande prévalence de pathologie somatique chronique, elle met plutôt en avant des facteurs de risques.

2-3-2/ Schizophrénie et autres troubles psychotiques

On retrouve une majoration chez ces patients du tabac, de l'alcool, de la toxicomanie, des tentatives de suicide, de la constipation, de l'item « diarrhée – nausée – vomissement », de plaies, de bronchite aiguë, d'hypothyroïdie. Par contre, il y a moins d'hypertension artérielle.

Casadebaig a présenté en 1993 un étude sur la santé physique et l'accès aux soins somatiques de 3 466 patients schizophrènes vus consécutivement pendant une période déterminée dans 120 secteurs de psychiatrie générale (23). Il en ressort une augmentation du Sida, de l'épilepsie, du diabète.

T. Danel montre (24) en 2011 que la surmortalité observée chez les personnes souffrant de schizophrénie est une donnée acquise. Plusieurs raisons sont évoquées :

- La mortalité par suicide, conséquence de la maladie

- L'apparition de facteurs de risques cardiovasculaires dus à la prise d'antipsychotiques avec un syndrome métabolique (cf les items « Diabète de type 2 » et « Dyslipidémie »).
- Le suivi de mauvaise qualité au plan somatique de ces patients. La responsabilité est en partie du côté du patient eu égard à son peu d'implication dans sa santé et une altération des fonctions cognitives (25). Une autre partie est du côté du médecin somaticien qui rencontre des difficultés à proposer à son malade les mêmes dépistages, repérages et suivis médicaux qu'en population générale. (26)

2-3-3/ Troubles liés à une substance

Nous retrouvons une augmentation systématique des items ayant trait à l'addiction pour lequel le patient est soigné : Tabagisme (85,1%), Alcool (78,7%), Toxicomanie (38,3%). Notons également un taux de tentatives de suicide élevé (19,1%).

2-3-4/ Trouble anxieux

Chez les patients ayant un trouble anxieux, on trouve une majoration significative de patients tabagiques, de tentatives de suicide, de problèmes avec l'alcool, d'anémie non ferriprive.

2-4 Selon le poids

Les items « tabagisme », « problème avec l'alcool » et « tentative de suicide » restent élevés quel que soit le poids. Il n'y a donc pas dans l'étude de lien entre une augmentation du poids et une augmentation des facteurs de risque cardio-vasculaires.

Le diabète de type 2 est présent chez 26,3% des patients maigres, ce qui peut s'expliquer par un nombre élevé de patients alcooliques avec probable destruction pancréatique.

L'hypertension artérielle est plus élevée aux poids extrêmes (26,3% pour les patients maigres, 26% pour les patients obèses) que pour les patients dits « normaux » et « en surpoids » (respectivement 12,5% et 11,4%)

Une comparaison avec les données de l'Observatoire de la médecine générale n'a pu être effectuée, en raison de l'absence de données disponibles concernant le poids des patients.

2-5 Selon la catégorie socio-professionnelle

Il n'existe pas de disparités entre les proportions des différentes maladies en fonction des catégories socio-professionnelles.

3/ Par résultat de consultation

3-1 Examens systématiques et prévention

Comme indiqué plus en amont, l'item « examens systématiques et prévention » n'est pas exploitable car dans notre étude chaque patient a eu un examen clinique d'admission.

3-2 Tabagisme

Le tabagisme concerne la moitié de la population étudiée. Elle prévaut chez les patients de 20 à 69 ans, ainsi que chez les hommes. Dans la littérature, la consommation de tabac est plus importante chez les schizophrènes : L'audit réalisé par T.Danel auprès des patients hospitalisés dans les services de psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais retrouve un taux de 71,3% (24).

Dans la littérature psychiatrique, on retrouve des taux de fumeurs allant jusque 85% (27), et la schizophrénie semble majorer le risque d'initiation et d'addiction au tabac (28). De plus, les schizophrènes ont tendance à plus fumer que les patients ayant un trouble de l'humeur (28).

Dans la population générale, on retrouve un tabagisme de 31% en 2005 dans le Nord-Pas-de-Calais (29), bien plus que pour l'OMG qui n'est que de 8,25%. En corrélation avec l'item « examens cliniques et prévention », il semblerait que les médecins traitant n'aient indiqué lors de leur recueil de données que les patients ayant demandé à arrêter de fumer et/ou les patients ayant des problèmes liés au tabac.

3-3 Alcool

Dans notre étude, nous retrouvons un problème avec l'alcool chez 35,9% des patients, avec une supériorité significative de 20 à 69 ans sur la population de médecine générale. De plus, ce problème touche deux fois plus d'hommes que de femmes. Il n'y a pas de disparités en fonction du poids des patients.

Les personnes qui présentent un syndrome de dépendance à l'alcool ont plus de risque que la population générale de présenter des symptômes psychiatriques (30). Ainsi, près de 50 à 70% des alcoolo-dépendants ont les critères pour un trouble psychiatrique majeur (31). On retrouve une augmentation de la fréquence de troubles psychiatriques chez les patients alcoolo-dépendants pour les troubles de la personnalité, les troubles alimentaires, la schizophrénie et dans une moindre mesure certains troubles anxieux dont le trouble panique et la phobie sociale (32).

Dans la population du Nord-pas-de-Calais, on retrouve un usage chronique de l'alcool dans 9% des cas, avec une nette prévalence de 15% chez les hommes contre 3% chez les femmes. De plus, la consommation la plus importante se retrouve chez les 45-54 ans (13,2%)(29), ce qui est aussi le cas dans notre étude (Plus de 44% chez les 40-59 ans).

3-4 Vaccination

Il y a une vaccination significativement plus importante des patients de l'étude par rapport aux patients de médecine générale qui peut s'expliquer par une systématisation de la mise à jour du statut vaccinal du patient, ainsi que la recherche des virus VHB, VHC et VIH lors de l'admission.

La population hospitalisée en psychiatrie est plus touchée par les virus des hépatites et VIH que la population générale (33). De plus, beaucoup de patients ont bénéficié du vaccin contre la grippe saisonnière. Les facteurs de risques impliquant la nécessité d'une vaccination sont surreprésentés dans la population de l'étude (34) : La proportion de patients « de santé fragile », les patients « souffrant de maladie hépatique chronique avec ou sans cirrhose », les patients obèses, les patients vivant en collectivité.

3-5 Tentative de suicide

Dans notre étude, la tentative de suicide a concerné 25,4% de la population, alors qu'elle n'est que de 0,4% en médecine générale. La différence est significative de 20 à 69 ans, et concerne autant les hommes que les femmes. Il n'y a pas de différence en fonction du trouble psychiatrique associé.

Dans l'étude publiée par Charrel en 2010 (17), le suicide représente 13,4% des causes de décès chez les 18-34 ans et 18,9% chez les patients de 35-44 ans suivis en hôpital psychiatrique. Les seuls risques associés à une augmentation des suicides chez les patients hospitalisés en psychiatrie sont les antécédents familiaux au premier degré et l'hospitalisation en psychiatrie elle-même (35).

L'enquête « Santé Mentale en Population Générale » (SMPG) a permis de recueillir un taux de tentatives de suicide de 9,96% chez les 12524 sujets du Nord-pas-de-Calais (36). Le faible taux retrouvé chez les patients de médecine générale et à contrario un taux plus élevé dans la population psychiatrique de l'étude peut être expliqué par le biais dit « de Berkson » : Il résulte de probabilités différentes d'être admis à l'hôpital pour les cas exposés (ici les patients psychiatriques) par rapport aux témoins (patients de médecine générale). En effet, un patient qui réalise une tentative de suicide va être pris en charge à l'hôpital, tout d'abord d'un point de vue somatique (aux urgences le plus souvent), puis par

le service de psychiatrie. Un médecin généraliste voit peu de personnes ayant fait une tentative de suicide à domicile ou à son cabinet. Il voit le patient après un temps de latence, et aura donc tendance à coter l'item « dépression » par exemple, au lieu de « tentative de suicide ».

3-6 Hypertension artérielle

Il y avait statistiquement moins d'hypertendus dans la population étudiée (16,2%) que dans la population de médecine générale (29,2%, $p < 0,05$). Il n'y a pas de différence selon l'âge, mais cette baisse est significative chez les hommes.

Nous observons la même prévalence de l'hypertension artérielle dans notre étude que dans la population générale (16,5%) (37).

La littérature montre que des patients dépressifs ont un risque relatif de 3 pour l'hypertension artérielle (38) par rapport à la population générale, une augmentation de la tension artérielle est notée chez les patients schizophrènes (39)

A contrario, beaucoup de traitements peuvent créer une hypotension orthostatique (1% des patients de l'étude) : Les antidépresseurs imipraminiques, sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), les neuroleptiques (40). Néanmoins, ces effets indésirables sont souvent peu fréquents ou dose-dépendants et ne peuvent expliquer à eux seuls cette différence.

En ville, les enquêtes PHARE ont été réalisées à partir d'échantillons régionaux représentatifs de médecins généralistes installés en France métropolitaine. 2 423 médecins généralistes ont inclus les données de tout sujet adulte se présentant en consultation sur une période d'une semaine. Plus de 156 000 sujets ont ainsi été inclus. Parmi eux, 44,8 % étaient hypertendus (plus de 140/90 mmHg ou existence d'un traitement anti-hypertenseur)

et seuls 1/3 des hypertendus traités étaient équilibrés. 47 % des sujets hypertendus étaient à haut ou à très haut risque cardiovasculaire, en raison essentiellement d'une grande prévalence de facteurs de risque associés (diabète 15 %, tabagisme 19 %) (41).

Une autre explication sur le taux élevé de l'item « hypertension artérielle » en médecine générale est la consultation régulière pour le renouvellement du traitement. Il s'agit donc d'une maladie à forte prévalence dans la population générale avec un fort suivi par le médecin généraliste.

De façon séparée, des études montrent un taux élevé d'hypertension artérielle en psychiatrie comme en médecine générale,

3-7 Constipation

Nous observons une augmentation significative de la constipation chez les patients hospitalisés en psychiatrie (12,7%) par rapport à une population de médecine générale (2,50%). Cette différence est significative de 20 à 29 ans, de 40 à 69 ans ainsi que de 80 à 89 ans. Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes de l'échantillon.

En psychiatrie, la constipation est une pathologie fréquente, eu égard aux facteurs de risques : le régime alimentaire, la sédentarité (22)(42). On peut aussi imputer une part de la constipation aux effets indésirables atropiniques des traitements imipraminiques, ainsi qu'aux neuroleptiques (40). Il n'est pas connu leur part dans le traitement des patients de l'étude. De même, l'alcool en prise chronique majore la constipation, ainsi que la prise d'opioïdes (40). Dans notre étude, les patients sont plus hypothyroïdiens que la population générale. La constipation peut en être un signe.

Dans la population générale, une étude sur 4817 personnes montre un taux de constipation de 24,5%. L'automédication explique aussi le faible taux retrouvé en médecine générale.

3-8 Toxicomanie

Dans notre étude, il y a une augmentation significative de toxicomanie chez les patients hospitalisés en psychiatrie (12,7%) par rapport à la population de médecine générale (5,52%, $p < 0,05$). Cette différence est significative pour la population jeune (20 à 29 ans), même si le taux maximum est atteint dans la tranche d'âge 30-39 ans, que ce soit en psychiatrie (24,3%) ou en population générale (16,1%, différence non significative). Cette toxicomanie est supérieure chez les hommes de la population étudiée ($p < 0,05$).

L'item « toxicomanie » concernait dans l'étude toutes les substances autres que l'alcool et le tabac, qui avaient leur propre item. Dans la population générale du Nord-Pas-de-Calais, la principale drogue utilisée est le cannabis (4% de la population adulte), devant l'ecstasy (0,5%), la cocaïne (0,4%), les champignons hallucinogènes (0,2%), l'héroïne, le poppers et le LSD (0,1%). De même, ces consommations intéressent les individus jeunes et masculins (29).

Le cannabis engendre des complications essentiellement anxieuses et psychotiques. Il est l'objet de nombreux débats dans ses liens avec les troubles schizophréniques où il apparaît être un facteur de risque particulièrement lors d'une consommation importante et avant l'âge de 15 ans. Il est un facteur d'aggravation de toutes les psychopathologies évolutives (43).

3-9 Dyslipidémie

Dans notre étude, il n'y a pas de différence significative pour l'item « dyslipidémie » entre la population psychiatrique (11,7%) et la population de médecine générale (10,6%), quel que soit l'âge et le sexe.

Lors d'une étude sur un examen biologique d'entrée lors de l'hospitalisation en psychiatrie (44), 23 % des patients présentaient une dyslipidémie dont 13,2% étaient porteurs d'une hypoHDLémie et 8,3 % d'une hyperLDLémie. Le dépistage systématique augmente donc artificiellement la prévalence.

Une autre hypothèse concerne le taux d'alcoolisme élevé pouvant augmenter le taux d'hypertriglicéridémies. Il est prouvé que les patients de psychiatrie ont plus souvent un syndrome métabolique (21)

Une dernière explication concerne l'origine iatrogène de la dyslipidémie : Des études récentes ont retrouvé un lien entre la prise de certains antipsychotiques (clozapine et olanzapine) et l'occurrence d'une hypertriglycémie (45). Une seule étude montra que l'olanzapine était associée à la fois à une hypertriglycémie et une hypercholestérolémie (46).

Une étude britannique incluant 18 309 patients schizophrènes a comparé le risque d'hypertriglycémie avec antipsychotiques de seconde génération, neuroleptiques conventionnels et sans antipsychotiques (47).

Les *odds ratio* étaient plus élevés chez les patients sous olanzapine que chez ceux ne recevant pas d'antipsychotiques. Ceux recevant des antipsychotiques de première génération avaient un risque moindre. La rispéridone n'était pas associée à un risque plus élevé d'hypertriglycémie.

La survenue d'une hypertriglycéridémie semble donc être aussi liée à la prise de certains antipsychotiques de seconde génération (olanzapine et clozapine essentiellement).

3-10 Diarrhée – nausée – vomissement

Nous n'observons pas d'indépendance de l'item « diarrhée – nausée - vomissement » entre l'échantillon (8,30%) et la population de médecine générale (6,02%).

Le faible taux en médecine générale peut s'expliquer par le fait que (d'après le réseau SENTINELLES en médecine générale), les consultations pour diarrhée aiguë concerne deux fois plus d'enfants de 0 à 4 ans chez les malades que dans la population générale et deux fois moins de sujets âgés de plus de 50 ans. Le taux de 6,02% concerne les patients de 20 ans et plus. Le taux est donc diminué. En été, les facteurs de risque supplémentaires sont la baignade et les voyages (48).

Le taux voisin en psychiatrie peut s'expliquer par le fait que le recueil de données a eu lieu sur six mois (de mai à octobre) pour la population de psychiatrie contre une année complète en médecine générale. D'après le réseau SENTINELLES, la prévalence de cet item est plus fort en hiver dans la population générale .

Une autre explication est la collectivité qui augmente le risque de transmission de la maladie.

La plupart des traitements utilisés en médecine générale comme en psychiatrie peut créer des effets indésirables de ce type. Il n'existe pas d'études établissant une différence pour l'origine iatrogène de ces symptômes.

3-11 Diabète de type 2

Nous n'observons pas d'indépendance de l'item « diabète de type 2 » entre l'échantillon (7,6%) et la population de médecine générale (7,48%).

L'étude sur l'intérêt d'un bilan biologique d'entrée chez les patients hospitalisés en psychiatrie (44) a dépisté 5,7 % de patients porteurs d'une glycémie supérieure à 1,26 g/l (la faible durée de l'étude n'a pas permis de reconstruire tous les patients). D'après l'Afssaps, la prévalence du diabète de type 2 dans le Nord-Pas-de-Calais est de 2,6 % (49).

Les antipsychotiques sont mis en cause dans l'apparition d'un diabète de type 2 (50). Les molécules incriminées par ordre décroissant sont : la clozapine, l'olanzapine puis la rispéridone. Les neuroleptiques conventionnels seraient quant à eux moins délétères (40)(51).

Les antipsychotiques augmenteraient le risque de diabète par le fait qu'ils induisent une prise de poids mais également par des effets directs sur l'insulinorésistance et le transport du glucose (52)

Le diabète de type 2 chez les patients psychiatriques est donc retrouvé dans la littérature comme étant augmentée par rapport à la population générale. Néanmoins, cette absence de différence avec la population de médecine générale pourrait laisser penser que le dépistage et le suivi est d'une même efficacité dans les deux types d'exercice.

3-12 Hypothyroïdie

Nous observons une indépendance de l'item « hypothyroïdie » entre l'échantillon (6,3%) et la population de médecine générale (2,5%)

La littérature retrouve une hypothyroïdie en tant qu'étiologie chez les patients atteints de troubles de l'humeur, de schizophrénie et de troubles anxieux (53)(54).

Le principal traitement psychiatrique créant une hypothyroïdie est le sel de lithium (40). Il n'est pas connu la proportion de patients de l'étude ayant un tel traitement.

3-13 Anomalie biologique sanguine

Ce résultat de consultation concerne les anomalies biologiques sanguines qui ne peuvent pas être rattachées à un autre résultat de consultation lors de la séance.

Contrairement à certaines autres anomalies biologiques qui bénéficient de résultats de consultation spécifiques (Albuminurie, Anémie, diabète, hyperglycémie, hyperthyroïdie, hyperuricémie, hypothyroïdie), leur faible fréquence les a fait regrouper sous une même dénomination.

Dans notre étude, nous retrouvons une indépendance entre la population de psychiatrie et la population de référence. Cette différence est significative pour la tranche d'âge 30-39 ans, ainsi que 70 à 89 ans, et préférentiellement chez les femmes.

La diversité des troubles inclus dans ce résultat de consultation ne nous permet pas de comparer de façon précise l'origine de cette différence. Tout au plus peut-on dire que l'examen systématique réalisé en psychiatrie permet un dépistage plus efficace.

3-14 Lombalgie

Nous n'observons pas d'indépendance générale de l'item « lombalgie » entre l'échantillon (5,4%) et la population de médecine générale (10,1%), mais il existe une indépendance pour la tranche d'âge 30-39 ans (1,4% contre 12,1%, $p < 0,05$).

Une revue de la littérature montre qu'en médecine générale, les lombalgies sont parmi les cinq motifs de consultation les plus fréquents et représentent entre 2,8 et 6% des consultations en médecine de premier recours (52)

Cette prévalence élevée peut être contrebalancée en psychiatrie par une augmentation des facteurs de risque de lombalgie : Sédentarité, obésité, le stress, la dépression (qui peut être à la fois une cause et une conséquence de la lombalgie) (56).

3-15 Asthme

Nous n'observons pas d'indépendance de l'item « asthme » entre l'échantillon (5,4%) et la population de médecine générale (3,68%).

Il est intéressant de noter que peu de patients étiquetés « asthmatiques » peuvent se prévaloir d'une documentation de leur maladie, à type d'explorations fonctionnelles respiratoires. En effet, un des diagnostics différentiels essentiels chez l'adulte est la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Beaucoup de patients sont mis sous traitements sans avoir eu une spirométrie (57). De plus, le tabagisme très présent est un facteur de risque d'apparition et d'entretien pour les deux maladies.

3-16 Anémie (non ferriprive)

Nous observons une indépendance pour l'item « Anémie non ferriprive » de l'échantillon (5,1%) et de la population de médecine générale (0,36%).

D'un point de vue iatrogénie, un traitement par acide valproïque peut engendrer une anémie (40). Cette possibilité est faible et n'explique pas cette différence dans les deux populations.

Une étude (44) sur l'intérêt d'un bilan biologique d'entrée chez le patient hospitalisé en psychiatrie a retrouvé chez 366 patients un taux d'anémie non ferriprive de 7,7%, chiffre proche de notre étude. Nous retrouvons encore une fois ici l'effet d'un dépistage systématique permettant de déceler des pathologies autrement restées silencieuses.

3-17 Rhinopharyngite – Rhume

Nous observons une indépendance pour l'item « Rhinopharyngite - Rhume » de l'échantillon (5,1%) et de la population de médecine générale (14,46%).

Nous retrouvons le biais « saisonnier » de l'étude car le recueil des données a été fait pendant l'été, pendant lequel la prévalence des rhinopharyngites est plus faible, alors que les données de médecine générales ont été prises à l'année.

3-18 Plaie

Nous observons une indépendance pour l'item « Plaie » de l'échantillon (4,4%) et de la population de médecine générale (1,58%, $p < 0,05$).

La différence s'explique facilement par plusieurs facteurs. Le premier est le risque de chute augmenté chez les patients somnolents, que ce soit à cause de la pathologie psychiatrique ou des thérapeutiques en cours d'adaptation. Le second est que l'organisation hospitalière veut que les plaies soient vues par le médecin, afin de réaliser un constat de chute dans le dossier médical. Enfin, en médecine de ville, les patients soignent eux-mêmes la plupart de leurs plaies minimales.

3-19 Reflux – Pyrosis – Oesophagite

Nous n'observons pas d'indépendance de l'item « Reflux – Pyrosis - Oesophagite » entre l'échantillon (4,4%) et la population de médecine générale (4,9%). Il est uniquement retrouvé une différence significative entre les hommes et les femmes de l'échantillon (1,8% contre 7,6%, $p < 0,05$).

La forte prévalence de la symptomatologie dans la population générale (20 à 40%) et la multiplicité des facteurs de risque annulent une influence des facteurs augmentés dans la population psychiatrique (Tabac, alcool, obésité)

3-20 Eczema

Nous observons une indépendance pour l'item « Eczema » de l'échantillon (4,1%) et de la population de médecine générale (2,27%, $p < 0,05$). Il n'y a pas de différence en fonction de l'âge ou du sexe.

Une forte part psychique dans l'apparition de certaines lésions cutanées est démontré : pelade, urticaire, prurit *sine materia*, eczéma, psoriasis, récurrence d'herpès (58). Il n'est donc pas étonnant de retrouver une telle augmentation dans la population psychiatrique par rapport à la population de médecine générale.

DISCUSSION

La population étudiée était les patients hospitalisés à l'USM à l'Unité de Santé Mentale (USM) du Centre Hospitalier de Calais de mai à octobre 2012 inclus. La population de référence était la population ayant consulté en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais en 2009. Cela pose plusieurs problèmes :

1/ Population

Le bassin de population dont dépend l'Unité de Santé Mentale de Calais correspond en grande partie à l'arrondissement de Calais. La population de référence est celle du Nord-Pas-de-Calais. Les deux bassins ne sont donc pas identiques. Néanmoins, la marge d'erreur est plus faible en ne prenant que le bassin régional plutôt que national.

2/ Chronologie

Les données de l'Observatoire de la médecine générale (OMG) sont les plus récentes disponibles et datent de 2009. L'étude a été réalisée en 2012. De plus, les données n'ont été recueillies que sur 6 mois, à savoir de mai à octobre 2012, créant ainsi des sous représentations de certaines maladies (par exemple la rhinopharyngite).

3/ Activités

Le contexte hospitalier est par définition différent de celui des soins primaires. L'occasion de réaliser une consultation est différente, que ce soit à la demande du patient ou de l'équipe soignante.

3-1 Points communs

Le patient hospitalisé rapporte en premier lieu son problème à l'équipe infirmière. Cette dernière voit ce qui est possible de faire selon ses compétences. Si celles-ci sont dépassées, le médecin généraliste est appelé.

En médecine ambulatoire, il y a également un premier degré avant de consulter le médecin traitant : Celui de l'automédication. Si celle-ci s'avère inefficace, le patient va consulter son médecin traitant.

Il y a donc potentiellement une première étape commune avant d'aller consulter un médecin.

3-2 Différences

Chaque patient hospitalisé bénéficie d'un examen clinique d'entrée avec bilan biologique (Numération et formule sanguines, ionogramme, fonction rénale, hépatique, thyroïdienne, sérologies hépatites et VIH). Ce bilan n'est pas fait de façon systématique chez chaque patient en médecine ambulatoire : Aucune raison de faire un bilan biologique complet chez un patient de 25 ans dont l'examen clinique est sans particularité. Ceci explique pourquoi l'item « Examens systématiques et prévention » est toujours à 100% dans les résultats de l'étude. Son intérêt est donc mineur.

Par ailleurs, en ville, un patient est revu régulièrement pour le renouvellement d'ordonnance de maladies chroniques (HTA, diabète, etc...). Dans le service, le suivi de l'hypertension artérielle est fait par prise de tension régulière, et le médecin n'est appelé qu'en cas de dysfonctionnement. Cela est donc autant d'occasions en moins pour le médecin généraliste de refaire le point sur l'état de santé du patient.

4/ Exploitation statistique des données

L'étude aurait gagné en puissance si il avait été réalisé dans le même intervalle de temps un recueil de données chez des médecins généralistes appartenant au même secteur de psychiatrie, et de la comparer à la population hospitalisée.

CONCLUSION

Cette enquête prenait comme postulat que la population hospitalisée en psychiatrie était en moins bonne santé somatique que la population consultant en médecine générale. Les résultats de notre enquête montrent une augmentation significative des résultats déjà identifiés chez les patients atteints de pathologies psychiatriques. Le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, la tentative de suicide, cela n'est pas surprenant, mais il est étonnant de ne pas constater les conséquences de ces facteurs de risque dans la population étudiée.

D'autres résultats sont augmentés par rapport à la médecine générale. Certains s'expliquent principalement par un effet indésirable des médicaments (constipation), d'autres par la somatisation de la pathologie psychiatrique (eczéma), ou par un dépistage systématique lors de l'hospitalisation en psychiatrie (vaccination, examens systématiques, hypothyroïdie, anomalie biologique sanguine, anémie non ferriprive) ou l'organisation du service (plaies).

Les patients hospitalisés en psychiatrie ont une moins bonne santé somatique que les patients de médecine générale, mais cela est principalement dû aux pathologies psychiatriques, à leurs conséquences somatiques et aux effets indésirables du traitement. Les causes sont difficiles à circonscrire, et nécessitent une prise en charge somatique adaptée.

La forte implication de la médecine générale dans les services de psychiatrie (82,5% des services de psychiatrie bénéficient du concours de médecins somaticiens (24)) permet de compenser la faible implication des patients psychiatriques concernant leur santé.

ANNEXE 1 : RESULTATS DE CONSULTATION

Voici la liste des critères permettant de valider les 20 principaux résultats de consultations décrits dans l'étude (12). Pour valider le Résultat de Consultation choisi, des sigles précédant les critères indiquent qu'ils sont obligatoires :

++++ TOUS LES CRITÈRES PRÉCÉDÉS DE CE SIGLE DOIVENT ÊTRE CHOISIS.

++1| : un (1) au moins des critères précédés de ce sigle doit être choisi dans la liste. (C'est le cas le plus fréquent)

++2| : deux (2) au moins des critères précédés de ce sigle doivent être choisis dans la liste

++3| : trois (3) au moins des critères précédés de ce sigle doivent être choisis dans la liste (Il s'agit de situations beaucoup plus rares)

4-1 ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')

++++ PLAINTE ou TROUBLE LIÉS à une CONSOMMATION ANORMALE de BOISSON ALCOOLISÉE, de TYPE :

++1| buveur excessif à l'interrogatoire (H > 21 verres d'alcool par semaine et F > 14 verres)

++1| dépendance psychologique (désir irrésistible de boire par moments dans certaines situations)

++1| dépendance physique (incapacité d'arrêter de boire plus de 3 jours)

++1| ivresse aiguë (violence, blessure, coma, etc.)

++1| syndrome de sevrage, pré-DT (anxiété, énervement, insomnie, tremblements, sueurs...)

+ – problème évoqué par :

++1| le patient

++1| l'entourage (famille, amis, entreprise, autres professionnels, etc.)

++1| le médecin

+ – prise en charge avec d'autres intervenants (médical, social, structure spécialisée, etc.)

+ – entourage reçu pendant la séance (à préciser en commentaire)

+ – déni malgré des troubles évidents (peur, honte...)

+ – poursuite de l'alcoolisation ou refus de changement immédiat

+ – crainte de réalcoolisation

+ – réalcoolisation (rechute)

+ – asymptotique

4-2 ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)

- ++++ HÉMOGLOBINE DIMINUÉE (<12 g/l)
 - ++1| ANÉMIE HYPOCHROME
 - ++1| ANÉMIE NORMOCHROME
 - ++1| ANÉMIE MICROCYTAIRE (VGM < 80 μ_3)
 - ++1| ANÉMIE MACROCYTAIRE (VGM > 100 μ_3)

- + – réticulocytes inférieurs à 12 000 par mm^3
- + – syndrome inflammatoire
- + – atteinte des autres lignées
- + – pâleur conjonctivale
- + – dyspnée, asthénie, souffle cardiaque

+ – récursive

+ – asymptomatique

4-3 ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE

- ++1| VITESSE de SÉDIMENTATION élevée
- ++1| PROTÉINE C RÉACTIVE élevée
- ++1| HÉMATOCRITE abaissé
- ++1| HYPERÉOSINOPHILIE
- ++1| HYPERLEUCOCYTOSE
- ++1| THROMBOCYTOPÉNIE
- ++1| TRANSAMINASES élevées
- ++1| GAMMA GT élevées
- ++1| HYPOKALIÉMIE
- ++1| HYPERKALIÉMIE
- ++1| HYPONATRÉMIE
- ++1| AUTRE(s) (à préciser en commentaire)

+ – récursive

+ – asymptomatique

4-4 ASTHME

++1| DYSPNÉE EXPIRATOIRE SIFFLANTE

++1| asthme intermittent

++++ moins de 1 crise diurne par semaine et au plus 2 nocturnes par mois

+ – DEP \leq 80 % des valeurs prédites et variabilité < 20 %

++1| asthme persistant léger

++++ moins de 1 crise diurne par jour et plus de 2 nocturnes par mois

+ – DEP \leq 80 % des valeurs prédites et variabilité 20 % à 30 %

++1| asthme persistant modéré

++++ gênant les activités normales et plus de 1 crise nocturne par semaine

+ – DEP > 60 % et < 80 % des valeurs prédites, avec une variabilité > 30 %.

++1| EFR CARACTÉRISTIQUE (syndrome obstructif)

++1| CRISE d'ASTHME GRAVE

++1| polypnée

++1| fréquence cardiaque supérieure à 120/min.

++1| contracture permanente des sterno-cléïdo-mastoïdiens

++1| parole et toux difficiles

++1| absence d'amélioration sous traitement

++1| signes d'épuisement du malade (sueurs, cyanose, respiration paradoxale, silence auscultatoire)

+ – rapportée (décrite sans ambiguïté par le malade ou son entourage)

+ – toux spasmodique

+ – facteurs déclenchants

++1| survenant avec ou après effort

++1| allergie

++1| toxique

++1| émotion

++1| autre (à préciser en commentaire)

+ – récidive

+ – asymptomatique

4-5 CONSTIPATION

++1| DIMINUTION de la FRÉQUENCE des SELLES (espacées de plus de 48 heures)

++1| SELLES DURES

++1| FAUSSES DIARRHÉES

++1| DIFFICULTÉ d'EXONÉRATION

+ – apparition récente

+ – douleurs abdominales

+ – usage régulier de laxatif

++1| prescrit

++1| automédication

+ – occasionnelle (alitement, voyage, prise de médicaments, etc. à préciser en commentaire)

+ – récursive

+ – asymptomatique

4-6 DIABÈTE DE TYPE 2

++1| GLYCÉMIE à JEUN $\geq 1,26$ g/l (7mmol/l) mesurée à deux reprises au moins (chez la femme enceinte les critères de l'hyperglycémie (1.10 à 1,25 g/l) permettent de parler de diabète gestationnel)

++1| GLYCÉMIE 2 heures après charge de 75 g de glucose > 2 g/l (11mmol/l)

++1| GLYCÉMIE à JEUN $\geq 1,26$ g/l (un seul dosage) avec signes cliniques de diabète

+ – indice de Masse Corporelle > 27

+ – absence de cétonurie

+ – antécédent familial de diabète de type 2

+ – diabète compliqué (à relever par le RC correspondant)

+ – diabète secondaire

+ – récursive

+ – asymptomatique

4-7 DIARRHÉE - NAUSÉE – VOMISSEMENT

++++ SELLES FRÉQUENTES, MOLLES OU LIQUIDES

++1 NAUSÉES

++1 VOMISSEMENTS

+ – borborygme

+ – cas semblables dans l'entourage

+ – perte de poids

+ – abattement, lassitude, myalgies, céphalées, courbatures

+ – douleur abdominale

+ – déshydratation

+ – glaires

+ – sang dans les selles

+ – fièvre ou sensation de fièvre

+ – retour de voyage

+ – récédive

+ – asymptomatique

4-8 DYSLIPIDEMIE

++1| AUGMENTATION DU LDL CHOLESTÉROL

++1| LDL-C > à 2,20 g/l sans facteur de risque cardio-vasculaire

++1| LDL-C > à 1,90 g/l avec 1 facteur de risque cardio-vasculaire

++1| LDL-C > à 1,60 g/l avec 2 facteurs de risque cardio-vasculaire

++1| LDL-C > à 1,30 g/l avec au moins 3 facteurs de risque cardiovasculaire

++1| LDL-C > à 1 g/l chez un patient à haut risque cardio -vasculaire

++1| AUGMENTATION DES TRIGLYCÉRIDES

++1| supérieure à 1,50 g/l (1,7 mmol/l)

++1| supérieure à 4 g/l (4,6 mmol/l)

++1| DIMINUTION DU HDL-CHOLESTEROL < 0,40 g/l (1mmol/l)

+ – facteurs de risque CV

++1| Age (> 60 ans pour les femmes et 50 ans pour les hommes)

++1| ATCD familiaux de maladie coronaire précoce (cf. argumentaire)

++1| Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans

- ++1| HTA permanente
- ++1| Diabète de type 2
- ++1| HDL-C < à 0,40 g/l (1,0 mmol/l)

+ – facteur protecteur : HDCL-C ε à 0,60 g/l (1,5 mmol/l)

+ – récursive

+ – asymptotique

4-9 ECZÉMA

++++ DERMO ÉPIDERMITE

- ++1| érythème vésiculeux (au stade initial)
- ++1| érythème infiltré, granité
- ++1| érythème suintant ou croûteux
- ++1| aspect squameux ou craquelé

++++ PRURIGINEUSE

+ – Localisation

- ++1| visage
- ++1| main(s)
- ++1| grands plis
- ++1| autre localisation (à préciser en commentaire)
- ++1| diffus

+ – sécheresse cutanée

+ – oedème

+ – surinfection

+ – de contact

+ – terrain atopique

+ – récursive

+ – asymptotique

4-10 EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET PRÉVENTION

- ++1| EXAMEN CLINIQUE POUR
 - ++1| SUIVI DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT
 - ++1| NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT
 - ++1| NON CONTRE-INDICATION AU TRAVAIL
 - ++1| NON CONTRE-INDICATION À LA VIE EN COLLECTIVITÉ
 - ++1| SUIVI POST-NATAL LÉGAL DE LA MÈRE
 - ++1| AUTRE (à préciser en commentaire)
- ++1| EXAMEN DE DÉPISTAGE
 - ++1| SANS FACTEUR DE RISQUE
 - ++1| AVEC FACTEUR DE RISQUE
 - ++1| personnel
 - ++1| familial
 - ++1| DANS LE CADRE D'UN DÉPISTAGE ORGANISÉ
 - ++1| cancer du col utérin
 - ++1| cancer digestif
 - ++1| cancer du sein
 - ++1| palpation des seins
 - ++1| mammographie
 - ++1| autres cancers (à préciser en commentaire)
 - ++1| maladie cardio-vasculaire
 - ++1| anomalie biologique familiale
 - ++1| autre (à préciser en commentaire)
- ++1| CONSEIL OU PRESCRIPTION
 - ++1| AU VOYAGEUR
 - ++1| DESIR DE GROSSESSE
 - ++1| POUR UN TIERS
 - ++1| AUTRE (y compris prescription d'une vaccination hors voyage)
- ++1| AUTRE (à préciser en commentaire)

4-11 HTA

- ++++ ÉLÉVATION de la PRESSION ARTÉRIELLE
 - ++1| P.A.S. \geq 140 mmHg
 - ++1| P.A.D. \geq 90 mmHg
- ++1| 1^{ère} ou 2^{ème} mesure
- ++1| au moins 3 mesures

- + – H.T.A. à faible risque
 - ++++ P.A.S. entre 140 et 180 mmHg
 - ++1| P.A.D. entre 90 et 100 mmHg avec cofacteur de risque, antécédent cardio-vasculaire
 - ++1| P.A.D. \leq 100 mmHg
- + – H.T.A. à haut risque
 - ++1| P.A.S. > 180 mmHg
 - ++1| P.A.D. > 110 mmHg
- + – enregistrement par MAPA pathologique
- + – produits ou médicaments presseurs (alcool, oestrogènes, sympathomimétiques, réglisse, AINS, corticoïdes, ciclosporine, érythropoïétine, etc.)
- + – récidive
- + – asymptomatique

4-12 HYPOTHYROÏDIE

- ++++ TSH ultrasensible AUGMENTÉE
- + – FT4 diminuée
- + – post chirurgicale
- + – médicamenteuse (à préciser)
- + – congénitale
- + – prise de poids
- + – ralentissement physique et/ou psychique et/ou sexuel
- + – modification de la voix
- + – troubles des phanères
- + – sécheresse cutanée
- + – hypotension, bradycardie
- + – constipation
- + – aménorrhée, spanioménorrhée
- + – goitre
- + – test dynamique positif
- + – présence d'anticorps antithyroïdiens
- + – récidive
- + – asymptomatique

4-13 LOMBALGIE

++++ DOULEUR DU RACHIS LOMBAIRE

++1| spontanée

++1| lors des mouvements (actifs ou passifs)

++1| à la palpation

++1| pression axiale d'épineuse

++1| pression latérale d'épineuse

++1| pression latérale contrariée

++1| pression des ligaments inter-épineux

++1| pression friction des massifs articulaires postérieurs

++++ ABSENCE DE NÉVRALGIE

+ – hyperalgique

+ – effort déclenchant

+ – début brutal

+ – traumatisme ancien

+ – position antalgique

+ – rythme mécanique

+ – rythme inflammatoire

+ – contracture des muscles paravertébraux

+ – irradiation

+ – syndrome périosto-cellulo-téno-myalgique (cellulalgie au pincé roulé, myalgie unilatérale...)

+ – récursive

+ – asymptomatique

4-14 PLAIE

Cette définition permet d'inclure les plaies cutanées ou muqueuses, provoquées par un traumatisme identifié, sans autre lésion associée.

++++ SOLUTION DE CONTINUITÉ

++1| cutanée

++1| muqueuse

++1| franche

- ++1| déchiquetée
- ++1| punctiforme
- ++1| en séton
- ++1| perte de substance
- ++++ ABSENCE DE LÉSION TRAUMATIQUE ASSOCIÉE (excoriation, ecchymose, hématome, contusion, fracture, lésion tendineuse ou articulaire)
- ++++ TRAUMATISME CAUSAL IDENTIFIÉ
 - ++1| agent piquant
 - ++1| agent coupant
 - ++1| chute
 - ++1| coup ou choc
 - ++1| autre (à préciser en commentaire)
- + – multiple
- + – souillée
- + – surinfection
- + – récidive
- + – asymptomatique

4-15 REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE

- ++1| BRÛLURE ÉPIGASTRIQUE REMONTANT VERS LA GORGE (PYROSIS)
- ++1| RÉGURGITATIONS SANS EFFORT APPARENT (REFLUX)
- ++1| OESOPHAGITE CONFIRMÉE PAR LA FIBROSCOPIE
 - ++1| stade 1 : érythémateuse
 - ++1| stade 2 : ulcérée
 - ++1| stade 3 : sténosée
- + – favorisée(s) par certaines positions (procubitus ou décubitus dorsal)
- + – survenant en période post-prandiale
- + – rejet (surtout pour les nourrissons)
- + – pituite (rejet à jeun au lever, d'un liquide aqueux, surtout pour l'alcoolique).
- + – gêne pharyngée
- + – toux
- + – hoquet, éructation
- + – douleur thoracique postérieure
- + – récidive
- + – asymptomatique

4-16 RHINOPHARYNGITE – RHUME

++1| RHINORRHÉE ANTÉRIEURE OU POSTÉRIEURE

++1|| claire

++1|| muco-purulente

++1| OBSTRUCTION NASALE

++++ D'APPARITION RÉCENTE (de quelques heures à quelques jours)

++++ SANS SIGNES GÉNÉRAUX MARQUÉS

+ – fièvre

+ – toux

+ – gêne à la déglutition

+ – sécrétion oculaire purulente

+ – rougeur pharyngée

+ – adénopathie sous angulo maxillaire

+ – récurrence

+ – asymptomatique

4-17 SUICIDE (TENTATIVE)

++++ TENTATIVE DE METTRE FIN À SES JOURS

++++ PAR DIVERS MOYENS

++1| médicament à préciser

++1| autre(s) (à préciser en commentaire)

++1| RAPPORTÉE PAR LE MALADE

++1| RAPPORTÉE PAR L'ENTOURAGE

++1| CONSTATÉE PAR LE MÉDECIN

+ – répétée

4-18 TABAGISME

++1| CONSOMMATION RÉGULIÈRE DE TABAC (sous ses diverses formes)

++1| moins de 10 cigarettes par jour (ou équivalent)

++1| de 10 à 20 cigarettes par jour (ou équivalent)

++1| plus de 20 cigarettes par jour (ou équivalent)

++++ difficulté d'arrêt durable

++1| SUJET EXPOSÉ (TABAGISME PASSIF)

+ – demande d'arrêt ou de diminution (de la part du patient)

+ – prise en compte par le médecin du tabagisme (dans le suivi du patient)

+ – incitation parentale à l'arrêt de l'intoxication passive des enfants

+ – rechute

+ – asymptomatique

4-19 TOXICOMANIE

++1| ÉVOCATIONS OU PLAINTES OU TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES

++1| DÉPENDANCE À UN PRODUIT PSYCHO-ACTIF

++1| haschich

++1| héroïne

++1| autres opiacés

++1| benzodiazépines

++1| autre(s) (à préciser en commentaire)

+ – comportement et signes physiques de l'effet d'une drogue

+ – syndrome de manque physique ou psychique

+ – accident de surdosage

+ – substitution

+ – prise en charge conjointe avec structures spécialisées

+ – demande directe de produit

+ – demande de sevrage

+ – demande d'aide sans sevrage (psychologique, sociale, physique, etc.)

+ – récurrence

+ – asymptomatique

4-20 VACCINATION

++++ VACCINATION (injection, scarification, multipuncture)

++1| grippe

++1| diphtérie

++1| tétanos

++1| poliomyélite

++1| coqueluche

++1| hémophilus B

++1| hpv

++1| rougeole

++1| rubéole

++1| oreillons

++1| tuberculose

++1| pneumocoque

++1| hépatite A

++1| hépatite B

++1| typhoïde

++1| méningocoque

++1| autre(s) (ex. leptospirose, rage, choléra. à préciser en commentaire)

BIBLIOGRAPHIE

1. Blanquer A, Veyrat JG. The painful body of the psychotic. A balance between psychiatric symptoms and somatic diseases in somatic patients. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1995 Jan;153(1):1–18.
2. Postel J, Quétel C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod; 2012.
3. Freud S. *Au-delà du principe de plaisir*. Paris: Payot & Rivages; 2010.
4. Baldwin JA. Schizophrenia and physical disease. *Psychol Med*. 1979 Nov;9(4):611–8.
5. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 1998 Jul;173:11–53.
6. Casadebaig F, Philippe A. Accès aux soins somatiques, morbidité physique et mortalité des patients schizophrènes. *Revue française et francophone de psychiatrie et de psychologie médicale*. 1994 Mar;
7. Interview Françoise Casadebaig. Pour la Recherche [Internet]. 2004 Mar;(40). Available from: <http://www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR40/PLR40.html>
8. INSEE. Enquête “Handicap, Incapacité, Dépendance.”1998 2001.
9. Mantelet S. et al. Epidémiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques. *Encycl Med Chir*, vol. 37-402-A-10. Paris : Elsevier ; 1998. 5 p.
10. Observatoire de la Médecine Générale (SFMG) 2006-4.
11. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D. *DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2004.
12. Arnould P, Clerc P, Duhot D. *Dictionnaire des résultats de consultation*. SFMG; 2010.
13. INSEE. *Recensement de la population 2009*. Paris; 2012.
14. Léger J-M, Clément J-P, Wertheimer J. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1999.
15. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1996 Jan;184(1):43–51.
16. Vignat JP. La santé mentale en France: état des lieux. *Santé publique*. 1999;11:127–35.
17. Charrel L. *Mesure de la mortalité chez les patients souffrant de troubles psychiatriques*. 2012.
18. ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France.
19. Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas de Calais [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 16]. Available from: www.santementale5962.com
20. Consoli SM. Dépression et maladies organiques associées, une comorbidité encore sous-estimée : Résultats de l'enquête DIALOGUE. *La Presse médicale*. 32(1):10–21.

21. Ezzaher A, Haj Mouhamed D, Mechri A, Neffati F, Douki W, Gaha L, et al. Obésité et dyslipidémie chez des patients bipolaires tunisiens. *Annales de Biologie Clinique*. 2010 May 1;68(3):277–84.
22. Garvey M, Noyes JR. R, Yates W. Frequency of Constipation in Major Depression: Relationship to Other Clinical Variables. *Psychosomatics*. 1990 May;31(2):204–6.
23. Casadebaig F, Philippe A, Lecomte T, Gausset MF, Quemada N, Guillaud-Bataille JM, et al. Etat somatique et accès aux soins de patients schizophrènes en secteurs de psychiatrie générale. *Information psychiatrique*. 71(3):267–71.
24. Danel T, Deconstanza, Deprince, Elouahi, Ethuin, Haddouche, et al. La santé physique des personnes souffrant de schizophrénie : implication du dispositif de soins psychiatriques. *L'information psychiatrique*. 2011 Mar 1;Volume 87(3):215–22.
25. Franck N. Remédiation cognitive chez les patients souffrant de schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2007 Apr;165(3):187–90.
26. Kisely S, Campbell LA, Wang Y. Treatment of ischaemic heart disease and stroke in individuals with psychosis under universal healthcare. *Br J Psychiatry*. 2009 Dec;195(6):545–50.
27. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1986 Aug;143(8):993–7.
28. De Leon J, Diaz FJ, Rogers T, Browne D, Dinsmore L. Initiation of daily smoking and nicotine dependence in schizophrenia and mood disorders. *Schizophr Res*. 2002 Jul 1;56(1-2):47–54.
29. INPES. Baromètre santé. 2005.
30. Gammeter R. Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool. *Forum Med Suisse* 2002; 23: 562. 2002.
31. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Apr;54(4):313–21.
32. Congrès international sur les addictions. *Médecine et addictions: peut-on intervenir de façon précoce et efficace?* Masson; 2005.
33. Eveillard M, Daroukh A, Desjardins P, Legrand S, Odzo-Gakala M, Bourlioux P. Séroprévalence des virus des hépatites B et C en milieu institutionnel psychiatrique. *Pathologie et biologie*. Elsevier; p. 543–8.
34. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales 2012.
35. Bioulac S, Bourgeois M, Ekouevi DK, Bonnin J-M, Gonzales B, Castello M-F. Les facteurs prédictifs du suicide : étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie. *L'Encéphale* [Internet]. Elsevier Masson; [cited 2013 Aug 18]. p. 1–7. Available from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=1328796>
36. Danel T, Vilain J, Roelandt JL, Salleron J, Vaiva G, Amarie A, et al. Risque suicidaire et tentative de suicide en Nord-Pas de Calais. Enseignements de l'enquête santé mentale en population générale. *L'Encéphale*. 2010;36(3, Supplement 1):39–57.

37. Frérot L. CREDES : L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique. Congrès CALASS'99; 1999.
38. Aromaa A, Raitasalo R, Reunanen A, Impivaara O, Heliövaara M, Knekt P, et al. Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994;377:77–82.
39. Heiskanen T, Niskanen L, Lyytikäinen R, Saarinen PI, Hintikka J. Metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2003;64(5):575–9.
40. Guide des interaction médicamenteuses. *Prescrire.* 2012 décembre;32(350):194–5.
41. Chamontin B, Lang T, Vaisse B, Nicodeme R, Antoine M-P, Lazorthes M-L, et al. Données régionales sur la prise en charge de l'hypertension artérielle en France : À propos de l'enquête PHARE menée en médecine générale. *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux.* 94(8):823–7.
42. Humaraut C, Diallo K, Parneix L. Rôle du pharmacien clinicien dans la prise en charge de la constipation au sein d'un établissement psychiatrique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* 2012 Feb;47, Supplement 1:S26.
43. Laqueille X, Launay C, Kanit M. Les troubles psychiatriques et somatiques induits par le cannabis. *Annales Pharmaceutiques Françaises.* 2008 Aug;66(4):245–54.
44. Arlotto E, Felicé M-P, Favre C, Bun H, Cornet M. Intérêt du bilan biologique d'entrée dans le dépistage de comorbidités chez les patients hospitalisés en psychiatrie. *L'Encéphale.* 2008 Jan;34(1):61–5.
45. Henderson DC, Cagliero E, Gray C, Nasrallah RA, Hayden DL, Schoenfeld DA, et al. Clozapine, diabetes mellitus, weight gain, and lipid abnormalities: A five-year naturalistic study. *Am J Psychiatry.* 2000 Jun;157(6):975–81.
46. Meyer JM. A retrospective comparison of weight, lipid, and glucose changes between risperidone- and olanzapine-treated inpatients: metabolic outcomes after 1 year. *J Clin Psychiatry.* 2002 May;63(5):425–33.
47. Koro CE, Fedder DO, L'Italien GJ, Weiss S, Magder LS, Kreyenbuhl J, et al. An assessment of the independent effects of olanzapine and risperidone exposure on the risk of hyperlipidemia in schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry.* 2002 Nov;59(11):1021–6.
48. Valleron A-J. Six ans de surveillance épidémiologique des diarrhées aiguës en médecine générale française. *Médecine thérapeutique / Pédiatrie.* 1998 Jan 30;1(1):55–63.
49. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations. Saint-Denis : Afssaps ; février 1999.
50. Dixon L, Weiden P, Delahanty J, Goldberg R, Postrado L, Lucksted A, et al. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophr Bull.* 2000;26(4):903–12.
51. Sernyak MJ, Leslie DL, Alarcon RD, Losonczy MF, Rosenheck R. Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2002 Apr;159(4):561–6.
52. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, et al. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry.* 2005 Feb;66(2):183–194; quiz 147, 273–274.

53. Mounier C, Bossu C, Antoine J-C, D'Hondt C, Vergely N, Millot L, et al. Des manifestations neuro-psychiatriques permettant de découvrir une hypothyroïdie. *Médecine Thérapeutique Endocrinologie & Reproduction*. 2001 Dec 3;3(5):394–6.
54. Constant E. Hypothyroïdie et dépression : imagerie fonctionnelle cérébrale et évaluation cognitive [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 19]. Available from: http://edoc.bib.ucl.ac.be:81/ETD-papier/submitted/Constant_Eric.html
55. Lehmann P, Abelin T. Les dorsalgies en médecine ambulatoire. *Med Hyg* 1986;44:376–81.
56. Clermonté-Cucheval S. Lombalgies se présentant comme une manifestation d'affection psychiatrique. *Quentin-en-Yvelines* : 2004; 2004.
57. Brutschea MH, Freyb U. Pathogenese et diagnostic de l'asthme. 2002 [cited 2013 Aug 19]; Available from: http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2002/2002-19/2002-19-382.PDF
58. Le Vaou P, Chevrant-Breton J, Eudier F, Le Hir-Garreau I, Adamski H, Macqueron G, et al. Deux ans de psychiatrie de liaison en dermatologie : Reflets d'une pratique clinique. *Annales de psychiatrie*. 12(1):29–42.

AUTEUR : Nom : COURCO

Prénom : Benoît

Date de Soutenance : 19 septembre 2013

Titre de la Thèse : Résultats de consultation de la population hospitalisée en psychiatrie comparée aux résultats de consultation de la population consultant en médecine générale ambulatoire. Etude dans l'Unité de Santé Mentale du Centre Hospitalier de Calais.

Thèse : Médecine, Lille.

Cadre de classement : DES de médecine générale

Mots-clés : psychiatrie, état de santé, population hospitalisée, résultat de consultation

Résumé : Résultats de consultation de la population hospitalisée en psychiatrie comparée aux résultats de consultation de la population consultant en médecine générale ambulatoire. Etude dans l'Unité de Santé Mentale du Centre Hospitalier de Calais.

Contexte : Nous savons que l'état de santé des patients hospitalisés en psychiatrie est moins bon que celui de la population générale (6,8). Or, il est évident qu'un patient hospitalisé quel que soit sa pathologie a par définition un moins bon état de santé qu'une personne de la population générale sans comorbidités. Il est donc logique de confronter les patients hospitalisés en psychiatrie avec la population générale suivie pour des comorbidités, c'est-à-dire en médecine générale.

Méthode : Etude prospective et descriptive sur l'ensemble des patients hospitalisés à l'Unité de Santé Mentale (USM) du Centre Hospitalier de Calais de mai à octobre 2012 inclus. Chez chaque patient hospitalisé a été effectué une ou plusieurs consultations de médecine générale au cours duquel sont recueillis des résultats de consultations. Elles sont comparées aux données recueillies en 2009 par le réseau de médecins informatisés du Nord-Pas-de-Calais utilisant le Dictionnaire des résultats de consultation (DRC) de la Société française de médecine générale (SFMG).

Résultats : En excluant les résultats déjà identifiés chez les patients atteints de pathologies psychiatriques (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, tentative de suicide), d'autres résultats sont augmentés par rapport à la médecine générale. Certains s'expliquent principalement par un effet indésirable des médicaments (constipation (12,7% IC95% [9,3 - 17])), d'autres par la somatisation de la pathologie psychiatrique (eczéma (4,1%, IC95% [2,3-7,1])), ou par un dépistage systématique lors de l'hospitalisation en psychiatrie (vaccination (26,3% IC95% [21,6 - 31,6]), hypothyroïdie (6,3%, IC95% [4-9,8]), anomalie biologique sanguine (5,7%, IC95% [3,5 - 9]), anémie non ferriprive (5,1%, IC [3 - 8,3])) ou l'organisation du service (plaie (4,4%, IC [2,5-7,5])).

Composition du Jury :

Président : Pr THOMAS Pierre

Assesseurs : Pr DUHAMEL Alain, Pr LEFEBVRE Jean-Marc