



**HAL**  
open science

# Collaboration médecins généralistes et psychiatres : cas particulier du syndrome métabolique sous antipsychotiques atypiques

Mathilde Simand, Claire Windey

## ► To cite this version:

Mathilde Simand, Claire Windey. Collaboration médecins généralistes et psychiatres : cas particulier du syndrome métabolique sous antipsychotiques atypiques. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00666961

**HAL Id: dumas-00666961**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00666961v1>

Submitted on 6 Feb 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

ANNEE 2012

N° :

COLLABORATION MEDECINS GENERALISTES  
ET PSYCHIATRES :  
CAS PARTICULIER DU SYNDROME  
METABOLIQUE SOUS ANTIPSYCHOTIQUES  
ATYPIQUES

THESE DE MEDECINE

Par :

Mathilde SIMAND  
Née le 12 Avril 1983  
A St Etienne (Loire)

et

Claire WINDEY  
Née le 08 Avril 1984  
A St Martin d'Hères (Isère)

Présentée à l'université de Grenoble  
Et soutenue publiquement le 25 Janvier 2012  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
Diplôme d'état

Devant le jury composé de :

M le Pr Thierry BOUGEROL  
M le Pr Serge HALIMI  
M le Pr Jean-Luc BOSSON  
M le Dr Michel MALLARET  
M le Dr André GAMBY

Président du jury

Directeur de thèse



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

ANNEE 2012

N° :

COLLABORATION MEDECINS GENERALISTES  
ET PSYCHIATRES :  
CAS PARTICULIER DU SYNDROME  
METABOLIQUE SOUS ANTIPSYCHOTIQUES  
ATYPIQUES

THESE DE MEDECINE

Par :

Mathilde SIMAND  
Née le 12 Avril 1983  
A St Etienne (Loire)

et

Claire WINDEY  
Née le 08 Avril 1984  
A St Martin d'Hères (Isère)

Présentée à l'université de Grenoble  
Et soutenue publiquement le 25 Janvier 2012  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
Diplôme d'état

Devant le jury composé de :

M le Pr Thierry BOUGEROL  
M le Pr Serge HALIMI  
M le Pr Jean-Luc BOSSON  
M le Dr Michel MALLARET  
Dr André GAMBY

Président du jury

Directeur de thèse

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

**Liste des Professeurs d'Universités-Praticiens Hospitaliers**

ALBALADEJO	Pierre	ANESTHESIE - REANIMATIONS
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE
BACONNIER	Pierre	BIostatISTIQUES ET InFORMATIQUE MEDICALE SANTÉ PUBLIQUE
BAGUET	Jean-Philippe	CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINO DIABETO
BERGER	François	CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CHIRURGIE CARDIAQUE
BOLLA	Michel	CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE
BOSSON	Jean-Luc	SANTÉ PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE
BRAMBILLA	Elisabeth	ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
BRIX	Muriel	CHIR. MAXILLO-FACIALE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE
CARPENTIER	Françoise	SAMU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE
CHABARDES	Stephan	NEUROCHIRURGIE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE
CHIQUET	Christophe	OPHTALMOLOGIE
CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE
CINQUIN	Philippe	SANTÉ PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise)
COUTURIER	Pascal	GERIATRIE
CRACOWSKI	Jean-Luc	PHARMACOLOGIE
DE GAUDEMARI	Régis	MEDECINE & SANTÉ DU TRAVAIL

DEBILLON	Thierry	PEDIATRIE
DEMATTEIS	Maurice	Médecine légale et d'Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	SANTE PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	MEDECINE NUCLEAIRE
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE
FAVROT	Marie Christine	BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE
FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS	Patrice	VEILLE SANITAIRE SANTE PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE
GRIFFET	Jacques	CHIRURGIE INFANTILE
HALIMI	Serge	DIABETOLOGIE
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	GENETIQUE ET PROCREATION
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE
KAHANE	Philippe	NEUROLOGIE
KRACK	Paul	NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	NEURORADIOLOGIE & IRM
LANTUEJOUL	Sylvie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LE BAS	Jean-François	NEURORADIOLOGIE & IRM
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE
LEROUX	Dominique	BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
LEROY	Vincent	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE
MERLOZ	Philippe	ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE
MORAND	Patrice	VIROLOGIE

MORO-SIBILOT	Denis	PNEUMOLOGIE
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASSAGIA	Jean-Guy	NEUROCHIRURGIE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	PHYSIOLOGIE SOMMEIL
PERENNOU	Dominique	REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	MEDECINE VASCULAIRE-
PIOLAT	Christian	CHIRURGIE INFANTILE
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE
REYT	Emile	O.R.L.
RIGHINI	Christian	O.R.L.
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIQUE
SARAGAGLIA	Dominique	ORTHOPEDIE
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.
SEIGNEURIN	Daniel	ANATOMIE & CYTOLOGIE
SELE	Bernard	GENETIQUE & PROCREATION
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE
STAHL	Jean-Paul	INFECTIOLOGIE
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE
TONETTI	Jérôme	ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAQUI	Philippe	NEPHROLOGIE
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
BLIN	Dominique	
BOLLA	Michel	
GARNIER	Philippe	
MOREL	Françoise	
SEIGNEURIN	Jean-Marie	

## Liste des Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

<b>BOTTARI</b>	<b>Serge</b>	Biologie Cellulaire	Laboratoire de bioénergétique INSERM U884
<b>BOUTONNAT</b>	<b>Jean</b>	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 Biologie	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie
<b>BRENIER-PINCHART</b>	<b>M.Pierre</b>	Parasitologie	Département des agents infectieux Parasitologie Mycologie Pôle 14: Biologie
<b>BRICAULT</b>	<b>Ivan</b>	Radiologie et imagerie médicale	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie
<b>BRIOT</b>	<b>Raphaël</b>	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	Pôle Urgence SAMU
<b>CALLANAN-WILSON</b>	<b>Mary</b>	Génétique	Génétique IAB
<b>CROIZE</b>	<b>Jacques</b>	Bactériologie-Virologie	Département des agents infectieux Microbiovigilance Pôle 14: Biologie
<b>DERANSART</b>	<b>Colin</b>	Neurologie LAPSEN	GIN Equipe 9
<b>DETANTE</b>	<b>Olivier</b>	Cancérologie et hématologie - Pôle 5 : Cancérologie	Clinique de Neurologie
<b>DUMESTRE-PERARD</b>	<b>Chantal</b>	Immunologie SUD	Immunologie Bât. J. Roger
<b>EYSSERIC</b>	<b>Hélène</b>	Médecine Légale	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
<b>FAURE</b>	<b>Anne-Karen</b>	Département de génétique et procréation	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
<b>FAURE</b>	<b>Julien</b>		Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
<b>GARBAN</b>	<b>Frédéric</b>	Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie	Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancerologie
<b>GAVAZZI</b>	<b>Gaëtan</b>	Médecine interne gériatrique - Pôle 8 : pôle pluridisciplinaire de Médecine	Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine
<b>GILLOIS</b>	<b>Pierre</b>	Information et informatique Médicale	Laboratoire TIMC
<b>GRAND</b>	<b>Sylvie</b>	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	Clinique deRadiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie
<b>HENNEBICQ</b>	<b>Sylviane</b>	Biologie du développement et de la reproduction	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
<b>HOFFMANN</b>	<b>Pascale</b>	Gynécologie Obstétrique	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant
<b>JACQUOT</b>	<b>Claude</b>	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie - Réanimations
<b>LABARERE</b>	<b>José</b>	Dpt de veille sanitaire	Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique
<b>LAPORTE</b>	<b>François</b>	Pathologie Cellulaire - Pôle 14 Biologie	Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie



LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzymologie - 6 <sup>ème</sup> étage	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire	Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E
MAUBON	Danièle	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre		Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé Publique
MOUCHET	Patrick	Physiologie	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirurgie réparatrice
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path. 4 - Pôle 14 : Biologie	Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	Centre d'innovation biologique
PAYSANT	François		Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
RAY	Pierre	Génétique.BDR	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie	Département de biologie et pathologie de la cellule Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	Laboratoire TIMC
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	Laboratoire de Pharmacologie
STASIA	Marie-Josée	UM diagnostic & Recherche granulomatose septique - Pôle 14 Biologie	Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie
TAMISIER	Renaud	Physiologie	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique

## **REMERCIEMENTS**

Nous remercions **Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL**,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Merci de votre disponibilité et de vos enseignements, tout au long de cette formation. Ils nous seront précieux au quotidien dans notre profession.

Nous vous exprimons notre respect et notre profonde estime.

Nous remercions **Monsieur le Professeur Serge HALIMI**,

Merci de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Merci de votre éclairage et de vos conseils dans la préparation de ce travail.

Nous vous exprimons notre admiration pour votre savoir et votre considérable apport à la science de l'endocrinologie.

Nous remercions **Monsieur le Professeur Jean-Luc BOSSON**,

Merci de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Merci de vos recommandations tout au long de ce travail, qui nous ont beaucoup orientées.

Nous vous sommes reconnaissantes de votre accessibilité lors de nos échanges et vous témoignons notre considération pour votre travail et votre savoir.

Nous remercions **Monsieur le Docteur Michel MALLARET**,

Merci de nous faire l'honneur d'être notre directeur de thèse.

Merci de vos conseils et de la pertinence de vos analyses.

Nous vous témoignons notre grande reconnaissance et notre respect pour vos compétences humaines et professionnelles.

Nous remercions **Monsieur le Docteur André GAMBY**,

Merci de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Merci de vos conseils avisés et de votre regard clinique et pratique, très informatif.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et nos sincères remerciements.

**Merci à l'équipe de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie,**

Merci de votre accueil chaleureux, de votre disponibilité, de votre écoute et de votre efficacité.

Grâce à vous ce travail prend une autre dimension, et votre apport contribue grandement à la valeur de cette thèse.

**Merci à tous les médecins, généralistes et psychiatres,** qui ont pris de leur temps précieux et accepté de participer à notre étude.

Sans vous ce travail n'aurait pas été possible.

Un grand merci !

**Merci à notre fidèle équipe de relecteurs,** Charlotte, Florent, Anne, Sophie et Matthieu.

Vous avez traqué nos fautes, nos tournures malheureuses, nos maladroites, travail ingrat mais nécessaire. Nous vous remercions sincèrement.

**Merci à Valentine,** notre traductrice, witch a su compenser nos défaillances en anglais. Tu as été bien plus efficace (et agréable) que Google traduction.

**Merci à Antoine,** pro de Word et Excel, qui nous a sauvé de la crise informatique et a su trouver des solutions là où nous ne pensions plus qu'il y en ait.

## **MATHILDE :**

A mes parents, pour votre amour au quotidien, pour avoir toujours cru en moi, pour tout ce que vous m'avez apporté et ce que vous m'apporterez encore. Aucun mot ne saurait exprimer suffisamment mon amour et ma reconnaissance.

A mes sœurs Valentine et Célestine, à mon frère Antoine et à Virginie, vous avoir à mes côtés me comble, merci d'avoir toujours été là pour moi, merci pour votre soutien dans ces derniers moments de doute.

A Geneviève, tu as été une merveilleuse mamie et confidente, j'aurais tellement aimé que tu sois là aujourd'hui, tu me manques....

Aux autres membres de ma famille, merci de votre soutien.

A toutes mes belles rencontres tout au long de ces études, pour tous ces merveilleux moments passés et à venir, en particulier à Anahita, Aurore, Marie, Charlotte, Hada, Elise, Oxanna....

A mes praticiens de stage UPL, les Drs Gamby, Boucherle, Ramponneau et Lambert, pour leur enseignement précieux et pour m'avoir transmis leur amour de la médecine générale.

Aux équipes soignantes et aux médecins des différents stages où j'ai travaillé et aux médecins que je remplace, merci de m'avoir tant appris, merci pour vos attentions, vos conseils.

Et surtout, last but not least, à Claire, travailler avec toi fut toujours un réel plaisir, merci pour ta bonne humeur, ton dynamisme, ton humour. La fin de ce travail signe le début d'une longue collaboration et la poursuite d'une belle amitié.

**CLAIRE :**

Je remercie sincèrement les équipes médicales auprès de qui j'ai appris : **les Docteurs Mircea POLOSAN, Jérôme HOLTZMANN, Christine HEYWARD, Michel COSTE, Mathieu DUPREZ, Virginie NOEL, Olivier PRALINE, Calin BARNA, Christine BERTRAND, Evelyne CATHERINE, Thierry RIZOUD, Marc DUBUC, David SZEKELY, Patrice BARO.** Merci pour vos conseils, merci d'avoir partagé vos connaissances et votre expérience, merci de m'avoir accompagnée dans cette formation.

Merci **aux équipes soignantes** auprès desquelles j'ai travaillé, et avec lesquelles j'ai partagé tant de choses, sur le plan professionnel, mais aussi humain.

Travailler en équipe est une aventure, qui a été très enrichissante à vos côtés.

Merci à Claudine (à Loulou) et Véro, merci à Dominique pour ta présence.

**Aux patients**, qui chaque jour me donnent envie de venir travailler.

A Matthieu, je ne t'oublie pas, et ne t'oublierai jamais.

A Florent, mon cher mari, mon soutien, notre amour me donne des ailes !  
Merci de ta présence, de ta tendresse, de ton intelligence et de ta compréhension.  
Chaque jour passé ou à venir à tes côtés est une chance. Je ne l'oublierai jamais.

A mes parents, à mon père, que je n'oublie pas un seul jour, merci de la force que tu m'as donnée.

A ma mère, ma chère maman, tu m'as tant donné, et je te dois tant. Merci de ton amour quotidien, de ton attention constante et de ta présence réconfortante, qui me permettent, aujourd'hui encore, de me construire.

A mes frères et ma sœur, sans qui je serais tellement seule.

A Sophie, ton brin de folie et ton éternel optimisme m'ont souvent portée dans les moments difficiles. Ta présence est un appui essentiel, merci d'être toi et d'être là.

A Matth, mon abri grenoblois, serein et disponible. Merci de ta présence et de ton soutien.

A Thom, mon grand petit frère. Merci de ton enthousiasme et de ton affection.

A Scal, sois le bienvenu dans la famille. Merci de ton soutien de far far away !

A mes grands-parents, qui ont toujours cru en moi et m'ont toujours soutenue.

A toute ma famille, une grande tribu pleine de chaleur.

A la famille Weppe, qui m'a si bien accueillie.

A ma chère Ophélie, ma copine de toujours, toi qui sais être là. Merci de ton amitié indéfectible, malgré, parfois, mes inconstances.

A tous mes amis.

Et surtout, mon bouquet final, à Mathilde, ma chère collègue, ma chère amie. Merci d'avoir accepté de travailler avec une psychiatre. Je n'aurais pas imaginé de co-thésarde plus agréable. Merci d'avoir su accorder nos différences, merci de ta patience, de ton sérieux qui a compensé ma dispersion, de ton sourire et de ton sac de couchage. Cette thèse a été, grâce à toi, un plaisir. Je sais que notre amitié est partie pour durer.

# **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## **Collaboration médecins généralistes et psychiatres : le cas particulier du syndrome métabolique sous antipsychotiques atypiques.**

### **Résumé :**

La prescription d'antipsychotiques atypiques (APA) est un geste devenant de plus en plus fréquent, au vu de l'élargissement des indications et de la tolérance correcte de ces psychotropes. La survenue fréquente d'effets indésirables métaboliques, et, en particulier, l'apparition d'un syndrome métabolique sous antipsychotiques atypiques, n'est plus remise en question aujourd'hui, ayant conduit à la publication de recommandations pour le suivi cardiovasculaires des patients sous APA par l'AFSSAPS en 2011. Nous avons voulu faire un état de lieux sur la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres dans cette situation précise ainsi qu'une évaluation du suivi des patients sous APA, de l'état des connaissances des recommandations des médecins de ces deux spécialités et enfin élaborer des propositions d'amélioration de cette collaboration.

Pour réaliser ce travail nous avons construit un questionnaire destiné aux médecins généralistes et aux psychiatres d'exercice ambulatoire à Grenoble (recueil réalisé dans l'annuaire des Pages Jaunes électroniques). Nous avons reçu 76 réponses sur les 244 médecins contactés (28 de psychiatres et 46 de médecins généralistes) sur lesquels avons ensuite réalisé des analyses statistiques. Par ailleurs, nous avons contacté la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) de Lyon, qui a pu nous communiquer des données en termes de nombre de prescriptions, pour 4 antipsychotiques, sur le premier semestre de l'année 2011.

Les principaux résultats de notre étude confirment une collaboration globalement non satisfaisante entre médecins généralistes et psychiatres, avec en conséquence un suivi non optimal des patients (bien que la fréquence des effets indésirables métaboliques soit bien connue du corps médical). Les raisons invoquées sont : le manque de temps, les divergences d'opinion... Les solutions proposées sont souvent simples : téléphones, présentation à l'installation, réunions pluridisciplinaires... et consistent finalement en un vœu de mise en application de méthodes déjà existantes mais sous-exploitées. Il existe une différence importante entre les résultats de nos questionnaires, dans lesquels les médecins disent généralement prescrire peu souvent d'APA, et les résultats de la CRAM, qui décrivent un volume de prescriptions important pour médecins généralistes et psychiatres. Il existe aussi une différence significative entre les MG (41%) et les psychiatres (93%) concernant la connaissance des recommandations.

Dans les deux spécialités apparait un véritable besoin de travailler ensemble, et une reconnaissance de l'apport de chacune des deux parties, qui ne demande plus aujourd'hui qu'à se mettre en place.



## **Team work between general practitioners and psychiatrists: particular case of the metabolic syndrome under atypical antipsychotics medication.**

### **Abstract:**

The prescription of atypical antipsychotics (AAP) is becoming a more and more common habit, given the extension of the indication and the tolerance of the molecules.

The arisen of side effects under atypical antipsychotics, and specifically the appearance of a metabolic syndrome is widely admitted today, leading the AFSSAPS to publish recommendations for the follow up of patients treated by AAP.

Our objective was to do an inventory on the team work between general practitioners (GP) and psychiatrists in this specific situation, as well as an evaluation of the supervision of the patients treated by AAP; the knowledge of the recommendation by the doctors of these two specialties and to elaborate propositions to improve the collaboration.

In order to accomplish this task, we have done a questionnaire intended to general practitioners and psychiatrists who practice in ambulatory in Grenoble (Data collected via the Yellow Pages).

We have received 76 answers among the 244 contacted doctors (28 from the psychiatrist and 46 from the general practitioners) based on which we have done statistical analyses.

Besides, we have contacted the CRAM of Lyon, who have provided us with the requested information in term of numbers of prescriptions for 4 AAP for the first half-year / semester of 2011

The most relevant results of our study confirm that, most of the time, the collaboration isn't fully satisfactory between GPs and psychiatrists, which leads to a under-achievement medical supervision of the patients (even though it is well known by doctors that the metabolic side effect are very common).

There is an important difference between the statements done by the GP in the questionnaire, who declare issuing fewer prescriptions than shown in the CRAM results.

The solutions proposed are often simple and realistic, such as communication over the phone between GPs and psychiatrists, introducing ourselves at the time of settlement, multidisciplinary meetings... all of these mentioned solutions are methods that already exist but which are currently not used to their full potential. There is a significant difference between GPs (41%) and psychiatrists (93%) about the knowledge of the recommendations of AFSSAPS.

In this two specialties, a real need of working together appears, as well as an acknowledge of the contribution of each one, who just request to set up. The called reasons were: the lack of time, the difference of opinion.

## **TABLE DES MATIERES :**

LISTE DES ABREVIATIONS.....	1
I – INTRODUCTION.....	2
II – MATERIEL ET METHODES.....	8
1. Description de l'étude.....	8
2. Définition de la population de l'étude.....	8
2.1. Choix des échantillons de population	
2.2. Effectif cible	
3. Description de l'outil choisi.....	9
4. Modalités de prise de contact avec les médecins.....	9
4.1. Généralités	
4.2. Psychiatres	
4.2.1. Psychiatres libéraux	
4.2.2. Structures ambulatoires autres	
4.3. Médecins généralistes	
4.3.1. Médecins généralistes en cabinet	
4.3.2. Centres de santé	
5. Méthodes d'évaluation.....	11
6. Données de la CRAM.....	11
III – RESULTATS.....	12
1. Population des médecins ayant participé à l'étude.....	12
1.1. Psychiatres	
1.2. Médecins généralistes	
1.3. Epidémiologie	
1.3.1. Age	
1.3.2. Formation continue	
2. Données sur la prescription d'antipsychotiques.....	15
2.1. Situations de psychoses	
2.2. Situations hors psychoses	
2.3. Information du patient	
2.4. Ressenti médical quant aux effets indésirables des APA	
2.5. Connaissance des recommandations	
3. Bilan pré-thérapeutique.....	17
3.1. Antécédents	
3.2. Bilan clinique pré-thérapeutique	
3.3. Bilan paraclinique pré-thérapeutique	
4. Suivi clinique.....	18
4.1. Surveillance de la tension artérielle	
4.2. Surveillance du poids	
4.3. Surveillance de l'IMC	
5. Suivi paraclinique.....	19

5.1. Surveillance du bilan lipidique	
5.2. Surveillance de la glycémie à jeun	
6. Gestion des effets indésirables.....	20
6.1. En cas de prise de poids	
6.2. En cas d'apparition d'un syndrome métabolique	
7. Collaboration .....	21
7.1. Quand et pourquoi	
7.2. Comment	
7.3. Ressenti	
7.4. Propositions d'avenir	
7.5. Autres intervenants dans cette prise en charge	
7.5. Situation où le médecin généraliste n'est pas le prescripteur initial	
7.6. Situation des psychiatres ne réalisant pas le suivi sous APA	
8. Données de la CRAM.....	26
8.1. Données sur la région Rhône-Alpes et le département de l'Isère	
8.2. Données sur la ville de Grenoble	
IV – DISCUSSION.....	30
1. Collaboration médecins-généralistes-psychiatres.....	30
1.1. Dans notre étude	
1.2. Dans la littérature	
2. Description de la prescription.....	33
2.1. Dans notre étude	
2.1.1. Données sur la prescription	
2.1.2. Information faite aux patients	
2.1.3. Connaissances des effets secondaires des APA	
2.1.4. Rôle du CMP	
2.2. Dans la littérature	
2.3. Données de la CRAM	
3. Description du suivi des patients.....	38
3.1. Dans notre étude	
3.2. Dans la littérature	
4. La démarche thérapeutique en cas de troubles métaboliques.....	42
4.1. Dans notre étude	
4.2. Dans la littérature	
5. Nos propositions.....	44
5.1. Sur la prescription des APA et la prévention des troubles métaboliques sous APA	
5.2. Sur le suivi des APA	
5.3. Sur le plan thérapeutique en cas de troubles métaboliques	
5.4. Sur le plan de la collaboration entre MG et psychiatres	
V – CONCLUSIONS.....	48
VI – BIBLIOGRAPHIE.....	49
VII – ANNEXES.....	52

## **LISTE DES ABREVIATIONS :**

ADA : American Diabetes Association

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APA : AntiPsychotiques Atypiques

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

DU : Diplôme Universitaire

EPU : Enseignement Post-Universitaire

FDA : Food and Drug Administration

FMC : Formation Médicale Continue

HTA : HyperTension Artérielle

IDF : International Diabetes Federation

IMC : Indice de Masse Corporelle

MG : Médecins Généralistes

MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale

NLP : Neuroleptiques

TA : Tension Artérielle

## I – INTRODUCTION :

Depuis leur apparition, les neuroleptiques (NLP) ont changé la prise en charge des patients en psychiatrie. En effet, si la psychose chronique (prévalence de la schizophrénie : 1% de la population française) et l'épisode psychotique aigu en sont les indications premières et les plus répandues, ils ont également l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans des situations psychiatriques hors psychoses telles que : [1]

- les troubles bipolaires (prévalence de 1% dans la population française) ; [2]
- les syndromes dépressifs avec symptômes psychotiques ;
- les accès maniaques (Risperidone, Olanzapine...) ;
- les états anxieux (Cyamémazine, Loxapine...) ;
- les troubles du comportement lors d'épisodes psychotiques aigus (Lévomépromazine...), la maladie de Gilles de la Tourette (Tiapride...).

Leur AMM couvre également des situations non psychiatriques : troubles du comportement tels que : agressivité et agitation (Risperidone, Cyamémazine, Chlorpromazine, Tiapride, Loxapine...), nausées et vomissements lors des traitements antimitotiques post radiothérapies (Halopéridol...), algies intenses et rebelles (Tiapride...). [3]

La classe des antipsychotiques comprend :

- Les antipsychotiques conventionnels dits de première génération. Le premier d'entre eux, la Chlorpromazine (Largactil®) est utilisé depuis 1952. [4], [5]
- Les AntiPsychotiques Atypiques (APA) dits de deuxième génération et introduits sur le marché au début des années 1990. [4], [5]

La différence entre les deux classes repose sur leur affinité aux récepteurs centraux. Les neuroleptiques de première génération ont essentiellement une action antagoniste dopaminergique. La deuxième génération d'antipsychotiques associe un double antagonisme dopaminergique et sérotoninergiques, ainsi qu'une interaction avec les récepteurs centraux adrénergiques, cholinergiques et histaminergiques. [6] Grâce à leurs mécanismes d'action, les APA, s'ils sont au moins aussi efficaces que les antipsychotiques de première génération sur les symptômes positifs de la schizophrénie (hallucinations, délire..), ont une action plus marquée sur les symptômes négatifs (repli, isolement social...).

Les APA présentent moins d'effets indésirables neurologiques, qui causent souvent une mauvaise observance. Pour expliquer cette différence, il a été émis l'hypothèse que les APA

auraient une moindre affinité pour les récepteurs dopaminergiques, en particulier les D2. [7] L'étude de Seeman conclut à une incidence deux fois moindre d'effets secondaires neurologique de type extra pyramidal entre les APA et l'halopéridol. [8] Etant mieux tolérés, largement indiqués et d'une efficacité satisfaisante, les APA sont donc de plus en plus prescrits. Les études ne semblent cependant pas montrer une différence significative en termes d'efficacité entre les APA et les conventionnels. L'étude de Geddes - regroupant 52 essais randomisés - met en évidence que pour une posologie inférieure ou égale à 12mg par jour d'halopéridol, l'efficacité et la tolérance (hors effets extrapyramidaux) sont proches entre APA et antipsychotiques conventionnels. [9] L'étude de Leutch montre que seule la clozapine est supérieure aux neuroleptiques de première génération en termes d'efficacité et de tolérance neurologique. L'almisulpride, la quétiapine et la rispéridone ont montré des résultats semblables aux neuroleptiques de première génération. [10]

Si les APA ont moins d'effets indésirables neurologiques, ils peuvent cependant entraîner : allongement de l'espace QT à l'électrocardiogramme, risques thromboemboliques, syndrome malin des neuroleptiques, prise de poids, dyslipidémie, insulino-résistance, constipation, agranulocytose, hyperprolactinémie, sécheresse buccale... [3], [4], [5], [11]

Parmi ces effets indésirables, nous nous sommes particulièrement intéressés au syndrome métabolique sous traitement APA, sujet très présent dans l'actualité médicale.

Il existe plusieurs définitions du syndrome métabolique. Celle de l'International Diabetes Federation (IDF) est la plus fréquemment utilisée. [12] Ses critères sont une obésité abdominale avec tour de taille supérieur ou égal à 94 cm pour les hommes et 80 cm pour les femmes (chez les caucasiens) à laquelle doivent s'associer au moins deux des quatre critères suivants :

- triglycérides à jeun  $\geq 1,5$  g/L ;
- HDL cholestérol  $\leq 0,40$  g/L pour l'homme et 0,50 g/L pour la femme ;
- tension artérielle  $\geq 130$  mmHg en systolique et  $\geq 85$  mmHg en diastolique ;
- glycémie à jeun  $\geq 1$  g/L.

Le gain pondéral sous APA s'explique par plusieurs mécanismes dont :

- l'augmentation de la sédation et donc une diminution de l'activité physique ;
- la diminution du métabolisme de base ;
- l'augmentation de l'appétit liée au blocage des récepteurs histaminiques H1 et des récepteurs sérotoninergiques 5HT2C. [13]

Les différentes études mettent en évidence que la prise pondérale est plus importante avec la clozapine suivie de l'olanzapine, de la quétiapine puis de la rispéridone. [14]

Le travail d'Allison retrouve notamment les prises de poids suivantes : [15]

- 4,45 kilogrammes (kg) pour la clozapine après 10 semaines de traitement mais pouvant aller jusqu'à plus de 30 kg pour certains patients ;
- 4,15 kg pour l'olanzapine après 10 semaines de traitement ;
- 2,10 kg pour la rispéridone et non dose dépendant ;
- 3 kg pour la quétiapine ;
- l'amisulpride et la ziprasidone n'avaient que peu d'effets, prise de poids inférieure à 1 kg.

Cette prise de poids s'accompagne d'un accroissement du tissu adipeux viscéral responsable d'une insulino-résistance. Cette dernière entraîne une modification du profil lipidique avec notamment un abaissement du taux de HDL cholestérol et une hausse des triglycérides.

Selon Sernyak : 71% des patients sous olanzapine ont un hyperinsulinisme et 1/3 pourraient avoir un diabète. [16] D'autres études rapportent une prévalence du diabète variant entre 10% et 30% chez les patients schizophrènes et entre 10 et 26% chez les patients bipolaires (versus 5,3% dans la population générale). [17], [18] Les patients sous APA présentent un risque de diabète plus élevé de 9% par rapport à ceux sous NLP de première génération. La rispéridone provoquerait moins d'hyperglycémie que l'olanzapine, la clozapine et l'halopéridol. En ce qui concerne les modifications du bilan lipidique, les APA induiraient une augmentation du LDL et une diminution du HDL. Quant aux triglycérides leur augmentation est plus marquée que pour le cholestérol notamment par les molécules qui engendrent la plus forte prise de poids, en l'occurrence la clozapine et l'olanzapine. [19]

Les patients atteints de trouble mentaux sévères sont une population à risque. Des études montrent une prévalence du syndrome métabolique doublée chez les patients schizophrènes comparés à des sujets témoins appariés pour l'âge. [20], [21] Leur espérance de vie serait diminuée de 20% par rapport à la population générale, [22] ils vivraient en moyenne vingt ans de moins et les pathologies cardiovasculaires seraient, avec le suicide, la cause principale de décès de cette population. [23] Une méta-analyse de 37 études sur 25 pays retrouvait un risque relatif de décès, toute cause confondue, de la population schizophrène par

rapport à la population générale de 1,84 en 1970, 2,98 en 1980 et 3,20 en 1990. Cette différence de mortalité a donc tendance à s'élargir avec le temps. [24]

En effet des études mettent en évidence un tabagisme environ deux fois plus élevé chez les schizophrènes par rapport à la population générale, la prévalence du diabète atteindrait 13% contre 3% de la population générale et la proportion d'hypertendu atteindrait 27% contre 17% dans la population générale. [25]

Le tableau 1 résume ces différences de prévalence entre la population générale et la population ayant des troubles mentaux, en matière de diabète, dyslipidémie, tabagisme, hypertension, syndrome métabolique et obésité.

Ces différences s'expliqueraient en grande partie par le mode de vie des patients schizophrènes : alimentation déséquilibrée, sédentarité, alcoolisme et moindre accès aux soins que la population générale... [22], [26] D'autres facteurs, comme la génétique, pourraient être impliqués. [26]

Tableau 1  
Estimation de la prévalence et du risque relatif des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients atteints de schizophrénie ou de troubles bipolaires, comparaison avec la population générale. [27]

Facteurs de risque	Schizophrénie		Trouble bipolaire	
	Prévalence estimée (%)	RR par rapport à la population générale	Prévalence estimée (%)	RR par rapport à la population générale
<b>Diabète</b>	10-15	2	8-17	1,5-2
<b>Hypertension</b>	19-58	2-3	35-61	2-3
<b>Dyslipidémie</b>	25-69	≤ 5	23-38	≤ 3
<b>Syndrome métabolique</b>	37-63	2-3	30-49	1,5-2
<b>Obésité</b>	45-55	1,5-2	21-49	1-2
<b>Tabagisme</b>	50-80	2-3	54-68	2-3

Chez des patients présentant un premier épisode psychotique (et donc non traités), l'étude de De Hert, mettait en évidence un accroissement de la graisse intra abdominale. [28] Une modification du métabolisme serait donc préexistante à l'instauration d'un traitement pharmacologique. En comparant deux groupes de patients, cette étude retrouve un diabète de type 2 chez 16,5% des patients schizophrènes suivis depuis plus de 10 ans, contre 3% des patients hospitalisés pour un premier épisode psychotique. Quant au surpoids, il est deux fois plus fréquent dans le groupe chronique que dans le groupe de patients en premier épisode.



La survenue du syndrome métabolique serait donc liée à la combinaison de plusieurs facteurs : psycho-sociaux (habitudes alimentaires, activités physiques), génétiques et pharmacologiques. Il paraît difficile d'élucider l'influence de chacun de ces facteurs.

Dans ce cadre, il a été mis en évidence qu'il était important de suivre de façon régulière les patients sous APA afin de minimiser l'impact métabolique dû à l'utilisation de cette classe thérapeutique.

En 2010, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) a établi des recommandations pour le suivi clinique et biologique chez les patients sous antipsychotiques. [29] Elles sont visibles dans le tableau 2.

Tableau 2  
Recommandations pour le suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques

	Avant l'instauration	A 1 mois	A 3 mois	Trimestriel	Annuel	Tous les 5 ans
Poids et Indice de masse corporelle (IMC)	×	×	×	×		
Périmètre Ombilical	×					
Glycémie à jeun	×		×		×	
Bilan lipidique	×		×			×
Pression artérielle	×		×		×	

*Recommandations Afssaps 2010*

Au vu de ces données, l'objectif de notre étude est de faire un état des lieux sur le suivi des patients sous APA, dans la ville de Grenoble, un an après la publication de ces recommandations.

Il paraît important que la prescription des APA soit associée à un suivi médical rigoureux qui rend incontournable une prise en charge pluridisciplinaire. En effet, même si la responsabilité du suivi est au prescripteur (le plus souvent psychiatre), celui-ci peut ne pas être l'interlocuteur le plus adapté à cette problématique somatique.

Nous nous sommes demandées si la collaboration actuelle entre médecins généralistes (MG) et psychiatres était suffisante pour que les patients sous antipsychotiques soient suivis de façon optimale.

L'objectif principal de notre thèse est d'étudier cette collaboration : sa qualité, ses limites, et de trouver des pistes pour l'améliorer.

Les objectifs secondaires sont : l'étude de la prescription des APA des MG et psychiatres de Grenoble, du suivi des patients sous APA, des conduites adoptées par les MG et les psychiatres en cas d'effets secondaires métaboliques.

Enfin nous avons souhaité confronter nos résultats aux données de prescriptions d'APA de la Caisse Régionale Assurance Maladie (CRAM) de Rhône-Alpes.

## **II – MATERIEL ET METHODES :**

### **1. Description de l'étude :**

Nous avons défini notre problématique ainsi : faire un constat sur les modalités de collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres d'exercice ambulatoire, dans le suivi des patients sous antipsychotiques. Afin de cibler cette problématique très large, nous avons réduit notre travail à cette collaboration dans le cadre spécifique des effets secondaires de type métabolique, de survenue fréquente et préoccupante.

Nous avons contacté des médecins généralistes et des psychiatres, pour confronter leurs réponses et leurs opinions.

Pour réaliser ce travail, nous avons donc fait une étude transversale, descriptive, qualitative et comparative.

### **2. Définition de la population de notre étude :**

#### **2.1. Choix des échantillons de population :**

Nous nous sommes intéressées à la pratique en ambulatoire.

C'est donc la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres ayant une activité de prescription ambulatoire qui a retenu notre attention.

Concernant la question géographique, nous avons recruté des psychiatres et des médecins généralistes d'un même lieu. Nous nous sommes limitées à la ville de Grenoble sans son agglomération.

Nous avons dressé la liste des médecins généralistes et psychiatres sur la base des pages jaunes électroniques (février 2011).

Les critères d'inclusion de notre étude sont donc :

- médecins généralistes et psychiatres ;
- suivant des patients en ambulatoire ;
- exerçant à Grenoble.

Le fait de ne pas être prescripteur d'antipsychotiques est un critère d'exclusion pour les psychiatres. Ce critère n'a pas été retenu pour les médecins généralistes.

Le choix des médecins n'est pas randomisé, tous les médecins ont été contactés.

## **2.2. Effectif cible :**

L'objectif de population était de 30 réponses chez les psychiatres et 2 à 3 fois plus pour les médecins généralistes.

## **3. Description de l'outil choisi (Annexes 1 et 2) :**

Cette étude est réalisée à partir d'un questionnaire papier pour les MG et les psychiatres. La trame est la même pour les deux documents, certains items diffèrent selon la spécialité.

Il s'agit d'un questionnaire d'autoévaluation, comprenant des items d'épidémiologie, de connaissances, de description des pratiques, avec un support de vignette clinique.

Au vu de la charge de travail des médecins, le questionnaire se devait d'être court tout en étant le plus exhaustif possible. Nous avons opté pour une majorité de questions fermées, ou à choix multiples ainsi que des tableaux, laissant en fin d'étude un espace d'expression libre et de commentaire.

C'est un questionnaire en grande partie qualitatif.

Un courrier accompagne le questionnaire, explicitant le sujet de notre travail et ses objectifs.

L'envoi du questionnaire est standardisé et présenté sous forme papier ou mail à tous les médecins.

## **4. Modalités de prise de contact avec les médecins :**

### **4.1. Généralités :**

Nous avons appelé chacun des médecins concernés au téléphone. Lors de ce contact, nous avons brièvement présenté notre travail, notre problématique, et notre étude, avant de demander l'accord pour envoyer notre questionnaire.

### **4.2. Psychiatres :**

#### **4.2.1. Psychiatres libéraux :**

Nous avons contacté individuellement par téléphone chacun des psychiatres répertoriés dans l'annuaire des pages jaunes électroniques, dans la ville de Grenoble.

Pour chacun nous avons demandé s'il prescrivait des antipsychotiques et s'il acceptait de participer à notre étude.

S'il était d'accord, nous envoyions alors le questionnaire, sous format papier ou quelquefois par mail, si le médecin en faisait la demande. Une enveloppe timbrée était jointe pour le retour du questionnaire.

#### **4.2.2. Structures ambulatoires autres : Centre Médico-Psychologique (CMP), hôpital de jour de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), Maison des adolescents :**

Nous avons aussi répertorié et contacté les structures dans lesquelles travaillent des psychiatres faisant des prescriptions et des suivis en ambulatoire. Les médecins y travaillant ont été contactés sur leurs adresses mail professionnelles.

Là aussi, avec leur accord, nous leur avons fait parvenir le questionnaire par courrier (avec enveloppe de réponse) ou par mail.

#### **4.3. Médecins généralistes :**

##### **4.3.1. Médecins généralistes en cabinet :**

La même méthode a été appliquée pour contacter les médecins généralistes : nous avons appelé individuellement chacun des médecins grenoblois figurant dans les pages jaunes électroniques pour leur demander s'ils acceptaient de participer à notre étude.

Nous leur avons alors envoyé le questionnaire, le plus souvent par courrier mais parfois aussi par mail, selon leur demande.

##### **4.3.2. Centres de santé :**

Nous avons sollicité les médecins généralistes des centres de santé grenoblois. Nous avons joint les secrétariats de ces centres. Nous avons alors constaté qu'il serait impossible de joindre chacun de ces médecins individuellement. Nous avons donc décidé de leur adresser directement nos questionnaires par courrier, sans leur accord préalable, après avoir appelé les secrétariats et les avoir prévenus de l'envoi des questionnaires.

## **5. Les méthodes d'évaluation :**

Les résultats ainsi obtenus ont été traités avec le logiciel de statistiques JMP 7 (SAS Institute N Clay, USA).

Les réponses aux questionnaires étaient toutes des données nominales.

Nous avons réalisé des tests de Chi 2, et analysé le score de Pearson.

Le seuil de signification des données a été fixé à  $p < 0,05$ .

## **6. Données de la CRAM :**

Lors d'un entretien à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Lyon, le 23 septembre 2011, avec les Drs Banvillet, Chabert, et les statisticiens M. Dufour et Mme Tainturier, nous avons demandé le volume de prescriptions de 4 APA (très courants) :

- en Rhône Alpes, Isère et à Grenoble ;
- par les MG ou les psychiatres en ambulatoire ;
- sur une période allant de janvier à juin 2011 ;
- réparties selon 3 tranches d'âge de patients (15-39 ans ; 40-69 ans ; 70 ans et plus).

Ainsi que la répartition selon l'âge des MG et des psychiatres grenoblois.

Les APA concernés sont :

- la cyamémazine (Tercian®) ;
- la rispéridone (Risperdal®) ;
- l'aripiprazole (Abilify®) ;
- l'olanzapine (Zyprexa®).

Ces données objectives seront confrontées aux résultats de nos questionnaires.

A noter :

- ces données ont été obtenues en se basant sur les remboursements de prescriptions,
- en conséquence, n'apparaissent que les patients appartenant au régime général (régime général et sections locales mutualistes) et âgés de plus de 15 ans.

### **III – RESULTATS :**

Tous les résultats sont issus du tableau récapitulatif en Annexe 7.

#### **1. Population des médecins ayant participé à l'étude :**

##### **1.1. Psychiatres :**

Nous avons contacté par téléphone 91 psychiatres ayant une activité ambulatoire.

Les détails concernant cette prise de contact figurent dans le tableau 3.

Tableau 3

Détails de la prise de contact avec les psychiatres

Nombre de psychiatres :	En libéral	Antenne adolescents	CMP	Hôpital de jour de la MGEN	<b>TOTAL</b>
Contactés	n = 78	n = 3	n = 7	n = 3	<b>n = 91</b>
Réponse à notre prise de contact :	n = 64	n = 2	n = 6	-	<b>n = 72</b>
→ Accord	n = 37	n = 2	n = 6	-	<b>n = 45</b>
→ Refus*	n = 27	n = 0	n = 0	-	<b>n = 27</b>
Echec de la prise de contact :	n = 14	n = 1	n = 1	-	<b>n = 16</b>

\* Causes évoquées par les psychiatres ayant refusé de participer à l'étude :

- Non prescripteur d'antipsychotique (21/27)

- Manque d'intérêt et de motivation pour le sujet étudié (3/27)

- Non concerné par la collaboration (2/27)

- Refus simple, sans motif (1/27)

A noter : les 3 psychiatres de la MGEN n'ayant pu être appelés individuellement, nous leur avons directement envoyé le questionnaire.

Parmi les 48 questionnaires envoyés, nous avons reçus 28 réponses, soit 58,33%.

Cela correspond à 30,77% des psychiatres contactés.

Leur répartition par type d'activité figure dans le tableau 4.

**Tableau 4**  
**Répartition par type d'activité des psychiatres ayant répondu**

Total des réponses	Dont		
	Libéral	CMP*	Mixte**
Effectifs	n = 14	n = 6	n = 8
Pourcentages	50	21,43	28,57

\* Dont 2 à la Maison des Ados et 1 en Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)

\*\* Activités en plusieurs lieux dont un au moins en ambulatoire (libéral, CMP, hôpital, hôpital de jour de la MGEN...).

### **1.2. Médecins généralistes :**

Nous avons sollicité 153 MG d'activité ambulatoire : 127 en cabinet et 26 en centres de santé. Ces résultats sont résumés dans le tableau 5.

**Tableau 5**  
**Détails de la prise de contact avec les médecins généralistes**

Nombre de médecins généralistes (hors centres de santé) :	
Contactés	n = 127
Ont répondu à notre prise de contact :	n = 114
→ Accord	n = 77
→ Refus*	n = 46
Echec de la prise de contact	n = 13

\* Causes évoquées par les médecins généralistes ne souhaitant pas participer à l'étude :

- Manque de temps (16/46)
- Refus systématique des études (12/46)
- Ne prescrit pas ou pas assez d'antipsychotiques (11/46)
- Remplaçant(e) ou installation trop récente (4/46)
- Manque d'intérêt pour le sujet de l'étude (3/46)

A noter : le tableau ne comprend pas les médecins des centres de santé, qui n'étaient pas joignables individuellement au téléphone, et pour lesquels le questionnaire a donc été



envoyé directement.

Sur les 103 questionnaires envoyés (77 en libéral et 26 en centres de santé), nous avons reçu 46 réponses, soit 44,66%.

Cela correspond à 30,06% de médecins généralistes contactés.

### **1.3. Epidémiologie :**

#### **1.3.1. Age :**

36,96 % des médecins généralistes et 32,14 % des psychiatres ayant répondu ont moins de 50 ans.

#### **1.3.2. Formation continue :**

54,35% des médecins généralistes et 67,86% des psychiatres ayant répondu à l'étude utilisent au moins 3 moyens de Formation Médicale Continue (FMC).

Les moyens de formation les plus utilisés sont: les revues, suivies des EPU, puis des groupes de pair.

Les psychiatres font plus de formations par les laboratoires (53,57%) que les médecins généralistes (27,91%). Ce résultat est statistiquement significatif ( $p = 0,0095$ ).

Il n'existe pas de différence significative concernant les autres moyens de formation.

Il n'y a pas de lien statistiquement établi entre le nombre de moyens de FMC et la connaissance des recommandations.

Il n'y a pas de lien statistiquement établi entre l'âge des médecins et le nombre de moyens de FMC.

Sur l'ensemble des médecins généralistes, 4 déclarent avoir une formation en psychiatrie, dont 2 en addictologie, un en psychanalyse et un Diplôme Universitaire (DU) non précisé.

## **2. Données sur la prescription d'antipsychotiques :**

### **2.1. Situations de psychose :**

97,83% des médecins généralistes et 64,29 % des psychiatres déclarent prescrire de façon rare, moins souvent que mensuellement, des APA dans des situations de psychoses.

Il existe une différence significative de la fréquence de prescriptions entre médecins généralistes et psychiatres ( $p = 0,0004$ ).

L'analyse de la prescription d'APA par les psychiatres selon leur mode d'exercice montre que c'est un geste fréquent (hebdomadaire ou quotidien) pour 57,14% des psychiatres ayant une activité CMP stricte ou mixte (CMP et libéral), contre 7,14% des psychiatres ayant un exercice libéral strict.

Cette différence est statistiquement significative ( $p = 0,0147$ ).

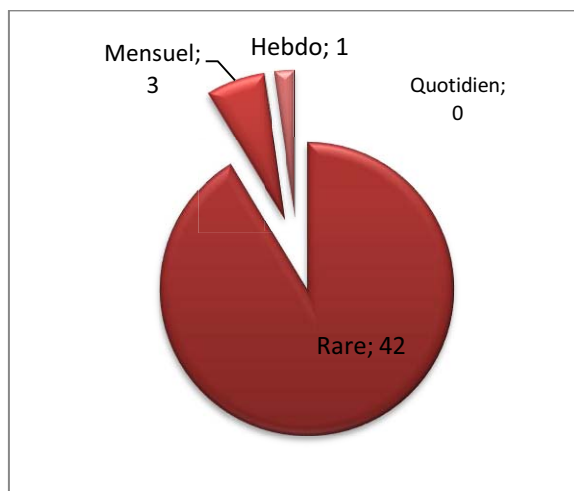


Figure 1  
Fréquence de prescription d'APA en situation de psychose des MG

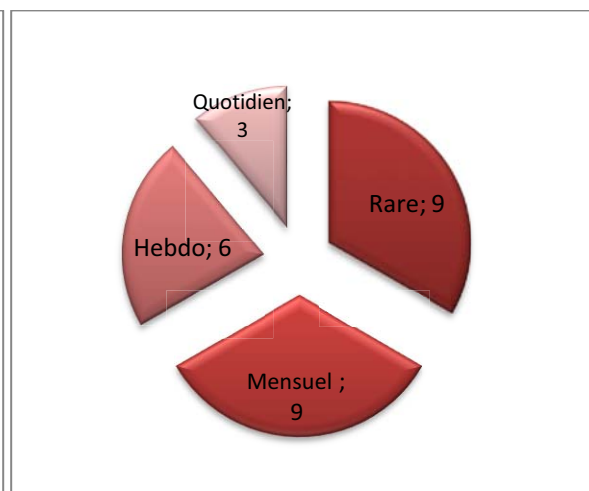


Figure 2  
Fréquence de prescription d'APA en situation de psychose des psychiatres

### **2.2. Situations hors psychose :**

100% des médecins généralistes et 78,57% des psychiatres déclarent prescrire de façon rare des APA.

Il existe une différence significative de prescription des APA entre médecins généralistes et psychiatres ( $p = 0,0011$ ).

Si on étudie les psychiatres selon leur mode d'exercice, on note que 42,86 % des

psychiatres ayant une activité CMP stricte ou mixte prescrivent de façon régulière des APA (plus souvent qu'hebdomadaire) contre 0% des psychiatres ayant une activité libérale stricte.

Ces résultats sont statistiquement significatifs ( $p = 0,0057$ ).

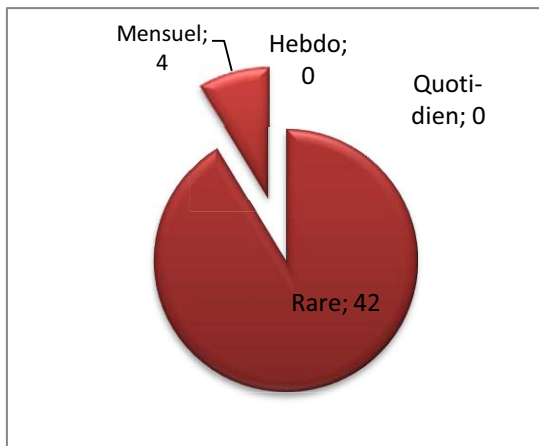


Figure 3  
Fréquence de prescription des APA  
hors psychose des MG

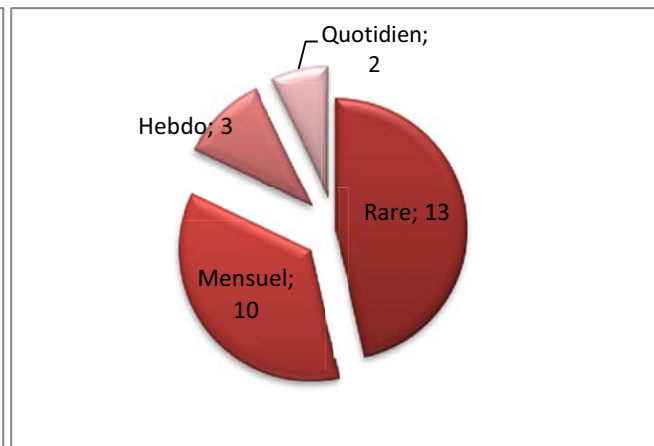


Figure 4  
Fréquence de prescription des APA  
hors psychose chez les psychiatres

### **2.3. Information du patient :**

L'information est faite de façon satisfaisante (souvent à toujours) chez 84,78 % des médecins généralistes et chez 92,86 % des psychiatres pour l'indication du traitement. Les pourcentages sont exactement les mêmes concernant l'information sur les effets indésirables.

L'information est faite oralement pour 100 % des psychiatres et 93,48 % des médecins généralistes.

Elle est peu faite par écrit.

Le recours aux brochures est plus fréquent chez les psychiatres que chez les médecins généralistes (32,14% versus 4,35 %), de façon statistiquement significative ( $p < 0,0011$ ).

12,16 % des médecins interrogés adressent les patients vers des associations, sans différence statistiquement significative selon la spécialité.

14,29 % des psychiatres et 2,17 % des médecins généralistes ont recours à l'éducation thérapeutique du patient (différence statistiquement significative :  $p = 0,0441$ ).

Enfin, on note ponctuellement le recours à Internet.

### **2.4. Ressenti médical quant aux effets indésirables des APA :**

89,13 % des médecins généralistes et 71,43% des psychiatres interrogés estiment

fréquente la survenue d'effets indésirables de type métabolique chez les patients sous APA.

### **2.5. Connaissance des recommandations :**

41,30 % des médecins généralistes et 92,86% des psychiatres déclarent avoir connaissance des recommandations pour le suivi des patients sous APA.

Cette différence est statistiquement significative ( $p < 0,0001$ ).

## **3. Bilan pré-thérapeutique :**

### **3.1. Antécédents :**

95,65% des médecins généralistes et 84,21% des psychiatres recherchent les antécédents familiaux des patients avant la mise sous APA de façon quasi systématique (toujours ou souvent).

100% des médecins généralistes et 89,47% des psychiatres recherchent les antécédents personnels de leur patient de façon quasi systématique.

89,13% des médecins généralistes et 87,69% des psychiatres recherchent de façon quasi systématique les facteurs de risque cardio-vasculaire chez leurs patients avant la mise sous APA

### **3.2. Bilan clinique pré-thérapeutique :**

30,43% des médecins généralistes font le bilan pré-thérapeutique clinique complet contre 10,71% des psychiatres.

### **3.3. Bilan paraclinique pré-thérapeutique :**

63,04 % des médecins généralistes font le bilan pré-thérapeutique paraclinique de façon satisfaisante versus 42,86% des psychiatres.

## **4. Suivi clinique :**

### **4.1. Surveillance de la Tension Artérielle (TA) :**

2,17% des médecins généralistes suivent la tension artérielle des patients de façon conforme aux recommandations, contre 0% des psychiatres.

34,78% des médecins généralistes et 17,86 % des psychiatres la suivent de façon excessive (surveillance plus fréquente que les recommandations, soit plus d'une fois par an).

63,04% des médecins généralistes et 82,14 % des psychiatres la suivent de façon insuffisante (surveillance inférieure aux recommandations : prise tensionnelle moins d'une fois par an).

#### **4.2. Surveillance du poids :**

15,22% des médecins généralistes suivent le poids de leur patient de façon conforme aux recommandations contre 0% des psychiatres.

4,35% des médecins généralistes et 10,71% des psychiatres le suivent de façon excessive.

80,43% des médecins généralistes et 89,29% des psychiatres le suivent de façon insuffisante.

A noter que 15 psychiatres sur les 28 interrogés ne possèdent pas de pèse personne.

#### **4.3. Surveillance de l'IMC :**

6,52 % des médecins généralistes et 3,57% des psychiatres suivent l'IMC de leur patient de façon conforme aux recommandations.

8,70% des médecins généralistes et 0% des psychiatres le suivent de façon excessive.

84,78% des médecins généralistes et 96,43% des psychiatres le suivent de façon insuffisante.

### **5. Suivi paraclinique :**

#### **5.1. Surveillance du bilan lipidique sous traitement APA :**

6,52% des médecins généralistes et 0% des psychiatres suivent le bilan lipidique de leurs patients de façon strictement conforme aux recommandations.

58,70% des médecins généralistes et 32,14% des psychiatres le suivent de façon excessive.

34,78% des médecins généralistes et 67,86% des psychiatres le suivent de façon insuffisante.

Ces résultats montrent une différence statistiquement significative entre médecins généralistes et psychiatres dans le suivi du bilan lipidique des patients ( $p = 0,0152$ ).

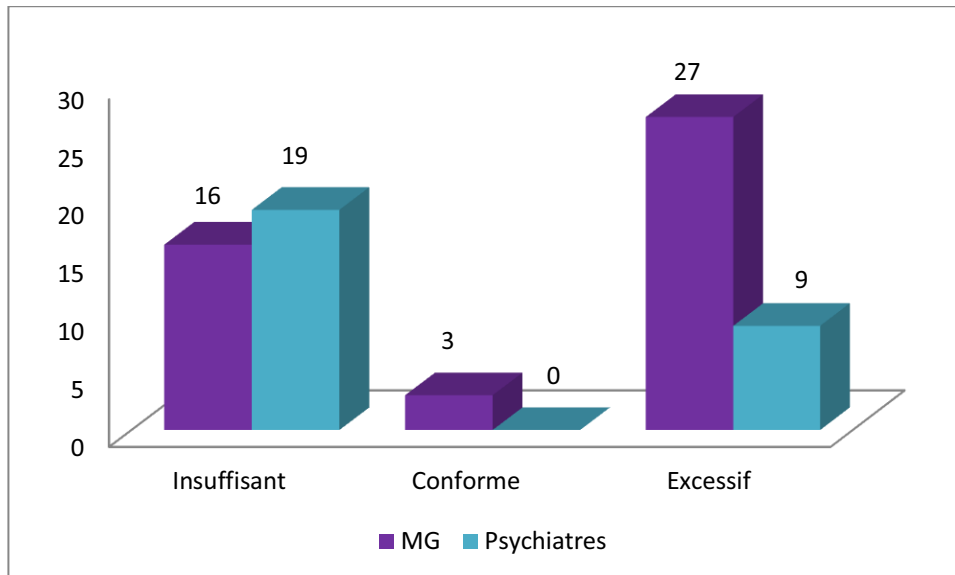


Figure 5

Suivi du bilan lipidique par les MG et les psychiatres en comparaison avec les recommandations

## **5.2. Surveillance de la glycémie à jeun :**

Seuls 10,87 % des médecins généralistes et 3,57% des psychiatres suivent l'évolution des glycémies à jeun de leur patient de façon conforme aux recommandations.

21,74% des médecins généralistes et 17,86 des psychiatres le suivent de façon excessive.

67,39% des médecins généralistes et 78,57% des psychiatres le suivent de façon insuffisante.

## **6. Gestion des effets secondaires :**

### **6.1. En cas de prise de poids sous APA :**

Les médecins généralistes diminuent ou changent d'antipsychotiques dans 2,17% des cas alors que les psychiatres le font dans 50% des cas.

La différence est statistiquement significative entre ces deux groupes ( $p < 0,001$ ).

47,23% des médecins généralistes attendent l'avis du psychiatre avant de faire un changement dans le traitement des patients alors que 21,43% des psychiatres attendent l'avis des médecins généralistes.

La différence est statistiquement significative ( $p < 0,0232$ ).

78,26% des médecins généralistes et 78,57% des psychiatres rappellent les règles hygiéno-diététiques aux patients ou les adressent à une diététicienne.

8,70% des médecins généralistes et 10,71% des psychiatres les adressent à un endocrinologue.

On note qu'aucun médecin (MG ou psychiatre) ne fait de déclaration à la pharmacovigilance dans une telle situation.

## **6.2. En cas d'apparition d'un syndrome métabolique :**

86,96% des médecins généralistes et 50% des psychiatres vont rappeler les règles hygiéno-diététiques au patient ou l'adresser à une diététicienne.

Cette différence est statistiquement significative ( $p < 0,0005$ ).

28,26% des médecins généralistes et 3,57% des psychiatres vont instaurer le traitement adapté aux troubles présentés par le patient (hypocholestérolémiants, antidiabétiques oraux...).

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes ( $p < 0,0085$ ).

45,65% des médecins généralistes vont attendre l'avis du psychiatre et 82,14% des psychiatres vont attendre l'avis du médecin généraliste.

Il existe une différence statistiquement significative entre ces deux groupes ( $p < 0,0019$ ).

8,70% des médecins généralistes et 32,14% des psychiatres vont diminuer ou changer le traitement APA.

La différence observée entre ces deux groupes est statistiquement significative ( $p < 0,0102$ ).

10,87% des médecins généralistes et 7,14% des psychiatres vont adresser le patient à un endocrinologue.

## **7. Collaboration :**

### **7.1. Quand et pourquoi :**

37 des 46 médecins généralistes ayant répondu déclarent que leurs patients ont toujours un psychiatre référent.

De même, si les patients n'ont pas de psychiatres référents, 45 des 46 médecins généralistes les adressent vers un spécialiste (19/46 souvent et 26/46 toujours).

La plupart du temps, les MG préfèrent adresser le patient à un psychiatre qu'ils lui conseillent (42/46 le conseillent contre 26/46 laissant le patient choisir sans conseil, certains médecins ayant répondu positivement aux deux questions.).

Les CMP sont assez bien connus des médecins généralistes : 38 sur 46 des médecins ayant répondu déclarent connaître le CMP de leur secteur.

Le CMP est d'ailleurs un lieu d'adresse du patient pour 33 de ces 38 médecins généralistes. Il remplit un rôle spécifique pour 32 médecins de ce même effectif. Les missions plus spécifiquement attribuées au CMP sont :

- les situations sociales compliquées ;
- les personnes de faibles revenus ;
- les pathologies psychiatriques les plus lourdes et les plus graves ;
- les situations pour lesquelles il faut une prise en charge rapide.

Ces patients nécessitent donc un cadre de soins plus rigoureux, un lien avec l'hôpital, un suivi resserré et un accompagnement de réinsertion sociale.

### **7.2. Comment :**

Le moyen le plus utilisé par les MG pour adresser un patient à un psychiatre est le courrier (40/46 généralistes soit 86,95%), le téléphone est utilisé par la moitié d'entre eux environ (21/46 soit 45,65%) et les mails ne sont pour le moment presque pas utilisés (2/46 soit 4,35%).

Peu de psychiatres organisent directement le suivi par le MG (3/28 soit 10,71%), mais



beaucoup conseillent à leurs patients de débiter un suivi par un MG (16/28 soit 57,14%). Ils suivent peu leurs patients eux-mêmes (2/28 soit 7,14%).

Les moyens de communication des psychiatres avec les MG sont surtout le téléphone (12/28 soit 42,86%) et les courriers (13/28 soit 46,43%). Ils adressent rarement un courrier au MG par l'intermédiaire du patient (4/28 soit 14,28%).

Globalement, les patients acceptent bien que leur MG soit informé de leur suivi par un psychiatre (seuls 2 psychiatres sur 28 disent que leurs patients refusent souvent de prévenir leur médecin généraliste de ce suivi soit 7,14%).

En cas de demande de conseil à un confrère :

- 45,65% des MG contre 17,86% des psychiatres déclarent donner dans ces circonstances un courrier au patient à destination du psychiatre.

Cette différence est statistiquement significative ( $p=0,0151$ ).

- 28,57% des psychiatres contre 6,52% des MG disent utiliser le moyen du courrier postal pour demander conseil à leur confrère.

Cette différence est statistiquement significative ( $p=0,0097$ ).

- Le moyen le plus souvent utilisé est le téléphone, soit immédiatement (52,17% des MG et 42,86% des psychiatres), soit de façon différée (54,35% des MG et 53,57% des psychiatres).

Il est assez peu fréquent que l'un des médecins n'ait pas les coordonnées de son confrère (parfois ou jamais) : 71,74% des médecins généralistes, et 89,29% des psychiatres.

A noter : un médecin généraliste a répondu que cette situation lui arrive toujours.

### **7.3. Ressenti :**

La collaboration entre MG et psychiatres est décrite comme souvent satisfaisante par 19,57% des MG et par 39,29% des psychiatres, et comme parfois ou jamais satisfaisante par 80,43% des MG et 57,14% des psychiatres.

Les raisons expliquant la mauvaise qualité de cette collaboration sont :

- le manque de temps pour 54,35% des MG et 50% des psychiatres ;
- pas d'entente entre eux pour 56,52% des MG et 39,29% des psychiatres ;
- une divergence d'opinions pour 13,04% des MG et 25% des psychiatres ;

- les difficultés liées aux patients pour 34,78% des MG et 35,71% des psychiatres.

Les autres raisons invoquées sont : les difficultés à joindre les psychiatres, le secret médical, l'absence de courrier.

#### **7.4. Propositions d'avenir :**

Plusieurs propositions ont été faites aux médecins pour améliorer cette collaboration.

Une présentation des psychiatres aux médecins généralistes lors de l'installation est un moyen à développer pour 34,78% des MG contre 10,71% des psychiatres.

Cette différence est statistiquement significative ( $p=0,0215$ ).

Les concertations pluridisciplinaires sont mentionnées par 47,83% des MG et 60,71% des psychiatres.

La télémédecine est mentionnée par 6,52% des MG et 17,86% des psychiatres.

28,26% des MG et 42,86% des psychiatres voient un intérêt dans le développement d'un réseau de soins.

Pour 15,22% des MG et 32,14% des psychiatres, les associations sont un moyen d'améliorer cette collaboration.

Enfin, est proposé un développement des prises de contact par téléphone ou par courrier.

#### **7.5. Autres intervenants dans cette prise en charge :**

Concernant les contacts avec les pharmacies, leur fréquence est différente selon les spécialités. 64,29% des psychiatres ne sont jamais en contact avec la pharmacie, contre 32,61% des MG.

Cette différence est statistiquement significative ( $p=0,0078$ ).

Les prestataires proposés librement par les médecins et pouvant trouver leur place dans cette prise en charge sont :

- le CMP (effectif : 3) ;
- les infirmières (5) ;
- le cardiologue (2) ;
- le diabétologue (1) ;

- les professeurs de sports /coachs sportifs/pratique sportive (6) ;
- les kinésithérapeutes (2) ;
- le portage de repas (1) ;
- la diététicienne et la nutritionniste (6) ;
- les associations de patients (1) ;
- un séjour en hospitalisation en diabétologie avec bilan et cure (1) ;
- l'éducation aux règles hygiéno-diététiques (1).

Quant à l'intérêt d'un centre de référence (structure ambulatoire spécialisée dans la prise en charge du syndrome métabolique) :

- Oui : pour 58,70% des MG et 64,29% des psychiatres ;
- Non : pour 21,74% des MG et 32,14% des psychiatres ;
- Sans opinion : pour 19,57% des MG et 3,57% des psychiatres.

#### **7.6. Situations où le médecin généraliste n'est pas le prescripteur initial :**

95,65% d'entre eux déclarent être le plus souvent au courant de l'instauration de ce traitement par le psychiatre par les dires du patient ou au vu de l'ordonnance de celui ci.

10,87% déclarent avoir régulièrement un courrier du psychiatre lui expliquant la mise sous APA de leur patient.

Concernant l'organisation du suivi quand le médecin généraliste n'est pas le prescripteur initial du traitement APA (plusieurs réponses possibles) :

- 54,35% déclarent le faire de leur coté n'ayant généralement pas de lettre de psychiatre ;
- 13,04% déclarent ne pas faire le suivi, n'étant pas le prescripteur du traitement ;
- 47,83% déclarent appeler le psychiatre afin d'organiser le suivi conjointement ;
- 6,52% des médecins généralistes estiment que le suivi d'un patient sous APA n'est pas de leur ressort ;
- 6,52% déclarent avoir toujours une lettre du psychiatre demandant de réaliser le suivi seul ou conjointement.

### **7.7. Situation des psychiatres ne réalisant pas le suivi sous APA :**

6 psychiatres sur les 28 interrogés estiment que la réalisation du bilan pré-thérapeutique tant sur le plan clinique que biologique ne relève pas de leur mission.

Leurs justifications sont :

- le manque de pratique de l'examen clinique (2 personnes) ;
- la distance nécessaire entre le patient et son psychiatre (2 personnes) ;
- la facilité d'accès à un médecin généraliste (une personne) ;
- le double emploi avec le médecin généraliste si tous les deux font ce suivi (une personne).

Parmi ces 6 psychiatres, 1 assure quand même le suivi même s'il estime que ce n'est pas de son ressort.

Parmi les 5 autres :

- 3 s'assurent de façon systématique que le patient a un médecin traitant ;
- 2 estiment qu'il n'est pas de leur mission de s'assurer de la normalité du bilan pré thérapeutique avant d'introduire un traitement APA

En revanche tous s'accordent à dire qu'il est de leur mission de s'assurer du suivi clinico-biologique du patient et ses éventuels changements thérapeutiques.

## **8. Données de la CRAM :**

*Nous remercions la CRAM de Lyon pour nous avoir fourni les données suivantes.*

*L'ensemble des données de la CRAM figurent en Annexe 5.*

### **8.1. Données sur la région Rhône-Alpes et le département de l'Isère :**

Sur le premier semestre 2011, il y a eu 187 338 remboursements sur les 4 molécules APA étudiées, au niveau de la région Rhône-Alpes dont 33 521 (soit 17,89 %) dans le département de l'Isère.

En région Rhône-Alpes, ces prescriptions ont été faites par 7 093 médecins, soit une moyenne de 26,41 prescriptions par médecins en six mois soit 4,4 par mois.

Dans le département de l'Isère, on compte 1 387 prescripteurs. Ceci représente une

moyenne de 24,16 prescriptions en six mois, soit 4,02 par mois.

Concernant ces données, on peut dire que le département isérois est représentatif de la région Rhône-Alpes.

En région Rhône-Alpes, 63 588 patients ont bénéficié de ces prescriptions d'APA sur la période de six mois.

Dans le département de l'Isère, 11 327 patients ont reçu une prescription de ces APA durant le premier semestre 2011.

L'APA le plus fréquemment remboursé est la cyamémazine tant sur le plan départemental que régional.

## **8.2. Données sur la ville de Grenoble :**

Sur la ville de Grenoble, durant le premier semestre 2011, il y a eu 6 475 remboursements sur les 4 molécules APA choisies. Ces prescriptions ont été réalisées par 291 médecins, soit une moyenne de 22,25 prescriptions par médecin en six mois, soit 3,7 par mois.

L'APA le plus prescrit (tous médecins confondus) est la cyamémazine (2 814 prescriptions sur 6 mois) suivie de la rispéridone (1 629) puis de l'olanzapine (1 581) et enfin l'aripiprazole (1 041).

Parmi les prescripteurs d'APA sur le premier semestre 2011, il y a 151 MG (plus cinq autres en centre de santé donc non identifiables individuellement) et 78 psychiatres (plus quatre autres en CMP non identifiables individuellement).

A noter, les 62 autres prescripteurs grenoblois appartiennent à d'autres spécialités.

Parmi les MG 43 ont moins de 50 ans, soit 28,48%.

Parmi les psychiatres 19 ont moins de 50 ans soit 24,36%.

Sur six mois 903 patients ont eu une prescription d'APA par un médecin généraliste (libéral ou centre de santé).

1 481 patients ont eu une prescription d'APA par un psychiatre (libéral ou CMP).

Les médecins généralistes en cabinet sont à l'origine de 1557 prescriptions d'APA sur six mois, soit 259,5 par mois. Etant donné qu'ils sont 151 prescripteurs, cela fait une moyenne de 1,71 APA prescrit par mois et par MG en cabinet.

On identifie 5 origines de prescriptions différentes en centre de santé. Les prescripteurs impliqués ne sont pas identifiables individuellement. Ces centres de santé sont à l'origine de 377 prescriptions d'APA en 6 mois (soit une moyenne de 12,57 APA par mois et par lieu de prescription).

Les psychiatres libéraux sont responsables de 4747 prescriptions d'APA sur 6 mois soit 10,1 par mois et par psychiatre.

On identifie 4 origines de prescriptions différentes en CMP, sans qu'on puisse donc identifier de prescripteur individuellement. Ces 4 lieux ont engendré 192 prescriptions d'APA sur 6 mois (soit une moyenne de 8 APA par mois et par lieu de prescription).

On note une différence dans les APA prescrits selon la spécialité :

- les MG prescrivent essentiellement de la cyamémazine et du risperdal, et très rarement de l'aripirazole ;
- quant aux psychiatres, leurs habitudes de prescriptions sont plus réparties entre les différentes molécules.

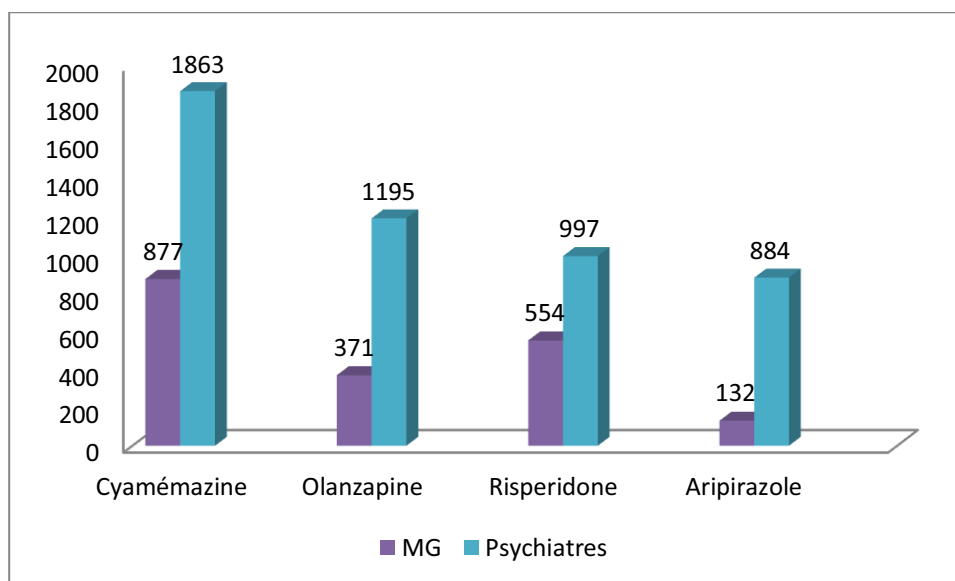


Figure 6  
Nombre de remboursements selon l'APA et selon la spécialité durant le premier semestre 2011

La comparaison de la prescription des APA entre les médecins généralistes libéraux et ceux travaillant dans les centres de santé retrouve :

- une prescription plus importante d'olanzapine et d'aripiprazole dans les centres de santé et une moins importante concernant la cyamémazine ;
- des résultats quasiment identiques concernant la rispéridone.

Concernant les bénéficiaires, ils sont au total 2 348 et répartis selon leur âge :

- 15 à 39 ans : 692 (soit 29,47 %);
- 40 à 69 ans : 1 284 (soit 54,68 %);
- Plus de 70 ans : 372 (soit 15,84 %).

Parmi les molécules :

- les patients de plus de 70 ans reçoivent essentiellement de la rispéridone ou de la cyamémazine.
- chez les 40- 69 ans, la cyamémazine est la molécule la plus prescrite.
- chez les 15-39 ans les différents APA sont bien répartis, on note une tendance à l'utilisation plus fréquente de l'olanzapine.
- l'aripiprazole est la molécule la moins prescrite surtout chez les personnes âgées.

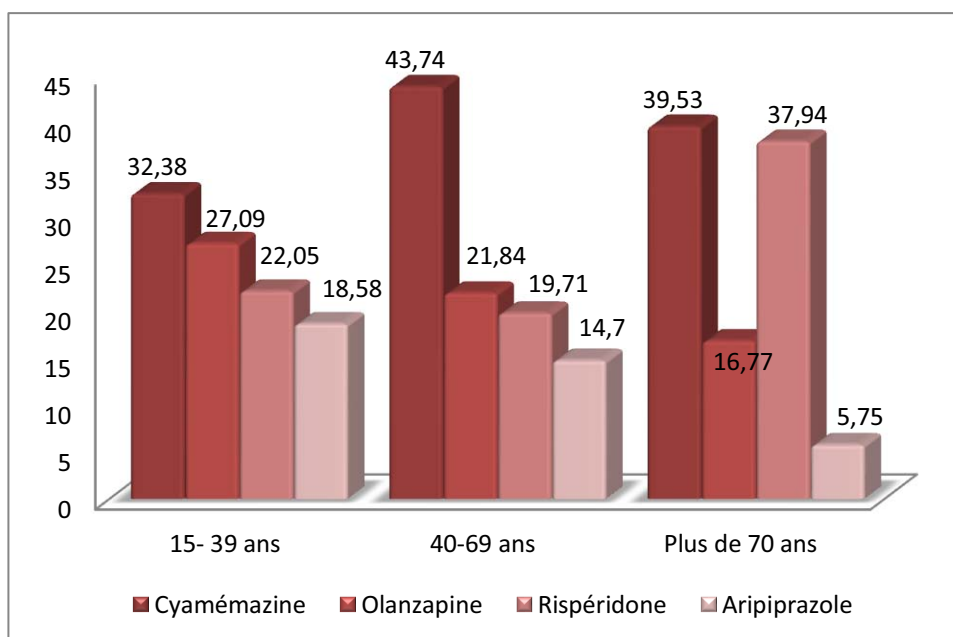


Figure 7

Répartition des remboursements des APA par classe d'âge sur le premier semestre 2011

## **IV- DISCUSSION :**

### **1. Collaboration médecins généralistes - psychiatres :**

#### **1.1 Dans notre étude :**

L'échantillon des médecins du secteur de Grenoble ayant répondu à notre questionnaire n'est pas représentatif de la population médicale générale car il est de trop faible ampleur. Parmi les médecins contactés initialement, 30,77% des psychiatres et 30,06% des MG ont répondu, ces résultats sont comparables dans les deux spécialités.

Ainsi, les proportions par spécialité de médecins ayant répondu respectent les proportions de la population médicale à Grenoble.

Cet échantillon peut comporter un biais de sélection dans la mesure où les médecins ayant répondu présentent a priori un intérêt pour notre problématique, ce qui n'est pas le cas de l'ensemble des médecins prescripteurs d'antipsychotiques.

Nous avons fait le choix dans ce travail de nous limiter à une étude de la population médicale de l'agglomération grenobloise. En effet, les médecins répondant ont ainsi des pratiques comparables : pratique de médecine ambulatoire citadine, accès facile aux CMP et aux psychiatres libéraux, accès similaires à tous les médecins répondant.

Un autre biais de ce travail est celui d'un questionnaire d'autoévaluation : les réponses fournies sont subjectives, avec un recours possible à des supports d'information.

A noter que quelques questionnaires nous sont revenus non complétés ou répondus partiellement. Ceci peut s'expliquer par la longueur de notre questionnaire, la mise en question des pratiques professionnelles et le manque de temps.

L'objectif annoncé de ce questionnaire était d'évaluer la qualité de la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres dans le suivi des patients sous antipsychotiques atypiques, en particulier dans la situation d'effets indésirables de type métaboliques. Notre hypothèse de travail était celle d'une collaboration faible, peu efficiente, avec des difficultés à travailler ensemble, pour les psychiatres et les médecins généralistes. Cette hypothèse initiale se basait sur les observations en pratique quotidienne, de patients sous antipsychotiques, pour lesquels le suivi était peu lisible (pour le patient et ses soignants). Les



conséquences sur la gestion des effets indésirables et sur la qualité du soin chez ces patients nous ont paru justifier un travail sur ce thème.

Les résultats confirment notre hypothèse de départ. En effet, la collaboration est décrite comme souvent satisfaisante par seulement 20 % des MG et par 39 % des psychiatres. Même si l'on observe une tendance des psychiatres à être plus souvent satisfaits de cette collaboration, cette différence n'est pas statistiquement significative.

Il n'y a pas non plus de différence statistique entre psychiatres et médecins généralistes concernant les raisons de cette collaboration décevante. On retrouve le manque de temps, une relation défectueuse entre médecins, une divergence d'opinions, des particularités liées aux patients, ainsi que la difficulté à joindre les psychiatres, le secret médical, et l'absence de courrier.

Le moyen le plus utilisé par les médecins pour communiquer est le courrier. On note que les généralistes tendent à communiquer via le patient, à l'inverse des psychiatres. On remarque un usage très rare des mails. A l'heure où les comptes rendus d'hôpitaux peuvent être envoyés par mail, on peut s'étonner que tous les médecins ne soient pas encore informatisés et que la communication entre médecins semble peu se développer dans cette voie.

Dans les deux spécialités il semble important que le patient bénéficie du double suivi psychiatre/médecin généraliste et chacun paraît trouver la prise en charge de l'autre indispensable.

## **1.2 Dans la littérature :**

Il existe une définition de la collaboration interprofessionnelle : « *un processus de communication et de décision qui favorise la synergie des intervenants sur le plan des connaissances et des compétences, individuelles et communes, ce qui influe sur les soins offerts au patient* ». <sup>[30]</sup>

Les règles de collaboration entre médecins sont évoquées dans le code de déontologie médicale.

L'article 58 évoque les situations de consultation d'un autre médecin que le médecin

réfèrent : changement ou consultation d'un spécialiste. Il recommande un échange entre médecin par courrier ou transmission du dossier médical si besoin. Il préconise de ne pas cacheter la lettre, permettant ainsi au patient de la consulter, dans un souci de transparence. On note que dans notre étude les MG ont plus tendance à utiliser ce moyen de communication (lettre via le patient) que les psychiatres. Les courriers de ces derniers ont peut être un contenu plus difficile à accepter pour les patients (diagnostics psychiatriques, évolution...).

Cet article rappelle les principes à respecter dans la collaboration entre médecins : faire primer l'intérêt du patient, laisser le libre choix du médecin au patient. [31]

L'article 60 évoque le recours à un spécialiste. Dans cette situation il est demandé au médecin réfèrent d'adresser un courrier explicatif au médecin spécialiste dont l'avis est requis. En retour, le médecin spécialiste se doit alors de répondre par courrier au médecin adressant. [32]

Enfin, l'article 64 concerne l'exercice en équipe. Il insiste sur le fait que l'intervention d'un médecin justifie une information sous forme de lettre ou de compte rendu, voire une communication orale, en cas d'urgence. De même, lors de la consultation d'un médecin spécialiste, dans le cadre de compétences particulières, les échanges entre médecins doivent, en principe, être consignés dans le dossier médical. [33]

Ainsi, on peut constater l'éloignement entre la théorie régissant la collaboration, et la réalité décrite dans notre étude : peu ou pas de communication, d'une qualité peu satisfaisante.

On note que le recours au courrier, tel que décrit dans le code de déontologie, est bien le mode de communication le plus répandu entre médecins.

Enfin, on remarque que l'article 58 pointe bien la nécessité de ces échanges, dans l'intérêt du patient, qui devrait rester, dans l'exercice de la médecine, au cœur des pratiques. Et, c'est d'ailleurs bien l'intérêt du patient qui est mis à mal lorsque les médecins ne parviennent pas à collaborer. [31]

Concernant le déroulement en pratique de cette collaboration, il existe peu d'études.

On retrouve dans une thèse de pharmacie la notion d'une collaboration moins efficiente entre professionnels de santé en milieu urbain qu'en milieu rural. [34] L'hypothèse formulée est celle de multiples intervenants, d'un plus grand anonymat entre médecins de ville. Notre étude se déroulant dans la ville de Grenoble, on peut supposer que ces éléments

participent à nos résultats.

Dans le même travail sur la collaboration entre professionnels de santé la question du manque de disponibilité des médecins, souvent difficiles à joindre, semble avoir un rôle notable lorsque la communication est décrite comme non optimale.

Dans son article, Savane rappelle que la mise en place d'un traitement est sous la responsabilité du prescripteur, ce doit être lui à l'origine des examens biologiques et on doit insister sur une collaboration étroite entre les médecins généralistes et les psychiatres. [35]

## **2. Description de la prescription :**

### **2.1 Dans notre étude :**

#### **2.1.1 Données sur la prescription :**

Les résultats de notre étude montrent que les médecins généralistes prescrivent peu d'APA : 98% déclarent en prescrire de façon rare, c'est-à-dire moins d'une fois par mois.

De plus nous nous attendions à ce que les médecins généralistes prescrivent plus d'APA dans les situations hors psychose, comme dans les états d'agitation. Or, notre étude démontre le contraire. Les médecins généralistes disent prescrire aussi rarement ce genre de molécule que ce soit dans des situations de psychose ou non (98% versus 100%).

En remarque libre, deux médecins généralistes affirment avoir besoin d'un diagnostic posé par un psychiatre avant d'introduire ce genre de molécule chez un patient. L'un des deux médecins écrit d'ailleurs que la disponibilité en ville des psychiatres est suffisante pour avoir un avis spécialisé avant le début du traitement.

Les psychiatres libéraux prescrivent également peu d'APA (tout en sachant que nous avons déjà exclu les psychiatres non prescripteurs au début de l'étude). Ils sont 64 % à en prescrire moins d'une fois par mois en situation de psychose et 79% hors situation de psychose. En revanche il existe une différence significative de prescriptions d'APA entre les psychiatres ayant une activité libérale stricte et ceux ayant une activité CMP (CMP exclusif ou activité mixte). Nous pouvons expliquer cette différence par le biais de sélection des patients, les patients atteints de trouble mentaux sévères étant le plus souvent suivis en CMP. En effet, ces structures permettent un meilleur encadrement de ces patients souvent en grande difficulté sociale. De plus, les psychiatres de ces structures ont peut-être plus l'habitude de

prescrire ce type de traitement. On peut donc supposer qu'ils sont plus à l'aise dans ces prescriptions et leur suivi.

### **2.1.2 L'information faite aux patients :**

Notre étude révèle que l'information faite aux patients sur les antipsychotiques est faite de façon quasi systématique pour 85 % des médecins généralistes et 93% des psychiatres. L'information concerne aussi bien l'indication du traitement que ses effets secondaires. La seule différence entre ces deux spécialités est que les psychiatres ont plus souvent recours à des brochures de laboratoires que les médecins généralistes (32% versus 4%). On pourrait tenter d'expliquer cette disparité par une plus grande spécificité de la prescription chez les psychiatres

### **2.1.3 Les connaissances des effets secondaires des APA :**

Les effets indésirables de type métaboliques des APA sont bien connus des médecins généralistes comme des psychiatres, qui les déclarent comme étant fréquents dans 89% des cas pour les médecins généralistes et 71% pour les psychiatres. Ceci confirme une prise de conscience du corps médical de ce problème de santé publique.

Les recommandations de l'AFSSAPS, publiées courant 2010, sont bien connues des psychiatres (93%). En revanche, moins d'un médecin généraliste sur deux les connaît (41%) ( $p < 0,0001$ ). On peut penser que, du fait de la variété des pathologies rencontrées en médecine générale, ils ont probablement plus de difficultés à être au courant de toutes les recommandations.

### **2.1.4 Rôle du CMP :**

Dans notre questionnaire, une question libre permettait aux médecins généralistes de s'exprimer sur le rôle du CMP à leurs yeux. Les réponses données sont les suivantes :

- rôle social ;
- rôle de soutien ;
- suivi pluridisciplinaire ;
- suivi de patients lourds ;
- gestion «administrative» des patients ;
- accessibilité ;

- suivi plus régulier ;
- intérêt pour les patients à faibles revenus ne pouvant s'acquitter des honoraires des psychiatres libéraux.

En revanche beaucoup de médecins remarquent que les délais de prise en charge sont très longs, et que ces types de structures sont débordées, saturées.

Les réponses sur l'accessibilité des CMP divergent. Pour certains il est très facile d'avoir un avis téléphonique. Pour d'autres, les psychiatres des CMP sont injoignables. Cependant, tous s'accordent sur le fait que les psychiatres des CMP n'écrivent que très rarement aux médecins généralistes afin de les informer des diagnostics et traitements instaurés chez leurs patients.

Plusieurs médecins généralistes de centre de santé regrettent que depuis la fusion de plusieurs CMP, les réunions qui y étaient organisées, entre médecins généralistes et psychiatres, aient disparues. On note que la diminution de personnel (donc de disponibilité), ainsi que l'éloignement des structures augmentent la distension du lien entre médecins généralistes et psychiatres. Or, au vu de la spécificité du CMP pour les médecins généralistes, il paraît important que ces structures puissent continuer à jouer ce rôle de proximité et de pluridisciplinarité.

Ces remarques émanent des centres de santé, qui sont concernés par une population en grande précarité, de même que par de nombreux patients souffrant de maladie mentale. Il pourrait être intéressant de connaître l'opinion des patients concernés par ces institutions : jouent-elles un rôle de cohésion sociale à leurs yeux ? Les fréquentent-ils pour leur accessibilité (appartenance au service public) ?

## **2.2 Dans la littérature :**

Une étude réalisée en 2009 sur les habitudes de prescription et de suivi des patients sous antipsychotiques par les médecins généralistes libéraux des Hauts de Seine retrouve les chiffres suivants : prescriptions d'antipsychotiques régulière dans 17% des cas, occasionnellement dans 26% des cas, exceptionnellement dans également 26% des cas et jamais dans 31% des cas. Dans 59% des cas la prescription d'antipsychotique se faisait dans une situation de psychose. [36]

Ces chiffres sont très éloignés des nôtres. On rappelle que dans notre étude 98% des médecins généralistes déclaraient prescrire des APA de façon rare, c'est-à-dire moins souvent que mensuellement. Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre étude ne s'intéresse

qu'aux APA alors que celle des Hauts de Seine incluait les APA et les antipsychotiques conventionnels. Il est possible qu'encore beaucoup de médecins généralistes prescrivent plutôt des antipsychotiques conventionnels que des APA.

L'autre hypothèse est que notre questionnaire ne différencie pas prescription initiale et renouvellement. Il est donc possible que les médecins généralistes ne comptent pas comme relevant de leurs prescriptions les renouvellements d'APA instaurés par un autre spécialiste.

L'information faite au patient apparaît satisfaisante dans notre étude mais la prévalence du syndrome métabolique sous APA reste élevée. Il paraît donc important que cette information soit répétée tout au long du suivi.

Celle-ci semble fondamentale pour la compliance des patients au traitement. Il s'agit d'une obligation médico-légale pour les médecins.

Une étude sur l'adhérence des patients au traitement antipsychotique conventionnels montre que la croyance à l'effet thérapeutique du traitement augmenterait la compliance, alors que des facteurs comme le milieu social, les effets secondaires, n'auraient pas d'influence. Cette même étude montre une décroissance de l'observance après la sortie de l'hôpital. A un an de la sortie, 40 % des patients sont non adhérents. Ce chiffre passe à 75 % à deux ans après une hospitalisation. [37] Ceci souligne l'importance de répéter cette information de façon régulière auprès des patients, en particulier en ambulatoire, et notamment sur le bénéfice attendu, afin d'optimiser l'observance.

### **2.3 Données de la CRAM :**

Les résultats communiqués par la sécurité sociale montrent qu'en moyenne, les médecins généralistes en cabinet prescrivent 1,71 APA par mois. Dans notre étude, plus de 97% des MG déclarent en prescrire moins d'une fois par mois. Les médecins généralistes sous estimerait-ils le nombre d'APA prescrits ? L'autre hypothèse est que notre questionnaire ne différencie pas prescription initiale et renouvellement.

Enfin, une dernière éventualité est celle d'un échantillon de MG non représentatifs de la population médicale. En effet, un biais de sélection est possible dans notre étude, avec une surreprésentation des médecins se sentant concernés par la question.

Quant aux psychiatres, les résultats de la CRAM montrent une prescription moyenne de 10,03 APA par mois et par psychiatre libéral. Dans notre étude, la majorité des psychiatres

d'activité libérale ou mixte déclarent en prescrire de façon mensuelle ou hebdomadaire contre moins de 10% des psychiatres à activité libérale stricte, qui disent prescrire beaucoup moins souvent. Il est probable là aussi que la prescription d'APA soit sous-estimée dans notre étude.

Les prescriptions émanant des CMP ou des centres de santé ne peuvent être interprétés en termes de volume de prescription mensuelle moyenne. En effet, seules 5 origines de prescriptions en centres de santé sont identifiées, et 4 en CMP. L'identification individuelle de prescripteurs n'est pas possible dans ce contexte et les chiffres obtenus ne peuvent être interprétés.

Le volume d'APA prescrits en CMP (chiffre) paraît peu important par rapport au volume d'APA prescrits en psychiatrie libérale. En effet, au vu de la patientèle des CMP et des réponses à nos questionnaires, on attendrait un chiffre plus important. Il est probable que les prescriptions en CMP n'aient pas été collectées en totalité par la CRAM, ce qui montre les limites dans le recueil de données par la CRAM.

La cyamémazine est la molécule la plus prescrite, que ce soit par les psychiatres ou par les MG. L'utilisation à visée sédatrice et anxiolytique de ce produit peut expliquer une indication plus large et donc une prescription plus répandue. On peut aussi supposer que le recul que l'on a sur cette molécule explique le choix fréquent (AMM en 1971). En effet, l'olanzapine et la rispéridone sont des molécules plus récentes (AMM respectivement en 1998 et 1995). L'aripiprazole reste la molécule la moins prescrite mais aussi la plus récente (AMM en 2006).

Les différences de prescription en fonction des tranches d'âge s'expliquent elles aussi par le mode d'action des molécules ainsi que le recul sur les traitements.

Les patients de plus de 70 ans sont davantage traités par la rispéridone, traitement bien connu, bien étudié, et dont les effets sédatifs et antipsychotiques sont mieux maîtrisés.

Chez les plus jeunes, l'olanzapine est plus utilisée, dans des indications, plus spécifiques, d'entrée dans des psychoses chroniques.

### **3. Description du suivi des patients :**

#### **3.1 Dans notre étude :**

Le bilan pré-thérapeutique comporte :

- à l'interrogatoire : recherche des antécédents personnels et familiaux, des facteurs de risque cardio-vasculaire. Notre étude met en évidence que la prise en compte des antécédents médicaux, familiaux, et que la recherche des facteurs de risques cardio-vasculaire sont bien réalisées par les psychiatres et les médecins généralistes, ce qui corrobore les bonnes connaissances en matière d'effets secondaires de ce type de traitement

- au niveau clinique : tension artérielle, poids, IMC et mesure du périmètre abdominal ;

Il est fait de façon complète chez 30% des médecins généralistes et 11% des psychiatres.

- au niveau paraclinique : mesure de la glycémie à jeun et exploration du bilan lipidique.

Celui-ci est réalisé par 63% des médecins généralistes et 43% des psychiatres.

Le bilan para-clinique est donc généralement mieux réalisé que l'examen clinique. Chez les psychiatres cela peut s'expliquer par la distance nécessaire en psychiatrie, et par le fait que l'examen somatique est fréquemment considéré comme ne faisant pas partie de leurs missions, comme plusieurs l'ont déclaré dans notre questionnaire.

Pour les médecins généralistes, l'examen clinique est fréquemment incomplet car il manque la mesure du périmètre abdominal (fait régulièrement par seulement 24% des généralistes et jamais par 26%).

Dans la pratique, on réalise que la mesure du périmètre abdominal ne fait pour l'instant pas partie de l'examen clinique « systématique » du médecin généraliste au même titre que la tension artérielle ou le poids. On peut considérer que la mesure du périmètre abdominal n'est pas un signe discriminant de la qualité du suivi sous APA.

Notre étude montre que le suivi est insuffisant dans les deux spécialités :

- le suivi de la tension artérielle est recommandé à trois mois puis de façon annuelle, or 63% des médecins généralistes et 82% des psychiatres la suivent de façon insuffisante ;

- le suivi du poids et de l'IMC est recommandé à un mois, trois mois puis de façon trimestrielle : il est fait insuffisamment pour le poids chez 80% des médecins généralistes et 89% des psychiatres et pour l'IMC chez 85% des médecins généralistes et 96% des psychiatres ;



- le suivi de la glycémie à jeun doit être fait à trois mois puis de façon annuelle, or 67% des médecins généralistes et 79% des psychiatres le suivent de façon insuffisante ;

- quant au bilan lipidique recommandé à trois mois puis tous les cinq ans, il est fait de façon insuffisante chez 35% des médecins généralistes et 68% des psychiatres.

A noter que 59% des médecins généralistes suivent le bilan lipidique plus souvent que recommandé (en moyenne une fois par an).

En rassemblant toutes les données du suivi, on a pu constater qu'il était réalisé de façon conforme par 2% des médecins généralistes (ce qui représente en fait un médecin généraliste sur les 46 interrogés) et 0% des psychiatres.

Pourquoi ce suivi est-il aussi rarement réalisé? Chez les MG cela est probablement lié à la non connaissance des recommandations mais qu'en est-il pour les autres ? Peut-être cela est-il lié à la population, qui ne se prête pas facilement au suivi ? Ou parce que ce suivi est jugé trop contraignant par les médecins ? Est-ce pour les psychiatres parce que la partie somatique de leur exercice leur est moins familière ? Quoi qu'il en soit, on note que cet aspect doit être renforcé, et que l'examen clinique, s'il n'est pas systématique, devrait le devenir, en particulier pour ce type de patients.

### **3.2 Dans la littérature :**

Nous pouvons comparer les résultats de notre étude à ceux de Morrato. Cette étude portant sur 109 451 patients a évalué les effets des avertissements de la Food and Drug Administration (FDA) et des différentes recommandations des groupes d'experts. Elle a mis en évidence que la fréquence des contrôles de glycémie restait faible, aux alentours de 27%, et de celui des lipides autour de 10%. [38]

Quant à l'étude d'Olson, elle montrait que 90 jours avant l'instauration d'un traitement APA ou dans les 7 jours qui suivaient son introduction, seuls 62% des patients avaient une mesure de la tension artérielle, 55% une pesée, 7% une glycémie capillaire et 17% un profil lipidique. Aucun des patients n'avait eu toutes les mesures (à savoir, tension artérielle, poids, glycémie capillaire à jeun et profil lipidique). [39]

En somme les chiffres donnés dans les études sont comparables à ceux de notre étude concernant la surveillance de la glycémie (11% des MG et 4% des psychiatres seulement réalisent un suivi de la glycémie conforme aux recommandations). En revanche, dans notre étude, la surveillance du bilan lipidique est faite de façon plus régulière (le suivi lipidique est

fait de façon régulière chez 65% des MG et 32% des psychiatres).

Nous pouvons expliquer cette différence par le fait que notre étude s'est déroulée un an après celle de Morrato. Il est donc possible que les médecins soient de plus en plus sensibilisés et informés des effets des APA, et donc qu'ils réalisent un suivi plus strict. Par ailleurs, l'étude de Morrato se déroulant aux Etats Unis, nous ne pouvons faire une comparaison significative.

On retrouve dans l'article de Muller des hypothèses permettant d'expliquer les lacunes du suivi des patients sous APA :

- les patients souffrant de maladie mentale sévère seraient discriminés sur le plan de la gestion et de la recherche des facteurs de risque cardiovasculaire, ou
- les résultats connus des travaux sur les APA n'auraient pas encore été intégrés par tous les médecins. [27]

Nous avons souhaité comparer les recommandations de l'AFSSAPS avec celles faites dans la littérature :

L'American Psychiatry Association recommande pour le suivi des patients sous APA : [40]

- l'IMC à l'instauration puis une fois par mois pendant 6 mois puis une fois par trimestre ;
- la glycémie à jeun et l'hémoglobine glyquée avant l'instauration puis quatre mois plus tard puis de façon annuelle ;
- le bilan lipidique au début du traitement puis tous les 5 ans.

En comparaison avec les recommandations de l'AFSSAPS, on remarque un suivi plus régulier du poids les premiers mois et le suivi de l'hémoglobine glyquée en même temps que la glycémie à jeun.

L'American Diabetes Association (ADA) propose une surveillance du périmètre abdominal au début du traitement puis de façon annuelle. [41]

D'autres auteurs recommandent un suivi plus strict :

- pour Meyer : un suivi lipidique semestriel pour les molécules à fort potentiel lipidogène tels que la clozapine, l'olanzapine et la quétiapine ; [42]
- la conférence de consensus de Belgique préconise la mesure du périmètre abdominal et de l'IMC de façon hebdomadaire en hospitalier et mensuel en ambulatoire, la surveillance

de la glycémie à jeun de façon mensuelle chez les patients ayant des antécédents familiaux de diabète ou d'obésité ou des antécédents personnels de surpoids, et de façon trimestrielle chez les autres, ainsi que la surveillance du bilan lipidique tous les trois mois la première année puis annuellement ; [43]

- en France, en 2008, Savane s'était penché sur le suivi somatique des patients atteints de maladie mentale sévère. [35] Les principaux points étaient les suivants :

- le dépistage doit porter sur les facteurs médicaux : surcharge pondérale, dyslipidémie, hypertension artérielle (HTA), diabète ou intolérance au glucose, antécédents de syncope, d'arythmie cardiaque, de thrombose veineuse ; mais aussi sur les facteurs comportementaux : mauvaise hygiène alimentaire, tabagisme et autres addictions, inactivité physique, stress, polymédications ;

- le premier examen doit comporter la mesure du poids et de la taille permettant de calculer l'IMC, le tour de taille pour évaluer l'adiposité viscérale et la pression artérielle. Le bilan biologique comporte glycémie à jeun et profil lipidique à jeun ;

- à un mois : poids et IMC, périmètre abdominal ;

- à deux mois : poids et IMC ;

- à 3 mois poids et IMC, glycémie à jeun, profil lipidique et mesure de la pression artérielle

- ensuite : poursuite du suivi du poids et de l'IMC de façon trimestrielle ;

- à un an : périmètre abdominal, glycémie à jeun profil lipidique et mesure de la pression artérielle.

Certains auteurs préconisent plutôt la réalisation d'une hyperglycémie provoquée afin de révéler un trouble du métabolisme avant d'instaurer un traitement par neuroleptique. Celui-ci aurait une meilleure sensibilité et permettrait donc de révéler un diabète avant que la glycémie à jeun ne devienne anormale. [44]

En ce qui concerne les recommandations, elles sont relativement superposables d'un pays à l'autre. On peut remarquer seulement une différence concernant la mesure du périmètre abdominal. Cette mesure est recommandée uniquement avant l'introduction du traitement par l'AFSSAPS alors qu'aux Etats-Unis, celle-ci doit être réalisé au minimum une fois par an. Quant à la proposition sur la réalisation d'une hyperglycémie provoquée, celle-ci reste un examen contraignant pour les patients. On peut se demander si celui-ci serait réalisable chez les patients atteints de troubles mentaux sévères.

Les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

(ANAES), publiées en 2003, rappellent que la glycémie à jeun reste le seul examen recommandé pour faire le diagnostic de diabète. [45]

#### **4. La démarche thérapeutique en cas de troubles métaboliques :**

##### **4.1 Dans notre étude :**

**En cas de prise de poids**, les deux spécialités vont en priorité rappeler au patient les règles hygiéno-diététiques ou l'adresser vers une diététicienne (78% des médecins généralistes et 79% des psychiatres).

Les médecins généralistes ne diminuent le traitement ou ne changent d'APA que dans 2% des cas alors que les psychiatres le font dans 50% des cas ( $p < 0,001$ ). On peut expliquer cette différence avec le résultat suivant : 47% des médecins généralistes vont attendre l'avis du psychiatre avant de modifier le traitement. Cette prise de poids est clairement un effet secondaire des APA, et les médecins interrogés dans notre étude en sont bien informés. Or, seule une minorité d'entre eux vont modifier le traitement qui en est responsable. On peut se demander au vu de ces résultats si l'équilibre psychiatrique des patients n'est pas une priorité pour les médecins, avant les effets secondaires de ces traitements antipsychotiques.

Les médecins des deux spécialités ne déclarent pas cette prise de poids à la pharmacovigilance. Sachant que les critères de déclaration à la pharmacovigilance sont : soit la gravité, soit le caractère inattendu, on peut en conclure que pour les médecins la prise de poids sous APA ne remplit aucune de ces deux conditions.

Nous avons ensuite, dans notre questionnaire, demandé quelle conduite tenaient les médecins **en cas d'apparition d'une dyslipidémie ou d'un diabète sous APA**.

Seule la moitié des psychiatres vont rappeler les règles hygiéno-diététiques au patient ou l'adresser à une diététicienne (contre 79% en cas de prise de poids). Pour les médecins généralistes, la proportion est à peu près la même : 87%.

L'introduction de médicaments pour corriger ces troubles métaboliques va être faite par 28% des médecins généralistes et seulement 4% des psychiatres ( $p < 0,0085$ ). Les psychiatres ont moins l'habitude de traiter ce genre de pathologies et donc d'introduire un traitement. Ils préfèrent dans 82% des cas attendre l'avis du médecin généraliste du patient.

Enfin comme pour la question précédente, seuls 9% des médecins généralistes et 32% des psychiatres vont diminuer ou changer le traitement par APA ( $p < 0,0102$ ), conduisant à la même réflexion que précédemment.

## **4.2 Dans la littérature :**

Les patients sous APA sont globalement mal pris en charge sur le plan des effets secondaires induits par les APA. L'étude CATIE montre que 88% des patients schizophrènes qui avaient une dyslipidémie n'avaient pas reçu le traitement approprié. [25]

Dans l'étude de De Hert réalisée sur plus de 2000 patients schizophrènes européens, 10,9% des patients étaient traités pour hypertension artérielle, 7,1% pour une dyslipidémie et 3,5% pour un diabète de type deux. Or, des preuves biologiques d'hyperglycémie ont été retrouvées chez 26% des patients, de dyslipidémie chez 70% et d'une hypertension artérielle non traitée chez 39%. [46]

Les résultats de notre étude sont comparables à ceux de la littérature, puisque, on le rappelle, seuls 28% des médecins généralistes et seulement 4% des psychiatres introduisent un traitement pour corriger les troubles métaboliques apparus sous APA. Ceci paraît largement au vu de la prévalence de ces effets indésirables.

L'AFSSAPS a publié des recommandations pour le suivi de ces patients sous APA, en revanche il n'existe pas de recommandations de prescription en fonction du terrain des patients ni de conduite à tenir en cas de iatrogénie forte.

Dans la littérature, nous avons retrouvé quelques pistes pour répondre à ces questions :

- l'American Psychiatry Association préconise l'utilisation de l'aripiprazole ou ziprasidone en cas d'hyperglycémie ou d'hyperlipidémie ; [40]

- l'étude de Savane recommande le changement de molécule APA en cas de prise de poids supérieure ou égale à 7% du poids initial et le choix d'un antipsychotique moins délétère sur le plan métabolique. [35]

- les conclusions de l'étude de Franck sont : [47]

- en cas de dyslipidémie sur le bilan pré thérapeutique, de ne pas utiliser la clozapine, l'olanzapine et la quétiapine sauf en cas de nécessité clinique majeure ;

- en cas d'une intolérance au glucose ou d'un diabète, contre-indication relative à l'introduction d'un traitement par clozapine, olanzapine et quétiapine ;

- en cas d'apparition au cours d'un traitement par APA d'un diabète, substitution de l'APA par un autre ou diminution l'APA à la posologie minimale efficace.

## **5. Nos propositions :**

### **5.1. Sur la prescription des APA et la prévention des troubles métaboliques sous APA :**

Nous pouvons retenir de ces différentes recommandations que la balance bénéfique/risque de ces traitements doit toujours être bien analysée.

Il a été établi que les patients atteints d'une maladie mentale sévère non traités avaient un risque de mortalité, de suicide et d'hospitalisation plus élevé que ceux sous traitement ce qui montre l'importance d'un traitement psychotrope bien conduit. [34]

Les APA auront une meilleure observance que les neuroleptiques conventionnels du fait de la quasi absence d'effets extrapyramidaux. Ils auront en revanche plus d'effets métaboliques chez cette population déjà très à risque de maladie cardio vasculaire. Quant au contrôle des symptômes psychiatriques, en dehors de la clozapine, les autres APA n'ont pas démontré d'efficacité supérieure aux neuroleptiques de première génération.

En résumé, il faut donc privilégier, lors de l'introduction du traitement, un APA ayant un moindre impact sur la prise de poids en cas d'antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire, ou au niveau personnel en cas d'association avec d'autres facteurs de risques cardio-vasculaire (par exemple le tabagisme).

Il faut toujours rappeler les règles hygiéno-diététiques au patient afin de limiter la prise de poids, lui conseiller la pratique d'une activité physique régulière et privilégier une monothérapie antipsychotique. En cas d'apparition d'effets indésirables de type métabolique, le patient doit bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle ou médicamenteuse (si dyslipidémie ou diabète), une surveillance accrue du poids (à partir d'une augmentation de l'IMC d'une unité), voire le changement de neuroleptique (l'APA conseillé est la ziprasidone, neuroleptique non disponible sur le marché en France). [40]

Une prise de poids rapide en début de traitement serait un signe péjoratif quant à la survenue de complications métaboliques. [48] Une étude récente a mis en évidence que la metformine pourrait atténuer la prise de poids chez les adultes et adolescent traités par APA. [49], [50] Si ce résultat reste à confirmer par des études de plus grande envergure, l'introduction de la metformine pourrait être envisagée chez des patients à haut risque de diabète de type 2 (notamment antécédent personnel d'intolérance au glucose ou familiaux de diabète de type 2). De plus le Diabetes Prevention Program a montré que chez des patients présentant une intolérance orale au glucose, l'introduction d'un traitement par metformine

diminuerait l'incidence du diabète de type 2 de 31%. [51]

## **5.2. Sur le suivi des APA :**

Les critiques que nous pouvons émettre sont les suivantes :

- au vu de l'importance de l'adiposité viscérale dans l'apparition des troubles métaboliques, les recommandations de l'AFSSAPS qui préconisent uniquement une mesure du périmètre abdominal avant l'instauration du traitement et pas de suivi de celui-ci dans le temps, nous paraissent insuffisantes. La surveillance une fois par an comme proposée par l'ADA semble plus appropriée, à la condition que cette mesure fasse partie dans les années qui viennent de l'examen systématique du patient au même titre que la tension artérielle et le poids ;

- la place de l'hémoglobine glyquée reste à trouver. Pourrait-elle à l'avenir, être utilisée comme moyen de diagnostic du diabète ? [52]

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, les patients atteints d'une maladie mentale sévère sont peu suivis sur le plan somatique, ce qui a pour conséquence une mortalité précoce par rapport à la population générale. Il semble donc essentiel que ces patients soient suivis par un médecin généraliste. L'introduction d'un APA doit être l'occasion, pour les psychiatres, d'adresser ces patients vers un MG afin de faire le point sur le plan somatique et d'organiser un suivi. Cette prescription est donc une possible porte d'entrée chez le généraliste pour ces patients en grande errance médicale.

Parallèlement, les généralistes souhaitent que ces patients aient un psychiatre référent afin de confirmer le diagnostic avant l'introduction d'un traitement qui est loin d'être anodin.

La collaboration MG/ psychiatre est donc primordiale pour une prise en charge de qualité.

## **5.3. Sur le plan thérapeutique en cas de troubles métaboliques :**

Le principe de collaboration entre MG et psychiatres prend tout son sens dans la prise en charge de ces troubles spécifiques. En effet les psychiatres n'ont pas la pratique nécessaire à la prise de décision thérapeutique, alors qu'il semble que les médecins généralistes attendent l'accord du spécialiste pour prendre une initiative médicamenteuse.

L'apparition d'un trouble métabolique devrait rendre obligatoire la notion de concertation et être l'occasion d'organiser des modules de formation continue, des réunions

pluridisciplinaires, de mettre au point des schémas de prise en charge, tout cela dans le souci d'apprendre à travailler ensemble et de bénéficier des compétences de chacun.

#### **5.4. Sur le plan de la collaboration entre MG et psychiatres :**

Dans le cadre de notre questionnaire, plusieurs propositions pour améliorer cette collaboration ont été faites. On note que le fait que les psychiatres se présentent aux MG lors de leur installation paraît une piste intéressante pour les MG mais moins pour les psychiatres.

Par contre, les propositions que nous avons faites dans notre questionnaire afin d'améliorer la collaboration ont été accueillies avec peu d'enthousiasme, notamment de la part des MG. Qu'il s'agisse de propositions nouvelles (création d'un centre de référence ou télémédecine), ou de développer des moyens préexistants (réseau de soins, participation à des réunions pluridisciplinaires, associations de patients), nos suggestions paraissent globalement moins intéressantes aux MG qu'aux psychiatres. On peut supposer une certaine surcharge ou lassitude des MG qui se voient proposer de tels projets pour une multitude d'aspects de prise en charge des patients.

Les propositions libres des médecins s'orientent plus vers des moyens simples tels que le développement de la communication par téléphone et courriers.

Dans la situation actuelle de prescription croissante d'antipsychotiques, on perçoit bien la nécessité d'optimiser le suivi de ces patients. D'autant qu'une méta-analyse comprenant 482 patients sous neuroleptiques a montré qu'une modification du style de vie permettait d'atteindre de bons résultats concernant la perte de poids. [53]

Dans cette perspective, il semble que la participation d'autres intervenants dans cette prise en charge trouve un sens. Les propositions des médecins interrogés s'orientent surtout vers un professeur de sport ou un coach sportif, avec stimulation à l'exercice physique, l'intervention de diététiciennes ou de nutritionnistes, un suivi infirmier. On trouve dans ces réponses une orientation vers l'éducation et la stimulation du patient.

On note que les MG ont des contacts ponctuels avec la pharmacie, ce qui ne semble pas être le cas des psychiatres. Le partenariat avec la pharmacie nous semble important à développer, surtout par les psychiatres. En effet, on pourrait envisager que les pharmaciens



pallient au défaut d'équipement des cabinets de psychiatrie (pèse-personne, appareil à tension).

Il serait intéressant d'avoir le point de vue des patients. Que souhaiteraient-ils pour améliorer leur prise en charge ? Un entretien régulier avec une diététicienne ? La pratique d'une activité physique en groupe ? Etre pris en charge de façon globale en centre de référence ?...

Afin que notre étude ait un intérêt pédagogique, nous avons réalisé une plaquette rappelant la définition du syndrome métabolique, le suivi recommandé pour les patients sous APA et les principaux résultats de notre étude. Ces plaquettes ont été envoyées aux médecins ayant demandé à être informés des résultats de notre travail.

TITRE : COLLABORATION MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRES :  
CAS PARTICULIER DU SYNDROME METABOLIQUE SOUS ANTIPSYCHOTIQUES  
ATYPIQUES

**CONCLUSIONS**

Notre travail s'est basé sur une hypothèse initiale de collaboration défectueuse entre médecins généralistes et psychiatres, conduisant à un suivi inadéquat des patients sous antipsychotiques, notamment sur le plan métabolique.

Plusieurs facteurs font de cette situation un enjeu de santé publique : l'élargissement de la prescription d'antipsychotiques atypiques (que nous ont confirmé les données de la caisse régionale d'assurance maladie), la fréquence des effets indésirables de type métabolique et le coût de leur prise en charge, la précarité souvent retrouvée dans les populations concernées par ce traitement psychotrope, les changements de la démographie médicale et l'implication croissante des généralistes dans ces problématiques.

Notre étude retrouve, comme on l'attendait, une communication faible, peu satisfaisante entre médecins généralistes et psychiatres. Elle est probablement responsable de la mauvaise qualité du suivi des patients que l'on obtient dans nos résultats.

Les principales difficultés évoquées sont la question de la disponibilité, du manque d'information, et du manque de communication. La question de cette collaboration entre médecins généralistes et psychiatres semble soulever chez les médecins une certaine fatalité, un sentiment désabusé, rendant difficile la question des perspectives à envisager pour améliorer la situation.

On note que les solutions plébiscitées pour améliorer cette situation sont souvent les plus simples : téléphone, courrier, présentation aux confrères lors de l'installation... Comme si une certaine désillusion, en particulier chez les médecins généralistes, entraînait un retour aux moyens les plus pragmatiques.

Ainsi, au vu de l'évolution de la psychiatrie et de la pharmacologie qui s'y rattache, il ne paraît plus possible aujourd'hui de dissocier prise en charge psychiatrique et somatique. Les nouvelles générations de psychiatres sont de plus en plus formées et informées sur ces pratiques et on peut espérer que cette collaboration aille en s'améliorant. Ceci paraît d'autant plus important dans les nouvelles dynamiques de santé, notamment légales, qui remettent les droits du patient au centre du soin et engagent de plus en plus la responsabilité des médecins. Les patients sont en droit d'attendre une collaboration pleinement opérante entre leurs médecins, et d'avoir, en conséquence, un suivi conforme aux recommandations.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Grenoble, le 11/1/2012

LE DOYEN  
J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE  
PROFESSEUR BOUGEROL

## **VI – BIBLIOGRAPHIE :**

1. HAS. *Schizophrénies*. ALD n 23 2007 [cited 2011 15 Décembre]; Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide\\_ald23\\_schizophr\\_juin\\_07.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf).
2. HAS. *Troubles bipolaires*. ALD n23, guide médecin 2009 [cited 2011 15 décembre]; Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/ald\\_23\\_\\_gm\\_troubles\\_bipolaires\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/ald_23__gm_troubles_bipolaires_web.pdf)
3. VIDAL. 2011.
4. Olié, J.P., *Les effets indésirables des neuroleptiques*. Vol. XVI. 1990: L'Encéphale.
5. Ginestet, D., *Guide du bon usage des psychotropes*. 1997: Doin Editions.
6. Franck N., T.F., *Pharmacologie et mode d'action des neuroleptiques*. EMC psychiatrie, 2005. 37.
7. Strange, P.G., *Antipsychotic drugs: importance of dopamine receptors for mechanisms of therapeutic actions and side effects*. *Pharmacol Rev*, 2001. 53(1): p. 119-33.
8. Seeman, P., *Atypical antipsychotics: mechanism of action*. *Can J Psychiatry*, 2002. 47(1): p. 27-38.
9. Geddes, J., et al., *Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis*. *BMJ*, 2000. 321(7273): p. 1371-6.
10. Leucht, S., et al., *New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet*, 2003. 361(9369): p. 1581-9.
11. Sussman, N., *Review of atypical antipsychotics and weight gain*. *J Clin Psychiatry*, 2001. 62 Suppl 23: p. 5-12.
12. Alberti, K.G., P. Zimmet, and J. Shaw, *The metabolic syndrome--a new worldwide definition*. *Lancet*, 2005. 366(9491): p. 1059-62.
13. Plaze, M., *Comprendre les effets latéraux des antipsychotiques atypiques*. L'Encéphale, 2008. Suppl 6: p. S237-S241.
14. Henderson, D.C., *Weight gain with atypical antipsychotics: evidence and insights*. *J Clin Psychiatry*, 2007. 68 Suppl 12: p. 18-26.
15. Allison, D.B., et al., *Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis*. *Am J Psychiatry*, 1999. 156(11): p. 1686-96.
16. Sernyak, M.J., et al., *Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia*. *Am J Psychiatry*, 2002. 159(4): p. 561-6.
17. Kabinoff, G.S., et al., *Metabolic Issues With Atypical Antipsychotics in Primary Care: Dispelling the Myths*. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 2003. 5(1): p. 6-14.
18. Bushe, C. and B. Leonard, *Association between atypical antipsychotic agents and type 2 diabetes: review of prospective clinical data*. *Br J Psychiatry Suppl*, 2004. 47: p. S87-93.
19. Meyer, J.M., et al., *Change in metabolic syndrome parameters with antipsychotic treatment in the CATIE Schizophrenia Trial: prospective data from phase 1*. *Schizophr Res*, 2008. 101(1-3): p. 273-86.
20. De Hert, M., R. Van Winkel, and D. Van Eyck, *Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication*. *Schizophr Res* 2006. 83: p. 87-93.
21. De Hert, M., V. Schreurs, and K. Sweers, *Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first-episode patients with schizophrenia: A retrospective chart review*. *Schizophr Res*, 2008. 101: p. 295-303.
22. Newcomer, J.W. and C.H. Hennekens, *Severe mental illness and risk of cardiovascular disease*. *JAMA*, 2007. 298(15): p. 1794-6.
23. Parks, J., et al., *Morbidity and mortality in people with serious mental illness.*, in *National association of state mental health program directors, Medical directors council*. 2006.
24. Saha, S., D. Chant, and J. McGrath, *A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?* *Arch Gen Psychiatry*, 2007. 64(10): p. 1123-31.

25. Nasrallah, H.A., et al., *Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline*. Schizophr Res, 2006. 86(1-3): p. 15-22.
26. De Hert, M., *Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the european psychiatric association supported by the european association for the study of diabetes and the european society of cardiology*. Eur Psychiat, 2009. 24: p. 412-424.
27. Müller, B., D. Baciú, and H. Saner, *Gestion du risque cardiovasculaire en cas de troubles mentaux graves*. Forum med Suisse, 2010. 10: p. 679-683.
28. De Hert, M., R. Van Winkel, and D. Van Eyck, *Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study*. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2006: p. 2-14.
29. AFSSAPS. *Recommandations pour le suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques*. 2011 [cited 2011 17 août]; Available from: [www.afssaps.fr/info-de-securite/recommandations/suivi-cardio-metabolique-des-patients-traites-par-antipsychotiques-mise-au-point](http://www.afssaps.fr/info-de-securite/recommandations/suivi-cardio-metabolique-des-patients-traites-par-antipsychotiques-mise-au-point).
30. Richard, C. and M. Lussier, *La communication professionnelle en santé*. Montréal : Éditions du renouveau pédagogique. ERPI, 2005.
31. Code-de-déontologie-médicale. *Article 58, Consultation en l'absence du médecin habituel*. 2009 [cited 2011 24 Décembre]; Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-58-consultation-en-l-absence-du-medecin-habituel-282>.
32. Code-de-déontologie-médicale. *Article 60, Appel à un consultant ou un spécialiste*. 2009 [cited 2011 24 Décembre]; Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-60-appel-un-consultant-ou-specialiste-284>.
33. Code-de-déontologie-médicale. *Article 64, Exercice en équipe*. 2009 [cited 2011 24 Décembre]; Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-64-exercice-en-equipe-288>.
34. Tiihonen, J., et al., *Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study*. BMJ, 2006. 333(7561): p. 224.
35. Savane, D., *Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère*. L'encéphale, 2008.
36. Gignoux-Froment, F., *Les antipsychotiques en médecine générale : diagnostic, surveillance et prise en charge du syndrome métabolique*, in *Médecine*. 2009, Paris Descartes: Paris.
37. Perkins, D.O., *Adherence to antipsychotic medications*. J Clin Psychiatry, 1999. 60 Suppl 21: p. 25-30.
38. Morrato, E.H., et al., *Metabolic testing rates in 3 state Medicaid programs after FDA warnings and ADA/APA recommendations for second-generation antipsychotic drugs*. Arch Gen Psychiatry, 2010. 67(1): p. 17-24.
39. Olson, K.L., T. Delate, and D.J. Duagn, *Monitoring of patients given second-generation antipsychotic agents*. Psychiatr Serv, 2006. 57(7): p. 1045-6.
40. Lehman, A.F., et al., *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition*. Am J Psychiatry, 2004. 161(2 Suppl): p. 1-56.
41. American-Diabetes-Association, et al., *Consensus development conference antipsychotic drug and obesity and diabetes*. Diabetes care, 2004. 27: p. 596-601.
42. Meyer, J.M. and C.E. Koro, *The effects of antipsychotics on serum lipids: a comprehensive review*. Schizophr Res, 2004. 70: p. 1-17.
43. De Nayer, A., et al., *Belgian consensus on métabolique problems associated with atypical antipsychotics*. Int J Psychiatr Clin prat, 2005. 9(130-137).
44. Van Eyck, D., et al., *Oral glucose tolerance test in schizophrenia for « dummies », making sense of potentially predictive prediabetic insulin and glucose curves*. Schizophr Bull, 2005: p. 31:572
45. ANAES. *Principes de dépistage du diabète de type 2*. 2003 [cited 2011 4 Décembre]; Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete\\_synth\\_2003.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_synth_2003.pdf).

46. De Hert, M., et al., *Epidemiological study for the evaluation of metabolic disorders in patients with schizophrenia: the Meteor study*. Eur Neuropsychopharmacol, 2008. 18: p. S444.
47. Franck, N. and F. Thibaut, *Clinical use of neuroleptic treatment*. EMC psychiatrie, 2005: p. 300-335.
48. Scheen, A., B. Gillain, and M. De Hert, *Maladie cardiovasculaire et diabète chez les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère. 1e partie : épidémiologie et influence des médicaments psychotropes*. Médecine des Maladies Métaboliques, 2010. 4: p. 93-102.
49. Miller, L.J., *Management of atypical antipsychotic drug-induced weight gain: focus on metformin*. Pharmacotherapy, 2009. 29(6): p. 725-35.
50. Wu, R.R., et al., *Lifestyle intervention and metformin for treatment of antipsychotic-induced weight gain: a randomized controlled trial*. JAMA, 2008. 299(2): p. 185-93.
51. Knowler, W.C., et al., *Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin*. N Engl J Med, 2002. 346(6): p. 393-403.
52. International-Expert-Committee, *Report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes*. Diabetes Care, 2009. 32: p. 1327-34.
53. Alvarez-Jiménez, M., et al., *Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta analysis of randomised controlled trials*. Br J Psychiatry, 2008. 193: p. 101-7.

## **VII – ANNEXES :**

- Annexe 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes
  
- Annexe 2 : Questionnaire adressé aux psychiatres
  
- Annexe 3 : Tableau récapitulatif des principaux résultats de notre étude
  
- Annexe 4 : Remarques libres des médecins ayant répondu au questionnaire
  
- Annexe 5 : Résultats de la CRAM
  
- Annexe 6 : Plaquette destinée aux médecins ayant répondu à notre étude
  
- Annexe 7 : Tableau récapitulatif des réponses à nos questionnaires

## Annexe 1

### Questionnaire adressé aux médecins généralistes

THESE DE MEDECINE, Mathilde SIMAND (médecine générale)

Et Claire WINDEY (psychiatrie)

## QUESTIONNAIRE CONCERNANT LA COLLABORATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRES LIBERAUX DANS LE SUIVI DES EFFETS SECONDAIRES METABOLIQUES SOUS ANTIPSYCHOTIQUES

### I – Profil professionnel :

- Age : < 50 ans / >50 ans

- Quartier / Zone géographique d'exercice:

- Avez-vous une formation pharmacologique: Oui / Non  
Si oui: De quel type?

- Quel est votre moyen de formation continue :

- ✓ EPU
- ✓ Revue
- ✓ Formations universitaires
- ✓ Formations proposées par les laboratoires pharmaceutiques
- ✓ Réunions de pairs
- ✓ Autres:

- Avez-vous une formation particulière en psychiatrie?  
Si oui, laquelle?

Tampon : (facultatif)

### II – Cas clinique

*M. P., 25 ans, est un de vos patients chez qui le diagnostic de trouble bipolaire a été posé.  
Vous décidez de le mettre sous antipsychotique de seconde génération, qui a l'AMM en  
première ligne dans cette indication.*

- Concernant l'introduction d'un traitement antipsychotique, c'est pour vous un geste :  
Quotidien / Hebdomadaire / Mensuel / Rare

- Concernant l'introduction d'un antipsychotique hors situation de psychose chronique, c'est pour vous un geste :  
Quotidien / Hebdomadaire / Mensuel / Rare

- Avant l'introduction d'un antipsychotique, vous assurez-vous que votre patient a un psychiatre référent ?  
Toujours / Souvent / Parfois / Jamais

S'il n'en a pas, l'adressez vous à un psychiatre ?  
Toujours / Souvent / Parfois / Jamais

Vous l'adressez à un psychiatre :

- ✓ Que vous lui conseillez
- ✓ Que le patient choisit

- Connaissez-vous le CMP de référence de votre quartier ?    Oui / Non

- ✓ Vous arrive-t-il d'adresser des patients aux psychiatres qui y travaillent ?  
Oui / Non
- ✓ Le CMP a-t-il un rôle particulier pour vous et vos patients ?  
Oui / Non

Pouvez-vous préciser lequel ? :

- Si vous décidez d'adresser le patient à un psychiatre, vous le faites :

- ✓ Par courrier
- ✓ Vous l'appellez vous-même
- ✓ Par mail

*Avant de débiter le traitement, vous posez quelques questions à M. P.*

- Recherchez-vous :

- ✓ Les antécédents familiaux : Toujours / Souvent / Parfois / Jamais / Selon le patient  
Si oui, lesquels :



- ✓ Les antécédents personnels : Toujours/ Souvent / Parfois / Jamais / Selon le patient  
Si oui, lesquels :
  
- ✓ Les facteurs de risque cardio-vasculaires : Toujours / Souvent / Parfois / Jamais / Selon le patient  
Si oui, lesquels :

*Vous avez maintenant les renseignements voulus. Vous passez à l'examen clinique.*

- Que recherchez-vous, et à quelle fréquence ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Selon le patient
Tension artérielle					
Poids					
Indice de masse corporelle					
Périmètre abdominal					
Glycémie capillaire					

*L'examen clinique de M. P est sans particularité. Vous continuez votre bilan pré-thérapeutique en décidant de réaliser plusieurs examens paracliniques.*

- Lesquels ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Selon le patient
Glycémie à jeun					
Exploration d'une anomalie lipidique					
NFS					
Ionogramme sanguin					
Hémoglobine glyquée					
Bilan hépatique					

ECG					
-----	--	--	--	--	--

*Au terme de ce bilan, vous ne retrouvez pas de contre-indication et décidez donc d'introduire un traitement par antipsychotique chez M. P.*

*Vous le recevez aujourd'hui en vue de l'informer sur ce nouveau traitement.*

- Concernant l'information des patients sous antipsychotiques, quelle est sa fréquence :

- ✓ Concernant l'indication : Toujours / Souvent / Parfois / Jamais
- ✓ Concernant les effets indésirables : Toujours / Souvent / Parfois / Jamais

- Quels supports utilisez-vous :

Informations orales / Informations écrites / Remise de brochures / Remise de coordonnées d'associations / Education thérapeutique (Si oui, sous quelle forme : ) / Autres :

*Vous avez correctement informé M. P., qui est reparti avec son ordonnance.*

*Vous avez planifié avec lui un suivi spécifique concernant la surveillance d'effets indésirables potentiels.*

*Vous constatez que le traitement de M. P lui permet une stabilité clinique satisfaisante sur le plan psychiatrique.*

- Dans cette situation, quel suivi et à quelle fréquence mettez-vous en place pour votre jeune patient ?

EXAMEN CLINIQUE	A 1 Mois	A 2 Mois	A 3 Mois	Trimestriel	Annuel	Tous les 5 ans
Tension artérielle						
Poids						
Indice de masse corporelle						
Périmètre abdominal						
Glycémie capillaire						

BILAN PARACLINIQUE	A 1 Mois	A 2 Mois	A 3 Mois	Trimestrie	Annuel	Tous les 5 ans

Exploration d'une anomalie du profil lipidique						
Glycémie à jeun						
Hémoglobine glyquée						
ECG						

*Au bout de trois mois de traitement de M. P., vous recevez un coup de téléphone du pharmacien. En effet il s'inquiète de voir que M. P. a pris 10 kg depuis l'introduction du traitement antipsychotique.*

- Diriez-vous que ces communications avec des intervenants tels que la pharmacie dans ces situations se produisent :

Toujours / Souvent / Parfois / Jamais

- Diriez-vous que ce type d'effets indésirables sous antipsychotique se produit :

Toujours / Souvent / Parfois / Jamais

- Comment gérez-vous cet évènement (plusieurs réponses possibles) :

Seul / Appel du généraliste / Appel d'un endocrinologue / Appel de la pharmacovigilance / Vous attendez de voir comment évolue la situation

*Vous décidez d'appeler le psychiatre de Mr P., mais vous vous rendez compte que vous n'avez pas ses coordonnées.*

-A quelle fréquence estimez-vous cette situation?

Toujours/ Souvent/ Parfois/ Jamais.

*Le psychiatre n'est pas joignable.*

- Que décidez-vous?

- ✓ De diminuer la posologie de l'antipsychotique
- ✓ De changer de molécule antipsychotique
- ✓ De ré expliquer au patient les règles hygiéno-diététiques et de revoir le patient ultérieurement
- ✓ De l'adresser à une diététicienne
- ✓ De l'adresser à un endocrinologue
- ✓ De ne rien changer avant d'avoir l'avis de son psychiatre référent.

- Quand vous avez besoin d'un conseil de la part du psychiatre face un problème de prescription, la plupart du temps vous décidez:

- ✓ De l'appeler tout de suite
- ✓ De l'appeler plus tard, entre deux consultations ou à la fin de celles-ci
- ✓ De lui envoyer un mail
- ✓ De remettre un courrier au patient qui lui transmettra lors de son prochain RDV
- ✓ De lui envoyer un courrier par la poste
- ✓ Autres :

*Quelques jours plus tard vous recevez le bilan biologique de Mr P..  
Celui ci met en évidence un LDL cholestérol à 2 g/l et une glycémie à jeun à 1,30 g/l.*

- Que faites- vous?

- ✓ Vous réexpliquez les règles hygiéno-diététiques au patient et le revoyez ultérieurement en consultation avec un autre bilan biologique.
- ✓ Vous instaurez le traitement adapté pour corriger les anomalies métaboliques.
- ✓ Vous adressez le patient à un endocrinologue.
- ✓ Vous adressez le patient au psychiatre référent.
- ✓ Vous adressez le patient à une diététicienne.
- ✓ Vous diminuez la posologie du traitement antipsychotique.
- ✓ Vous changez de molécule antipsychotique.

*A nouveau vous décidez de vous mettre en relation avec son psychiatre référent.*

- Par quel moyen?

- ✓ Courrier
- ✓ Mail
- ✓ Téléphone
- ✓ Autres :

- Dans la situation de Mr P., pensez vous que d'autres prestataires auraient leur place? Si oui, qui et dans quels objectifs?

- Pensez-vous qu'un centre de référence, structure externalisée de l'hôpital, spécialisé pour la prise en charge des problèmes métaboliques et géré par une équipe pluridisciplinaire médicale et paramédicale, pourrait vous être utile ? Oui / Non / Sans opinion

*La situation de Mr P. s'est bien améliorée avec le traitement adapté, il a perdu du poids et son bilan biologique est en cours de normalisation. Cette collaboration avec le psychiatre est pleinement satisfaisante.*

- A quelle fréquence estimez vous que cette situation est réelle ?

Fréquente/ Souvent/ Parfois/ Jamais

- Si vous estimez que la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres n'est pas satisfaisante, quelles en sont selon vous les raisons ?

- ✓ Défaut de temps
- ✓ Pas de relation suffisante avec les confrères de proximité
- ✓ Divergence d'opinions et de pratiques
- ✓ Difficultés liées au patient
- ✓ Autres :

*Enrichi de cette expérience positive, vous décidez d'améliorer la communication avec les psychiatres.*

- Quels moyens de communications aimeriez-vous développer ?

- ✓ Réunion pluridisciplinaire
- ✓ Télémédecine
- ✓ Réseau de soins



## Annexe 2

### Questionnaire adressé aux psychiatres

THESE DE MEDECINE, Mathilde SIMAND (médecine générale) et  
Claire WINDEY (psychiatrie)

## QUESTIONNAIRE CONCERNANT LA COLLABORATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRES LIBERAUX DANS LE SUIVI DES EFFETS SECONDAIRES METABOLIQUES SOUS ANTIPSYCHOTIQUES

### I – Epidémiologie:

- Age : < 50 ans / >50 ans
- Quartier / Zone géographique d'exercice:
- Avez-vous une formation particulière en pharmacologie: Oui / Non  
Si oui: De quel type?
- Avez-vous une formation continue :
  - ✓ EPU
  - ✓ Revue
  - ✓ Formations universitaires
  - ✓ Formations proposées par les laboratoires pharmaceutiques
  - ✓ Réunions de pairs
  - ✓ Autres :
  - ✓
- Pratiquez-vous: En CMP / En libéral / Mixte  
(Préciser : )

Tampon : (facultatif)

### II – Cas clinique

*M. P., 25 ans, est un de vos patients que vous connaissez depuis peu et chez qui le diagnostic de trouble bipolaire a été posé.*

**1.** *Vous décidez de le mettre sous Olanzapine (Zyprexa®), qui a l'AMM en première ligne dans cette indication.*

- Concernant l'introduction d'un traitement antipsychotique, c'est pour vous un geste :  
Quotidien / Hebdomadaire / Mensuel / Rare
- Concernant l'introduction d'un antipsychotique hors situation de psychose chronique, c'est

pour vous un geste :  
Quotidien / Hebdomadaire / Mensuel / Rare

**2. Vous recevez aujourd'hui M. P. en vue de l'informer sur ce nouveau traitement.**

- Concernant l'information des patients sous antipsychotiques, quelle est sa fréquence :

- ✓ Concernant l'indication : Toujours / Souvent / Parfois / Jamais
- ✓ Concernant les effets indésirables : Toujours / Souvent / Parfois / Jamais

- Quels supports utilisez-vous :

Informations orales / Informations écrites / Remise de brochures / Remise de coordonnées d'associations / Education thérapeutique (Si oui, sous quelle forme : ) / Autre :

**3. Vous avez correctement informé M. P., mais avant de débiter l'Olanzapine, vous vous posez les questions du bilan pré-thérapeutique et du suivi sous antipsychotique.**

- Considérez-vous que ce soient vos missions, en tant que psychiatre, de vous assurer :

De la réalisation du bilan pré-thérapeutique : Oui / Non

De la normalité du bilan pré-thérapeutique : Oui / Non

Du suivi de la survenue d'effets indésirables sous antipsychotiques : Oui / Non

Des changements à entreprendre en cas d'effet indésirable : Oui / Non

**> Si vous pensez ne pas être l'interlocuteur adapté pour ces responsabilités :**

- Pour quelles raisons ?

- Vous assurez-vous alors que ce bilan et le suivi soient bien réalisés et entrepris par le médecin généraliste ?

Toujours / Souvent / Parfois / Jamais

Vous pouvez ensuite vous reporter directement à la **question 9**.

**> Si vous pensez devoir assumer ces missions, poursuivez normalement le questionnaire**

**4. Vous décidez de faire un interrogatoire dans ce contexte de bilan pré-thérapeutique.**

- Recherchez-vous :

✓ Les antécédents familiaux : Toujours / Souvent / Parfois / Jamais / Selon le patient  
Si oui, lesquels :

✓ Les antécédents personnels : Toujours / Souvent / Parfois / Jamais / Selon le patient  
Si oui, lesquels :

✓ Les facteurs de risque cardio-vasculaires : / Souvent / Parfois / Jamais / Selon le patient  
Si oui, lesquels :

**5. Vous avez maintenant les renseignements voulus. Vous passez à l'examen clinique.**

- Que recherchez-vous, et à quelle fréquence ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Selon le patient
Tension artérielle					

Poids					
Indice de masse corporelle					
Périmètre abdominal					
Glycémie capillaire					

- Disposez-vous:

- ✓ D'un pèse-personne : Oui / Non
- ✓ D'un appareil à électrocardiogramme: Oui / Non
- ✓ D'un lecteur de glycémie capillaire: Oui / Non

- Si vous n'avez pas les moyens de réaliser l'examen clinique complet, adressez-vous le patient à son médecin généraliste ? Toujours / Souvent / Parfois / Jamais

**6.** *L'examen clinique de M. P est sans particularité. Vous continuez votre bilan pré-thérapeutique en décidant de réaliser plusieurs examens paracliniques.*

- Lesquels ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Selon le patient
Glycémie à jeun					
Exploration d'une anomalie lipidique					
NFS					
Ionogramme sanguin					
Hémoglobine glyquée					
Bilan hépatique					
ECG					

*Au terme de ce bilan, il n'est pas retrouvé de contre-indication et vous décidez donc d'introduire l'Olanzapine® chez M. P.*

**7.** *Vous avez planifié avec lui un suivi spécifique concernant la surveillance d'effets indésirables potentiels.*

- Comment gérez-vous ce suivi :

Seul (poursuivez le questionnaire normalement) / Patient adressé au médecin généraliste (vous pouvez vous reporter à la question 9 directement)/ En alternance avec le médecin généraliste( poursuivez le questionnaire normalement)

*Le traitement de M. P lui permet une stabilité clinique satisfaisante sur le plan psychiatrique.*

**8.** *Vous avez décidé de faire le suivi seul:*

- Quel suivi mettez-vous en place pour votre jeune patient ? A quelle fréquence ?



EXAMEN CLINIQUE	A 1 Mois	A 2 Mois	A 3 Mois	Trimestriel	Annuel	Tous les 5 ans
Tension artérielle						
Poids						
Indice de masse corporelle						
Périmètre abdominal						
Glycémie capillaire						

BILAN PARACLINIQUE	A 1 Mois	A 2 Mois	A 3 Mois	Trimestriel	Annuel	Tous les 5 ans
Exploration d'une anomalie du profil lipidique						
Glycémie à jeun						
Hémoglobine glyquée						
ECG						

Allez directement à la question 11.

9. Vous avez décidé d'adresser ce patient à son médecin généraliste pour le suivi et la surveillance d'effets indésirables sous antipsychotique.

- Si vous adressez ce patient à son médecin généraliste pour ce suivi, quel moyen de communication utilisez-vous préférentiellement ?

Communication via le patient / Courrier écrit / Téléphone / Mail / Via le laboratoire d'analyses médicales, la pharmacie...

**10.** Vous apprenez que M. P. n'a pas de médecin généraliste, à votre grande surprise !

- Comment réagissez-vous ?

- ✓ Vous l'adressez à un médecin généraliste après avoir contacté celui-ci
- ✓ Vous lui conseillez de voir un médecin généraliste
- ✓ Vous faites le suivi vous-même
- ✓ Vous remettez au patient une lettre à destination du médecin généraliste que vous avez conseillé au patient.

- Vous arrive-t-il qu'un patient refuse que vous contactiez son médecin généraliste ?

Toujours / Souvent / Parfois / Jamais

**11.** Au bout de trois mois de traitement de M. P., vous recevez un coup de téléphone du pharmacien. En effet il s'inquiète de voir que M. P. a pris 10 kg depuis l'introduction de l'Olanzapine.

- Diriez-vous que ces communications avec des intervenants tels que la pharmacie dans ces situations se produisent :

Toujours / Souvent / Parfois / Jamais

- Diriez-vous que ce type d'effets indésirables sous antipsychotique se produit :

Toujours / Souvent / Parfois / Jamais

- Comment gérez-vous cet évènement (plusieurs réponses possibles) :

Seul / Appel du généraliste / Appel d'un endocrinologue / Appel de la pharmacovigilance / Vous attendez de voir comment évolue la situation

**12. Vous décidez d'appeler le médecin généraliste de Mr P., mais vous vous rendez compte que vous n'avez pas ses coordonnées.**

- A quelle fréquence estimez-vous cette situation?

Fréquente/ Souvent/ Parfois/ Jamais

**13. Le médecin traitant n'est pas joignable.**

- Que décidez-vous?

- ✓ De diminuer la posologie de l'antipsychotique
- ✓ De changer de molécule
- ✓ De ré-expliquer au patient les règles hygiéno-diététiques et de le revoir ultérieurement
- ✓ De l'adresser à une diététicienne
- ✓ De l'adresser à un endocrinologue
- ✓ De ne rien changer avant d'avoir l'avis de son médecin généraliste référent.

- Quand vous avez besoin d'un conseil de la part d'un médecin généraliste face un problème de prescription, la plupart du temps vous décidez:

- ✓ De l'appeler tout de suite
- ✓ De l'appeler plus tard, entre deux consultations ou à la fin de celles ci
- ✓ De lui envoyer un mail
- ✓ De remettre un courrier au patient qui lui transmettra lors de son prochain RDV
- ✓ De lui envoyer un courrier par la poste
- ✓ Autres (merci de préciser) :

**14. Quelques jours plus tard vous recevez le bilan biologique de Mr P.**

*Celui ci met en évidence un LDL cholestérol à 2 g/l et une glycémie à jeun à 1,30 g/l.*

- Que faites-vous?

- ✓ Vous ré-expliquez les règles hygiéno-diététiques au patient et le revoyez ultérieurement en consultation avec un autre bilan biologique
- ✓ Vous instaurez le traitement adapté
- ✓ Vous adressez le patient à un endocrinologue
- ✓ Vous adressez le patient à son médecin généraliste
- ✓ Vous adressez le patient à une diététicienne
- ✓ Vous diminuez la posologie du traitement
- ✓ Vous changez de molécule antipsychotique

**15. A nouveau vous décidez de vous mettre en relation avec son médecin généraliste.**

- Par quel moyen?

- ✓ Courrier
- ✓ Mail
- ✓ Téléphone
- ✓ Autres :

- Dans la situation de Mr P., pensez vous que d'autres prestataires auraient leur place? Si oui, qui et dans quels objectifs?

- Pensez-vous qu'un centre de référence, structure externalisée de l'hôpital, spécialisé pour la prise en charge des problèmes métaboliques et géré par une équipe pluridisciplinaire médicale et paramédicale, pourrait vous être utile ? Oui / Non / Sans opinion

**16.** *La situation de Mr P. s'est bien améliorée avec le traitement adapté, il a perdu du poids et son bilan biologique est en cours de normalisation. Cette collaboration avec le médecin généraliste est pleinement satisfaisante.*

- A quelle fréquence estimez vous que cette situation est réelle?

Fréquente/ Souvent/ Parfois/ Jamais.

- Si vous estimez que la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres n'est pas satisfaisante, quelles en sont selon vous les raisons?

- ✓ Défaut de temps
- ✓ Pas de relation suffisante avec les confrères de proximité
- ✓ Divergence d'opinions et de pratiques
- ✓ Difficultés liées au patient
- ✓ Autres:

**17.** *Enrichi de cette expérience positive, vous décidez d'améliorer la communication avec les médecins généralistes.*

- Quels moyens de communications aimeriez-vous développer?

- ✓ Réunions pluridisciplinaires
- ✓ Télémédecine
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Rencontre avec les médecins généralistes du secteur au moment de l'installation
- ✓ Travail avec les associations de patients
- ✓ Autres:

- Êtes vous au courant de l'existence de recommandations pour le suivi cardio-métabolique des patients sous antipsychotiques? Oui / Non

- Seriez-vous intéressé par les résultats de cette étude? Oui / Non

### Annexe 3

#### Tableau récapitulatif des principaux résultats de notre étude

<u>Critères étudiés</u>		<u>Médecins généralistes</u>	<u>Psychiatres</u>	<u>P (si significatif)</u>
<u>Epidémiologie :</u>	Age	Comparable		
<u>Prescription d'APA :</u>	Situation de psychoses	<b>Rare</b> : 97,83 %	<b>Rare</b> : 64,29% <b>Fréquent</b> : CMP : 57,14% Libéral : 7,14%	$p=0,0004$ $p=0,0147$
	Hors situations de psychoses	<b>Rare</b> : 100%	<b>Rare</b> : 78,57% <b>Fréquent</b> : CMP : 42,86% Libéral : 0%	$p=0,0011$ $p=0,0057$
	Connaissance des recommandations 2010 de l'HAS	41,3%	92,86%	$p<0,0001$
<u>Bilan pré-thérapeutique :</u>	Recherche d'ATCD	Globalement bien faite		
	Bilan clinique	Bien fait à moins de 50%		
	Bilan paraclinique	Bien fait à environ 50%		
<u>Suivi clinique :</u>	Tension artérielle, poids, IMC	Suivi globalement insuffisant		
<u>Suivi paraclinique :</u>	Bilan lipidique	Meilleur par les médecins généralistes		$p=0,0157$
	Glycémie à jeun	Suivi globalement insuffisant		
<u>Gestion des effets secondaires :</u>	En cas de prise de poids	47,23% attendent l'avis du psychiatre  2% changent d'APA ou diminuent la posologie  Rappel fréquent des RHD, peu d'adresse à un endocrinologue	21,43% des psychiatres attendent l'avis du MG  50 % changent d'APA ou diminuent la posologie	$p<0,0232$ $p<0,001$
	En cas de syndrome métabolique	Introduction d'un traitement adapté 28,26%	3,57%	$p<0,0085$
<u>Collaboration :</u>	Quand, pourquoi	Importance de la dualité du suivi Rôle spécifique du CMP		
	Comment			
	➤ Demander conseil :	Courrier via le patient : 45,65%	17,86%	$p=0,0151$
		Courrier postal : 6,52%	28,57%	$p=0,0097$
		Le plus souvent : par téléphone Les coordonnées du confrère sont souvent connues		
	➤ Adresser à un confrère :	Le plus souvent par téléphone ou courrier		
Ressenti	Globalement peu satisfaisante. Surtout car : défaut de temps, divergences d'opinion des soignants, difficultés en lien avec les patients.			

	Propositions d'amélioration	Présentation des psychiatres à l'installation : 34,78%   10,71%  Le plus souvent mentionnés : concertations pluridisciplinaires, solutions simples tel : téléphone, courrier	$p=0,0215$
	Autres intervenants	Jamais de contact avec la pharmacie : 32,61%   64,29%  Intervenants les plus cités : coachs sportifs, nutritionnistes, IDE	$p=0,0078$
		Intérêt d'un centre de référence en ville : 58,70%   64,29%	
	Situations où le généraliste n'est pas le prescripteur initial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 95,65% informés de ce traitement par les dires du patient ou au vu de l'ordonnance</li> <li>• 6,52% ont toujours une lettre du psychiatre pour planifier le suivi</li> </ul>	•
	Situations des psychiatres ne réalisant pas le suivi sous APA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 psychiatres sur 28.</li> <li>• Raisons invoquées : manque de pratique de l'examen clinique, distance nécessaire entre le patient et son psychiatre, facilité d'accès à un généraliste, double emploi avec le généraliste</li> <li>• Tous disent s'assurer du suivi clinico-biologique et des éventuels changements à faire</li> </ul>	•

APA : antipsychotiques atypiques

ATCD : antécédents

IDE : infirmière diplômée d'état

## Annexe 4

### Remarques libres de médecins généralistes et psychiatres

- Remarques des MG

N 44: rôle du CMP: une fois que le patient a eu son premier entretien, le suivi est ensuite régulier et codifié et cela représente un «support» important pour le patient. Mais pas de possibilité d'être joignable facilement en cas d'urgence.

N 41: que les psychiatres surtout ceux des CMP fassent des courriers. Faciliter l'échange par mail.

N 39: rôle du CMP suivi des patients lourds mais reste le problème du manque de psychiatre et de la disponibilité. Intérêt d'avoir un suivi social.

N 38: nous avons un lien très particulier entre l'équipe du centre de santé et l'équipe du CMP (+ les assistantes sociales du centre social). Ce lien s'est peu à peu distendu avec des réunions de moins en moins fréquentes et un psychiatre qui refusait d'y participer, jusqu'à disparaître complètement en 2010 lors du regroupement des CMP de Cordé et Villeneuve (manque de temps et de personnel dans les CMP, et manque d'habitude de travailler avec les médecins généralistes. Le Dr LEGAULT a organisé une réunion entre psychiatres et médecins généralistes libéraux, elle souhaite renouveler cela chaque année. La communication par courrier reste exceptionnelle de la part des psychiatres.

N 36: le CMP est notre référent naturel du fait de la fragilité sociale de nombre de nos patients, de la faible disponibilité des psychiatres en secteur 1 proches. Par ailleurs nous avons des réunions régulières avec l'équipe du CMP de secteur, environ 4 fois par an, jusqu'à l'année dernière avec la fusion des CMP, difficultés à faire revivre ces réunions. Il faut cultiver le partage d'informations concernant le patient, peu développé chez les psychiatres, qui nous écrivent très peu malgré des prises en charge souvent longues et parfois complexes. Il est nécessaire de systématiser l'information par courrier en cas de décision thérapeutique importante comme une modification thérapeutique comme le fait tout spécialiste.

N 34: rôle du CMP: accessibilité et PEC financier. Divergence d'opinions et de pratique liée à l'ignorance fréquente par les psychiatres du travail du médecin généraliste.

N 30: rôle du CMP: suivi de pathologies psychiatriques lourdes, équipe soignante pluridisciplinaire a même de recevoir le patient rapidement et quotidiennement, connexion avec le CHS. Obtenir des courriers de la part des psychiatres ce qui est très rare en pratique. Contacts téléphoniques plus fréquents.

N 29: rôle du CMP: rôle social surveillance par un psychiatre et une infirmière, accessible par téléphone mais reste le problème des délais d'admissions. Raisons difficultés de collaboration: délais de prise en charge terriblement longs ou est la notion d'urgences relative en psychiatrie et que penser d'une société où l'accès à un dermatologue est plus facile qu'à un psychiatre.

N 28: rôle du CMP: soutien très régulier pour le patient avec des repères et des liens sociaux. Raisons de la difficulté de collaboration: manque de confiance des psychiatres vis à vis des généralistes, mais avec des correspondants connus, on sait souvent qui va s'occuper de quoi et la correspondance par téléphone se fait bien.

N 27: le traitement pas les nouvelles classes de neuroleptiques a considérablement évolué depuis le largactil, néanmoins les effets secondaires actuels (s'ils ne sont pas de l'ordre des syndromes extra pyramidaux) restent préoccupant par le dysmétabolisme qu'ils entraînent.

N 25: il y a une nuance entre les recommandations et leur acceptabilité et leur observance. La notion d'ALD est fondamentale puisqu'à la base actuelle d'une obligation d'information du médecin traitant pour réaliser le PIRES (l'obligation est déontologique dans l'intérêt du patient).

N 22: CMP saturés, RDV trop lointain voire impossible à obtenir. Toute collaboration est illusion. Certains psychiatres refusent de communiquer avec le médecin généraliste sous

prétendue cause de secret professionnel.

**N 21:** rôle du CMP rôle d'accompagnement des patients. A la question du traitement instauré par le psychiatre et connu du médecin généraliste par le moyen d'un courrier: ne plaisantez pas même pour une thèse.

**N 18:** amélioration des courriers des spécialistes, en fait on ne reçoit jamais aucun courrier.

**N 17:** le psychiatre ne tient que très rarement le MG au courant de son suivi.

**N 14:** rôle du cmp: gestion administratives des patients psychotiques, passage obligatoire en cas de prescription de leponex, suivi des psychotiques graves. Manque de courriers de la part des psychiatres qui ne nous informent pas ou peu du diagnostic et/ou des traitements. C'est le médecin traitant qui demande l'ALD, pas toujours facile sans courrier.

**N 13:** Dans un exercice de ville l'accès au psychiatre est très facile donc, en pratique, je n'instaure jamais d'antipsychotique, que des renouvellements.

**N 10:** Pour moi se pose le diagnostic de départ, j'ai besoin de la confirmation d'un psychiatre.

**N 6:** rôle du CMP: le CMP étant débordé, ils me demandent régulièrement de suivre totalement des patients psychotiques stabilisés qui refusent les soins en CMP. Les moyens à développer: les réunions sont trop chronophages, télé médecine, les psychiatres sont peu informatisés, quand à la rencontre au moment de l'installation: oui mais y a t-il encore des installations?

**N 4:** rôle du CMP: lorsque le patient ne peut régler les honoraires du psychiatre libéral. Il n'y a pratiquement pas de communication entre les psychiatres des CMP et les médecins généralistes.

- **Remarques des Psy :**

**N 27:** parfois dans le cadre de suivi de psychothérapie il est préférable de faire un double suivi avec un prescripteur.

**N 25 :** pense ne pas être l'interlocuteur adapté pour le suivi car la régularité des consultations en CMP est insuffisante

**N 23:** besoin d'IDE qui surveilleraient le poids la tension, l'hygiène et la diététique des patients au quotidien. Besoin de conseil sur l'alimentation et les activités physiques à délivrer en CMP. Évaluations d'aides éducatives. Le CMP de Bonnafé a le projet d'inviter à une ou plusieurs réunions les médecins du secteur pour tisser d'avantages de liens, ce travail de thèse pourrait nous donner des indications utiles pour préparer et animer ces rencontres.

**N 22:** travaille à la maison des ados et donc avec un pédiatre chargé des bilans pré-thérapeutique et du suivi sous traitement. Nous faisons le point en réunion de synthèse. Nous prenons en charge la globalité du traitement ce qui est plus sur avec les ados.

**N 17:** selon les situations il peut être intéressant d'articuler le suivi avec le MG pour réintroduire de la médecine somatique chez ses patients pour qui le corps est souvent négligé et pour éviter que les aspects somatiques ne viennent emboliser l'entretien au détriment du travail sur le psychique.

**N 18:** je collabore avec le MG pour l'examen clinique et je m'assure du bilan biologique.

**N 14:** je privilégie le partenariat avec les MG surtout que ce bilan est une porte d'entrée pour amener le patient à avoir un médecin traitant et à se préoccuper de son corps. On a un groupe diététique au CMP (des marronniers) et une IDE suit les patients en individuel pour des conseils hygiéno-diététiques.

**N 11:** je suis le médecin prescripteur et donc je suis le responsable de mes actes et je pense être le mieux placé auprès de mon patient pour l'informer. La loi m'en fait une obligation. On connaît toujours le médecin traitant des patients car au moment de remplir la FS il est nécessaire d'indiquer son nom et donc celui-ci est directement reporté sur le dossier du

patient.

Il m'arrive de demander à mes patients devant de telles conséquences d'une thérapeutique de consulter un médecin diététicien.

Un médecin se doit d'être joignable.

**N 5:** on est légalement responsable de nos prescriptions. L'expérience montre que les patients s'adressent peu au médecin référent dans le suivi des bilans.

**N 1:** au total peu de difficulté peu de problèmes liés à des effets secondaires liés à la prise d'APA dans la mesure où une bonne collaboration avec le patient est instaurée.

Bonnes relations de confiance avec les MG.



**Annexe 5**  
**Résultats de la CRAM**

**Etat des lieux des prescriptions médicales des produits Neuroleptiques enregistrées dans la Région Rhône Alpes**

***Restrictions***

***requêtage***

*Poputions retenues :* Tous patients du régime général (Régime Général + Section Local Mutualiste) de Rhône Alpes  
 Tous prescripteurs exerçant sur Rhône Alpes  
*Classe ATC retenues :* RISPERIDONE **N05AX08**, ARIPIPRAZOLE **N05AX12**, CYAMEMAZINE **N05AA06** et OLANZAPINE **N05AH03**  
*Période étudiée :* 1er semestre 2011 en date de prescription et remboursées jusqu'au 30/09/2011

	NBR_PRESCRIPTEURS	NBR_BENEFICIAIRES	NBR_PRESCRIPTIONS
RHONE ALPES	7 093	63 588	187 338
ISERE	1 387	11 327	33 521
GRENOBLE	291	2 370	6 475

	MOLECULE	NBR_PRESCRIPTEURS	NBR_BENEFICIAIRES	NBR_PRESCRIPTIONS
RHONE ALPES	N05AA06	5 601	28 380	77 025
RHONE ALPES	N05AH03	4 031	14 351	46 165
RHONE ALPES	N05AX08	4 965	21 478	56 071
RHONE ALPES	N05AX12	2 510	8 804	28 636
ISERE	N05AA06	1 088	5 309	14318
ISERE	N05AH03	684	2 281	7613
ISERE	N05AX08	949	3 808	10085
ISERE	N05AX12	435	1 509	5044
GRENOBLE	N05AA06	221	1 084	2814
GRENOBLE	N05AH03	146	518	1581
GRENOBLE	N05AX08	193	684	1629
GRENOBLE	N05AX12	114	367	1041

**Etat des lieux des prescriptions médicales des produits Neuroleptiques enregistrées dans la Région Rhône Alpes**

***Restrictions requêtage***

*Poputions retenues :* Tous patients du régime général (Régime Général + Section Local Mutualiste) âgés de plus de 15 ans  
 Tous prescripteurs (médecins, CMP, centre ou autres) installés à Grenoble (code postal 38000 et 38100)  
 RISPERIDONE **N05AX08**, ARIPIPRAZOLE **N05AX12**, CYAMEMAZINE **N05AA06** et OLANZAPINE **N05AH03**  
*Classe ATC retenues :*  
*Période étudiée :* 1er semestre 2011 en date de prescription et remboursées jusqu'au 30/09/2011

### Descriptif des patients

classe d'âge	Nb patients
DE 15 À 39 ANS	692
DE 40 À 69 ANS	1 284
DE 70 ANS ET PLUS	372
<b>Total Patients</b>	<b>2 348</b>

### Descriptif des prescripteurs libéraux

Spécialités	Classe d'âge	Nb Médecins
GENERALISTES	INF_50_AN	43
GENERALISTES	50_AN ET PLUS	108
<i>Sous total GENERALISTES</i>		<i>151</i>
PSYCHIATRES	INF_50_AN	19
PSYCHIATRES	50_AN ET PLUS	59
<i>Sous total PSYCHIATRES</i>		<i>78</i>
<b>Total médecins prescripteurs</b>		<b>229</b>

### Définition des groupes

<b>Groupe</b>	<b>Spécialités du groupe</b>
<b>Généralistes</b>	Médecine générale (01)
<b>Psychiatres</b>	Neuro-psychiatre (17), Psychiatrie générale (33) et Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (75)
<b>CMP</b>	Centre médical
<b>Centre</b>	psychiatrique
<b>Autres</b>	Centre de santé médicale
	Toutes les autres spécialités déclarées

Spécialités	Molécules prescrites	Classe âge patient	janvier-11			février-11			mars-11		
			Nb patients	Nb PS	Nb prescriptions	Nb patients	Nb PS	Nb prescriptions	Nb patients	Nb PS	Nb prescriptions
GENERALISTES	N05AA06	DE_15_À_39_AN	21	19	22	20	17	21	18	16	21
GENERALISTES	N05AA06	DE_40_À_69_AN	68	50	76	70	48	77	83	56	90
GENERALISTES	N05AA06	DE_70_AN ET PLUS	19	18	20	24	21	24	24	17	27
GENERALISTES	N05AH03	DE_15_À_39_AN	9	8	10	12	12	13	16	16	18
GENERALISTES	N05AH03	DE_40_À_69_AN	25	23	26	17	14	17	21	19	21
GENERALISTES	N05AH03	DE_70_AN ET PLUS	9	6	10	14	9	15	12	9	14
GENERALISTES	N05AX08	DE_15_À_39_AN	20	19	21	8	8	8	17	13	18
GENERALISTES	N05AX08	DE_40_À_69_AN	20	18	21	25	22	26	25	24	27
GENERALISTES	N05AX08	DE_70_AN ET PLUS	40	30	40	30	24	30	41	32	43
GENERALISTES	N05AX12	DE_15_À_39_AN	3	3	3	4	4	4	3	3	3
GENERALISTES	N05AX12	DE_40_À_69_AN	8	8	9	11	9	13	10	9	11
GENERALISTES	N05AX12	DE_70_AN ET PLUS	0	0	0	1	1	1	0	0	0
<b>Sous total GENERALISTES</b>			<b>231</b>	<b>107</b>	<b>247</b>	<b>228</b>	<b>102</b>	<b>241</b>	<b>257</b>	<b>116</b>	<b>280</b>

PSYCHIATRES	N05AA06	DE 15 À 39 ANS	69	31	82	63	34	75	63	31	74
PSYCHIATRES	N05AA06	DE 40 À 69 ANS	181	47	196	171	49	188	171	47	187
PSYCHIATRES	N05AA06	DE 70 ANS ET PLUS	28	14	29	23	11	25	20	14	21
PSYCHIATRES	N05AH03	DE 15 À 39 ANS	67	33	85	60	31	70	55	31	60
PSYCHIATRES	N05AH03	DE 40 À 69 ANS	109	37	118	97	35	106	101	33	110
PSYCHIATRES	N05AH03	DE 70 ANS ET PLUS	11	6	11	8	6	9	7	5	7
PSYCHIATRES	N05AX08	DE 15 À 39 ANS	45	25	51	49	26	52	45	24	51
PSYCHIATRES	N05AX08	DE 40 À 69 ANS	93	37	98	82	34	87	71	30	80
PSYCHIATRES	N05AX08	DE 70 ANS ET PLUS	6	5	7	6	6	6	9	8	9
PSYCHIATRES	N05AX12	DE 15 À 39 ANS	50	21	57	41	20	44	50	22	56
PSYCHIATRES	N05AX12	DE 40 À 69 ANS	77	26	84	75	27	82	78	25	85
PSYCHIATRES	N05AX12	DE 70 ANS ET PLUS	10	8	11	7	6	7	4	4	5
<b>Sous total PSYCHIATRES</b>			<b>664</b>	<b>68</b>	<b>740</b>	<b>602</b>	<b>65</b>	<b>672</b>	<b>607</b>	<b>67</b>	<b>681</b>
CMP	N05AA06	DE 15 À 39 ANS	1	1	1	3	2	3	1	1	1
CMP	N05AA06	DE 40 À 69 ANS	7	2	7	4	2	5	5	2	5
CMP	N05AA06	DE 70 ANS ET PLUS	0	0	0	0	0	0	1	1	1
CMP	N05AH03	DE 15 À 39 ANS	3	3	3	2	2	2	3	2	3
CMP	N05AH03	DE 40 À 69 ANS	3	3	3	2	2	2	1	1	1
CMP	N05AH03	DE 70 ANS ET PLUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMP	N05AX08	DE 15 À 39 ANS	5	2	5	4	3	4	5	2	5
CMP	N05AX08	DE 40 À 69 ANS	6	2	6	7	3	7	6	2	8
CMP	N05AX08	DE 70 ANS ET PLUS	1	1	1	1	1	1	1	1	2
CMP	N05AX12	DE 15 À 39 ANS	3	2	3	1	1	2	3	2	3
CMP	N05AX12	DE 40 À 69 ANS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Sous total CMP</b>			<b>28</b>	<b>3</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>29</b>
CENTRES	N05AA06	DE 15 À 39 ANS	5	4	6	6	3	7	8	4	11
CENTRES	N05AA06	DE 40 À 69 ANS	16	5	17	14	5	17	17	5	18
CENTRES	N05AA06	DE 70 ANS ET PLUS	4	3	4	3	2	3	3	3	3
CENTRES	N05AH03	DE 15 À 39 ANS	3	2	3	3	2	3	4	2	4
CENTRES	N05AH03	DE 40 À 69 ANS	10	4	11	8	4	8	11	5	13
CENTRES	N05AH03	DE 70 ANS ET PLUS	1	1	1	1	1	1	2	2	2
CENTRES	N05AX08	DE 15 À 39 ANS	2	2	2	2	2	2	2	2	2
CENTRES	N05AX08	DE 40 À 69 ANS	10	4	10	7	3	7	4	2	5
CENTRES	N05AX08	DE 70 ANS ET PLUS	4	2	4	6	3	6	7	3	8
CENTRES	N05AX12	DE 15 À 39 ANS	1	1	1	2	2	2	1	1	1
CENTRES	N05AX12	DE 40 À 69 ANS	3	3	4	3	2	3	3	2	3
CENTRES	N05AX12	DE 70 ANS ET PLUS	0	0	0	1	1	1	1	1	1
<b>Sous total CENTRES</b>			<b>56</b>	<b>5</b>	<b>60</b>	<b>54</b>	<b>5</b>	<b>58</b>	<b>61</b>	<b>5</b>	<b>69</b>
AUTRES	N05AA06	DE 15 À 39 ANS	4	3	4	6	2	6	4	2	4
AUTRES	N05AA06	DE 40 À 69 ANS	4	4	4	8	7	8	6	4	6
AUTRES	N05AA06	DE 70 ANS ET PLUS	0	0	0	2	2	2	1	1	1
AUTRES	N05AH03	DE 15 À 39 ANS	0	0	0	0	0	0	1	1	1
AUTRES	N05AH03	DE 40 À 69 ANS	3	3	3	2	2	2	2	2	2

AUTRES	N05AH03	DE_70_ ANS_ET_P LUS	1	1	1	0	0	0	1	1	1
AUTRES	N05AX08	DE_15_ À_ 39_ ANS	1	1	1	4	3	5	0	0	0
AUTRES	N05AX08	DE_40_ À_ 69_ ANS	1	1	1	2	2	2	3	3	3
AUTRES	N05AX08	DE_70_ ANS_ET_P LUS	9	4	9	8	5	8	3	3	3
AUTRES	N05AX12	DE_15_ À_ 39_ ANS	1	1	1	2	3	3	2	1	2
AUTRES	N05AX12	DE_40_ À_ 69_ ANS	3	3	3	3	3	4	3	3	3
<b>Sous total AUTRES</b>			<b>26</b>	<b>18</b>	<b>26</b>	<b>36</b>	<b>21</b>	<b>39</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>25</b>

Spécialités	Molécules prescrites	Classe âge patient	avril-11			mai-11			juin-11		
			Nb patients	Nb PS	Nb prescriptions	Nb patients	Nb PS	Nb prescriptions	Nb patients	Nb PS	Nb prescriptions
GENERALISTES	N05AA06	DE_15_ À_ 39_ ANS	23	23	25	13	11	13	17	16	19
GENERALISTES	N05AA06	DE_40_ À_ 69_ ANS	60	41	65	66	50	74	69	48	72
GENERALISTES	N05AA06	DE_70_ ANS_ET_PL US	20	17	20	30	28	33	27	27	28
GENERALISTES	N05AH03	DE_15_ À_ 39_ ANS	12	13	13	9	10	11	12	12	13
GENERALISTES	N05AH03	DE_40_ À_ 69_ ANS	16	16	17	19	17	21	21	19	22
GENERALISTES	N05AH03	DE_70_ ANS_ET_PL US	9	8	12	11	8	14	11	7	12
GENERALISTES	N05AX08	DE_15_ À_ 39_ ANS	12	11	12	16	14	16	10	10	11
GENERALISTES	N05AX08	DE_40_ À_ 69_ ANS	18	16	18	26	20	28	27	21	28
GENERALISTES	N05AX08	DE_70_ ANS_ET_PL US	34	30	36	37	32	37	31	27	34
GENERALISTES	N05AX12	DE_15_ À_ 39_ ANS	7	7	7	9	8	10	5	5	5
GENERALISTES	N05AX12	DE_40_ À_ 69_ ANS	8	8	8	13	10	14	9	9	9
GENERALISTES	N05AX12	DE_70_ ANS_ET_PL US	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Sous total GENERALISTES</b>			<b>209</b>	<b>99</b>	<b>223</b>	<b>239</b>	<b>109</b>	<b>262</b>	<b>220</b>	<b>102</b>	<b>233</b>
PSYCHIATRES	N05AA06	DE_15_ À_ 39_ ANS	72	32	86	78	35	89	63	30	72
PSYCHIATRES	N05AA06	DE_40_ À_ 69_ ANS	177	44	194	180	42	205	188	45	218
PSYCHIATRES	N05AA06	DE_70_ ANS_ET_PL US	23	12	25	20	12	23	23	11	27
PSYCHIATRES	N05AH03	DE_15_ À_ 39_ ANS	59	32	68	62	29	72	59	29	71
PSYCHIATRES	N05AH03	DE_40_ À_ 69_ ANS	99	37	109	108	37	116	103	33	118
PSYCHIATRES	N05AH03	DE_70_ ANS_ET_PL US	6	5	6	5	4	6	10	9	12
PSYCHIATRES	N05AX08	DE_15_ À_ 39_ ANS	46	26	50	47	22	53	45	26	50
PSYCHIATRES	N05AX08	DE_40_ À_ 69_ ANS	89	36	96	98	40	109	85	35	92
PSYCHIATRES	N05AX08	DE_70_ ANS_ET_PL US	7	6	7	6	5	8	9	7	9
PSYCHIATRES	N05AX12	DE_15_ À_ 39_ ANS	43	22	47	52	25	54	52	28	61
PSYCHIATRES	N05AX12	DE_40_ À_ 69_ ANS	73	27	77	77	26	88	74	29	86
PSYCHIATRES	N05AX12	DE_70_ ANS_ET_PL US	7	7	7	5	4	5	5	4	6
<b>Sous total PSYCHIATRES</b>			<b>613</b>	<b>68</b>	<b>681</b>	<b>663</b>	<b>68</b>	<b>743</b>	<b>641</b>	<b>64</b>	<b>742</b>
CMP	N05AA06	DE_15_ À_ 39_ ANS	1	1	1	3	2	4	3	2	3
CMP	N05AA06	DE_40_ À_ 69_ ANS	3	2	3	4	2	5	6	2	7
CMP	N05AA06	DE_70_ ANS_ET_PL US	0	0	0	0	0	0	1	1	1
CMP	N05AH03	DE_15_ À_ 39_ ANS	4	3	4	6	3	9	3	2	3
CMP	N05AH03	DE_40_ À_ 69_ ANS	3	2	4	4	3	5	1	1	1

CMP	N05AH03	DE_70_ANS_ET_PL US	0	0	0	0	0	0	1	1	1
CMP	N05AX08	DE_15_À_39_ANS	6	3	6	6	3	7	8	3	8
CMP	N05AX08	DE_40_À_69_ANS	6	3	6	7	2	7	6	2	7
CMP	N05AX08	DE_70_ANS_ET_PL US	1	1	1	0	0	0	1	1	1
CMP	N05AX12	DE_15_À_39_ANS	5	3	5	3	2	3	2	2	2
CMP	N05AX12	DE_40_À_69_ANS	1	1	1	0	0	0	0	0	0
<b>Sous total CMP</b>			<b>30</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>4</b>	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>4</b>	<b>33</b>
CENTRES	N05AA06	DE_15_À_39_ANS	5	4	6	2	1	3	8	4	8
CENTRES	N05AA06	DE_40_À_69_ANS	9	4	9	13	5	14	14	5	15
CENTRES	N05AA06	DE_70_ANS_ET_PL US	4	3	6	2	1	2	1	1	1
CENTRES	N05AH03	DE_15_À_39_ANS	4	2	5	3	2	3	2	1	2
CENTRES	N05AH03	DE_40_À_69_ANS	8	3	11	12	5	13	8	4	8
CENTRES	N05AH03	DE_70_ANS_ET_PL US	1	1	1	1	1	1	1	1	2
CENTRES	N05AX08	DE_15_À_39_ANS	4	4	4	2	2	2	5	3	6
CENTRES	N05AX08	DE_40_À_69_ANS	6	3	6	6	3	7	9	4	9
CENTRES	N05AX08	DE_70_ANS_ET_PL US	8	4	8	4	2	5	6	4	7
CENTRES	N05AX12	DE_15_À_39_ANS	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CENTRES	N05AX12	DE_40_À_69_ANS	3	2	3	5	2	5	5	2	5
CENTRES	N05AX12	DE_70_ANS_ET_PL US	1	1	2	1	1	1	0	0	0
<b>Sous total CENTRES</b>			<b>52</b>	<b>5</b>	<b>61</b>	<b>51</b>	<b>5</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>5</b>	<b>60</b>
AUTRES	N05AA06	DE_15_À_39_ANS	3	1	3	5	4	5	2	2	3
AUTRES	N05AA06	DE_40_À_69_ANS	6	5	6	3	1	3	3	2	3
AUTRES	N05AA06	DE_70_ANS_ET_PL US	1	1	1	2	2	2	2	2	2
AUTRES	N05AH03	DE_15_À_39_ANS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AUTRES	N05AH03	DE_40_À_69_ANS	2	1	2	2	2	2	0	0	0
AUTRES	N05AH03	DE_70_ANS_ET_PL US	0	0	0	1	1	1	0	0	0
AUTRES	N05AX08	DE_15_À_39_ANS	0	0	0	1	2	3	1	1	1
AUTRES	N05AX08	DE_40_À_69_ANS	0	0	0	0	0	0	2	2	2
AUTRES	N05AX08	DE_70_ANS_ET_PL US	6	5	6	6	3	6	4	3	4
AUTRES	N05AX12	DE_15_À_39_ANS	1	1	1	3	3	3	0	0	0
AUTRES	N05AX12	DE_40_À_69_ANS	1	1	1	3	3	3	0	0	0
<b>Sous total AUTRES</b>			<b>20</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>27</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>15</b>

Spécialités	Molécules prescrites	Classe âge patient	Janvier à juin 2011		
			Nb patients	Nb PS	Nb prescriptions
GENERALISTES	N05AA06	DE_15_À_39_ANS	69	50	121
GENERALISTES	N05AA06	DE_40_À_69_ANS	213	97	454
GENERALISTES	N05AA06	DE_70_ANS_ET_PLUS	76	58	152
GENERALISTES	N05AH03	DE_15_À_39_ANS	42	37	78
GENERALISTES	N05AH03	DE_40_À_69_ANS	66	47	124
GENERALISTES	N05AH03	DE_70_ANS_ET_PLUS	24	16	77
GENERALISTES	N05AX08	DE_15_À_39_ANS	51	40	86

GENERALISTES	N05AX08	DE 40 À 69 ANS	75	50	148
GENERALISTES	N05AX08	DE 70 ANS ET PLUS	130	73	220
GENERALISTES	N05AX12	DE 15 À 39 ANS	22	20	32
GENERALISTES	N05AX12	DE 40 À 69 ANS	32	25	64
GENERALISTES	N05AX12	DE 70 ANS ET PLUS	1	1	1
<b>Sous total GENERALISTES</b>			<b>754</b>	<b>151</b>	<b>1 486</b>
PSYCHIATRES	N05AA06	DE 15 À 39 ANS	184	46	478
PSYCHIATRES	N05AA06	DE 40 À 69 ANS	404	56	1 188
PSYCHIATRES	N05AA06	DE 70 ANS ET PLUS	59	21	150
PSYCHIATRES	N05AH03	DE 15 À 39 ANS	129	43	426
PSYCHIATRES	N05AH03	DE 40 À 69 ANS	215	48	677
PSYCHIATRES	N05AH03	DE 70 ANS ET PLUS	18	11	51
PSYCHIATRES	N05AX08	DE 15 À 39 ANS	121	43	307
PSYCHIATRES	N05AX08	DE 40 À 69 ANS	188	53	562
PSYCHIATRES	N05AX08	DE 70 ANS ET PLUS	17	12	46
PSYCHIATRES	N05AX12	DE 15 À 39 ANS	121	42	319
PSYCHIATRES	N05AX12	DE 40 À 69 ANS	162	39	502
PSYCHIATRES	N05AX12	DE 70 ANS ET PLUS	12	8	41
<b>Sous total PSYCHIATRES</b>			<b>1 409</b>	<b>78</b>	<b>4 259</b>
CMP	N05AA06	DE 15 À 39 ANS	9	3	13
CMP	N05AA06	DE 40 À 69 ANS	13	3	32
CMP	N05AA06	DE 70 ANS ET PLUS	1	1	2
CMP	N05AH03	DE 15 À 39 ANS	7	4	24
CMP	N05AH03	DE 40 À 69 ANS	7	3	16
CMP	N05AH03	DE 70 ANS ET PLUS	1	1	1
CMP	N05AX08	DE 15 À 39 ANS	15	3	35
CMP	N05AX08	DE 40 À 69 ANS	14	4	41
CMP	N05AX08	DE 70 ANS ET PLUS	1	1	6
CMP	N05AX12	DE 15 À 39 ANS	7	3	18
CMP	N05AX12	DE 40 À 69 ANS	2	2	4
<b>Sous total CMP</b>			<b>72</b>	<b>4</b>	<b>183</b>
CENTRES	N05AA06	DE 15 À 39 ANS	16	5	41
CENTRES	N05AA06	DE 40 À 69 ANS	42	5	90
CENTRES	N05AA06	DE 70 ANS ET PLUS	8	4	19
CENTRES	N05AH03	DE 15 À 39 ANS	9	4	20
CENTRES	N05AH03	DE 40 À 69 ANS	22	5	64
CENTRES	N05AH03	DE 70 ANS ET PLUS	2	2	8
CENTRES	N05AX08	DE 15 À 39 ANS	9	4	18
CENTRES	N05AX08	DE 40 À 69 ANS	22	4	44
CENTRES	N05AX08	DE 70 ANS ET PLUS	13	4	38
CENTRES	N05AX12	DE 15 À 39 ANS	4	3	7
CENTRES	N05AX12	DE 40 À 69 ANS	8	4	23
CENTRES	N05AX12	DE 70 ANS ET PLUS	2	2	5
<b>Sous total CENTRES</b>			<b>149</b>	<b>5</b>	<b>363</b>
AUTRES	N05AA06	DE 15 À 39 ANS	16	7	25
AUTRES	N05AA06	DE 40 À 69 ANS	23	15	30

AUTRES	N05AA06	DE 70 ANS ET PLUS	7	7	8
AUTRES	N05AH03	DE 15 À 39 ANS	1	1	1
AUTRES	N05AH03	DE 40 À 69 ANS	7	6	11
AUTRES	N05AH03	DE 70 ANS ET PLUS	2	2	3
AUTRES	N05AX08	DE 15 À 39 ANS	5	5	10
AUTRES	N05AX08	DE 40 À 69 ANS	8	8	8
AUTRES	N05AX08	DE 70 ANS ET PLUS	27	10	36
AUTRES	N05AX12	DE 15 À 39 ANS	8	7	10
AUTRES	N05AX12	DE 40 À 69 ANS	7	5	14
<b><i>Sous total AUTRES</i></b>			<b>107</b>	<b>52</b>	<b>152</b>

## Annexe 6

### Plaquette destinée aux médecins ayant répondu à notre étude

#### COLLABORATION MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRES : CAS PARTICULIER DU SYNDROME METABOLIQUE SOUS ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES

THESE DE MEDECINE

**Mathilde SIMAND (interne de médecine générale) ;**

**Claire WINDEY (interne de psychiatrie)**

Vous avez accepté de participer à notre étude et ainsi contribué à notre travail de thèse. Nous vous en remercions et vous présentons les principales conclusions de notre travail.

#### Rappels théoriques :

Syndrome métabolique :

Définition de l'IDF (International Diabetes Federation)<sup>4</sup> :

- Obésité abdominale avec tour de taille supérieur  $\geq 94$  cm (hommes) et 80 cm (femmes).

A laquelle doivent s'associer au moins deux des quatre critères suivants:

- Triglycérides à jeun  $\geq 1,5$  g/L ;

- HDL cholestérol  $\leq 0,40$  g/L pour l'homme et 0,50 g/L pour la femme ;

- Tension artérielle  $\geq 130$  mmHg en systolique et  $\geq 85$  mmHg en diastolique ;

- Glycémie à jeun  $\geq 1$  g/L.

Suivi métabolique sous antipsychotiques atypique (APA) :

Les risques métaboliques sous antipsychotiques atypiques sont maintenant bien connus : diabète, dyslipidémie, prise de poids...

*Recommandations Afssaps 2010*

	Avant l'instauration	A 1 mois	A 3 mois	Trimestriel	Annuel	Tous les 5 ans
Poids et IMC	×	×	×	×		
Périmètre ombilical	×					
Glycémie à jeun	×		×		×	
Bilan lipidique	×		×			×
Pression artérielle	×		×		×	



## **Conclusions de notre étude :**

Notre travail s'est basé sur une hypothèse initiale de collaboration défectueuse entre médecins généralistes et psychiatres, conduisant à un suivi inadéquat des patients sous antipsychotiques, notamment sur le plan métabolique.

Plusieurs facteurs font de cette situation un enjeu de santé publique : l'élargissement de la prescription d'antipsychotiques atypiques (que nous ont confirmé les données de la caisse primaire d'assurance maladie), la fréquence des effets indésirables de type métabolique et le coût de leur prise en charge, la précarité souvent retrouvée dans les populations concernées par ce traitement psychotrope, les changements de la démographie médicale et l'implication croissante des généralistes dans ces problématiques.

Notre étude retrouve, comme on l'attendait, une communication faible, peu satisfaisante entre médecins généralistes et psychiatres. Elle est probablement responsable de la mauvaise qualité du suivi des patients que l'on obtient dans nos résultats.

Les principales difficultés évoquées sont la question de la disponibilité, du manque d'information, et du manque de communication. La question de cette collaboration entre médecins généralistes et psychiatres semble soulever chez les médecins une certaine fatalité, un sentiment désabusé, rendant difficile la question des perspectives à envisager pour améliorer la situation.

On note que les solutions plébiscitées pour améliorer cette situation sont souvent les plus simples : téléphone, courrier, présentation aux confrères lors de l'installation... Comme si une certaine désillusion, en particulier chez les médecins généralistes, entraînait un retour aux moyens les plus pragmatiques.

Ainsi, au vu de l'évolution de la psychiatrie et de la pharmacologie qui s'y rattache, il ne paraît plus possible aujourd'hui de dissocier prise en charge psychiatrique et somatique. Les nouvelles générations de psychiatres sont de plus en plus formées et informées sur ces pratiques et on peut espérer que cette collaboration aille en s'améliorant. Ceci paraît d'autant plus important dans les nouvelles dynamiques de santé, notamment légales, qui remettent les droits du patient au centre du soin et engagent de plus en plus la responsabilité des médecins. Les patients sont en droit d'attendre une collaboration pleinement opérante entre leurs médecins, et d'avoir, en conséquence, un suivi conforme aux recommandations.

**Vous pourrez trouver ci-joint une plaquette destinée à vous aider dans le suivi métabolique des patients sous antipsychotiques atypiques.**

**SUIVI DES PATIENTS SOUS ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES, PROPOSITION DE MAQUETTE POUR LE DOSSIER**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_ **DATE DE NAISSANCE :** ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

**ANTECEDENTS PERSONNELS :**

**ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

**FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE :**

<b>Chronologie (Date) <u>Donnée chiffrée</u></b>	<b>Avant instauration (Date) <u>Chiffres</u></b>	<b>A 1 mois (Date) <u>Chiffres</u></b>	<b>A 3 mois (Date) <u>Chiffres</u></b>	<b>Tous les 3 mois : (Date) <u>Donnée chiffrée</u></b>	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
<b>Poids et IMC</b>	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
<b>Périmètre ombilical</b>	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Glycémie à jeun</b>	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>X</b>	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
<b>Bilan lipidique</b>	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>X</b>	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Pression artérielle</b>	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>X</b>	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )





























Specialité	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY
N° MG	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
Age <50	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1				
Avez-vous lecture de glycémie capillaire (PSY)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0				
Pour le bilan initial : adressez-vous le patient à un MG ? (PSY)	NR	Souvent	Souvent	NR	Toujours	NR	Parfois	Souvent	Parfois	Toujours	Parfois	Toujours	Jamais	NR	Souvent			
Glycémie à jeun	NR	NR	NR	parfois	parfois	NR	souvent	souvent	parfois	souvent	parfois	souvent	parfois	NR	parfois			
Bilan lipidique	NR	NR	NR	NR	NR	NR	souvent	NR	souvent	souvent	parfois	souvent	parfois	NR	parfois			
NFS	NR	NR	NR	NR	NR	NR	souvent	NR	souvent	souvent	parfois	souvent	parfois	NR	parfois			
Ionogramme	NR	NR	NR	NR	NR	NR	souvent	souvent	souvent	souvent	parfois	souvent	parfois	NR	parfois			
HEA1C	NR	NR	NR	NR	selon patient	NR	NR	NR	NR	selon patient	parfois	souvent	parfois	NR	parfois			
Bilan hépatique	NR	NR	NR	NR	NR	NR	souvent	souvent	parfois	souvent	parfois	souvent	parfois	NR	parfois			
ECG	NR	NR	NR	NR	NR	NR	parfois	selon patient	parfois	souvent	parfois	souvent	parfois	NR	parfois			
Indicateur?	Souvent	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours	Souvent	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours	Souvent	Toujours	Parfois	Toujours			
Quelle information	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours	Souvent	Toujours	Toujours	Toujours	Souvent	Toujours	Parfois	Toujours				
Effets secondaires?	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Oral	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ibrit	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brochures	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
associations	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
éducation	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
autres	0	Régime	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Groupe de	0	0	0	0	0	0
Gestion du suivi (PSY)	NR	Collaborant	Collaborant	Collaborant	Collaborant	NR	Collaborant	Collaborant	Collaborant	Collaborant	MG	NR	NR	Collaborant	NR	Collaborant	Collaborant	Collaborant
1 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trimestriel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Annuel	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Par 5 ans	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trimestriel	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Annuel	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Par 5 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trimestriel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Annuel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Par 5 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trimestriel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Annuel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Par 5 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trimestriel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Annuel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Par 5 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trimestriel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Annuel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

10/12



Spécialité	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY	PSY
N° MG	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28					
Âge <50	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0
conseil à un PSY (MG) ou à un MG (PSY)?	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
courrier via patient	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
courrier poste	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Rappel RHED	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1
TTI semantique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Endoc	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Appel MG ou PSY du bilan : CAT?	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Diet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
diminution peso	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Changement APA	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Communication avec le PSY (MG) ou le MG (PSY) / téléphone	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Mail	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
téléphone	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Autres prestataires ?	0	Cardiologue	0	Coach	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intérêt d'un centre référence	non	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	oui
Fréquence de collaboration satisfaisante	parfois	parfois	parfois	parfois	parfois	souvent	souvent	souvent	parfois	jamais	parfois	parfois	souvent	parfois	souvent	parfois	parfois	parfois	parfois
Défaut temps relations difficiles	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1
Raisons d'une collaboration non satisfaisante	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1
Divergences difficiles liées patients	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres réunions pluridisciplinaires	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres réunions pluridisciplinaires	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Telemedecine	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
réseaux	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Associations	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
présentation installation	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
par patient																			
par APA instauré par ordonnance																			
par le PSY ? (MG) par courrier/mail																			
Suivi vous-même																			
pas de suivi																			
appel pour suivi conjoint																			
Pas de vote ressort																			
ne se pose pas																			
Savez vous qu'il existe des recommandations ARS pour le suivi métabolique sous APA ?	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

AR/AR

SIMAND Mathilde et WINDEY Claire : Collaboration médecins généralistes et psychiatres : cas particulier du syndrome métabolique sous antipsychotiques atypiques.

Th Méd : Grenoble 2012

Résumé :

La prescription d'antipsychotiques atypiques (APA) est un geste devenant de plus en plus fréquent, au vu de l'élargissement des indications et de la tolérance correcte de ces psychotropes. La survenue fréquente d'effets indésirables métaboliques, et, en particulier, l'apparition d'un syndrome métabolique sous antipsychotiques atypiques, n'est plus remise en question aujourd'hui, ayant conduit à la publication de recommandations pour le suivi cardiovasculaires des patients sous APA par l'AFSSAPS en 2011. Nous avons voulu faire un état de lieux sur la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres dans cette situation précise ainsi qu'une évaluation du suivi des patients sous APA, de l'état des connaissances des recommandations des médecins de ces deux spécialités et enfin élaborer des propositions d'amélioration de cette collaboration.

Pour réaliser ce travail nous avons construit un questionnaire destiné aux médecins généralistes et aux psychiatres d'exercice ambulatoire à Grenoble (recueil réalisé dans l'annuaire des Pages Jaunes électroniques). Nous avons reçu 76 réponses sur les 244 médecins contactés (28 de psychiatres et 46 de médecins généralistes) sur lesquels avons ensuite réalisé des analyses statistiques. Par ailleurs, nous avons contacté la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) de Lyon, qui a pu nous communiquer des données en termes de nombre de prescriptions, pour 4 antipsychotiques, sur le premier semestre de l'année 2011.

Les principaux résultats de notre étude confirment une collaboration globalement non satisfaisante entre médecins généralistes et psychiatres, avec en conséquence un suivi non optimal des patients (bien que la fréquence des effets indésirables métaboliques soit bien connue du corps médical). Les raisons invoquées sont : le manque de temps, les divergences d'opinion... Les solutions proposées sont souvent simples : téléphones, présentation à l'installation, réunions pluridisciplinaires... et consistent finalement en un vœu de mise en application de méthodes déjà existantes mais sous-exploitées. Il existe une différence importante entre les résultats de nos questionnaires, dans lesquels les médecins disent généralement prescrire peu souvent d'APA, et les résultats de la CRAM, qui décrivent un volume de prescriptions important pour médecins généralistes et psychiatres. Il existe aussi une différence significative entre les MG (41%) et les psychiatres (93%) concernant la connaissance des recommandations.

Dans les deux spécialités apparaît un véritable besoin de travailler ensemble, et une reconnaissance de l'apport de chacune des deux parties, qui ne demande plus aujourd'hui qu'à pouvoir se mettre en place.

Mots clés :

Antipsychotiques Atypiques  
Syndrome métabolique  
Collaboration  
Médecins généralistes  
Psychiatres

Jury :

Président : Monsieur le Pr BOUGEROL  
Membres : Monsieur le Pr HALIMI  
Monsieur le Pr BOSSON  
Monsieur le Dr MALLARET, directeur de thèse  
Monsieur le Dr GAMBY

Date de soutenance :

Mercredi 25 janvier 2012

Adresse des auteurs :

SIMAND Mathilde : 164 cours Berriat, 38000 GRENOBLE  
WINDEY Claire : 179 chemin de la Cigalière, 38300 MAUBEC