



HAL
open science

Suivi du risque métabolique lié aux antipsychotiques atypiques en médecine générale : étude sur 86 médecins généralistes dans le département de la Somme

Nicolas Lemaire

► **To cite this version:**

Nicolas Lemaire. Suivi du risque métabolique lié aux antipsychotiques atypiques en médecine générale : étude sur 86 médecins généralistes dans le département de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01284221

HAL Id: dumas-01284221

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01284221>

Submitted on 7 Mar 2016

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.

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION DE MEDECINE
3, RUE DES LOUVELS
80036 AMIENS CEDEX 1

Année 2015

N°2015-78

**THESE D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Mention Médecine Générale**

Lundi 29 Juin 2015 à 18 h 00

Salle des thèses - Bâtiment E – 2^{ème} étage
3, Rue des Louvels

Monsieur Nicolas LEMAIRE

TITRE DE LA THESE :

**SUIVI DU RISQUE METABOLIQUE LIE AUX ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES
EN MEDECINE GENERALE : ETUDE SUR 86 MEDECINS GENERALISTES
DANS LE DEPARTEMENT DE LA SOMME**

Vu les Membres du Jury

Le Président du Jury,

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Les Juges,

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

Monsieur le Professeur Giampiero BRICCA

Le directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Nicolas KANDELAFT

A Monsieur le Professeur Christian MILLE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Pôle Femme – Couple – Enfant

En présidant ce jury, vous me faites un grand honneur. Soyez assuré de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Rhumatologie)
Responsable du service de Rhumatologie
Pôle autonomie

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Recevez ici le témoignage de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Anatomie et cytopathologie)

Veillez accepter mes remerciements pour votre présence dans ce jury et soyez assuré de ma reconnaissance

A Monsieur le Professeur Giampiero BRICCA
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pharmacologie clinique)

Je vous adresse ma gratitude pour participer à ce jury. Je suis honoré de votre présence.

A Monsieur le Docteur Nicolas KANDELAFT
Praticien hospitalier
(Médecine Générale)
Responsable du service de médecine polyvalente

Mes remerciements ne seront jamais à la hauteur de votre implication dans l'élaboration de ce travail.

Merci de votre aide, de votre soutien et de votre disponibilité

Soyez assuré de ma plus profonde gratitude.

A Emilie :

Ta présence à mes côtés m'illumine.

A mes parents :

Merci de m'avoir maintenu dans le chemin.

A mon frère et à ma sœur :

A 34 ans votre petit frère a enfin fini ses études, merci de m'avoir soutenu.

Et aux autres membres de ma famille

Aux copains, Julie, Fanny, Ben, Thibo, Declo, Gratt, Mooktus, Damdam, King, Johny, Fifi, Gong, Chloé, Julien (s), Willy the Witch et tous les autres

Merci de m'aider quand il faut décompresser.

A Emma et à Christian:

Merci pour votre aide dans la traduction en langue de Shakespeare

Au Docteur Hakim Houchi :

Sans toi l'analyse des statistiques aurait été mission impossible.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION :	10
A.	Neuroleptiques ou antipsychotiques :	11
1.	Classification selon les effets cliniques et indésirables :	11
2.	Classification biochimique :	12
3.	Antipsychotiques typiques ou neuroleptiques de première génération :	13
4.	Antipsychotiques atypiques ou neuroleptiques de deuxième génération :	14
5.	Antipsychotiques d'action prolongée ou neuroleptiques d'action prolongée :	15
B.	Controverse sur les antipsychotiques atypiques :	15
1.	Etude C.A.T.I.E :	15
2.	Etude S.O.H.O :	16
C.	Syndrome métabolique et APA :	16
1.	Définition :	16
2.	Hypothèse physio-pathogénique chez les patients schizophrènes :	17
3.	APA et prise de poids :	17
4.	APA et diabète :	18
5.	APA et anomalies lipidiques :	18
D.	Autres effets indésirables des APA :	18
E.	Recommandations pour la mise en place d'un traitement APA :	19
II.	POPULATION ET METHODE :	20
A.	Population :	20
B.	Methode :	20
III.	RESULTATS DE L'ENQUETE :	22
B.	Démographie, âge et genre :	22
C.	Expérience en psychiatrie, APA et patients sous APA :	23
1.	Expérience en psychiatrie :	23
2.	Patients sous APA :	24
3.	Prescription d'APA :	24
4.	Recommandations des médecins généralistes lorsqu'ils introduisent des APA :	25
5.	Recommandations données par les médecins généralistes lorsque l'APA est prescrit par le psychiatre :	26
6.	Raison justifiant l'absence de recommandations données aux patients sous APA lorsque le traitement est prescrit par le psychiatre :	28
D.	Connaissance des APA :	28
E.	Suivi clinique :	31

F.	Suivi biologique :	32
G.	Attitude des médecins face aux anomalies repérées :	32
H.	Pistes pour améliorer la prise en charge du risque métabolique sous APA :	33
I.	Relations et communication avec les psychiatres :	34
1.	Relations avec les confrères psychiatres :	34
2.	Courriers :	36
3.	Responsabilité du suivi des patients sous antipsychotiques atypiques :	36
J.	Sécurité autour des APA :	38
IV.	DISCUSSION :	39
A.	Déscription de la population ayant participé à l'étude :	39
1.	Participation:	39
2.	Description de la population :	39
B.	Connaissance des APA et du risque métabolique lié aux APA :	40
1.	Connaissance des APA :	40
2.	Risque métabolique sous APA :	42
C.	Suivi clinique et biologique des patients sous APA :	42
1.	Suivi clinique :	42
2.	Suivi biologique :	45
D.	Recommandations des médecins généralistes à leurs patients sous APA :	46
E.	Relations et communication entre médecins généralistes et psychiatres :	47
1.	Relations entre confrères :	47
2.	Communication entre confrères :	47
F.	Coordination des soins autour des patients sous APA :	49
G.	Axes d'amélioration :	50
1.	Transmission de l'information :	50
2.	Organisation des soins :	52
3.	Renforcer les liens entre les psychiatres et les médecins généralistes :	52
4.	Présentation du secteur aux médecins nouvellement installés :	53
5.	Améliorer la connaissance des APA :	53
6.	Carnet de suivi métabolique des patients sous APA :	54
VI.	BIBLIOGRAPHIE :	57
VII.	ANNEXES :	61

I. INTRODUCTION :

La population française est grande consommatrice de neuroleptiques, vingt-cinq millions de boîtes sont vendues chaque année. Les médecins généralistes sont à l'origine de 66% des prescriptions de neuroleptiques. Tous âges confondus, en France, 2.5% des hommes consomment des neuroleptiques et 3% des femmes [1].

Selon les études, l'espérance de vie du patient atteint d'une maladie mentale est diminuée de vingt à vingt-cinq ans par rapport à la population générale [2], cette surmortalité n'est pas liée uniquement au risque suicidaire. Les patients psychotiques ont un risque deux fois plus important de mourir précocement d'une pathologie cardio-vasculaire que la population générale. Les affections métaboliques (diabète, obésité, dyslipidémies et hypertension artérielle) sont les déterminants majeurs de la surmortalité cardio-vasculaire [3]. Le mode de vie des patients atteints de pathologies mentales (sédentarité, alimentation déséquilibrée) conduit lui aussi à la survenue d'obésité, de dyslipidémie et de diabète type II [4]. Il semble que les neuroleptiques ou antipsychotiques, dits atypique ou de seconde génération, médicaments essentiels du traitement des psychoses, posent plus de problème au niveau métabolique que les neuroleptiques ou antipsychotiques, dits classiques, de première génération ou typiques [5] [6].

Malgré l'intérêt des neuroleptiques atypiques dans le traitement des psychoses la survenue de ces effets métaboliques engendre une majoration du risque de rupture thérapeutique [7] [8]. Le médecin généraliste français, pivot de la coordination entre les différents acteurs de soins est donc confronté dans sa pratique à des patients présentant un risque métabolique sous neuroleptiques atypiques.

Notre expérience de la médecine générale, quoique limitée, puis de la psychiatrie nous a conduit à ce travail. Les patients sous neuroleptiques atypiques, souvent jeunes, nécessitent un suivi spécifique du risque métabolique, ce suivi doit être plus rapproché que le suivi réalisé pour la population générale. La présence d'un antipsychotique atypique sur l'ordonnance d'un patient doit selon nous déclencher certains réflexes de la part des médecins généralistes. Le réflexe de prendre en charge ce patient de manière spécifique sur un plan métabolique en fait partie. Le médecin généraliste, pivot de la prise en charge médicale n'est peut-être pas en possession de tous les éléments pour effectuer le suivi des patients traités par ces molécules.

A. NEUROLEPTIQUES OU ANTIPSYCHOTIQUES :

Le terme neuroleptique est issu du grec *neuron* (nerf) et *lambanein* (saisir) : qui prend les nerfs. Un neuroleptique est un médicament réducteur de processus psychotique qui engendre des effets neurologiques.

Les neuroleptiques font partie de la famille des psycholeptiques, qui font eux même partie des psychotropes.

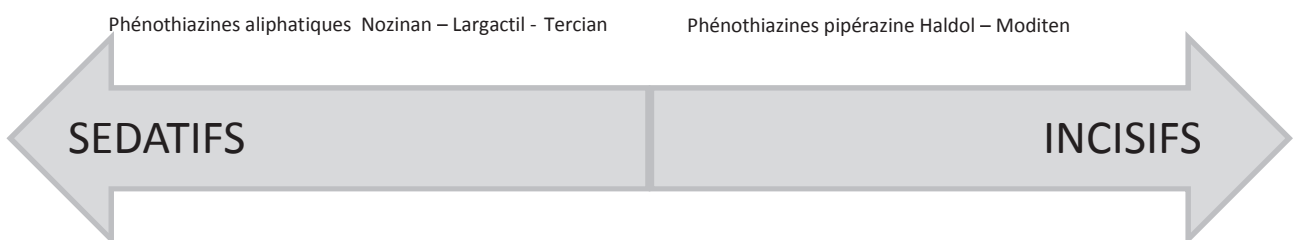
Les antipsychotiques agissent comme antagonistes dopaminergiques. Ils bloquent aussi d'autres récepteurs : histaminiques, sérotoninergiques et noradrénergiques. Ainsi la connaissance des effets anti histaminiques H1 peut présenter un intérêt clinique lorsque l'on veut éviter certains effets secondaires comme la stimulation de l'appétit.

La diversité des actions antipsychotiques des neuroleptiques a été à l'origine de tentatives de classifications clinique des neuroleptiques. D'autre part les neuroleptiques sont différents par leurs structures chimiques. Dès lors, plusieurs modèles ont été proposés [9].

1. Classification selon les effets cliniques et indésirables :

- Modèle de Lambert et Revol (1960) : effets sédatifs à gauche de l'axe et incisifs, réducteur des hallucinations et des délires à droite de l'axe

Schéma n°1 : Modèle de Lambert et Revol

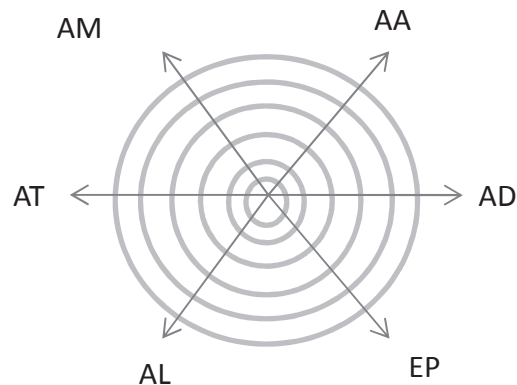


- Modèle de Delay et Deniker (1961) : histogramme selon les trois types d'action des neuroleptiques sur les trois signes cliniques que sont l'excitation, le délire (et hallucinations) et l'inertie.

- Modèle de Bobon et col (1972) : un classement en étoile évalue dans les six domaines les effets d'un neuroleptique donné, selon sa posologie

- ✓ anti-délicrant (AD)
- ✓ anti-autistique (AA)
- ✓ ataraxique ou sédatif (AT)
- ✓ anti-maniaque (AM)
- ✓ adrénolytique (AD)
- ✓ extrapyramidal (EP)

Schéma n°2 : L'étoile de Bobon et col



- Modèle de Deniker et Ginestet (1976) : classement en quatre groupes:

- ✓ Les sédatifs : ayant des effets végétatifs importants (type lévomépromazine ou chlorpromazine)
- ✓ Les moyens : ayant des effets thérapeutiques et indésirables importants (type thioridazine, propericiazine)
- ✓ Les polyvalents : qui exercent une action sédatif, une action réductrice des hallucinations et du délire, ou une action désinhibitrice (halopéridol, pipotiazine, fluphénazine)
- ✓ Les désinhibiteurs : qui associent certains effets neurologiques très puissants à leurs effets thérapeutiques (sulpiride, prochlorpérazine)

2. Classification biochimique :

Il existe une dizaine de classes pharmacologiques selon la structure biochimique des molécules (tableau 1) [10]. Celles-ci peuvent être séparées en deux groupes :

- Les antipsychotiques typiques : les phénothiazines, les butyrophénones, les composés tricycliques, et les benzamides, présentant des effets neurologiques de type extrapyramidaux
- Les antipsychotiques atypiques : les di benzodiazépines et dérivés, les benzisoxazoles, et les imidazolidinones, sont mieux tolérés sur le plan neurologique.

Tableau n°1 : La classification biochimique des antipsychotiques

	DCI	Nom commercial	Génération
famille des phenothiazines aliphatiques et pipéridinées	levomepromazine	NOZINAN®	première
	propériciazine	NEULEPTIL®	première
	cyamémazine	TERCIAN®	première
	chlorpromazine	LARGACTIL®	première
famille des pipérazinées	fluphénazine	MODECATE®	première
	pipotiazine	PIPORTIL®	première
famille des bupyrophénones	halopéridol	HALDOL®	première
	penfluridol	SEMAP®	première
	pipampérone	DIPIPERON®	première
proche des bupyrophénones	pimozide	ORAP®	première
famille des thianxothènes	flupentixol	FLUANXOL®	première
	zuclopenthixol	CLOPIXOL®	première
famille des benzamides substitués	sulpride	DOGMATIL®, SYNEDIL®, AIGLONYL®	seconde
	amisulpride	SOLIAN®	seconde
	tiapride	TIAPRIDAL®, EQUILIBRIUM®	première
	sultopride	BARNETIL®	seconde
famille des benzoxazoles	rispéridone	RISPERDAL®	seconde
	sertindole	SERDOLECT®	seconde
famille des dibenzoxazepines	loxapine	LOXAPAC®	seconde
famille des dibenzodiazepines	clozapine	LEPONEX®, CLOZAPINE®	seconde
	olanzapine	ZYPREXA®	seconde
	quetiapine	XEROQUEL®	seconde
famille des quinolinones	aripiprazole	ABILIFY®	seconde

3. Antipsychotiques typiques ou neuroleptiques de première génération :

En 1952, découverte de la chlorpromazine: « c'est le début d'une libération, retirant les chaînes des aliénés » Cette découverte suscita les premières critiques de la « camisole chimique ». La chlorpromazine a un effet bénéfique sur le contrôle de l'état maniaque et de l'agitation, mais n'est pas encore utilisé pour traiter les schizophrénies. La chlorpromazine était initialement utilisée comme cocktail sédatif par Henri Laborit, chirurgien, qui décrit l'effet sur ses patients : « ceux-ci n'étant pas sous sédation, comme avec les produits anesthésiants mais ils semblent indifférents à ce qui se passe autour d'eux ». Elle est commercialisée en 1953 sous le nom de LARGACTIL. D'autres molécules furent ensuite découvertes. Il devint ensuite clair qu'ils produisaient des effets indésirables extrapyramidaux, mais étaient bénéfiques dans le traitement de la psychose.

En 1957 une définition psychophysiologique du neuroleptique est proposée ; elle comprend cinq critères:

- ✓ Action psycholeptique non hypnotique
- ✓ Action dans les états d'excitation, et d'agressivité
- ✓ Action antipsychotique
- ✓ Action sous-corticale

✓ Effet secondaire neurovégétatif et neurologique

Certains antipsychotiques sont surtout sédatifs, calmant l'agitation et l'agressivité (comme la chlorpromazine). D'autres sont dits incisifs ou antipsychotiques, agissant sur les idées délirantes et les hallucinations (comme la fluphénazine). Les antipsychotiques peuvent aussi être hypnotiques, antitussifs, antiémétiques, anxiolytiques.

Dès le début des années 60, les auteurs américains relayé par la FDA (Food and Drugs Administration) ont répugné à employer le terme de neuroleptique considérant que définir un médicament par ses effets secondaires constituait une anomalie. Beaucoup ont donc utilisé la dénomination d' « antipsychotique » ; ils ont même été appelés les « anti-schizophrénique ».

Dans la suite de ce travail nous les appellerons les antipsychotiques typiques, les APT.

4. Antipsychotiques atypiques ou neuroleptiques de deuxième génération :

Ils seraient plus spécifiques et dénués d'effets extrapyramidaux, parfois plus efficaces, mais leur action via l'antagonisme 5HT_{2c} à la sérotonine leur confère plus d'effets indésirables métaboliques.

Après sa commercialisation en Europe en 1971, la clozapine a été abandonnée en 1975 en raison de ses effets secondaires, notamment du risque d'hyperthermie maligne mortelle. Elle fut réintroduite sur le marché dans les années 1980 aux Etats-Unis et en Angleterre, coûtant 40 fois plus chère que les autres molécules. Elle est alors présentée comme une avancée majeure dans le monde de la psychiatrie. La clozapine se différencie des autres antipsychotiques par le fait qu'elle n'est pas responsable de syndrome extrapyramidal, ni de dyskinésie tardive, et améliore les symptômes négatifs. Elle s'avère aussi efficace sur certaines psychoses résistantes ; son utilisation est soumise à une surveillance stricte en raison du risque hématologique important [11].

En France les antipsychotiques atypiques ont été mis sur le marché en 1991, avec la clozapine, puis en 1993 avec la risperidone. De nombreuses études alors sont réalisées visant à montrer la supériorité de ces thérapeutiques dites atypiques, par rapport aux molécules dites typiques [12] [13].

L'utilisation depuis vingt ans des antipsychotiques atypiques, annoncés comme révolutionnaires, montre un bilan plus nuancé [14].

Dans la suite de ce travail, nous les appellerons les antipsychotiques atypiques ou APA.

5. Antipsychotiques d'action prolongée ou neuroleptiques d'action prolongée :

De huit molécules dans les années 80, la panoplie thérapeutique s'est encore enrichie avec la très récente mise sur le marché des antipsychotiques d'action prolongée comme RISPERDAL CONSTA LP ® (risperidone), le ZYPADHERA® (olanzapine), l'ABILIFY MAINTENA ® (aripiprazole).

C'est dix ans après l'introduction du largactil que les premiers travaux sur les neuroleptiques dits « retard » ont été publiés. Ces neuroleptiques d'action prolongée, les NAP, ou antipsychotiques d'action prolongée, les APAP. Ils se fabriquent à partir de molécules possédant une fonction alcool. Les actions chimiques sont identiques par rapport à celle des médicaments dont ils dérivent. Seule l'importante demi-vie les différencie.

La demi-vie varie de quatre jours, pour le penfluridol SEMAP®/ACEMAP®, à trois semaines pour le decanoas d'halopéridol, HALDOL DECANOAS®. Le mode d'administration est intramusculaire sauf pour le penfluridol qui se fait par voie orale. Le délai séparant deux prises va de sept jours, pour le penfluridol, à quatre semaines pour le decanoas de zuclopanthioxol, le CLOPIXOL AP®. Ils sont utilisés dans les traitements ambulatoires, présentent un avantage économique et en temps infirmier. Ils permettraient un meilleur contrôle de l'observance [15] [16] [17].

B. CONTROVERSE SUR LES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES :

1. Etude C.A.T.I.E :

Les effets indésirables des antipsychotiques conduisent à des arrêts précoces de traitement, s'accompagnent de ré-hospitalisation et d'un surcout pour la société [7]. L'étude Nord-Américaine C.A.T.I.E (Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness) porte sur 1493 patients entre janvier 2001 et décembre 2004. Elle tente de mesurer l'efficacité des traitements APA (Olanzapine, Quétiapine, Risperidone et Ziprasidone) et celle de l'antipsychotique classique (Perphénazine) en situation réelle pour le traitement de troubles schizophréniques [18]. Le critère d'évaluation était le suivant: l'arrêt du traitement pour n'importe quelle raison (par exemple manque d'efficacité ou apparition d'effets indésirables).

Les résultats de cette étude randomisée étaient décourageants : plus de 70 % des patients ont arrêté leur traitement avant d'avoir atteint la durée de traitement de 18 mois initialement

prévue. L'olanzapine avait le plus faible taux d'abandon par rapport aux autres antipsychotiques, même s'il était associé plus fréquemment à des effets indésirables.

Cette étude a montré que :

- ✓ 13% des patients présentaient un diabète à l'inclusion (quatre fois plus que la population normale).
- ✓ 41% des patients ont présenté un syndrome métabolique, portant essentiellement sur le poids et les triglycérides.
- ✓ Un grand nombre de patients ont arrêté leur traitement en raison d'une prise de poids, et/ou problèmes métaboliques, caractérisés par une augmentation de l'hémoglobine glyquée, du cholestérol ou des triglycérides.

2. Etude S.O.H.O :

L'étude Schizophrénie Outpatient Health Outcomes (SOHO) est une étude européenne observationnelle sur 36 mois d'une cohorte de patients schizophrènes traités en ambulatoire [8]. Cette étude recherche les facteurs de risques d'arrêt du traitement qu'il faut identifier afin d'éviter toute interruption. En France, sur les 933 patients inclus dans l'étude, 42% ont arrêté leurs traitements à trois ans. Les raisons de l'interruption du traitement étaient principalement le manque d'efficacité (47%), les autres raisons étant à la demande du patient (33%), pour des problèmes d'observance (30%), ou pour intolérance au traitement (18%).

La proportion de patients obèses au début de l'étude était de 15% à la visite initiale, 21% à 36 mois. Après 36 mois de suivi, 32% des patients ont présenté une augmentation de poids supérieure ou égale à 7%.

L'augmentation du poids sous traitement antipsychotique est bien établie et doit être prise en compte dans l'évaluation initiale du rapport bénéfice/risque à la prescription des différents antipsychotiques [8].

C. SYNDROME METABOLIQUE ET APA :

1. Définition :

Ce syndrome métabolique (encore appelé syndrome d'obésité centrale, syndrome de résistance à l'insuline, syndrome X de Reaven) correspond à un ensemble de perturbations

clinico-métaboliques qui prédisposent fortement au développement et à la progression de l'athérosclérose. Il est reconnu comme un facteur de risque cardio-vasculaire [3].

L'HAS le définit en 2005 par l'association de 3 des 5 critères suivants:

- ✓ Obésité abdominale viscérale ou obésité androïde (répartition préférentiellement abdominale de la graisse). Tour de taille supérieur à 102 cm chez l'homme 88 cm chez la femme.
- ✓ Hypertriglycéridémie supérieure à 1,5 g/l
- ✓ Taux de HDL-cholestérol bas (inférieur à 0.4 g/l chez l'homme et 0.5 g/l chez la femme) ou taux de LDL-cholestérol haut supérieur à 1.6 g/l
- ✓ Insulino-résistance avec Glycémie à jeun supérieure à 1.10 g/l
- ✓ Hypertension artérielle TAS supérieure à 130 mm Hg, TAD supérieure à 85 mm Hg

2. Hypothèse physio-pathogénique chez les patients schizophrènes :

L'altération du métabolisme du glucose serait déjà présente avant toute initiation thérapeutique chez les malades atteints de troubles schizophréniques. Il a même été émis l'hypothèse d'un socle physiopathologique commun entre affections psychiatriques et métaboliques. L'inflammation chronique qui contribue au développement de la résistance à l'insuline pourrait être l'interface entre le syndrome métabolique et les pathologies psychiatriques, puisqu'il existe une augmentation des cytokines pro inflammatoires dans le liquide céphalo rachidien et dans le plasma des schizophrènes et des dépressifs. L'hyperstimulation des interleukines-1 activerait l'axe corticotrope, induisant insulino-résistance et accumulation de graisse viscérale. Les patients schizophrènes sont donc souvent confrontés à la prise de poids. Une prédisposition génétique à la prise de poids est donc suspectée, aggravée par les habitudes de vie (alimentation déséquilibrée, sédentarité,...) et prise de psychotropes (antipsychotiques, antidépresseurs, thymo-régulateurs,...) [19] [20].

3. APA et prise de poids :

Le rôle des APA dans la prise de poids est fortement suspecté. L'HAS considère les APA comme facteurs favorisant la prise de poids [21]. Cette prise de poids serait due à une augmentation de l'appétit, à un défaut de satiété et une appétence pour les produits sucrés et gras : le « food craving ». Les APA par leurs effets sédatifs diminueraient la dépense énergétique et les activités physiques. L'essentiel de la prise de poids se produit dans les six à

huit premières semaines de traitement [22]. La gestion du poids paraît essentielle pour deux raisons: meilleure observance thérapeutique et meilleure maîtrise des troubles métaboliques associés à celle-ci. La prise de poids semble être plus importante sous clozapine et olanzapine [23].

4. APA et diabète :

L'incidence du diabète chez le patient traité par APA est estimée entre 5.8 et 15.6% contre 1.1% dans la population générale. Toutefois la prévalence du diabète est plus élevée chez les patients schizophrènes [24] [2]. L'étude CATIE a montré une augmentation de 0.4% de l'HbA1C sous clozapine [18]. La problématique du diabète de type II a fait l'objet d'une mise en garde par la Food and Drugs Administration, dans la conférence de consensus de 2004. Elle considère le risque de diabète accru avec la clozapine et l'olanzapine, intermédiaire avec la risperidone et la quétiapine, le risque est non démontré avec l'aripiprazole et la ziprasidone [25]. Ces résultats ont été confirmés par les deux études : CATIE [7] et SOHO [8].

Les éléments précurseurs à la survenue du diabète seraient la prise de poids, ou l'obésité ainsi que les antécédents familiaux de diabète.

5. APA et anomalies lipidiques :

Après six mois de traitement les paramètres lipidiques sont significativement modifiés et sont associés à une prise de poids. La prise de poids est variable selon les molécules, avec un risque élevé pour les phénothiazines [19].

Tableau n°2 : Les risques métaboliques sous neuroleptiques de seconde génération

	clozapine LEPONEX®	olanzapine ZYPREXA®	risperidone RISPERDAL®	quétiapine XEROQUEL®	amisulpride SOLIAN®	aripiprazole ABILIFY®	sertindole SERDOLECT®
risque métabolique	haut risque		moyen risque		bas risque		
prise pondérale	XX	XX	X	X	0	0?	0
dyslipidémie	X	X	0X	0X	0	?	?
diabète	X	X	0X	0X	0	?	?

D. AUTRES EFFETS INDESIRABLES DES APA :

Les antipsychotiques sont responsables d'effets indésirables neurologiques (dyskinésies précoces et tardives, syndrome parkinsonien, akathisie, épilepsie,...), cardiologiques (risque d'allongement de l'espace QT sur l'électrocardiogramme,...), endocriniens (hyperprolactinémie,...), d'effets anticholinergiques (sécheresse buccale,...), d'effets hématologiques principalement pour la clozapine (risque d'agranulocytose,...).

Les principaux effets indésirables des neuroleptiques, toutes classes confondues, sont résumés dans l'annexe 1

E. RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UN TRAITEMENT APA :

Au moment de l'instauration du traitement médicamenteux par APA, l'HAS (juin 2007) recommande le bilan initial suivant [5] :

- ✓ Recueil des données cliniques : poids, taille, IMC, périmètre abdominal, mesure de pression artérielle, évaluation de l'état général et des antécédents somatiques
- ✓ Réalisation d'examens complémentaires : glycémie, exploration d'anomalies lipidiques, numération de formule sanguine, bilan hépatique, bilan rénal, test de grossesse chez la femme et électrocardiogramme.

La mise au point de l'AFSAPPS (mars 2010) sur le suivi cardio métabolique des patients traités par neuroleptique dit : « Un traitement par des médicaments antipsychotiques qu'ils soient de 1ère (antipsychotiques classiques) ou de 2ème génération (antipsychotiques atypiques) peut s'accompagner d'une prise de poids et de troubles des métabolismes glucidique et lipidique. Les données suggèrent cependant que les patients recevant certains antipsychotiques de 2ème génération, en particulier l'olanzapine et la clozapine, sont exposés à un risque plus important de diabète que les patients traités par antipsychotiques typiques».

Selon l'AFSAPPS : « La mise en place et l'adaptation d'un traitement antipsychotique exigent une collaboration étroite entre le psychiatre et le médecin traitant afin d'assurer une prise en charge optimale des patients ». [26]

L'AFSAPPS recommande pour le suivi des patients sous neuroleptiques atypiques un plan de suivi indiqué dans le tableau 4:

Tableau 3 : les recommandations pour le suivi des patients sous neuroleptiques de seconde génération

	à l'initiation du traitement	à un mois	à trois mois	tous les trois mois	tous les ans	tous les cinq ans
anamnèse	o				o	
poids et IMC	o	o	o	o		
périmètre abdominal	o				o	
mesure de la pression artérielle	o		o		o	
glycémie a jeun	o		o		o	
profil lipidique a jeun	o		o			o

II. POPULATION ET METHODE :

A. POPULATION :

Les données reposent sur une enquête menée auprès de 86 médecins généralistes dans le département de la Somme, entre le 09 février 2015 et le 31 mars 2015. Les médecins inclus étaient des médecins généralistes exerçant une activité libérale en cabinet dans le département de la Somme. Les médecins remplaçants et les médecins non thésés n'ont pas été inclus dans cette étude.

La liste des médecins contactés a été obtenue sur le site du conseil national de l'ordre des médecins. Nous avons contacté par téléphone les 250 premiers médecins de cette liste dans l'ordre d'apparition, et pour les médecins non joignable leur secrétariat. L'objectif de cet appel était d'une part de faire une présentation de cette étude, et d'autre part de demander un courriel de contact. Pour les médecins non joignables nous avons proposé de contacter ultérieurement le médecin. Nous avons renouvelé cette opération et avons obtenu 140 adresses de courriel. Cet appel a toujours été passé par la même personne.

Un premier courriel a été envoyé à chaque médecin le jour de l'obtention de l'e-mail, puis trois rappels ont été renvoyés dans le mois suivant le premier courriel.

L'email envoyé contenait un texte de présentation de l'étude et un lien « html » renvoyant vers un questionnaire créé sur le site Google-drive®, ne nécessitant aucune installation de programme ni connaissance particulière pour être rempli en ligne.

B. METHODE :

Nous avons créé un questionnaire (annexe 2) destiné aux médecins généralistes. Le questionnaire nécessitait sept à dix minutes pour être rempli.

La participation à cette enquête reposait sur la base du volontariat, de la confidentialité et du respect de l'anonymat.

Ce questionnaire en quatre parties, avait pour but d'évaluer les connaissances générales des médecins généralistes sur les APA et d'évaluer leurs pratiques concernant le risque métabolique.

- La première partie concernait les généralités : âge, sexe, lieu et type d'exercice, compétences et formation en psychiatrie.

Exemple de question, question 1 : Vous êtes ? (une seule réponse possible):

- Un homme
- Une femme

- La seconde concernait la patientèle des médecins généralistes. Dans cette deuxième partie du questionnaire les thèmes abordés étaient la présence dans la patientèle de patients sous neuroleptiques de seconde génération, le type de prescription, et l'existence d'une prévention chez les patients traités.

Exemple de question, question 9 : Lorsque vous introduisez des neuroleptiques de seconde génération, faites-vous des recommandations à vos patients ? (une seule réponse possible)

- Non
- Oui (lesquelles) réponses libres

- La troisième partie concernait la connaissance des APA, le suivi clinique et biologique des patients traités, la prise en charge d'éventuelles complications métaboliques.

Exemple de question, question 16 : A quelle fréquence mesurez-vous la pression artérielle de vos patients sous neuroleptique de seconde génération ?

- A chaque consultation
- Tous les trois mois
- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Jamais

- La dernière partie, concernait la communication entre les psychiatres et les médecins généralistes autour des patients traités par APA.

Exemple de question, question 24 : Avez-vous des relations privilégiées avec un ou plusieurs psychiatres, exerçant dans votre zone de patientèle ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

- Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel Microsoft Excel®, destiné aux traitements statistiques des données.

III. RESULTATS DE L'ENQUETE :

A. GENERALITES :

250 médecins généralistes ont été contactés entre le 9/02/2015 et le 31/03/2015.

Cent quarante adresses de courriel ont été obtenues. Le questionnaire a été envoyé à chacune des adresses.

56 % d'appel téléphoniques concluants.

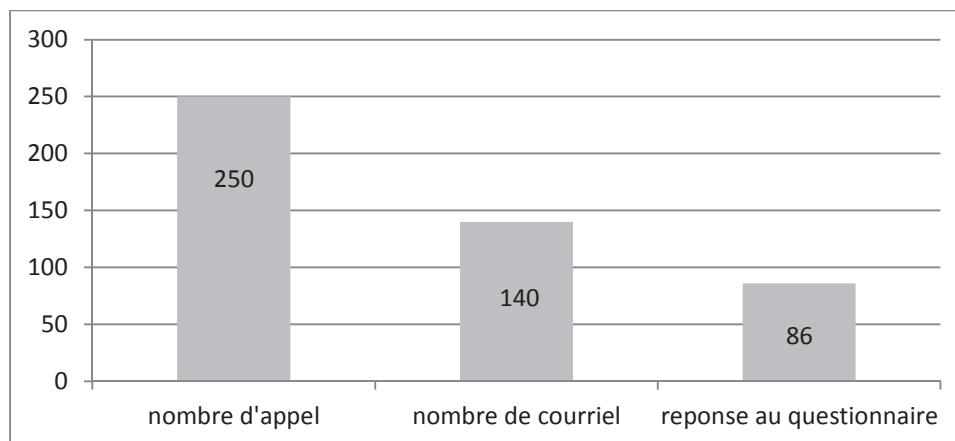
Trois relances ont été ensuite effectuées à une semaine, deux semaines, et un mois du premier courriel.

Quatre-vingt-six médecins généralistes ont répondu à l'enquête. 61,4% de réponses aux cent quarante courriels envoyés.

Ces quatre-vingt-six médecins représentent 34,4% des 250 médecins contactés par téléphone.

Ces données sont résumées dans le graphique n°1

Graphique n°1 : Généralités



B. DEMOGRAPHIE, AGE ET GENRE :

58.1% des médecins interrogés sont des hommes, 41.9% sont des femmes (tableau 4).

Tableau n°4 : Répartition par genre des médecins interrogés

genre	nombre de médecins
hommes	50 (58,1%)
femmes	36 (41,9%)
total	86 (100%)

La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 43 ans. Ils sont repartis selon les tranches d'âges suivantes (tableau n°5).

Tableau n°5 : Répartition par tranche d'âge des médecins interrogés

tranche d'age	nombre de médecins
24-30	6(7%)
31-35	26(30,2%)
36-40	7(8,1%)
41-45	5(5,8%)
46-50	9(10,5%)
51-55	18(20,9%)
56-60	4(4,7%)
61-65	10(11,6%)
66 et +	1(1,2%)
total	86

34.9% des médecins interrogés exercent en ville, 65.1 exercent en zone rurale (tableau n°6).

Tableau n°6 : Répartition par zone géographique des médecins interrogés

	nombre de médecins
milieu rural	56 (65,1%)
milieu urbain	30 (34,9%)
total	86 (100%)

70.9% des médecins interrogés exercent en groupe 29,1% seuls (tableau n°7)

Tableau n°7 : Répartition par type d'activité

	nombre de médecins
exercice en groupe	61 (70,9%)
exercice seul	25 (29,1%)
total	86 (100%)

C. EXPERIENCE EN PSYCHIATRIE, APA ET PATIENTS SOUS APA :

1. Expérience en psychiatrie :

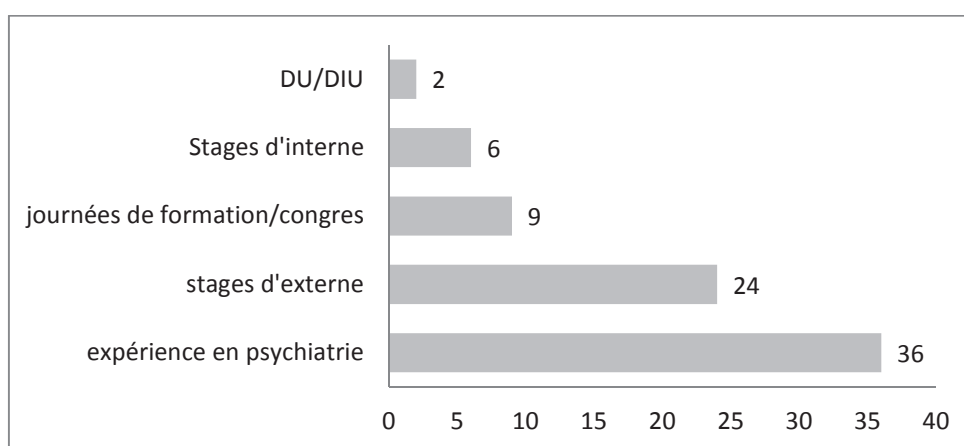
41.9% des médecins interrogés ont une expérience en psychiatrie. Cette expérience se fait par le biais de DES, DU, DIU, stages d'externe ou d'interne, congrès ou formations (graphique n° 2). 58.1% des médecins interrogés déclarent ne pas avoir d'expérience (tableau n°8).

Le graphique 1 résume l'expérience des médecins interrogés. Plusieurs réponses sont possibles.

Tableau n°8 : Avez-vous une expérience dans le domaine de la psychiatrie ?

expérience en psychiatrie	nombre de médecins
oui	36 (41,9%)
non	50 (58,1%)
total	86 (100%)

Graphique n°2 : Quelle expérience avez-vous ? (n=36)



2. Patients sous APA :

89.5% des médecins interrogés déclarent avoir des patients sous APA, 10.5% n'en ont pas (tableau 10).

Tableau n°9 : Avez-vous des patients sous APA ?

patients sous APA	nombre de médecins
oui	77 (89,5%)
non	9 (10,5%)
total	86 (100%)

3. Prescription d'APA

Les APA sont prescrits pour 61.6% par des psychiatres, pour 4.7% par des médecins généralistes et pour 27.9% par les deux.

32,6% des médecins généralistes prescrivent des APA (tableau 10).

Tableau n° 10 : Par qui les APA sont-ils introduits ?

	nombre de médecins
vous	4 (4,7%)
le psychiatre	53 (61,6%)
les deux	24 (27,9)
pas de prescription	5 (5,8%)

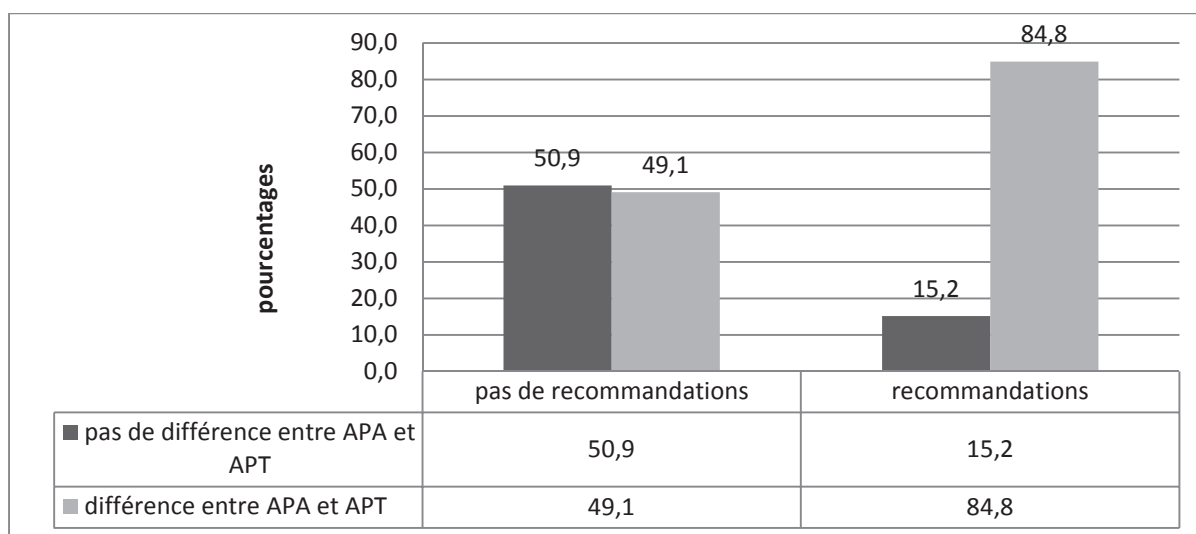
4. Recommandations des médecins généralistes lorsqu'ils introduisent des APA :

Si les médecins généralistes introduisent des APA (41.9%), ils sont 38,4% à donner des recommandations aux patients traités, 61.6% ne font pas de recommandations (tableau 11).

Tableau n° 11 : Donnez-vous des recommandations à vos patients lorsque vous introduisez des APA ?

	nombre de médecins
oui	33 (38,4%)
non	53 (61,6%)
total	86 (100%)

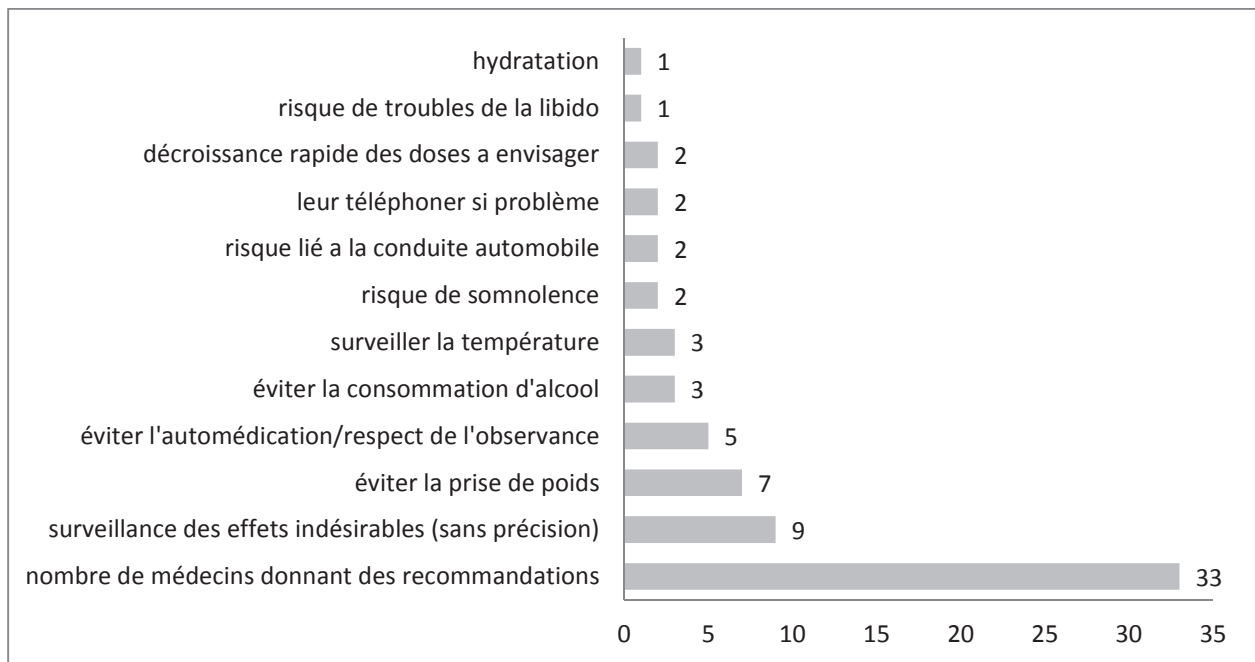
Graphique n°3 : Recommandations et connaissance des APA



La proportion des médecins qui donnent des recommandations à leurs patients sous APA varie en fonction de la connaissance de la différence entre APA et APT (graphique n°3) ($khi = 12,3 p = 0,001$). Les médecins qui voient la différence entre APA et APT donnent plus de recommandations à leurs patients sous APA.

Les recommandations données par les médecins à leurs patients sous APA sont résumées dans le graphique n°4 :

Graphique n°4 : Recommandations données par les médecins à leurs patients s'ils ont introduit les APA (n=33)



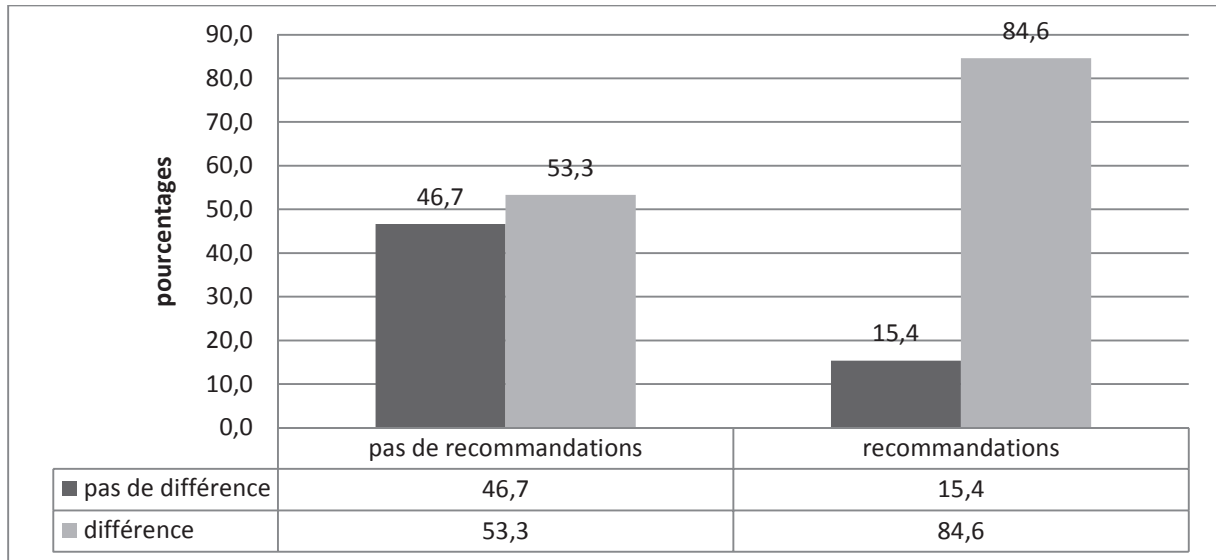
5. Recommandations données par les médecins généralistes lorsque l'APA est prescrit par le psychiatre :

Lorsque c'était le psychiatre qui introduisait des APA les médecins généraliste n'étaient plus que 30,2% à donner des recommandations à leurs patients (tableau n°12). Les recommandations données par les médecins généralistes sont résumées dans le graphique n°6.

Tableau n°12 : Donnez-vous des recommandations lorsque le psychiatre introduit des APA

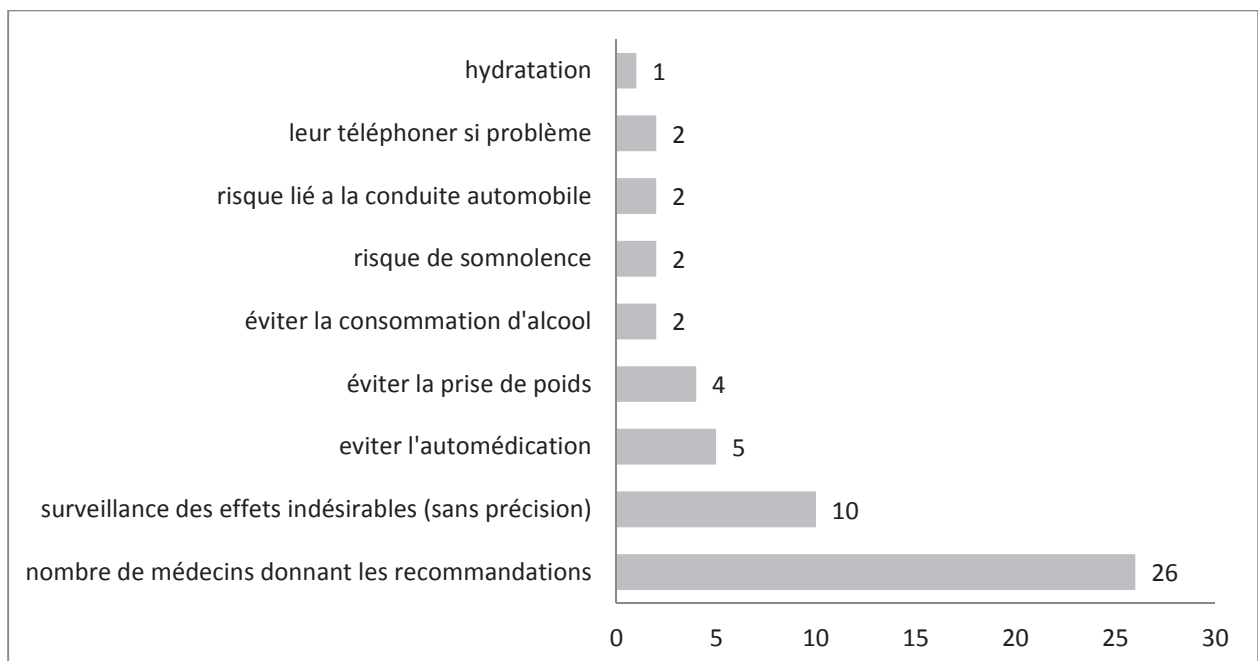
	nombre de médecins
oui	26 (30,2%)
non	60 (69,8%)
total	86 (100%)

Graphique n°5 : Les recommandations si le psychiatre introduit les APA et la connaissance de la différence entre APA et APT



Les médecins qui font la différence entre les neuroleptiques donnent plus de recommandations lorsque le psychiatre introduit les APA que ceux qui ne la font pas la différence (graphique n°6) ($\chi^2 = 7,60$ $p = 0,01$)

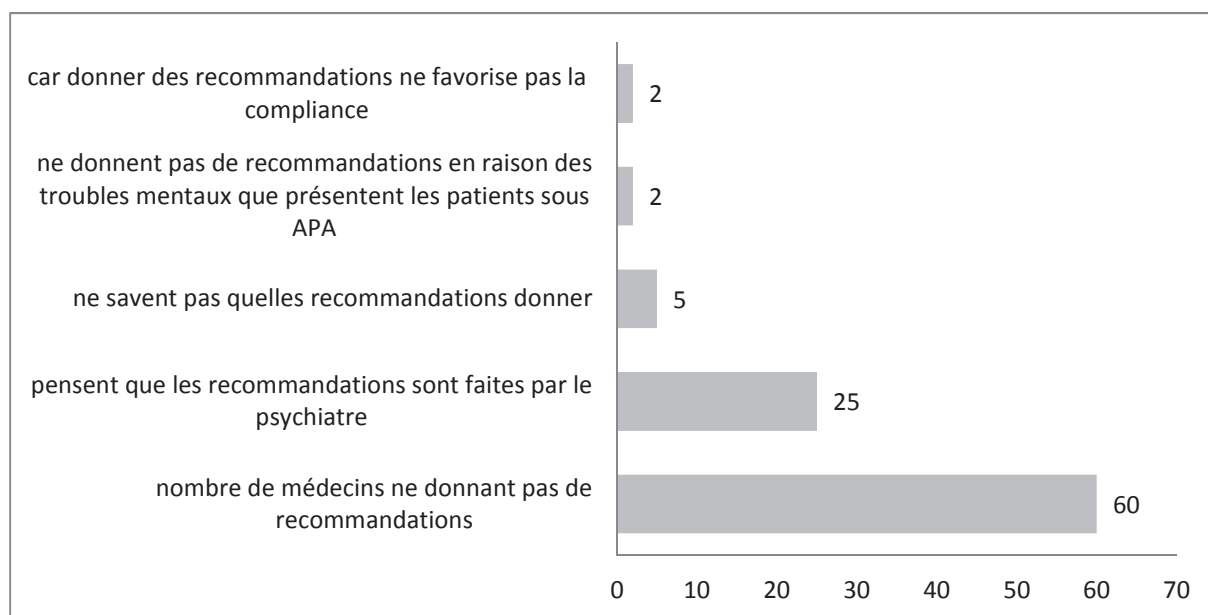
Graphique n°6 : Recommandations données par les MG lorsque le psychiatre introduit des neuroleptiques (n=26)



6. Raison justifiant l'absence de recommandations données aux patients sous APA lorsque le traitement est prescrit par le psychiatre :

Lorsque le psychiatre a introduit l'APA, 69.8 % des médecins ne font pas de recommandations à leurs patients (tableau n°12). Les raisons de l'absence de conseil sont résumées dans le graphique n°7

Graphique n°7 : Raisons de l'absence de recommandations données aux patients lorsque le psychiatre introduit les APA (n=60)



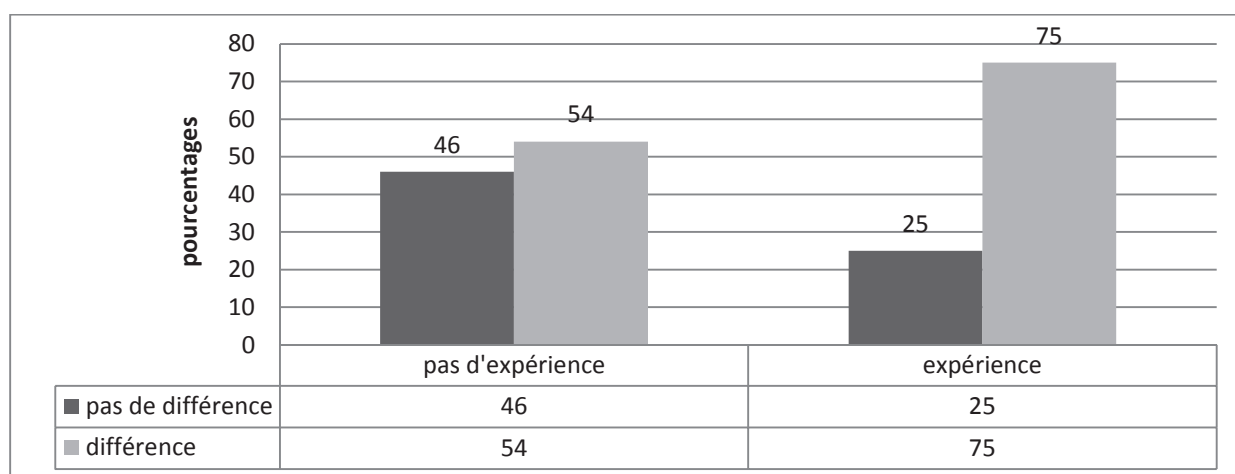
D. CONNAISSANCE DES APA :

62.8% déclarent faire la différence entre les antipsychotiques typiques et atypiques 37.2% des médecins interrogés déclarent ne pas faire de différence (tableau n°13).

Tableau 13 : Faites-vous la différence entre les APA et les APT ?

	nombre de médecins
oui	54 (62,8%)
non	32 (37,2%)
total	86 (100%)

Graphique n°8: expérience en psychiatrie et différence entre APA et APT

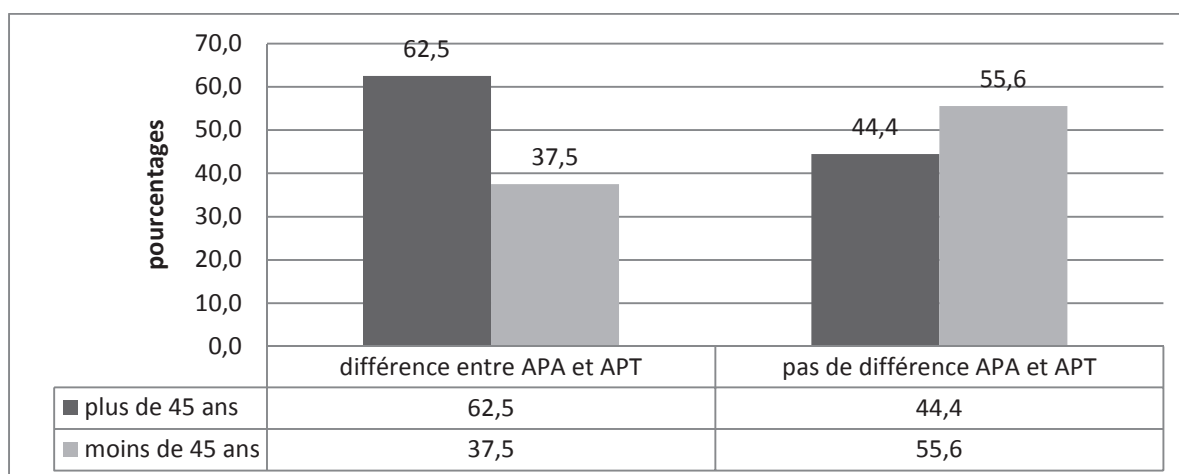


La proportion des médecins connaissant cette différence varie en fonction de l'expérience en psychiatrie (graphique n°8) ($khi = 3.95$ $p = 0.05$).

L'analyse des réponses libres données à la question n° 4 bis résumées dans le graphique n°2, a pu montrer que :

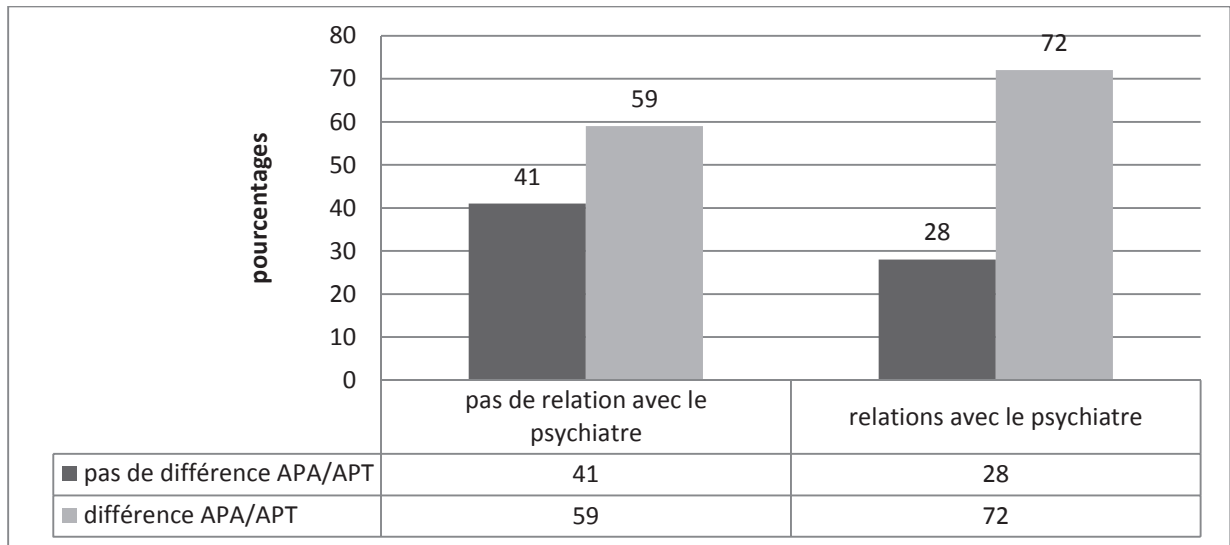
- Parmi les 75% de médecins qui ont une expérience en psychiatrie et qui connaissent la différence entre APA et APT soit vingt-sept médecins: cinq avaient fait un stage en tant qu'internes, seize avaient fait un stage en tant qu'externes.
- Parmi les 25% de médecins qui ont une expérience en psychiatrie et qui ne connaissent pas la différence entre APA et APT soit neuf médecins: un a fait un stage lors de son internat, les huit autres ont fait un stage lors de l'externat.

Tableau n° 13 : Différence APA/APT et âge



La proportion de médecins faisant la différence entre APA et APT semble être différente selon l'âge des médecins ($khi = 2,62 p = 0,11$)

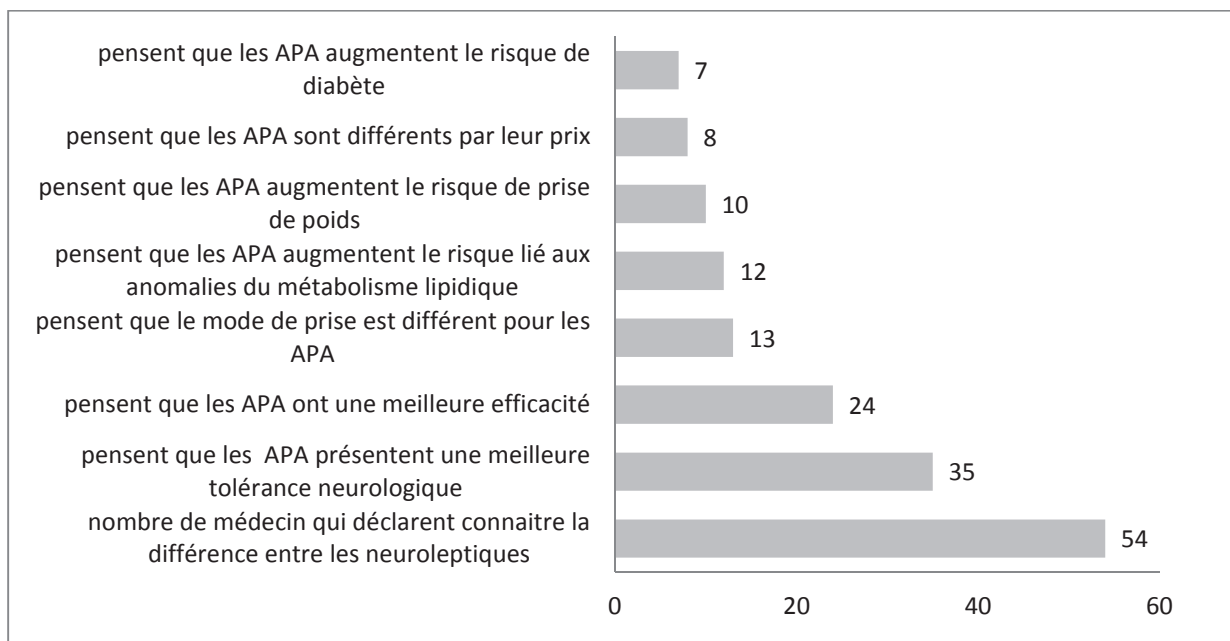
Graphique n°9 : différence entre APA/APT et relation avec un psychiatre



La proportion des médecins connaissant la différence entre APA et APT semble être supérieure chez les médecins ayant des relations avec des psychiatres ($p = 1,28 khi = 0,26$)

Un QCM proposait ensuite sept réponses à cocher correspondant aux propriétés éventuellement repérées des APA. Ces réponses sont résumées dans le graphique n°5

Graphique n°10 Quelles sont les différences perçues par les MG concernant les APA



Ce QCM montre que dix-huit médecins ont repéré que les APA induisent du diabète et/ou une prise de poids et/ou des anomalies du métabolisme lipidique.

L'analyse des réponses à ce QCM résultats a montré que :

- Parmi les vingt-sept médecins qui ont une expérience en psychiatrie et qui connaissent la différence entre APA et APT :
 - ✓ Douze semblent identifier l'existence du risque métabolique lié aux APA.
 - ✓ Sept n'identifient pas la meilleure tolérance neurologique liée aux APA mais cinq sur ces sept semblent identifier le risque métabolique lié aux APA.
- Parmi les vingt-sept médecins qui n'ont pas d'expérience en psychiatrie et qui font la différence entre APA et APT, six semblent identifier le risque métabolique lié aux APA

E. SUIVI CLINIQUE :

Le suivi de la pression artérielle (PA), du poids et du périmètre abdominal est réalisé de la manière suivante, résumée dans le tableau n°14:

- ✓ La PA est mesurée par 93% des médecins à chaque consultation, par 7% des médecins tous les trois mois
- ✓ Le périmètre abdominal n'est jamais mesuré dans 80.2% des cas, il est mesuré une fois tous les douze mois par 5.8% des médecins, une fois tous les six mois par 8.1% des médecins, une fois tous les trois mois par 4.7% des médecins, à chaque consultation par 1.2% des médecins.
- ✓ La pesée est réalisée à chaque consultation par 30.2% des médecins, tous les trois mois par 24.4% des médecins, tous les 6 mois par 22.1% des médecins, tous les 12 mois par 14% des médecins et jamais par 9.3% des médecins.

Tableau n°14: Le suivi clinique des patients sous APA

	à chaque consultation	3 mois	6 mois	12 mois	jamais	total
PA	93	7	0	0	0	100
Périmètre abdominal	1,2	4,7	8,1	5,8	80,2	100
Pesée	30,2	24,4	22,1	14	9,3	100

F. SUIVI BIOLOGIQUE :

Le suivi de la glycémie à jeun (GAJ) et l'exploration des anomalies lipidiques (EAL) est réalisé de la manière suivante (tableau n°15) :

- ✓ La GAJ n'est jamais mesurée par 4.7% des médecins interrogés, elle est mesurée tous les cinq ans par 3.5%, tous les ans pour 54.7%, tous les six mois par 36%, tous les trois mois par 1.2%.
- ✓ Une EAL n'est jamais prescrite par 4.7% des médecins interrogés, tous les cinq ans par 5.8%, tous les ans pour 55.8%, tous les six mois par 29.1%, tous les trois mois par 4.7%

Tableau n°15 : Quel est le suivi biologique de vos patients sous APA

	jamais	cinq ans	1 an	6 mois	3 mois	total
GAJ	4 (4,7%)	3 (3,5%)	47 (54,7%)	31 (36%)	1 (1,2%)	86 (100%)
EAL	4 (4,7%)	5 (5,8%)	48 (54,8)	25 (29,1%)	4 (4,7%)	86 (100%)

G. ATTITUDE DES MEDECINS FACE AUX ANOMALIES REPEREES :

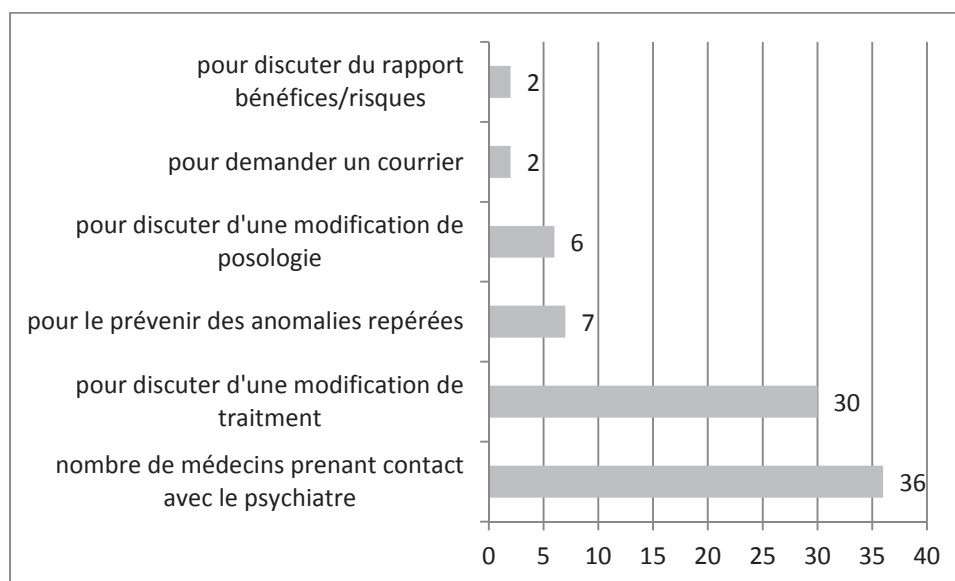
L'attitude des médecins face à une perturbation détectée est décrite dans le tableau n°16

Tableau n°16 : Attitude des MG face à une modification significative d'un paramètre clinique ou métabolique, imputée aux APA?

baissent l'APA et prennent contact avec le psychiatre	1,20%
adressent au spécialiste	2,30%
adressent au spécialiste et prennent contact avec le psychiatre	3,50%
PEC* de la perturbation détectée, adressent au spécialiste, prennent contact avec le psychiatre	4,70%
PEC* de la perturbation détectée et baissent le neuroleptique	5,80%
ne font rien	14%
PEC* de la perturbation et prennent contact avec le psychiatre	20,80%
prennent contact avec le psychiatre	23,30%
PEC* de la perturbation détectée	24,40%
(*PEC = Prise en charge)	total 100,00%

Une case « réponse libre » est proposée afin de préciser le but de cet appel au psychiatre. Les principales raisons d'appel au psychiatre par les trente-six médecins qui le font sont résumées dans le graphique suivant.

Graphique n°11 : Les raisons de l'appel au psychiatre



H. PISTES POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE METABOLIQUE SOUS APA :

Les pistes pour améliorer le suivi des patients sous APA proposées par les généralistes sont résumées dans le tableau n°17:

Tableau n°17 : Comment améliorer la PEC des patients sous APA ?

bilan biologique systématique	38,40%
carnet de suivi, bilan biologique systématique	30,20%
carnet de suivi	11,80%
ne proposent rien	9,00%
consultation spécialisée systématique, bilan biologique systématique	3,50%
consultation spécialisée systématique, carnet de suivi, bilan biologique systématique	3,50%
carnet de suivi, bilan biologique systématique, surveillance du poids des patients	1,20%
meilleur suivi	1,20%
régime adapté	1,20%
total	100%

I. RELATIONS ET COMMUNICATION AVEC LES PSYCHIATRES :

1. Relations avec les confrères psychiatres :

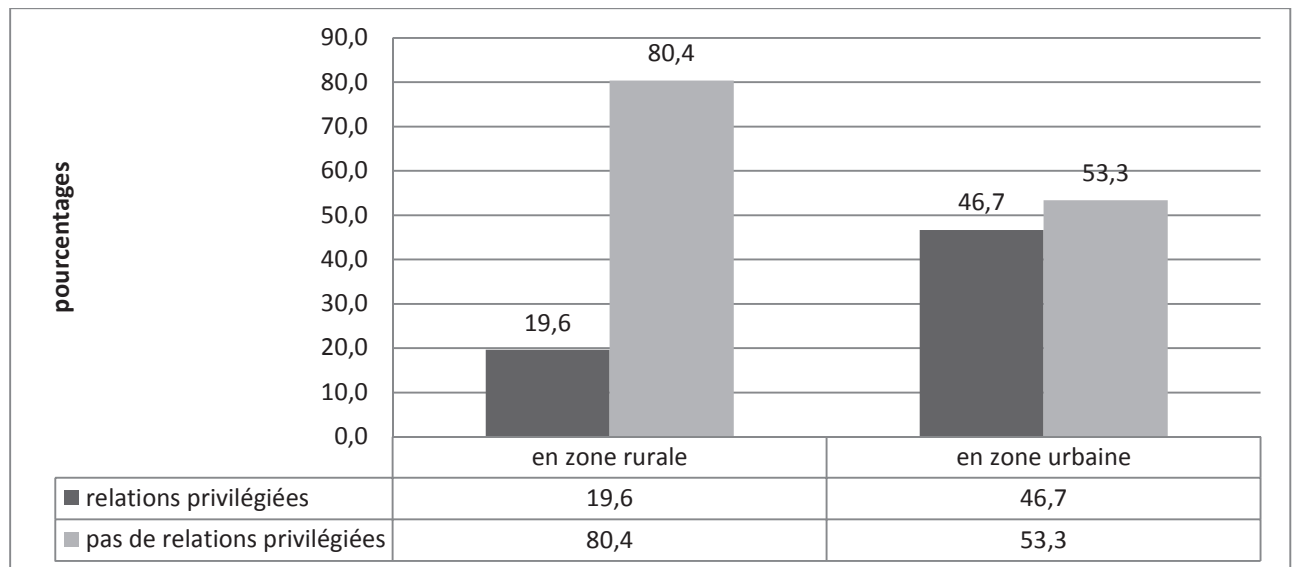
29.1 % des médecins généralistes déclarent avoir des relations privilégiées avec un psychiatre exerçant dans zone de patientèle, 70.9% n'en ont pas (Tableau n°18).

Tableau n°18 : Avez-vous des relations privilégiées avec un ou plusieurs psychiatres exerçant dans votre zone de patientèle ?

	nombre de médecins
oui	25 (29,1%)
non	61 (70,9%)
total	86 (100%)

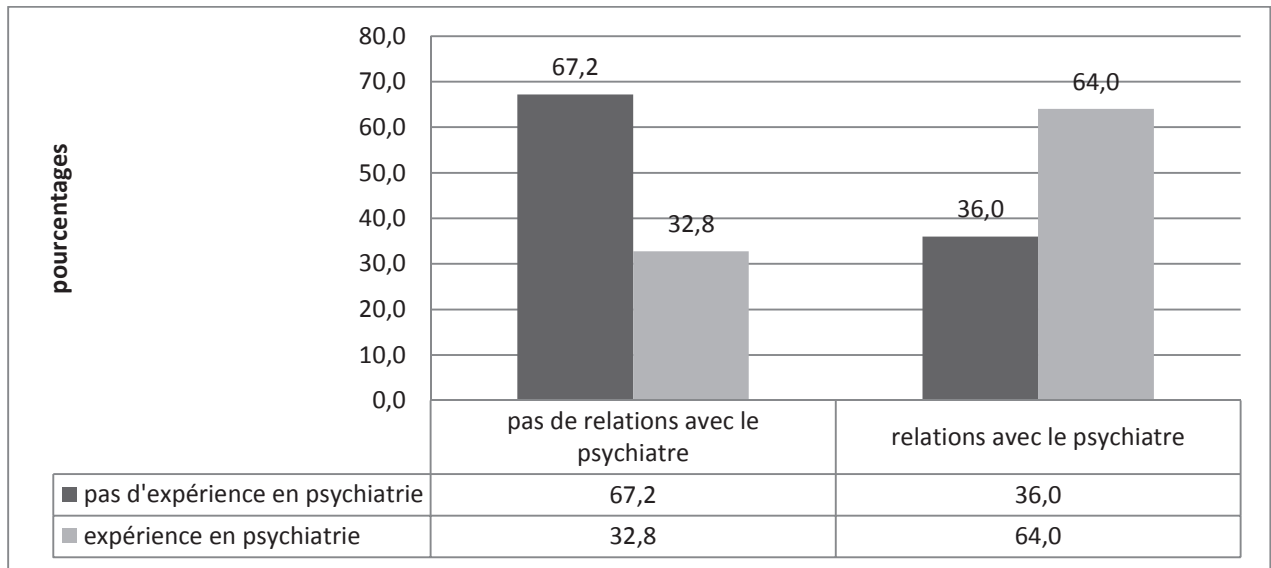
En reprenant là encore les réponses données dans le graphique n°10 on s'aperçoit que parmi les vingt-cinq médecins qui ont des relations avec des psychiatres, huit semblent identifier le risque métabolique sous APA.

Graphique n°12 : Relations privilégiées et zone d'activité



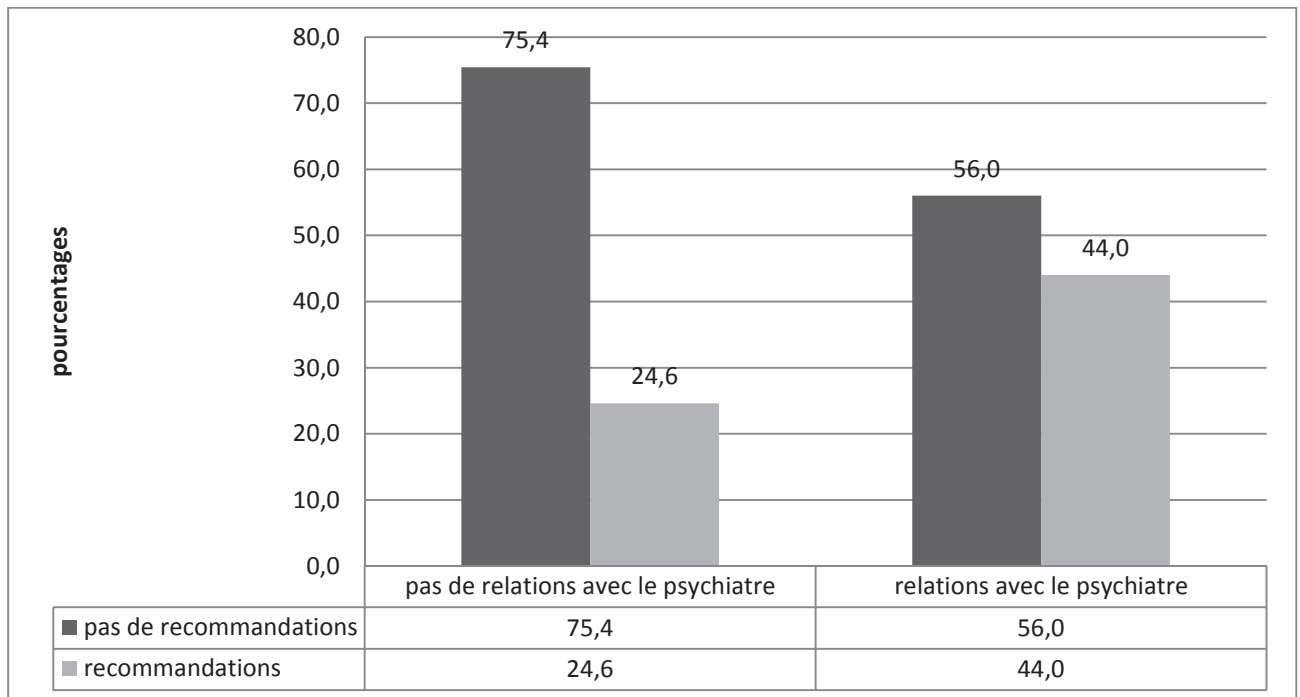
La présence de relations privilégiées entre MG et psychiatre est plus importante en zone urbaine (graphique n°12) ($khi = 6,92$ $p = 0,01$)

Graphique n° 13 : Relations avec le psychiatre et expérience de la psychiatrie



La présence de relations privilégiées avec les psychiatres est plus importante chez les médecins qui ont de l'expérience en psychiatrie (*graphique n°13*) ($khi = 7,10 p = 0,01$)

Graphique n°14 : Relations avec le psychiatre et recommandations sur les traitements APA



Les médecins qui ont des relations privilégiées avec des psychiatres ont tendance à donner plus de recommandations à leurs patients sous APA (graphique n°14) ($khi = 3,17 p = 0,08$)

2. Courriers :

65.1% des médecins généralistes déclarent ne jamais recevoir de courrier du psychiatre proposant un plan de suivi des patients sous neuroleptiques, 27.9% en reçoivent parfois, 7 % souvent, et aucun des médecins interrogés ne reçoit systématiquement un courrier.

74,4% des médecins interrogés n'ont jamais connaissance d'un suivi clinique ou biologique réalisé par le psychiatre concernant leurs patients sous APA, 22.1% en reçoivent parfois, 2.3% souvent et 1.2% à chaque fois (Tableau 19).

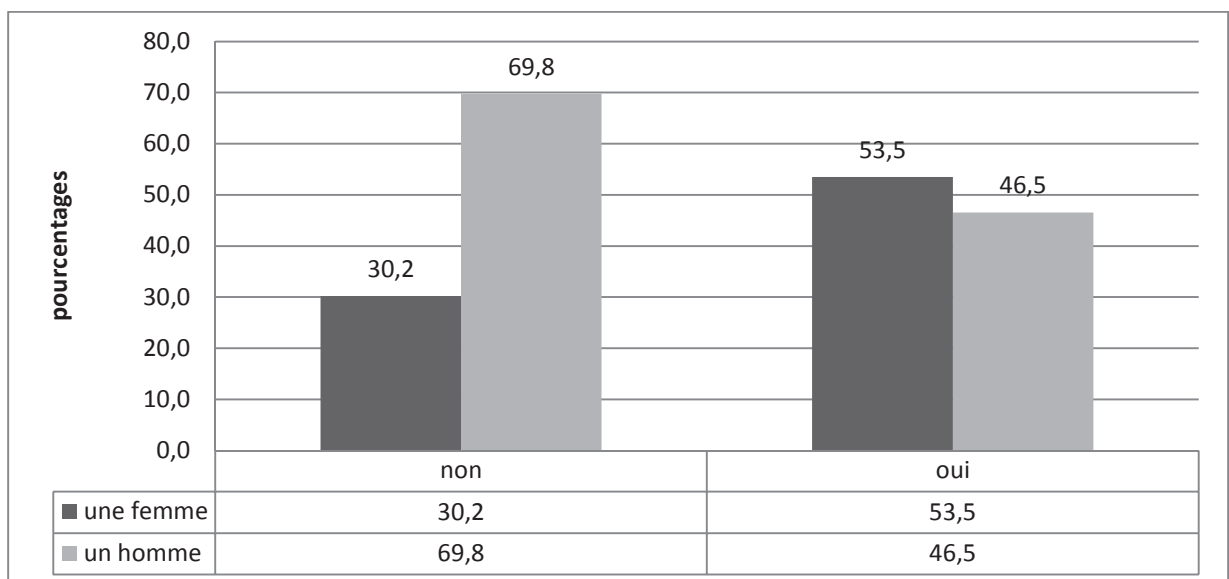
Tableau 19: Les courriers

	jamais	parfois	souvent	a chaque fois	total
un plan de suivi clinique ou biologique?	56 (65,1%)	24 (27,9%)	6 (7%)	0 (0%)	86 (100%)
des resultats d'examens cliniques ou biologiques?	64 (74,4%)	19 (22,1%)	2 (2,3%)	1 (1,2%)	86 (100%)

3. Responsabilité du suivi des patients sous antipsychotiques atypiques :

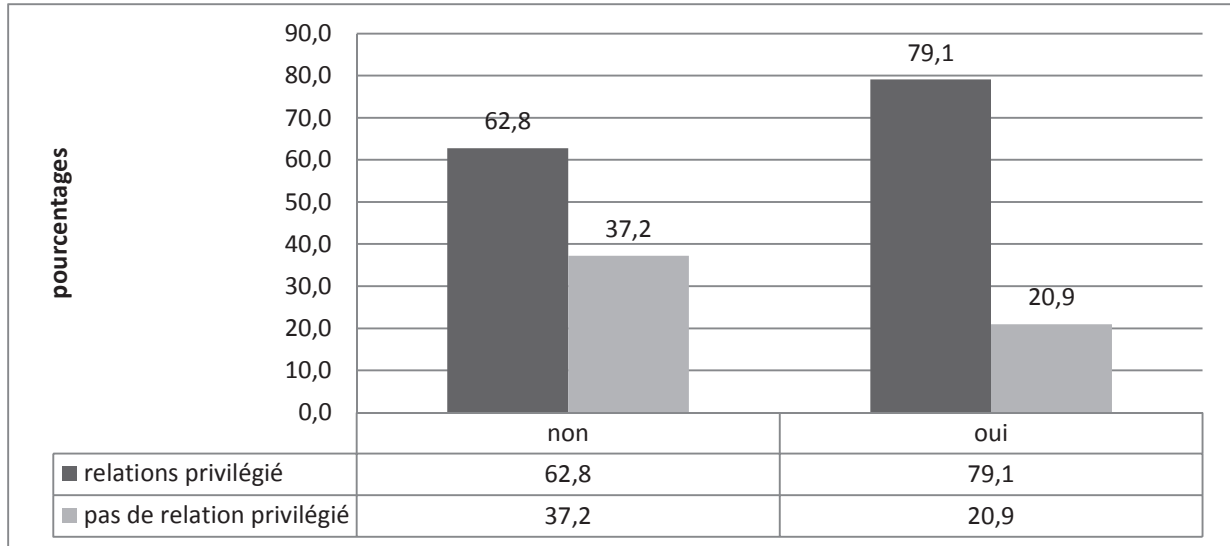
La moitié des médecins interrogés pensent que c'est au psychiatre d'assurer lui-même le suivi des patients sous neuroleptiques

Graphique n°15 : Responsabilité du suivi des patients sous APA en fonction des genres



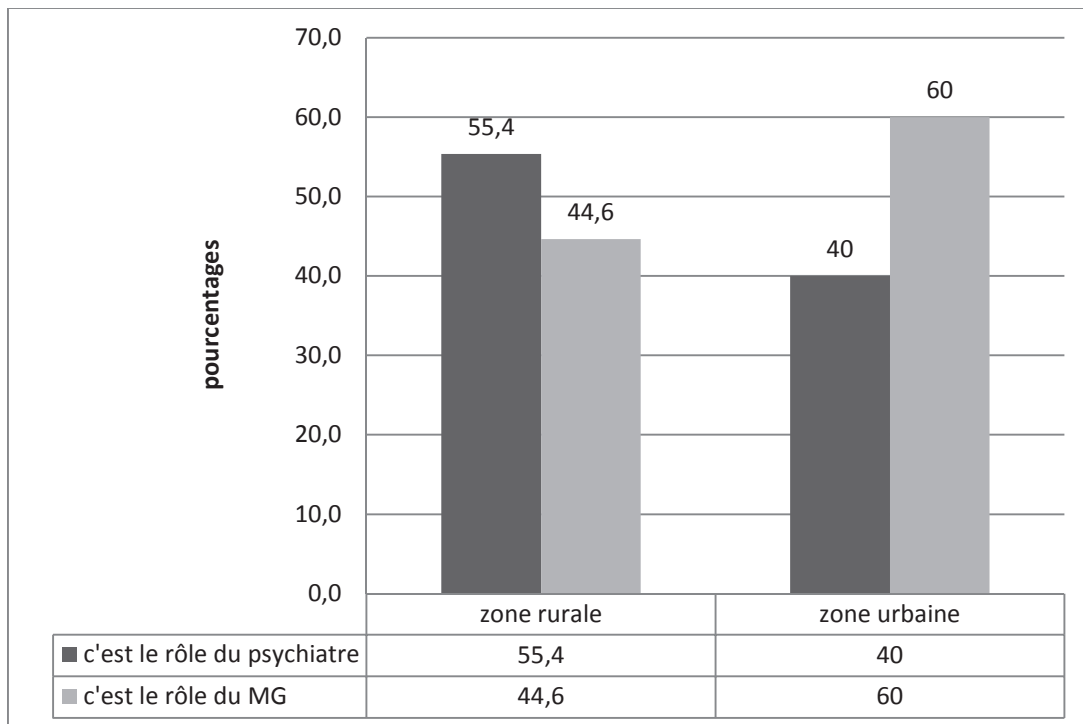
Les femmes pensent plus souvent que c'est au psychiatre d'assurer le suivi (graphique n°15)
 (khi = 4,78 p = 0,03)

Graphique n°16 : Responsabilité du suivi des patients sous APA en fonction des relations



Les médecins qui ont des relations privilégiées avec le psychiatre assurent plus volontiers le suivi des patients sous APA (graphique n°16) (khi = 2,8 p = 0,1)

Graphique n°17 : Répartition de la responsabilité du suivi des patients sous APA en fonction de la zone géographique



Les médecins en zone urbaine assurent plus volontiers le suivi des patients sous APA (graphique n°17) ($khi = 1,84$ $p = 0,17$)

La majorité des médecins interrogés, 96.5% acceptent de réaliser le suivi des patients sous APA s'ils sont correctement informés par le psychiatre.

Pour la majorité des médecins interrogés (95.7%) la communication entre le MG et le psychiatre autour des patients sous APA est insuffisante.

J. SECURITE AUTOUR DES APA :

79.1% des médecins interrogés pensent que leur formation ne leur permet pas d'utiliser en sécurité les NLP 2G, 20.9 % pensent le faire en sécurité (Tableau n°20).

L'analyse du tableau n°10 montre que parmi les dix-huit médecins qui pensent utiliser les APA en toute sécurité, seuls trois semblent repérer le risque métabolique sous APA.

Tableau n°20 : Pensez-vous que votre formation vous permet l'utilisation des APA en toute sécurité ?

	nombre de médecins
oui	18 (20,9%)
non	68 (79,1%)
total	86 (100%)

IV. DISCUSSION :

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la prise en charge (le dépistage, le suivi et l'information) concernant le risque métabolique des patients sous APA, par le médecin généraliste dans le département de la Somme.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- D'évaluer les connaissances des médecins généralistes concernant les APA et l'application des recommandations de l'Afssaps de mars 2010 (actuellement HAS).
- D'évaluer les difficultés éventuelles des médecins généralistes dans le suivi des patients sous neuroleptiques de 2^{ème} génération.
- De proposer des axes d'amélioration de la prise en charge du risque métabolique chez ces patients sous neuroleptiques de 2^{ème} génération.

A. DESCRIPTION DE LA POPULATION AYANT PARTICIPE A L'ETUDE :

1. Participation:

86 médecins ont répondu au questionnaire, 10.3 % des 836 médecins généraliste de la Somme recensés en 2013 [27].

140 médecins ont reçu le courriel, 61.4% d'entre eux ont répondu au questionnaire pour un total de 86 médecins.

Ce taux de participation est plus important que celui des études similaires dans la méthode. Dans l'Isère, une thèse de 2012 recueille 30% de réponses aux questionnaires, avec 46 médecins généralistes interrogés [28], dans une thèse en Maine et Loire, en 2013, 54% de réponses aux questionnaires avec 37 médecin interrogés [29].

2. Description de la population :

➤ Répartition par âge :

L'âge moyen des médecins généralistes interrogés dans notre étude est de 43 ans. Dans le département de la Somme en 2013 la moyenne d'âge des médecins généralistes était de 50 ans [27]. Cette différence peut être en lien avec le mode d'enquête par courriel, les jeunes médecins sont possiblement plus habitués à utiliser l'outil internet au travers d'ordinateurs, de

tablettes et de téléphones connectés, l'outil Google drive® est accessible sans difficultés sur ces trois supports.

Lors de nos appels téléphoniques plusieurs médecins ont répondu ne pas vouloir recevoir le questionnaire sur leur boîte de courriel professionnelle ou privée, la plupart semblaient craindre une tentative de démarchage abusif via internet.

Huit médecins n'ont pas souhaité recevoir d'e-mail, nous proposant une réponse par courrier. Nous avons refusé car cette alternative ne correspondait pas à la méthodologie.

➤ Répartition par genre :

Les médecins interrogés sont de sexe féminin à 41.9% et à 58.1% de sexe masculin. Dans la Somme 39% de médecins généraliste sont de sexe féminin et 61% de sexe masculin [27]. La population de notre étude est proche de la population des médecins de la Somme en termes de répartitions par genre.

B. CONNAISSANCE DES APA ET DU RISQUE METABOLIQUE LIE AUX APA :

1. Connaissance des APA :

Il est demandé aux médecins généralistes s'ils font la différence entre APA et APT.

62.8% des 86 médecins interrogés déclarent connaître la différence entre ces molécules.

➤ La connaissance des APA est plus élevée chez les médecins ayant de l'expérience en psychiatrie :

36 médecins ont une expérience en psychiatrie, 75% d'entre eux connaissent la différence entre les APA et les APT. 50 médecins n'ont pas d'expérience en psychiatrie, 54% d'entre eux font la différence entre les APA et les APT. La différence est significative ($p= 0.05$ khi=3.95). Les médecins qui ont une expérience dans le domaine de la psychiatrie ont une meilleure connaissance des neuroleptiques de seconde génération, ce résultat est attendu. Les antipsychotiques sont largement prescrits en milieu psychiatrique, les médecins qui y sont formés sont plus à même de les connaître. Neuf médecins ayant une expérience en psychiatrie déclarent néanmoins ne pas connaître la différence entre les deux classes d'antipsychotiques.

➤ Age des médecins :

Parmi les médecins voyant la différence entre APA et APT : 62.5% ont plus de 45 ans. 44.4% des médecins ne voyant pas la différence entre APA et APT ont plus de 45 ans. La différence est non significative d'un point de vue statistique ($P=0.11$ khi=2.62).

On peut tout de même penser que l'expérience de ces médecins plus âgés les a conduit à une meilleure connaissance de ces molécules. De nos jours les APA sont plus souvent prescrits en première intention par les psychiatres que les APT, amenant les jeunes médecins généralistes à méconnaître les APT. De plus les médecins ayant plus de 45 ans ont assisté à la mise sur le marché des neuroleptiques de seconde génération dans les années 1990. Le scandale du ZYPREXA® fin des années 1990, a aussi probablement marqué les esprits de ces médecins ; ce médicament dont les indications avaient été élargies du traitement de la psychose, aux syndromes dépressifs et aux troubles bipolaires, avait été fortement critiqué par L'ADA (American Diabète Association), le laboratoire le commercialisant aurait masqué des informations sur les risques encourus de diabète et d'obésité sous ZYPREXA® [30].

➤ Relations avec les psychiatres :

Dans notre enquête 25 médecins ont des relations privilégiées avec un ou plusieurs psychiatres exerçant dans leurs zones de patientèle. 72% d'entre eux font la différence entre les deux types d'antipsychotique, contre 59% des 61 médecins n'ayant pas de relation un spécialiste. Cette différence n'est pas significative d'un point de vue statistique (khi=1.28 $p=0.26$). Cependant en regardant de manière plus détaillée les résultats il apparaît que les médecins ayant des relations privilégiées sont mieux sensibilisés aux différents risques métaboliques liés aux APA. Sept des dix médecins qui connaissent le risque de prise de poids ont des relations privilégiées avec des psychiatres. Cinq des huit médecins qui connaissent le risque majoré de diabète ont des relations avec des psychiatres. Six des douze médecins connaissant le risque lié aux anomalies lipidiques ont des relations avec des psychiatres.

On peut donc légitimement penser que les bonnes relations avec les psychiatres, améliorant la transmission de l'information au travers de courriers concernant les patients sous APA contribuent à améliorer la connaissance de ces molécules.

2. Risque métabolique sous APA :

Le risque métabolique sous APA est peu repéré par les médecins. Le risque majoré de diabète est repéré par sept médecins, celui lié à la prise de poids par dix et celui lié au risque d'anomalies du métabolisme lipidique par douze. 20.9% des 86 médecins, soit 18 médecins, semblent repérer que les APA induisent un risque métabolique au travers du risque majoré de diabète, de prise de poids et/ou de dyslipidémies.

Pour ne pas induire de réponses suggérées, nous avons choisi de ne pas poser directement la question de la connaissance du risque métabolique sous APA. Bien que connaissant l'émergence et l'utilisation plus fréquente de ces molécules, le repérage des effets secondaires de type métabolique sous APA semble méconnu des médecins généralistes. Cela apporte un début de réponse à l'objectif de l'étude.

En revanche il semble que les médecins qui ont de l'expérience en psychiatrie et donc connaissent mieux ces molécules et leurs effets indésirables vont y penser de manière plus importante. Notre expérience dans le domaine de la psychiatrie et les différentes pratiques de médecine générale nous ayant amené au questionnement proposé dans cette thèse.

Deux thèses de médecine générale ont été récemment soutenues sur le sujet. Dans la première, soutenue en 2012 dans le département de l'Isère, 46 médecins généralistes avaient été interrogés : 41% d'entre eux déclaraient avoir connaissance des recommandations de l'AFSSAPS de 2011 concernant le suivi des patients sous APA [29]. Dans la seconde soutenue en 2013 dans le département du Maine et Loire, 40 médecins avaient été interrogés : 40% d'entre eux déclaraient avoir connaissance des recommandations AFSSAPS concernant le suivi des patients sous APA [28].

C. SUIVI CLINIQUE ET BIOLOGIQUE DES PATIENTS SOUS APA :

1. Suivi clinique :

L'AFSSAPS recommande une mesure du périmètre abdominal annuelle, le relevé de poids et la mesure de la pression artérielle tous les trois mois [26].

➤ Mesure de la pression artérielle (PA):

Tous les médecins mesuraient la PA: 93% à chaque consultation, 7% tous les trois mois.

La mesure de la PA est réalisée de manière très régulière dans la population de patients sous APA.

Une étude de 2002 sur la prévalence de l'HTA réalisée auprès de sept médecins généralistes, retrouvait 10,73% de prévalence de cette pathologie sur une population de 55495 patients [31]. Les médecins généralistes sont fortement concernés par le dépistage et la prise en charge de l'HTA. L'examen clinique en médecine générale se déroule aussi selon certains rituels, la prise de la PA en fait partie. De plus elle est facile à réaliser même si elle- n'est pas toujours justifiée d'un point de vue médical. Les patients sous APA ne semblent pas être suivis différemment par les médecins généralistes au niveau tensionnel.

➤ Pesée :

24.4% des médecins pèsent leurs patients tous les trois mois selon les recommandations de l'AFSSAPS. 30.2% des médecins le font à chaque consultation, la fréquence des consultations n'ayant pas été précisée.

Le reste des médecins semblent ne pas la réaliser selon un schéma défini. Le taux de médecin pesant leur patient était tout de même élevé car 90.7% pèsent régulièrement leurs patients.

La pesée fait partie de l'examen rituel en médecine générale. Elle est facilement réalisable.

Dans la thèse réalisée dans la région Lorraine citée précédemment, 93.6% des médecins interrogés déclaraient peser leur patient régulièrement, les autres 6.4% le faisaient parfois, ce pourcentage de médecin pesant leurs patients se rapproche de celui de notre étude [32].

La fréquence de pesée des patients sous APA semble là aussi être semblable à celle réalisée pour la population générale.

➤ Périmètre abdominal :

19.8% des 86 médecins mesurent le périmètre abdominal de leurs patients.

7% seulement le mesurent tous les ans selon les recommandations de l'AFSSAPS.

Le suivi du patient par mesure du périmètre abdominal n'est pas réalisé selon les recommandations de l'AFSSAPS. C'est un des critères recommandés dans l'évaluation des facteurs de risque métabolique chez les patients sous neuroleptique [26] et dans la population générale [3].

La mesure du tour de taille doit se faire avec un mètre ruban à mi-distance entre le sommet des dernières côtes et la crête iliaque [21]. Cette mesure est nécessaire pour différencier l'obésité androïde de l'obésité gynoïde, cette dernière n'étant pas associée au même niveau de risque métabolique [33].

La pesée et la mesure du périmètre abdominal devrait être réalisée de manière conjointe à la mesure du périmètre abdominal pour dépister l'obésité androïde.

Les médecins n'ont pas été interrogés sur les raisons de l'absence de mesure du périmètre abdominal. La mesure du périmètre abdominal nous semble être difficile à appliquer en raison du manque de temps, de la reproductibilité de la méthode ou de la difficulté à l'appliquer aux patients psychotiques. Mesurer le périmètre abdominal ne fait pas partie de l'examen clinique « rituel » en médecine générale.

Dans une thèse de médecine générale sur le suivi des patients en surpoids portant sur 47 médecins généralistes de la région Lorraine, 10.6% des médecins généralistes mesuraient de manière systématique le périmètre abdominal chez leurs patients à fort risque vasculaire. 63,8% des médecins le mesuraient parfois, 25.5% des médecins ne le mesuraient jamais [32].

➤ Conclusion sur le suivi clinique :

Dans la majeure partie des cas les patients sont bien suivis au niveau tensionnel et au niveau de la pesée puisque la totalité des médecins prennent la tension de leurs patients au moins une fois tous les trois mois, et 54.6% des médecins pèsent leurs patients au moins tous les 3 mois.

Pour le suivi du périmètre abdominal le constat est plus mitigé : seulement 7% le font de manière annuelle selon les recommandations. 19.8% des médecins le mesurent.

Le suivi clinique des patients sous APA ne semble pas être réalisé de manière différente que pour la population générale. Notre étude nous amène à penser que les médecins interrogés ne considèrent pas la prise d'APA comme facteur nécessitant une prise en charge métabolique spécifique. Il nous semble que les médecins interrogés réalisent le suivi métabolique de leurs patients sous APA en prenant en compte les facteurs de risque de chacun indépendamment de la prise d'APA.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence notable dans le suivi clinique en fonction de leur connaissance des molécules, la population de notre étude étant trop faible pour effectuer une analyse statistique fiable. Nos analyses de données nous font penser que l'expérience en

psychiatrie, notamment le stage pratique lors de l'internat favorise la connaissance du risque métabolique et le meilleur suivi des patients sous APA.

Les APA ne sont pas tous associés au même risque métabolique. Nous n'avons pas interrogé les médecins sur les différences de niveau de risque métabolique entre les molécules. Nous nous doutions que les médecins ne feraient généralement pas de différence entre la clozapine et l'olanzapine considérée comme à haut risque métabolique et l'amisulpride ou l'aripiprazole considérées comme à bas risque. A ce propos l'AFSSAPS ne fait pas de recommandation par molécule mais pour le groupe antipsychotique atypique. Ces molécules sont utilisées au cas par cas par les spécialistes selon leurs indications propres, les spécificités d'utilisation de chaque molécule relevant de leurs compétences.

2. Suivi biologique :

➤ Mesure de la glycémie à jeun (GAJ) :

95.3% des médecins interrogés mesurent la GAJ de leurs patients sous APA.

54.7% des médecins interrogés mesurent la GAJ de leurs patients sous APA tous les ans selon les recommandations de l'AFSSAPS [34] [26].

En France selon les chiffres de la CNAM entre 2000 et 2001, 60% des patients non diabétiques avaient eu une ou plusieurs mesures de la GAJ [35].

On peut la encore s'interroger sur la fréquence similaire de mesure de la glycémie à jeun dans la population générale, qui semble être similaire à celle des patients sous APA.

➤ Exploration des anomalies lipidiques (EAL) :

95.3% des médecins interrogés (84 médecins) prescrivent des EAL à leurs patients sous APA.

Seulement cinq médecins (5.8%) prescrivent une EAL tous les cinq ans selon les recommandations de l'AFSSAPS [26].

Dans le tableau n°15 les chiffres de la fréquence de prescription des EAL sont semblables à ceux de la fréquence de prescription de mesure de la glycémie à jeun. Il semble donc que les médecins réalisent une mesure de la glycémie à jeun en même temps qu'ils réalisent une exploration du bilan lipidique.

➤ Conclusion sur le suivi biologique :

Concernant la mesure de ces deux paramètres biologiques la prise d'un APA ne semble pas induire de réflexe particulier de la part du médecin généraliste afin de dépister un diabète ou une dyslipidémie induite par les APA.

D. RECOMMANDATIONS DES MEDECINS GENERALISTES A LEURS PATIENTS SOUS APA :

Nous avons cherché à savoir si les médecins donnent des recommandations hygiéno-diététiques afin d'éviter la survenue de complications métaboliques. La faible connaissance de la part des médecins généralistes des effets métaboliques induits par les APA nous a aussi posé des problèmes dans cette partie. Il semble en effet difficile de donner des recommandations sur les effets des APA sans les connaître.

38.4% médecins (33 médecins) donnent des recommandations à leurs patients s'ils introduisent des APA. Seulement sept médecins recommandent à leurs patients de surveiller leur poids.

30.2% des médecins donnent des recommandations à leurs patients si un psychiatre introduisait l'APA. Seulement trois médecins recommandent à leurs patients de surveiller leur poids.

Dans les deux cas aucun médecin ne recommande de règles hygiéno-diététiques.

Malgré un taux de 89.5% de médecins ayant dans leur patientèle des patients sous APA, seul 32,6% des médecins déclarent en introduire. Ces thérapeutiques relèvent majoritairement de la psychiatrie. Pour 29% (25 médecins) c'est d'ailleurs le rôle du psychiatre de délivrer des recommandations aux patients.

Cinq médecins ne savent pas quelles recommandations faire à leurs patients. Deux médecins ont déclaré qu'ils ne donnent pas de recommandations à leurs patients sous APA car cela risquait de compromettre l'observance thérapeutique.

Nous interprétons cela comme traduisant les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes devant ces patients sous APA. Ces patients traités par APA présentent des modifications morphologiques parfois spectaculaires, avec prise de poids importante, motivant parfois l'arrêt des thérapeutiques. Les risques liés à l'arrêt du traitement, conduisant à la décompensation psychique sont plus importants que ceux liés aux effets indésirables. Les

patients schizophrènes anosognosiques perdent le contact avec la réalité. Un médecin généraliste peut difficilement expliquer à un patient sous APA les risques liés à son traitement, sans risquer de perturber la relation de confiance entre le psychiatre et le patient.

E. RELATIONS ET COMMUNICATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRES :

1. Relations entre confrères :

Notre hypothèse de travail est celle d'un niveau bas d'échange entre psychiatre et médecin généraliste autour des patients sous APA. Cette hypothèse est basée sur l'expérience personnelle, et le constat de l'absence de gestion conjointe des effets indésirables métaboliques chez ces patients.

Dans notre étude seulement 29.1% des médecins interrogés déclarent avoir des relations privilégiées avec un psychiatre exerçant dans leur zone de patientèle.

Notre étude semble nous montrer que les médecins qui ont des relations avec des psychiatres ont tendance à mieux cerner le risque métabolique sous APA puisque huit des vingt-cinq médecins ayant des relations avec des psychiatres semblent mieux cerner ce risque (analyse du tableau n°10).

L'analyse des données a pu montrer que les médecins exerçant en zone rurale sont 19.6% à avoir des relations privilégiées avec des psychiatres, contre 46.7% en ville 46.7%. La différence était significative ($\chi^2 = 6.92$ $p = 0.01$). En lien l'éloignement géographique de ces médecins comme le montre l'atlas de la démographie médicale : la densité de psychiatres est plus faible dans les zones rurales [36]. Le rapprochement géographique améliore les liens entre les médecins généralistes et les psychiatres.

2. Communication entre confrères :

65,1% des médecins généralistes déclarent ne jamais recevoir de courriers émanant d'un psychiatre concernant leurs patients sous APA. 27.9% en reçoivent parfois, 7% souvent, aucun n'en reçoit après chaque consultation.

Une thèse de 2012 dont le thème était la communication entre les médecins et les autres professionnels de santé exerçant en milieu libéral, portant sur 220 médecins dans la région montrait 37 % d'échange de courriers entre les médecins généralistes et psychiatres [37].

Dans notre étude il semble là aussi exister un problème dans la quantité d'information fournie par les psychiatres, puisque les médecins généralistes ne reçoivent pas assez de courriers.

Une revue de la littérature de 2011 [38], décrit la coopération entre médecins généralistes et secteur psychiatrie comme insuffisante ; c'est d'ailleurs un constat international. Cette revue de littérature citait une étude de 2003 portant sur 251 médecins généralistes en Côte d'or ; deux tiers d'entre eux évoquaient un manque de communication et de coopération de la part du psychiatre.

L'HAS a déposé une récente note, du 6 mai 2015, son objectif était de « promouvoir les pratiques de coordination entre médecins généralistes et autres acteurs de soins pour améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux ». Plusieurs études y sont décrites montrant que la coordination entre médecins généralistes et acteurs de soins en psychiatrie est peu développée. Les échanges de courriers et retour d'informations sont peu fréquent [39].

La collaboration interprofessionnelle est « 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 aux patients » [40]. Le partenariat entre ces différents acteurs semble être un levier indispensable du suivi de ces patients à haut risque métabolique.

L'article 58 du code de déontologie médicale stipule : les échanges entre médecins sont recommandés par courriers ou par transmission de dossiers après les consultations d'un patient auprès d'un autre médecin. Il est préconisé de ne pas cacheter les courriers, ce qui permet au patient de le consulter [41]. Les courriers de psychiatrie ont des contenus plus intimes et délicats à accepter rendant ce mode d'échange possible uniquement en fonction de la volonté et du consentement du patient. L'intérêt du patient prime, on ne peut se substituer à sa décision s'il ne souhaite pas informer son médecin traitant.

Dans l'article 60 du code de déontologie médicale stipule : lorsqu'un recours à un spécialiste est nécessaire il est demandé au médecin référent d'adresser un courrier auquel le spécialiste répond. Notre questionnaire n'évoque pas les échanges entre le médecin généraliste et le psychiatre. La revue de la littérature [42] a montré le défaut d'information envers le psychiatre de la part du généraliste. La thèse de 2012 [37], montre que ce problème de communication n'est pas unilatéral puisque seulement 20% des médecins généralistes

échangeaient systématiquement avec les psychiatres, 17% le faisaient régulièrement, 45% le faisaient spontanément et 18% n'échangeaient jamais avec les psychiatres [37].

Outre un défaut de quantité des échanges entre médecins, il semble exister un problème qualitatif puisque 74,4% des médecins interrogés déclarent ne jamais recevoir de courrier contenant des informations sur un suivi biologique ou clinique émanant d'un psychiatre.

Dans notre étude la majorité des médecins généralistes (96.5%) accepteraient de faire le suivi métabolique des patients sous APA s'ils se sentaient suffisamment informés.

De même, ils estiment (95.7%) que la communication avec le psychiatre autour du risque métabolique lié aux APA est insuffisante.

F. COORDINATION DES SOINS AUTOUR DES PATIENTS SOUS APA :

Médecins généralistes et psychiatres suivent un cursus commun pendant leurs 6 premières années de médecine, avec établissement d'un socle théorique et pratique commun. Après le passage de l'ECN, les étudiants doivent choisir l'orientation vers leurs spécialités incluant la spécialité de médecine générale et la psychiatrie. Les nouveaux internes suivent ensuite un parcours correspondant à une maquette propre à chaque spécialité. Le « psyché » et le « soma » sont bien sûr indissociables et doivent être pris en charge conjointement et globalement. Les psychiatres sont plus impliqués dans la prise en charge psychique du patient, laissant l'abord du soin somatique aux confrères généralistes. Cette option du soin psychique par le psychiatre et du soin somatique par le médecin généraliste nous semble être la meilleure dans l'intérêt du patient et dans l'objectif d'une prise en charge globale et complète. Cela nécessite cependant une collaboration entre les différents acteurs et l'accord du patient.

L'AFSSAPS déclare : « la prise en charge thérapeutique doit faire intervenir le médecin généraliste et le psychiatre, et peut amener, dans certains cas à orienter le patient vers un spécialiste » [26]. La recommandation à ce sujet est claire, la réalité semble être différente.

Dans notre étude 50% des médecins généralistes pensent que c'est au psychiatre d'assurer le suivi de leurs patients sous APA, mais 96.3% d'entre eux accepteraient de faire ce suivi s'ils étaient correctement informés par les psychiatres des traitements.

Les médecins qui ont des relations avec des psychiatres semblent mieux identifier le risque métabolique sous APA. Cela nous amène à penser que l'amélioration de la communication entre les différents acteurs de la prise en charge des patients sous APA induirait une meilleure

connaissance du risque métabolique. La prise en charge de ces patients par le médecin généraliste en serait améliorée.

Une étude pharmaco-épidémiologique réalisée en France, en 2007, auprès de 382 psychiatres suivant 2222 patients schizophrènes traités en ambulatoire retrouve 34% de patients en surpoids et 23% d'obèses. La moyenne d'âge de ces patients est jeune : 40,8 ans, 85% d'entre eux présentaient au moins un facteur de risque cardio-vasculaire. Cette étude décrit le niveau de vigilance des psychiatres concernant les facteurs de risques cardio-vasculaire. 58% des psychiatres étaient vigilants pour le poids de leurs patients. 38% l'étaient pour la pression artérielle. 14% l'étaient pour la glycémie. 35% des psychiatres n'étaient vigilants à aucun facteur de risque cardio-vasculaire. Moins de 30% des psychiatres avaient adressé leurs patients à risque à un spécialiste. Cette étude montre un déficit dans la prise en compte de ces facteurs de risques cardio-vasculaire de la part des psychiatres [43].

Dans notre étude 55.8% des médecins interrogés déclarent prendre en charge la perturbation métabolique détectée imputable aux APA. 52,7% auraient pris contact avec le psychiatre s'ils détectent une anomalie imputable aux APA. Seulement 10% des médecins généralistes auraient adressé le patient au spécialiste.

G. AXES D'AMELIORATION :

1. Transmission de l'information :

L'échange de courriers médicaux doit être promu afin d'améliorer les échanges collaboratifs entre médecins généralistes et psychiatres. Le manque d'information pose problème aux médecins généralistes qui doivent connaître leurs patients afin d'initier des demandes d'ALD [38], de suivre le patient sur le plan somatique et d'établir des prescriptions afin d'éviter la iatrogénie ou les prescriptions doubles. Trois des médecins interrogés dans notre étude ont estimé dans les différentes réponses libres proposées dans le questionnaire, qu'ils étaient fréquemment « non informés » de la consommation d'APA par leurs patients.

L'anosognosie des patients présentant des troubles psychiatriques semblerait être un frein supplémentaire à leur prise en charge somatique, du fait de nombreux éléments psychopathologiques expliquant leurs difficultés à être attentif à leur santé physique : délire, déni, troubles de la perception du corps et du fil de la pensée. Dans de nombreuses pathologies psychiatriques comme la psychose, les dépressions graves et les troubles de la

personnalité, le schéma corporel est altéré rendant ces patients sourds à d'éventuels problèmes somatiques [4]. Ces patients sont justement ceux chez qui les APA sont indiqués.

La faible quantité de courriers échangés entre psychiatres et médecins généralistes est certainement plurifactorielle. Les patients peuvent, bien sûr, demander à leurs psychiatres de ne pas transmettre d'information à leurs généralistes. Les psychiatres peuvent aussi manquer de temps et se défier de l'utilité de ces échanges. Tenter de répondre à ces questions serait susceptible d'ouvrir un nouveau débat orienté vers la seule communication autour des patients présentant des pathologies mentales.

Selon le parcours de soins coordonnés du patient et afin de bénéficier d'une consultation remboursée au tarif de la sécurité sociale, un patient doit initialement avoir recours à son généraliste déclaré qui l'adresse à un spécialiste. Cette règle comprend quatre exceptions, la consultation d'ophtalmologie, la consultation de gynécologie, la consultation d'ORL et la consultation de psychiatrie [44]. Un patient peut donc consulter un psychiatre sans pour autant passer par son médecin traitant, cette règle induirait-elle un manque d'information du médecin traitant ? Le patient n'étant pas adressé par un médecin, le psychiatre ne sait pas envers quel interlocuteur se tourner pour assurer le suivi somatique.

La recommandation de l'AFFSAPS [26] visant à améliorer les échanges entre médecins généralistes et psychiatres pose des difficultés dans son application. A partir de ces recommandations le Conseil National des Professionnel de Psychiatrie-Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNPP-CNQSP) cherche à améliorer les échanges entre les médecins généralistes adressant un patient à un psychiatre [45].

Une enquête d'un mois a été réalisée en région parisienne portant sur 143 patients suivi en CMP. 68% d'entre eux prenaient un neuroleptique. Seulement 33% des patients avaient un médecin considéré comme traitant, la maladie psychiatrique était méconnue des médecins traitants dans 56% des cas. La maladie somatique était méconnue des psychiatres dans 61% des cas. Le manque de communication était bilatéral et préoccupant [42].

A notre sens les psychiatres ont ici un rôle important à jouer, celui d'inciter le patient à aller consulter son médecin traitant après une consultation ou une modification de traitement. En l'absence de médecin déclaré par le patient au psychiatre celui-ci devrait lui en proposer un.

2. Organisation des soins :

Pour les patients hospitalisés en milieu psychiatrique, les soins somatiques à l'hôpital psychiatrique sont une interface nécessaire pour fluidifier et améliorer la prise en charge des patients. Dans la plupart des centres hospitaliers spécialisés il existe des postes de médecins généralistes pour le suivi somatique ; à défaut l'interne en psychiatrie est désigné comme référent de ces problèmes somatiques sous la responsabilité de son chef de service.

Selon nous, le rôle de ce médecin somaticien est de prendre en charge les problèmes somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie, de favoriser la prévention et l'éducation à la santé des patients, de fournir une information aux équipes de soins et de développer des partenariats avec l'extérieur pour assurer la continuité des soins.

Depuis les années 1970 le mouvement de sectorisation en psychiatrie a organisé le suivi ambulatoire des patients souffrant de pathologies mentales (Centres médico psychologiques, équipes mobiles de liaison) ce système d'accompagnement publique se juxtapose avec l'offre de suivi privé selon le modèle habituel des autres spécialités médicales.

Les APA, et les APT avant eux, sont prescrit en ambulatoire pour les malades atteints de pathologies mentales. Malheureusement le recours au médecin généraliste semble loin d'être une priorité pour certains de ces patients handicapés par leurs pathologies [46] avec pour conséquence un manque de suivi notamment métabolique chez ces patients à risque. A cet effet un réseau de soins somatique a été créé à Saint Denis (93) en 1996, l'unité Romain Rolland. Cette structure assure le lien entre l'hôpital et la médecine de ville [47]. Son objectif est d'intégrer les patients psychiatriques au travers des réseaux de soins de ville en informant le médecin traitant du patient ou en proposant aux patients un médecin traitant pouvant assurer son suivi somatique.

Un centre de référence aidant les patients présentant des pathologies mentales dans leurs démarches de soins somatiques nous semblerait la aussi être un bon moyen pour améliorer la prise en charge et le suivi des troubles métaboliques induits par les APA.

3. Renforcer les liens entre les psychiatres et les médecins généralistes :

Il aurait été intéressant de renseigner dans notre questionnaire par quel biais les médecins avaient développé des liens privilégiés avec des psychiatres exerçant dans leur zone de patientèle mais cela n'entre pas dans les objectifs de notre étude. Comme vu précédemment la

bonne entente entre professionnels nous semble être essentielle pour améliorer la communication autour des patients sous APA. Nous souhaiterions que soient favorisées les consultations de psychiatrie au sein de maisons de santé pluridisciplinaires afin que ces patients à risque n'aient qu'une porte à franchir pour passer de la consultation psychiatrique à la consultation somatique. En France, le suivi global du patient se complexifie et tous les psychiatres ne veulent pas somatiser leur prise en charge [48].

La maison de santé pluridisciplinaire proposant des consultations de psychiatrie nous semble une solution parmi d'autres pour améliorer le suivi somatique de ces patients. Des consultations de « suivi APA » auprès des médecins généralistes pourraient leur être proposées, en même temps que leurs consultations de suivi psychiatrique. En fonction des problèmes détectés, des consultations auprès de médecins spécialistes ou d'autres professionnels de santé (diététicien, éducateurs sportifs,...) pourraient être proposées.

Dans la région Midi-Pyrénées des réseaux visant à favoriser les prises en charge conjointes psychiatriques et somatiques s'organisent entre secteur libéral et publique ; dans les zones rurales les CMP peuvent être intégrés aux maisons de santé pluridisciplinaires [49].

4. Présentation du secteur aux médecins nouvellement installés :

Une présentation des secteurs psychiatriques et des psychiatres libéraux, aux nouveaux médecins installés serait bénéfique à cette coopération. Cela semble encore plus nécessaire en zone rurale où les médecins généralistes ont moins de relations avec des psychiatres.

5. Améliorer la connaissance des APA :

➤ Au travers de la formation universitaire :

Dans notre étude seulement 18 médecins (20.9%) pensent que leur formation leur permet d'utiliser les APA en sécurité.

Au vu de la fréquence toujours plus importante des motifs de consultation psychiatrique en médecine générale [50] et des résultats de notre étude concernant la sensibilité au risque métabolique sous APA accrue chez les médecins qui avaient une expérience en psychiatrie préalable, il nous semblerait important que les médecins généralistes français soient formés à la pratique clinique de la psychiatrie. La théorie et une partie de la pratique sont enseignées durant le premier et le deuxième cycle commun aux études de médecine. La théorie et la pratique spécifique à chacune des spécialités sont enseignées lors du troisième cycle des

études de médecine. Lors de ce troisième cycle un semestre de formation en milieu médical hospitalier, un semestre en cabinet de médecine libérale, un semestre en gynécologie ou pédiatrie ainsi qu'un semestre dans un service d'urgence sont rendues obligatoires. Les autres stages sont réalisés selon les besoins spécifiques de chacun orientés selon la pratique future. La réglementation concernant les stages des externes régie par l'arrêté relatif au deuxième cycle des études de médecine du 8 avril 2013 stipule : « les enseignements portent essentiellement sur ce qui est le plus fréquent ou grave ou constitue un problème de santé publique » [51] elle est peu précise concernant les stages proposés ou obligatoire pour les externes. La pratique de la psychiatrie est courante en médecine générale, à l'hôpital des patients présentant des troubles psychiatriques sont hospitalisés dans l'ensemble des milieux médicaux et chirurgicaux. Une expérience de la pratique de psychiatrie nous semble donc en accord avec les déclarations relatives à l'arrêté du 8 avril 2013.

Rendre un stage obligatoire en milieu psychiatrique pour les externes de médecine nous semble être un bon moyen pour améliorer les connaissances et réflexes nécessaires à l'ensemble des médecins pour accroître leurs compétences dans le suivi des patients traités par APA.

➤ Au travers de la formation continue commune avec les psychiatres:

Pour améliorer la connaissance des APA, la formation continue des médecins semble être un bon moyen de parvenir à cette fin. Les médecins généralistes et les psychiatres pourraient ainsi étudier les recommandations en groupe, discuter sur le thème particulier des APA, analyser et améliorer leurs pratiques.

6. Carnet de suivi métabolique des patients sous APA :

Proposer un carnet de suivi des malades sous APA renseignant :

- ✓ Le nom du patient
- ✓ Le nom et coordonnées du psychiatre référent
- ✓ Le nom et coordonnées du médecin traitant référent
- ✓ Les antécédents médicaux psychiatriques et chirurgicaux
- ✓ Le ou les traitements APA qui lui sont actuellement prescrits
- ✓ La date des injections retard d'APAP ou de NAP

- ✓ Le ou les traitements APA précédemment prescrits et la raison de leur arrêt
- ✓ Les autres traitements prescrits
- ✓ Un relevé daté et à intervalle régulier des principales mesures cliniques indiquées dans le suivi des patients sous APA : poids, tour de taille, pression artérielle
- ✓ Un relevé daté et à intervalle régulier des principales mesures des paramètres biologiques indiqués dans le suivi de ces patient sous APA : glycémie à jeun, explorations d'anomalies lipidiques.

Un tel outil est fréquemment utilisé pour les patients présentant des maladies chroniques : carnet de suivi des glycémies chez les diabétiques, carnet de suivi des traitements AVK, cartes pour porteurs de pace maker.

Intégrer les recommandations de l'HAS dans un tel outil mis à disposition du psychiatre et partagé par les différents professionnels de santé devrait pouvoir faire progresser la prise en charge métabolique de ces patients sous APA. Il semblerait important, dans l'hypothèse d'utilisation d'un tel outil, de sensibiliser les proches de ces patients à l'intérêt de présenter ce carnet à tous les médecins entrant en jeu dans le suivi des patients traités par APA.

V. CONCLUSION :

Ce travail montre la difficulté qu'ont les médecins généralistes dans la prise en charge du risque métabolique des patients sous APA. Les médecins généralistes reconnaissent qu'il existe une différence par rapport aux anciennes molécules, mais le risque métabolique inhérent à ces médicaments est peu identifié.

Concernant la mesure de la pression artérielle et du poids, la recherche de diabète et d'anomalies du métabolisme lipidique, les patients sous APA semblent être pris en charge de manière rapprochée mais aléatoire. Le suivi du périmètre abdominal est peu réalisé selon les recommandations de l'AFSSAPS. Ce suivi clinique et biologique semble se rapprocher de celui réalisé dans la population générale, non traitée par APA. La faible connaissance du risque métabolique induit par les APA ne favorise pas la délivrance par le médecin généraliste de recommandations pour le prévenir.

Les dernières recommandations incitent les médecins généralistes et les psychiatres à communiquer autour du risque métabolique sous APA, mais dans le département de la Somme, le niveau d'échange entre ces deux spécialités à ce sujet est peu développé. Les médecins généralistes qui ont des relations privilégiées avec des psychiatres ont une meilleure appréhension du risque métabolique sous APA.

La moitié des médecins généralistes considèrent que le suivi métabolique des patients sous APA relève du psychiatre, mais la majorité d'entre eux le réaliseraient volontiers si le niveau d'échange avec les psychiatres autour des APA se développe.

Renforcer la communication entre médecins généralistes et psychiatres permettrait d'améliorer le suivi métabolique des patients sous APA. La formation pratique, au travers de stages en hôpital psychiatrique obligatoires pour les externes pourrait permettre une amélioration de la connaissance de ce risque. Les échanges entre médecins généralistes et psychiatres, facilités lors de formations communes et de consultations de psychiatrie dans les maisons de santé pourraient améliorer la prise en charge conjointe de ces patients. Un centre de référence aidant les patients sous APA dans leurs démarches de soins somatiques pourrait faciliter ce suivi. Enfin un « carnet de suivi APA », regroupant les informations utiles au suivi, pourrait faciliter les échanges entre les différents intervenant.

VI. BIBLIOGRAPHIE :

- [1] Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H, Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Revue médicale de l'assurance maladie; numéro 2 avril-juin 2003.
- [2] Gignoux-Froment F, Monteleau F-D , Saravane D, Verret C, Evaluation de la prescription d'antipsychotiques en médecine générale : conséquences métaboliques. L'Encéphale 2012;38; 453-459.
- [3] HAS - Haute Autorité de la Santé. saint denis: Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle finalisé en juillet 2005. Disponible sur "http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hta_patient_adulte_syn"
- [4] Vial-Cholley E, Les troubles psychiatriques et les pathologies somatiques; Soins Psychiatrie; n°268; mai - juin 2010; 16-19 .
- [5] HAS - Haute Autorité de la Santé. Saint Denis; Guide des affections de longue durée - Schizophrénie 2007 juin disponible sur "http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf"
- [6] Legrix D, Suivi des patients sous traitement antipsychotique atypique et dépistage du syndrome métabolique; Soins psychiatrie; n°266 janvier-fevrier 2010; 25-29 .
- [7] Barbier D, CATIE – le pari de l' « efficacité »Synapse; n°235; mars 2008; 28-30.
- [8] Gasquet I, Chartier F, Tcherny-Lessenot S, Delepine J-P, SOHO (france) étude observationnelle à 36 mois d'une cohorte de patients schizophrènes ambulatoires traités par antipsychotiques; Revue d'épidémiologie et de santé publique; 2009; 25-32.
- [9] Colona.L, Petit.M, Lépine.J-P, Dictionnaire des neuroleptiques; Edition J.b Baillière 1989.
- [10] Franck N, Thibaut F , pharmacologie et mode d'action des neuroleptiques; EM Psychiatrie; vol 2; 2005; 282-299.
- [11] Mercier C, Bret P, Bret MC, Enquête observationnelle sur la prescription de clozapine au centre hospitalier Charles Peren a Bordeaux, plus de 15 ans après l'AMM en France;L'Encéphale; n°35; 2009; 321-329.
- [12] Traitements médicamenteux de la chlorpromazine aux nouvelles molécules; soins psychiatrie n°286; mai/juin 2013; 25-29.
- [13] Fond G, L'éloge de la fuite: hommage à Henry Laborit (1914-1995); annales médicales

psychologiques; 2013; 587-588.

- [14] Bottai T, Quintin P, Perrin E, Antipsychotics and the risk of diabète : a général data review; European psychiatrie; 2005; 349-357.
- [15] Vidal 2013 ISSY LES MOULINAUX.
- [16] Palazzolo J; Annales médico-psychologiques, Observance médicamenteuse et rechute dans la schizophrénie: des neuroleptiques classiques aux APAP 2009, 308-317
- [17] Stip E, Abdel-Baki A, Bloom D, Grignon S, Roy M-A, Les antipsychotiques injectables à action prolongée : avis d'experts de l'Association des médecins; La Revue canadienne de psychiatrie; 2011; 1-10.
- [18] Jeffrey A, Lieberman M.D, Scott Stroup M.D, Joseph P, McEvoy M.D, Marvin S, Swartz M.D, Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients; new england journal of médecine; 2005; 353: 1209-1223 septembre 2005.
- [19] Duval F, Affections métaboliques et psychiatrie; EMC - Psychiatrie; vol 10 n°2; avril 2013; 1-17.
- [20] Nayer A, De Hert M, Scheen A, Gaal L, Van Peuskens J, Troubles métaboliques associés aux antipsychotiques atypiques : consensus belge sur la conduite à tenir; L'encéphale; n°33; mars-avril 2007; 197-202.
- [21] HAS - Haute Autorité de la Santé. Saint Denis; Surpoid et obésité de l'adulte: prise en charge en premier recours; sept 2011; disponible sur : "http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf
- [22] Strategies thérapeutique médicamenteuse devant les effets indésirables des psychotropes; Prescrire des psychotropes; Masson; 2010; 220-233.
- [23] Scheen A-J, van Winkle R, De Hert M-A, Traitements neuroleptiques et troubles métaboliques Médecine des maladies métaboliques ;vol 2 n°6; 2008; 595-599.
- [24] De Hert M, Dekker J-M, Wood D, Kahl K-G, Holt R, Moller H-J; Maladies cardiovasculaire et diabète chez les sujets souffrant d'une maladie mentale sévère., Déclaration de l'European Psychiatric Association, soutenue par l'European Association for Study of Diabète et l'European Society of Cardiology; European psychiatrie; aout 2010;.
- [25] Clin J, Consensus Development conference on antipsychotic drug and obesity and diabète; Diabete care; vol 27 n°2; february 2004; 596-601-72.
- [26] «AFSSAPS - Agence Francaise de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Saint Denis mars 2010: Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques; disponible sur: "http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6b3aa2489d62"

- [27] Rault JF, Lebreton G, La démographie médicale dans la région picardie; ordre national des médecins; 2013.
- [28] Hamon C, Nabhan Abou N, Partenariat entre médecin généraliste et psychiatre dans le cadre du suivi du syndrome métabolique chez les patients traités par neuroleptiques atypiques: rupture ou continuité?; thèse de médecine générale; Angers; 2013.
- [29] Simand M, Windey C , Collaboration médecins généralistes et psychiatre: cas particulier du syndrome métabolique sous antipsychotiques atypiques; thèse de médecine générale; Grenoble; 2012.
- [30] Brenson A, Lilly Settles With 18,000 Over Zyprexa; New York Times; 17 decembre 2006.
- [31] Duhot D, Martinez L, Ferru P, Kandel O, Gavid D, Prévalence de l'hypertension artérielle en médecine générale; la revue du praticien, médecine générale; tome16; n°562; 4 fevrier 2002;2002; 177-180.
- [32] Hoesser H; thèse de médecine générale: Prise en charge surpoids et obésité de l'adulte par le MG et collaboration avec les reseaux de soins; Nancy (54) janvier 2013.
- [33] F, Luca.; J-l, Schlienge , mesure du périmètre abdominal; Médecine des maladies métaboliques; vol 4 n°1; fevrier 2010; 55-58 .
- [34] Saravane D, Feve B, Frances Y, Cpruble E, Lancon C, Chanson P, Maison P, Terra J-L, Azorin J-M, Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologies mentales sévère; L'encéphale; n°35; 2009; 330-339.
- [35] Hirtzlin I, Fagot-Campagna A, Girard-le-Galot I, Vallier N, Poutigna N, Weill A, Lelaidier S, Depistage du diabète: les données de l'échantillon permanent des assurés sociaux 2000-2001; revue épidémiologiques de santé publique; 2004; 119-126.
- [36] Atlas de la démographie médicale en France; Conseil national de l'ordre des médecins; situation au premier janvier 2014, disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf.
- [37] Ecale H , Bezanson C, Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral; thèse de médecine générale; Bobigny; 2012.
- [38] Baylé M, Hardy C, Reboul G, Milleret G, Hennart C, Demeogeot C, Pareja J- P, Lefébur P, Fleury M- J, Quelle coopération entre médecin généraliste et secteurs de psychiatrie?; Pluriel; n°92/93; Octobre – novembre 2011; 1-14.

- [39] HAS - Haute Autorité de Santé . saint denis, Note de cadrage « Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux » avril 2015 disponible sur : "<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/not>"
- [40] Richard, C. and M. Lussier, La communication professionnelle en santé. Montréal : Éditions du renouveau pédagogique. ERPI, 2005..
- [41] Code-de-déontologie-médicale. Article 58, Consultation en l'absence du médecin habituel., 2009 cité le 24 dec 2011 ; disponible sur: "<http://www.conseil-national.des.medecins.fr/article/article-58-consultation-en-l-absence-du-medecin-habituel-282>"
- [42] Bohn I,Aubert J-P, Guegan M, Guillard M, Lejoyeux M, Nougairère M, Patients psychiatriques ambulatoire, quelle coordination des soins? La revue du praticien, médecine générale; tome 21 n°771/771; 9 mai 2007; 511-514.
- [43] Niveau de vigilance des psychiatres pour les facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients schizophrènes; L'Encéphale41 ; 2015; 70—77.
- [44] ameli.fr, Le parcours de soins coordonnés; 8 septembre 2014; disponible sur: "<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes.php>. "
- [45] Bensoussan M, Une demarche innovante dans l'élaboration d'une recommandation: la recommandation médecin généraliste-psychiatre; Annales Médico-Psychologiques; 171; 2013; 31-33.
- [46] Cabaret W, L'accès aux soins somatiques pour le patient suivi en psychiatrie; Soins Psychiatrie; n°268; mai - juin 2010; 34-36.
- [47] Cabaret W, un reseau de soins somatiques en psychiatrie; Soins Psychiatrie; n°247; novembre/décembre 2006; 27/30.
- [48] Zaghib K, Milhiet V, Jamain. S, Bellivier F, Santé physique et troubles bipolaire; Annales Médico-Psychologiques; 170 (2012); 56-61.
- [49] ARS Midi-Pyrénées; Schéma régional d'organisation des soins, offre de soins hospitalière: Psychiatrie adulte; projet régional de santé 2012/2017.
- [50] Gallais JL, Alby ML, Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale; Encyclopédie Medico-Chirurgicale; 2002; 37-956-A20; 6p.
- [51] Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du second cycle des études médicales; disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762&dateTexte=&categorieLien=id>.

ANNEXE n°1 : Classification des principaux effets indésirables des antipsychotiques										
	amisulpride SOLIAN®	aripiprazole ABILIFY®	chlorpromazine LARGACTIL®	clozapine LEPONEX®	haloperidol HALDOL®	olanzapine ZYPREXA®	quétiapine XEROQUEL®	risperidone RISPERDAL®	sertindole SERDOLECT®	ziprazidone ZELDOMXD®
Génération	2	2	1	2	1	2	2	2	2	?
dyskinésies aiguës	0	0	+	0	+++	0	0	+	0	0
syndrome parkinsonien	0	0	+	0	+++	0	0	+	0	0
akanthisie	0	++	+	0	++	0	0	++	+	+
dyskinesie tardive	0	0	+	0	+++	0	0	0	0	0
épilepsie	+	+	+	+++	+	+	0	+	+	+
prise de poids	++	0	+	+++	+	+++	++	+	+	0
dyslipidémie	0	0	++	+++	0	+++	+	0	0	0
hyperglycémie	0	0	+	+++	0	+++	++	0	0	0
hyper-prolactinémie	+++	0	0	0	+++	0	0	++	0	+
effets anti-cholinergiques	0	0	+++	+++	0	+	0	0	0	0
allongement du QT	0	0	+	+	+	0	0	+	+	++

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

Madame, Monsieur, cher confrère,

Je suis actuellement interne de médecine générale et je réalise une thèse concernant le suivi des patients sous neuroleptiques de seconde génération (ou antipsychotiques atypiques) et les rapports entre les psychiatres et les médecins généraliste concernant le suivi de ces thérapeutiques.

J'ai obtenu votre mail par téléphone, avec vous même ou par votre secrétariat.

Pour réaliser cette thèse j'ai réalisé un questionnaire que je souhaiterais vous soumettre

Si vous acceptez de le compléter merci de cliquer sur le lien ci-dessous (celui-ci prend de 7 à 10 minutes pour être complété)

https://docs.google.com/forms/d/1kcObT7qXqBN4gZPBfS2M7zdOt4Te_uYdvp8b1S_cjPc/viewform

Les réponses seront anonymes, et me serviront à terminer mon cursus de DES de médecine générale.

Je vous remercie d'avance.

Confraternellement

Nicolas Lemaire

PREMIERE PARTIE : LES NEUROLEPTIQUES DE SECONDE GENERATION

1 - Vous êtes?

- un homme
- une femme

1 (bis) – Votre âge ?

- 24-30
- 31-35
- 36-40
- 41-45
- 46-50
- 51-55
- 56-60
- 61-65
- 66 et plus

2 - Votre type d'activité ?

- rural
- urbain

3 - Vous exercez ?

- seul
- en groupe

4 – Avez-vous une expérience dans le domaine de la psychiatrie?

- oui
- non

4 (bis) - Si oui quelle expérience avez-vous?

- DES
- stage lors de l'externat
- DU/DIU
- participation à des congrès /
journées de formation
- stage lors de l'internat
- autre (libre)

DEUXIEME PARTIE : CONCERNANT VOS PATIENTS SOUS NEUROLEPTIQUE DE DEUXIEME GENERATION

5 – Avez-vous des patients sous neuroleptiques de seconde génération?

- oui
- non

6 - Par qui les neuroleptiques sont-ils introduits ?

- par vous
- par les deux
- par un psychiatre

7 - Si vous introduisez des neuroleptiques de seconde génération faites-vous recommandations à vos patients?

- non
- oui (lesquelles)

7 (bis) - Si oui quelles recommandations faites-vous?

- réponse libre :

8 - Lorsque le psychiatre a introduit des neuroleptiques de seconde génération chez un de vos patients, faites-vous des recommandations spécifiques à ces patients?

- non
- oui

8 (bis) - Si oui quelles recommandations?

- réponse libre :

8 (ter) - Si non pourquoi?

- réponse libre :

TROISIEME PARTIE : CONCERNANT LES NEUROLEPTIQUES

9 – Faites-vous une différence entre les neuroleptiques de seconde ou de première génération?

- non
- oui

9 (bis) - Si oui quelle différence faites-vous? (plusieurs réponses sont possibles)

- meilleure tolérance neurologique
- prix
- augmentent le risque de prise de poids
- meilleure efficacité
- type de prise
- augmente le risque lié aux anomalies lipidiques
- augmentent le risque de diabète

10 - A quelle fréquence mesurez-vous la pression artérielle de vos patients sous neuroleptiques de seconde génération?

- à chaque consultation
- tous les ans
- tous les trois mois
- jamais
- tous les six mois

11 - A quelle fréquence mesurez-vous le périmètre abdominal de vos patients sous neuroleptiques de seconde génération?

- à chaque consultation
- tous les ans
- tous les trois mois
- jamais
- tous les six mois

12 - A quelle fréquence réalisez-vous une pesée chez vos patients sous neuroleptiques de seconde génération?

- à chaque consultation
- tous les ans
- tous les trois mois
- jamais
- tous les six mois

13 - A quelle fréquence prescrivez-vous une glycémie à jeun chez vos patients sous neuroleptiques de seconde génération?

- tous les trois mois
- tous les six mois
- tous les ans
- tous les cinq ans
- jamais

14 - A quelle fréquence prescrivez-vous une recherche d'anomalies lipidiques chez vos patients sous neuroleptiques de seconde génération?

- tous les trois mois
- tous les six mois
- tous les ans
- tous les cinq ans
- jamais

15 - Que faites-vous si au cours de ce suivi vous constatez une modification significative d'un paramètre clinique ou métabolique, que vous imputez aux neuroleptiques? (plusieurs réponses possibles)

- vous prenez en charge la perturbation détectée
- vous adressez à un confrère spécialiste (endocrinologue, cardiologue, ...)
- vous baissez la dose de neuroleptique/changer de neuroleptique
- vous prenez contact avec le psychiatre référent du patient
- autre réponse libre

15 (bis) - si vous prenez contact avec le psychiatre, merci d'en préciser le but?

- Réponse libre

16 - Selon-vous comment améliorer la prévention (dépistage et prise en charge) du risque métabolique sous neuroleptiques de seconde génération? (plusieurs réponses possibles)

- consultation spécialisée systématique
- carnet de suivi
- bilan biologique systématique
- autre réponse libre

QUATRIEME PARTIE Votre communication avec les psychiatres concernant le risque métabolique sous neuroleptiques de seconde génération.

17 - Avez-vous des relations privilégiées avec un ou plusieurs psychiatres exerçant dans votre zone de patientèle?

- non
- oui

18 - Concernant vos patients dont le traitement neuroleptique de seconde génération est prescrit par le psychiatre, recevez-vous un courrier proposant un plan de suivi?

- jamais
- souvent
- parfois
- à chaque fois

19 - Concernant vos patients dont le traitement neuroleptique de seconde génération est initialement prescrit par le psychiatre, dans quelle mesure recevez-vous un courrier contenant des résultats d'un suivi biologique ou clinique?

- jamais
- souvent
- parfois
- à chaque fois

20 – Pensez-vous que le psychiatre prescripteur devrait assurer lui-même la surveillance du risque métabolique sous neuroleptiques de seconde génération?

- oui
- non

21 - Que pensez-vous de la communication entre vous et les psychiatres concernant le risque métabolique sous neuroleptiques de seconde génération?

- suffisante
- insuffisante

22 - Pensez-vous que votre formation vous permet d'utiliser les neuroleptiques de seconde génération en toute sécurité?

- oui
- non

23 – Estimez-vous qu'il soit de votre rôle, d'assurer le suivi du risque métabolique (des patients sous neuroleptiques de seconde génération) si vous êtes correctement informé par le psychiatre de la prescription de ces thérapeutiques?

- oui
- non

ANNEXE 3 : Liste des abréviations :

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

APA : antipsychotique atypique

APAP : antipsychotiques à action prolongée

APT : Antipsychotique typique

CATIE: Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness

EAL : Exploration d'anomalies lipidiques

ECG : Electro Cardiogramme

FDA: Food and Drug Administration

GAJ : Glycémie à jeun

HTA : Hypertension artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

LP : libération prolongée

MG : médecin généraliste

NAP : neuroleptiques d'action prolongée

PA : Pression Artérielle

SOHO: Schizophrenia Outpatient Health Outcomes

RESUME :

TITRE : suivi du risque métabolique lié aux antipsychotiques atypiques en médecine générale

INTRODUCTION : Les patients sous traitement antipsychotique atypique auraient un risque métabolique majoré par la prise de ces traitements.

METHODE : Notre étude a été réalisée entre le 9 février 2015 et le 31 mars 2015 par questionnaire envoyé par internet, elle visait à évaluer la prise en charge de ce risque par 86 médecins généralistes exerçant dans le département de la Somme.

RESULTATS : 89.5% de ces médecins suivaient régulièrement des patients sous antipsychotiques atypiques, leur connaissance de ce risque métabolique était faible, identifié par 20,9% d'entre eux. Le suivi du risque métabolique des patients sous antipsychotiques atypiques, tel que recommandé par l'HAS, était insuffisant. De nombreux généralistes souffraient d'un manque d'information sur un éventuel suivi réalisé par les psychiatres.

DISCUSSION : La moitié de ces médecins estimaient que le psychiatre était responsable de ce suivi, mais ils étaient majoritairement volontaires pour le réaliser si le niveau de collaboration avec les psychiatres s'améliorait. Les médecins qui identifiaient le mieux ce risque semblaient être ceux qui avaient le plus de relations avec les psychiatres.

CONCLUSION : Développer collaboration et échanges entre généralistes et psychiatres pourrait permettre d'améliorer le suivi de ces patients. La formation à la pratique clinique en psychiatrie pourrait accroître la connaissance de ces nouvelles molécules et de leurs risques métaboliques, inciter les étudiants en médecine à effectuer un stage pratique en milieu psychiatrique serait favorable. Un « carnet de suivi antipsychotiques atypiques » pourrait regrouper les informations indispensables à ce suivi.

MOTS CLES : généraliste, syndrome métabolique, antipsychotiques atypiques, neuroleptiques, psychiatrie

ABSTRACT :

Title: Following up the metabolic risk linked to atypical antipsychotics in general medical practice.

Introduction: Patients on atypical antipsychotics might have an increased metabolic risk due to their treatment.

Method: Our study was conducted between February 9th and March 31st 2015 and was based on a questionnaire sent via the Internet. Its purpose was to assess the way that risk was handled by 86 general practitioners working in the Somme department.

Results: 89.5% of those physicians regularly treated patients with atypical antipsychotics but their awareness of the metabolic risk was limited. Indeed it was identified by a mere 20.9% of them. The clinical and biological follow-up of patients on atypical antipsychotics, as recommended by the French National Authority for Health (HAS), proved insufficient. Many general practitioners suffered from a lack of information on a potential metabolic follow-up carried out by psychiatrists.

Discussion: Half of those physicians considered that the psychiatrist was responsible for that follow-up but most of them were willing to carry it out themselves if cooperation with psychiatrists was improved. The physicians who best identified the risk seemed to be those who had the closest relationships with psychiatrists.

Conclusion: Developing cooperation and exchanges between general practitioners and psychiatrists could improve the follow-up of patients. The clinical practice training of psychiatry students should increase their awareness of new molecules and their metabolic risks. Inciting medical students to do an internship in a psychiatric service would be beneficial. Offering an "AAP follow-up diary" to patients could collect the information necessary to that follow-up.

Keywords: general practitioner, metabolic syndrome, atypical antipsychotics, neuroleptics, psychiatrist.