

2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

**État des pratiques de la prise
en charge des facteurs de
risque cardiovasculaire des
patients suivis pour une
maladie mentale sévère**

Étude auprès des médecins généralistes exerçant en
Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne

BELLENGER Antoine

Né le 15/05/1989 à Soissons (02)

Sous la direction de Mme la Dre Bintou OUATTARA

Membres du jury

Professeur Laurent Connan | Président

Docteure Bintou Ouattara | Directrice

Professeure Bénédicte Gohier | Membre

Docteur Emmanuel Baudry | Membre

Soutenue publiquement le :
29 août 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné, BELLENGER Antoine
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiant le **23/01/2023**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric Annweiler

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETTON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine

D'ESCATHA Alexis DINOMAIS Mickaël	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine Médecine
DIQUET Bertrand		
DUBEE Vincent DUCANCELLA Alexandra	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine Médecine
DUVAL Olivier DUVERGER Philippe EVEILLARD Mathieu FAURE Sébastien FOURNIER Henri-Dominique FOUQUET Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE PEDOPSYCHIATRIE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE ANATOMIE	Pharmacie Médecine Pharmacie Pharmacie Médecine
FURBER Alain GAGNADOUX Frédéric GOHIER Bénédicte GUARDIOLA Philippe GUILET David HAMY Antoine HENNI Samir HUNAUT-BERGER Mathilde IFRAH Norbert JEANNIN Pascale KEMPF Marie	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE CARDIOLOGIE PNEUMOLOGIE PSYCHIATRIE D'ADULTES HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION CHIMIE ANALYTIQUE CHIRURGIE GENERALE MEDECINE VASCULAIRE HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine Médecine Médecine Médecine Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine
KUN-DARBOIS Daniel LACOEUILLE FRANCK LACCOURREYE Laurent LAGARCE Frédéric LANDREAU Anne LARCHER Gérald LASOCKI Sigismond LEBDAI Souhil LEGENDRE Guillaume LEGRAND Erick LERMITE Emilie LEROLLE Nicolas LUNEL-FABIANI Françoise	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE RADIOPHARMACIE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE BIOPHARMACIE BOTANIQUE/ MYCOLOGIE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION UROLOGIE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE RHUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALE REANIMATION BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine Pharmacie Médecine Pharmacie Pharmacie Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine
LUQUE PAZ Damien MARCHAIS Véronique MARTIN Ludovic	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine Pharmacie Médecine

MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Pharmacie
	MEDICALE	
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
	CHIRURGIE INFANTILE	
PODEVIN Guillaume	GENETIQUE	Médecine
PROCACCIO Vincent	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Delphine	CARDIOLOGIE	Médecine
PRUNIER Fabrice	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
REYNIER Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RICHOMME Pascal	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RINEAU Emmanuel	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIOU Jérémie	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
RODIEN Patrice	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Audrey	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	
ROUSSEAU Pascal	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
ROY Pierre-Marie	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SAULNIER Patrick	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
SERAPHIN Denis	MEDECINE GENERALE	Médecine
SCHMIDT Aline	PNEUMOLOGIE	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	PEDIATRIE	Médecine
URBAN Thierry	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VENARA Aurélien	NEUROLOGIE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
VERNY Christophe		
WILLOTEAUX Serge		

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie

LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUV AIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie

CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Connan, mon président de jury,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération

A Madame la Professeure Gohier, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury et d'apporter votre expérience de psychiatre. Veuillez croire également l'expression de ma respectueuse considération

Au Dr Bintou Ouattara, ma directrice de thèse et membre jury, pour avoir accepté de diriger cette thèse, ta ténacité et ta patience avec moi. Merci pour tes relectures avisées et tes conseils

Au Dr Emmanuel Baudry, je suis touché que vous ayez accepté de participer à mon jury et juger mon travail. Je vous en remercie.

A l'Union Régionale des Médecins Libéraux ainsi qu'à la **faculté de médecine**, merci d'avoir accepté de diffuser mon questionnaire

A l'ensemble des médecins généralistes qui ont accepté de m'accorder un peu de leur temps pour répondre à mon questionnaire.

Au Dr Hervé Hulo, pour avoir incarné le médecin généraliste à qui j'aimerais ressembler, dès le début de mon internat, par ses connaissances et son humanité

Aux Dr Duroy et Robert, pour leur accueil formidable et les grands moments de rire partagés

Au Dr Ludovic Héry qui a su rendre la médecine polyvalente passionnante et épanouissante à lui tout seul, et ma co-interne Camille pour notre duo de choc dans ce semestre très chargé

Au Dr Marina Sisiroi et au Dr Karina Osmaeva pour tout ce qu'elles m'ont appris et leur bonne humeur

A l'équipe de choc des co-internes de pédiatrie, Charlène, Jean-Philippe, Delphine et tous les autres qui se reconnaîtront

A tous les médecins qui m'ont tant appris tout au long de mon cursus, à Reims, Laval, Angers et bien sûr au cabinet Desaix du Mans

A tous les patients dont j'ai rencontré au long de mon parcours et dont je m'occuperai encore, qui ont grandement contribué à me faire aimer la médecine générale

A mes amis de facs, Florian, Sofian, Maciej, hélas éloignés aujourd'hui, pour avoir égayé notre internat, partagé tant de sorties et de fêtes inoubliables

REMERCIEMENTS

A mes supers amis depuis la fac de Reims, Damien et Mélanie ; Domi et Guilhem; vous êtes de très belles personnes. Merci pour votre humour, votre générosité, votre soutien, la simplicité de votre accueil depuis qu'on se connaît qui font comme si on se connaissait depuis toujours.

A Amélie pour sa gentillesse, son sens de l'accueil, sa bienveillance et d'être un soutien sans faille pour Virginie.

A mes parents, qui m'ont inculqué la valeur du travail et mis dans le droit chemin depuis tout petit. Je ne serais jamais arrivé là sans vous. Merci maman pour ton affection sans borne depuis toujours.

A mon frère Olivier et ma sœur Aurélie, merci d'avoir construit cette fratrie ensemble ! Quel chemin parcouru ensemble depuis notre appartement à Soissons... Nos familles respectives se sont construites désormais et je suis heureux de toujours vous avoir tous les deux.

A mes grands parents qui me manquent, à mon oncle et parrain Jean-Claude dont l'absence est un plus grand vide encore un jour comme aujourd'hui

Et bien entendu à Virginie, depuis 10 ans, nous avons tout vécu, tout traversé, tout partagé ensemble. Les mots me manquent pour dire à quel point tu es importante à mes yeux.

Quel chemin magnifique déjà fait ensemble et quel chemin nous attend encore ! Tu as toujours été le soutien infaillible qui m'a permis de tenir toutes ces années et une fois de plus, tu l'as été dans cette thèse.
Je t'aime.

Liste des abréviations

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Présentation de la population étudiée**
- 2. Modalités du suivi des facteurs de risque cardiovasculaire**
 - 2.1. Surveillance clinique
 - 2.2. Suivi du bilan biologique
 - 2.3. Conseils hygiéno-diététiques
 - 2.4. Communication du surrisque cardiovasculaire
 - 2.5. Recours à un avis spécialisé en cas de difficulté
 - 2.6. Adéquation entre le suivi proposé et les recommandations
- 3. Freins ressentis dans le dépistage et le suivi des FDR CV**
 - 3.1. Dans la pratique des médecins généralistes
 - 3.2. Dans le système de soins
- 4. Perspectives d'amélioration pour la pratique des MG**

DISCUSSION

- 1. Forces et limites de l'étude**
- 2. Principaux résultats**
 - 2.1. Dépistage et suivi des FDR CV hors traitement antipsychotique
 - 2.2. Dépistage et suivi des FDR CV avec traitement antipsychotique
- 3. Freins ressentis à la prise en charge des FDR CV**
- 4. Information sur le surrisque et conseils hygiéno-diététiques**
- 5. Problématique de la formation en psychiatrie**
- 6. Perspectives d'amélioration du suivi**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RÉSUMÉ

Introduction : Les patients atteints de maladies mentales sévères (MMS), définies par les troubles schizophréniques et bipolaires, présentent une prévalence plus importante de facteurs de risque cardiovasculaire (FDR CV) que à la population générale. Leurs traitements antipsychotiques, peuvent faciliter une prise pondérale significative et rapide ainsi que des troubles métaboliques, aggravant ces comorbidités. Ils présentent une réduction de l'espérance de vie de 15 à 20 ans par rapport à la population générale, liée à une fréquence accrue d'évènements CV précoces.

Sujets et Méthodes : Nous avons réalisé une enquête de pratique via un questionnaire informatisé transmis à 325 médecins généralistes (MG) maîtres de stage universitaires et 1580 adhérents à l'Union Régionale des Médecins Libéraux dans la subdivision de la faculté de médecine d'Angers entre novembre 2022 et janvier 2023. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les pratiques de prise en charge des FDR CV chez leurs patients suivis pour une MMS, en l'absence de recommandations spécifiques à cette population.

Résultats : Nous avons obtenu 51 réponses complètes (3,2% des interrogés). Les MG prévoient une surveillance rapprochée, adaptée à leur surrisque CV, même s'ils s'estimaient mal formés aux modalités de cette prise en charge (78%). Ils contrôlaient la pression artérielle et le poids à chaque consultation (57 et 59% des MG respectivement) quelle qu'en soit le motif et prévoient une biologie annuelle avec un bilan lipidique et une glycémie à jeun (67% pour chaque dosage). Leurs conseils hygiéno-diététiques s'axaient autour d'un conseil minimal à l'arrêt du tabac à toute consultation (47%) et une sensibilisation à l'activité physique annuelle. La surveillance post-introduction d'un traitement antipsychotique était globalement conforme aux recommandations hormis un déficit de surveillance pondérale précoce à 1 mois et un suivi annuel trop rapproché du bilan lipidique. Un faible recours aux consultations de médecine générale et essentiellement pour des pathologies aigues étaient les obstacles principaux ressentis par les MG.

Conclusion : La prise en charge des FDR CV des patients atteints de MMS est globalement bien réalisée par les MG. Une communication plus systématique avec leurs confrères et l'assistance de tiers paramédicaux seront les actions à prioriser pour améliorer cette prise en charge selon les souhaits exprimés des MG.

INTRODUCTION

Les maladies mentales sévères (MMS) se composent des pathologies psychiatriques qui présentent les critères communs suivants : la sévérité, la chronicité (au-delà de 2 ans), l'évolutivité et leurs répercussions socio-professionnelles. Il n'existe pas, à ce jour, de liste exhaustive des pathologies les composant. En l'absence de définition consensuelle des maladies psychiatriques regroupées sous le terme de maladies mentales sévères, nous avons fait le choix de retenir la définition de la HAS de 2015 (1) qui inclue les troubles schizophréniques et la maladie bipolaire. Certains auteurs retenaient également les troubles schizo-affectifs.

Selon l'organisation mondiale de la Santé (OMS), la schizophrénie et la maladie bipolaire font partie des 10 pathologies les plus préoccupantes du 21^{ème} siècle. (2)

Selon les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (3), la maladie bipolaire est une affection psychiatrique chronique s'inscrivant parmi les troubles de l'humeur. Elle se définit par une alternance d'épisode(s) de manie (trouble bipolaire de type 1) ou bien d'hypomanie (trouble bipolaire de type 2) et d'épisodes dépressifs caractérisés. La prévalence de la maladie bipolaire est estimée entre 1 et 2,5 % dans la population française. Elle débute généralement chez l'adulte jeune entre 15 et 30 ans.

Les troubles schizophréniques s'intègrent parmi les psychoses chroniques caractérisées par une altération de la perception de la réalité. Ils se caractérisent par un trépied diagnostique ayant évolué durant 6 mois au moins, comprenant :

- un syndrome positif : idées délirantes et/ou hallucinations
- un syndrome négatif : émoussement des affects, pauvreté du discours, aboulie ou apragmatisme jusqu'au retrait social
- un syndrome de désorganisation affectif, cognitif et comportemental.

La schizophrénie concerne 0,7 à 1 % environ de la population mondiale et de l'ordre de 6000 00 patients en France. Le début des troubles commence chez l'adulte jeune, généralement entre 18 et 25 ans. (4)

Il existe un intérêt croissant portée aux comorbidités physiques des patients atteints de MMS. En 1991, l'étude de Newman et al. (5) montrait qu'une cohorte de 3623 patients schizophrènes suivis entre 1976 et 1985 présentait une mortalité 2 fois supérieure à la population générale pour chaque cause de décès étudiée (en excluant le suicide), notamment cardiovasculaire. L'espérance de vie était réduite de 20% parmi eux.

Les maladies cardio-vasculaires représentent la 1^{ère} cause de décès dans le monde (16 %) et en augmentation constante sur la période 2000-2019 (6) en population générale. En France, il s'agit de la 2^{ème} cause de décès sur les derniers chiffres publiés, pour l'année 2020, soit 20,2% des décès (7).

Leur survenue est favorisée par un ensemble de facteurs de risque (8) :

- non modifiables : âge, sexe, antécédents familiaux
- modifiables : le tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans, l'obésité ($IMC \geq 30\text{kg/m}^2$) et/ou le périmètre abdominal > 102 cm pour un homme et > 88 cm pour une femme), l'hypertension artérielle ($HTA \geq 140/90$ mm Hg traitée ou non), la dyslipidémie, le diabète, le mode de vie inactif et/ou sédentaire ou une mauvaise hygiène alimentaire.

La prévalence des facteurs de risque (FDR) cardiovasculaire (CV) modifiables était significativement plus élevée chez les patients atteints de MMS dans la revue de littérature de Saravane en 2009 (9). Henderson et al en 2015 (10) ou Hert et al en 2009 dans une revue de la littérature internationale (11) mettaient en évidence des risques relatifs (RR) significativement plus élevés de présenter des FDR CV chez les patients schizophrènes par rapport à la population générale : RR de 1,5 à 2 pour l'obésité , RR de 2 pour le diabète, RR de 2 à 3 pour l'HTA, RR inférieur ou égal à 5 pour la dyslipidémie, RR de 2 à 3 pour le syndrome métabolique et un RR de 2 à 3 pour le tabagisme. Ils obtenaient des résultats similaires pour les patients atteints de troubles bipolaires. Ces données sont résumées ci-dessous dans le tableau I.

Tableau I : Prévalence estimée des facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients suivis pour des troubles schizophréniques ou une maladie bipolaire

Prévalence estimée en % (RR)		
Facteurs de risque modifiables	Schizophrénie	Maladie bipolaire
Obésité	45-55 (1.5-2)	21-49 (1-2)
Tabagisme	50-80 (2-3)	54-68 (2-3)
Diabète	10-15 (2)	8-17 (1.5-2)
Hypertension	19-58 (2-3)	35-61 (2-3)
Dyslipidémie	25-69 (\leq 5)	23-38 (\leq 3)
Syndrome métabolique	37-63 (2-3)	30-49 (1.5-2)

La plus forte prévalence de ces comorbidités contribuait à une réduction de l'espérance de vie de l'ordre de 20 ans pour les hommes et de 15 ans pour les femmes parmi la population des patients présentant une MMS par rapport à la population générale dans l'étude de Wahlbeck and al. menée durant 19 ans dans 3 pays nordiques (12).

Chez des patients schizophrènes, un chiffre similaire (14,5 ans) était retrouvé dans une méta analyse plus récente de Hjorthoj et al., en 2017, regroupant près de 250 000 patients. (13)

Les maladies cardio-vasculaires restent la 1^{ère} cause de décès parmi ces patients, bien avant le suicide. (14).

Il a été démontré que la prise d'un traitement antipsychotique, particulièrement de seconde génération, est associée à une élévation du risque de développer des anomalies métaboliques (comme l'obésité, l'hypertension, l'hyperglycémie jusqu'au diabète, la dyslipidémie et un syndrome métabolique plus globalement) ainsi que des maladies cardiovasculaires, indépendamment du mode de vie de ces patients, dans de nombreuses publications (10) (15) (16) (17) imposant une surveillance clinico-biologique standardisée.

Il existe des recommandations labélisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2015 portant sur l'amélioration de la prise en charge somatique des patients présentant une maladie psychiatrique sévère et chronique (1). La prévention, le dépistage ainsi que le suivi des FDR CV sont donc un enjeu majeur du suivi des patients atteints de MMS où le médecin généraliste (MG) peut jouer un rôle central. Il était pertinent de questionner les MG sur leurs pratiques ainsi que la cohérence avec des études existantes concernant la population générale et les recommandations de bonnes pratiques (RBP).

L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux des pratiques des MG de la subdivision d'Angers (Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne) concernant le dépistage des FDR CV modifiables chez les patients présentant une maladie mentale sévère.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les freins éventuels à une prise en charge optimale par les MG dans leur pratique ainsi que dans le système de soins français et les solutions prioritaires qu'ils souhaiteraient voir appliquées pour les y aider.

MÉTHODES

Il a été réalisé une enquête de pratique auprès des MG maîtres de stage universitaire (MSU) installés en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe ainsi que des MG installés ou remplaçants adhérents à l'Union régionale des médecins libéraux (URML) des Pays de la Loire dans ces 3 départements.

Les premiers ont été contactés via une liste de diffusion à disposition de la scolarité du 3^{ème} cycle de la faculté de Santé d'Angers et les seconds par celle de l'URML.

Il était précisé que les médecins installés en Loire Atlantique étaient exclus de l'enquête.

Un questionnaire individuel, informatisé et anonyme a été envoyé à l'ensemble des 325 MSU par courrier électronique le 14/11/2022. Une relance leur a été envoyée à un mois, le 15/12/2022.

Le questionnaire est parvenu aux 1255 MG adhérents à l'UMRL le 18/11/2022. Aucune relance n'a pu être réalisée malgré une demande en ce sens. Le questionnaire est resté disponible en ligne jusqu'au 28/01/2023.

Le questionnaire a été conçu à partir des recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFFSAPS) de Mars 2010 concernant la surveillance cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques (18). Le suivi décrit par ces recommandations est découpé en 2 parties : une partie de suivi qu'on peut qualifier de précoce, c'est-à-dire les 3 premiers mois après l'introduction du traitement antipsychotique ; et une partie à moyen et long terme avec le suivi au-delà et son rythme.

Le questionnaire s'est aussi appuyé sur notre expérience personnelle pour proposer des items de réponses adaptés et plausibles, notamment quant à la fréquence de la surveillance du bilan lipidique, en l'absence de texte de référence français et récent en prévention primaire.

Le questionnaire a été élaboré à l'aide du logiciel LIMESURVEY, comportant 33 questions fermées, à réponses multiples, permettant ainsi de recueillir les données de façon standardisée.

Il comporte 4 parties :

- Une première partie du questionnaire était consacrée à recueillir les données socio-démographiques des MG répondants au questionnaire.
- Une deuxième partie était vouée à déterminer les modalités de dépistage des FDR CV chez les patients présentant une MMS. Il y était recueilli la fréquence de dépistage de ces FDR CV, tant sur le plan clinique que biologique. Le questionnaire y détaillait la prise en charge proposée par les MG en cas de traitement antipsychotique, mais aussi en leur absence. Les conseils de prévention étaient également abordés, avec leur fréquence.
- Une troisième partie questionnait les difficultés potentielles ressenties par les MG dans leur pratique et dans notre système de soins avec ce type de patient. Les freins évoqués relevaient autant de la typologie des patients que des problématiques plus générales de l'exercice libéral (manque de temps lors des consultations, problème d'accès aux spécialistes).
- Une quatrième partie recueillait leurs souhaits prioritaires (au nombre maximum de 3) quant aux axes principaux à développer pour les aider à lever les freins potentiels dans cette pratique.

Concernant les freins et solutions potentielles à la prise en charge des FDR CV, les items proposés ont été proposé sur la base des recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), validées par la HAS à propos de l'amélioration de la santé somatique des patients suivis pour une pathologie psychiatrique sévère et chronique (1). Il en a été de même sur la base du guide de coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux (HAS 2018) (19).

Nous avons aussi plus particulièrement comparé l'adéquation les réponses des MG interrogés aux recommandations de l'AFSSAPS sur le suivi des FDR CV des patients traités par médicament antipsychotique afin de déterminer lesquelles sont les plus suivies ou celles qui sont le moins appliquées par les MG. Le suivi précoce était défini comme la surveillance durant les 3 premiers mois après l'initiation du traitement et le suivi à long terme comme l'intervalle de temps entre chaque contrôle par la suite. Les suivis incomplets (ex : suivi à 3 mois uniquement alors qu'il est prévu dans les recommandations à 1 et 3 mois) et les suivis plus rapprochés (ex : tous les ans au lieu de tous les 5 ans) étaient également comptés mais comme inadaptés.

RÉSULTATS

1. Présentation de la population étudiée

Le questionnaire a été théoriquement distribué à 1580 MG installés en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe via l'URML. Trois cent vingt-cinq MSU étaient dénombrés. Cinquante et un médecins soit 3,2% de répondants ont complété intégralement le questionnaire. Leurs caractéristiques socio-démographiques sont détaillées dans le tableau I.

La population répondante présentait une relative parité : 51 % de femmes contre 49 % d'hommes. Un peu plus de la moitié des médecins était âgée de moins de 45 ans. On retrouvait 51 % de médecins répondants installés depuis moins de 10 ans.

La répartition des types d'exercice était très similaire entre exercice urbain, semi-rural et rural.

Concernant la formation spécifique en psychiatrie, 75 % des médecins déclarait n'en avoir reçu aucune. Les médecins interrogés avaient pour près de la moitié, à leur connaissance, moins de 10 patients atteints de MMS parmi leurs patients.

Concernant leur formation sur les particularités du suivi cardiovasculaire des patients atteints de MMS, 78% se déclaraient insuffisamment formés, notamment en cas de prise de traitement antipsychotique. A propos du suivi des patients atteints de MMS, 59 % des médecins jugeaient ce suivi plus difficile que celui de la population générale.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

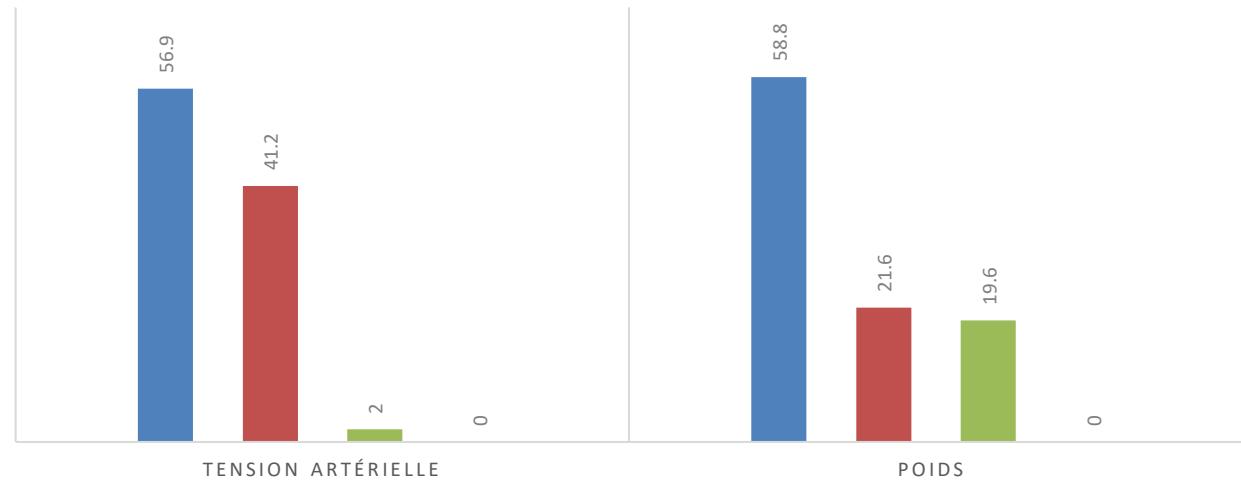
Caractéristiques sociodémographiques	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Féminin	26	50,98 %
Masculin	25	49,02 %
Âge		
[25-35 ans]	10	19,61 %
[35-45 ans]	18	35,29 %
[45-55 ans]	13	25,49 %
[55-65 ans]	8	15,69 %
[> 65 ans]	2	3,92 %
Installation		
Non installé	1	1,96 %
Installé < 5 ans	13	25,49 %
Installé [5 -10 ans]	13	25,49 %
Installé [10 – 20 ans]	11	21,57 %
Installé > 20 ans	13	25,49 %
Département d'exercice		
Maine-et-Loire	24	47,06 %
Sarthe	12	23,53 %
Mayenne	15	29,41 %
Type d'exercice		
Urbain	17	33,33 %
Semi rural	18	35,29 %
Rural	16	31,37 %
Conditions d'exercice		
Seul	2	3,92 %
Cabinet de groupe	19	37,25 %
Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)	30	58,82 %
Formation en psychiatrie		
Non	38	74,51 %
Durant cursus universitaire	12	23,53 %
Durant parcours professionnel	1	1,96 %
Nombre patients suivis pour MMS		
< 10	23	45,10 %
[10-20]	26	50,98 %
>20	2	3,92 %

2. Modalités du suivi des facteurs de risque cardiovasculaire

2.1. Surveillance clinique

RYTHME SURVEILLANCE CLINIQUE HORS TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE (A)

■ Chaque consultation ■ tous les 6 mois ■ tous les ans ■ tous les 2 ans ou moins



RYTHME SURVEILLANCE CLINIQUE AVEC TRAITEMENT (B)

■ 1 mois ■ 3 mois ■ tous les 3 mois ■ tous les ans ■ tous les 5 ans

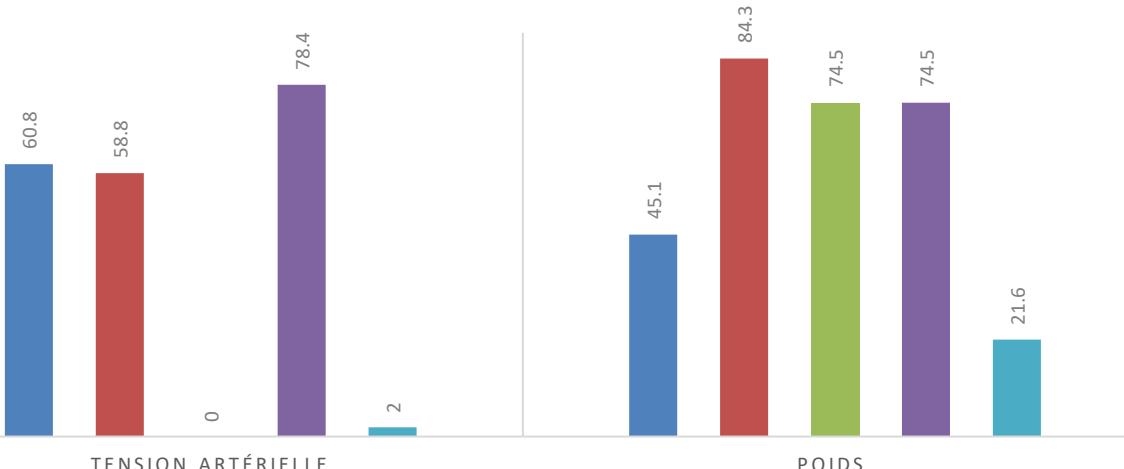


Figure 1 : Surveillance clinique hors traitement antipsychotique (A) et avec un traitement antipsychotique (B)

Cinquante-sept pourcents des MG déclaraient prendre la tension à chaque consultation quel qu'en soit son motif. Ce relevé s'établissait au moins à un rythme semestriel pour 21 autres, soit 41%. Un suivi moins fréquent était exceptionnel.

Dans le cas où un traitement antipsychotique était débuté, la **surveillance de la tension artérielle** devait s'effectuer au bout d'un mois pour 61 % des médecins, puis au bout de 3 mois pour une proportion équivalente d'entre eux. Quarante médecins, soit 78 %, estimaient qu'il fallait ensuite la contrôler annuellement.

Soixante pourcents des MG réalisaient une pesée ou une mesure du périmètre abdominal à chaque consultation, quel que soit son motif. Un suivi semestriel ou annuel était déclaré par environ 20 % des MG.

Dans ce cadre de la **surveillance clinique du syndrome métabolique**, 45 % la réalisait au bout d'un mois à la suite de l'introduction d'un traitement antipsychotique. Puis, 84 % la faisait au bout de 3 mois. A plus long terme, 74 % la prévoyait tous les 3 mois.

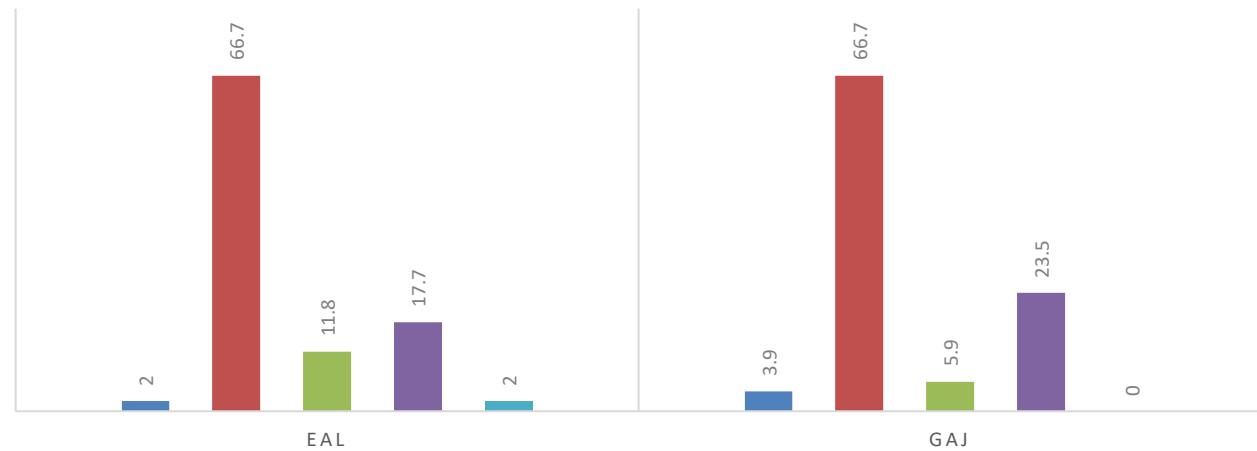
2.2. **Suivi du bilan biologique**

Trente-quatre médecins interrogés soit 67 % déclaraient surveiller annuellement **le bilan lipidique** des patients qu'ils suivent pour une MMS. Le reste des médecins le prescrivait tous les 2 ans (12 %) ou tous les 5 ans (18%).

Pour la **surveillance de la glycémie**, 67 % la réalisait annuellement chez leurs patients suivis pour une MMS, quand 29 % le jugeait nécessaire tous les 2 à 5 ans.

RYTHME SURVEILLANCE BIOLOGIQUE HORS TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE (A)

■ tous les 6 mois ■ Tous les ans ■ Tous les 2 ans ■ tous les 2 à 5 ans ■ A la demande du patient



RYTHME SURVEILLANCE BIOLOGIQUE AVEC TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE (B)

■ A 1 mois ■ A 3 mois ■ tous les ans ■ tous les 5 ans

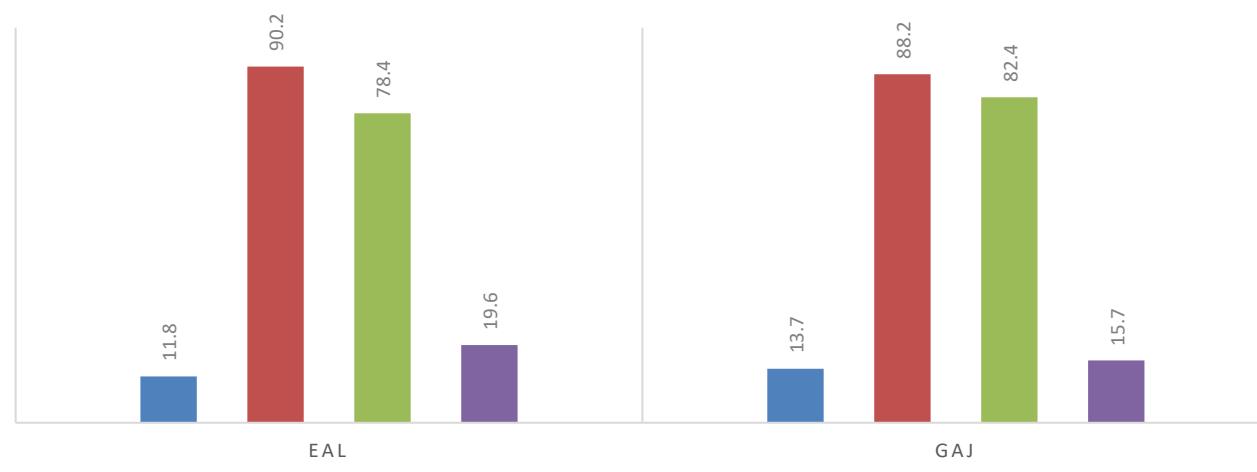


Figure 2 : Surveillance du bilan biologique (exploration des anomalies lipidiques et glycémie à jeun) hors traitement antipsychotique (A) et avec traitement antipsychotique (B)

EAL : exploration des anomalies lipidiques

GAJ : glycémie à jeun

Une biologie à un mois de la mise en place de l'antipsychotique était fait par 12 % des médecins concernant les anomalies lipidiques et 14 % pour la glycémie à jeun. Un contrôle à 3 mois était réalisé avec un bilan lipidique pour 90 % des MG et avec une glycémie à jeun pour 88 % d'entre eux.

La majorité des MG réalisait une surveillance annuelle : 78 % avec un bilan lipidique et 82 % avec une glycémie à jeun.

2.3. Conseils hygiéno-diététiques

Vingt-quatre répondants soit 47 % déclaraient sensibiliser leurs patients à toute consultation, quel qu'en soit le motif, à un **sevrage tabagique**. Ils étaient 41 % à réaliser ce conseil minimal à l'arrêt du tabac au moins une fois par an. Ils étaient 10% à déclarer le réaliser uniquement si les patients atteints de MMS abordaient ce sujet avec eux.

Quatre-vingt-six pourcents estimaient réaliser une sensibilisation à une **activité physique régulière** au moins une fois par an. La démarche d'aborder cette thématique venait du patient chez 8 % d'entre eux.

2.4. Communication du surrisque cardiovasculaire

Cinquante-trois pourcents des MG rapportaient n'avertir leurs patients atteints de MMS que rarement du surrisque d'évènement cardiovasculaire. Ils étaient 10 % à ne jamais le faire et 22 % affirmaient souvent le faire. Un avertissement systématique était marginal parmi les répondants (6 %).

Cinquante-cinq pourcents des MG prenaient en compte leurs autres FDR CV quand ils les avertissaient de leur surrisque. L'autre attitude, adoptée par 35 % des médecins interrogés, était d'adapter leur discours en fonction de la présence ou non d'un traitement antipsychotique chez leurs patients avec une MMS.

2.5. Recours à un avis spécialisé en cas de difficulté

L'attitude des MG était très partagée puisqu'il était retrouvé 53 % des MG qui ne sollicitait que rarement voire jamais un confrère en cas de difficulté pour le traitement des FDR CV de leurs patients suivis pour une MMS contre 47 % qui le faisait souvent ou systématiquement.

2.6. Adéquation entre le suivi proposé et les recommandations

Nous avons comparé les réponses des médecins généralistes répondants, vis-à-vis de ce suivi, avec les recommandations de l'AFSSAPS de 2010.

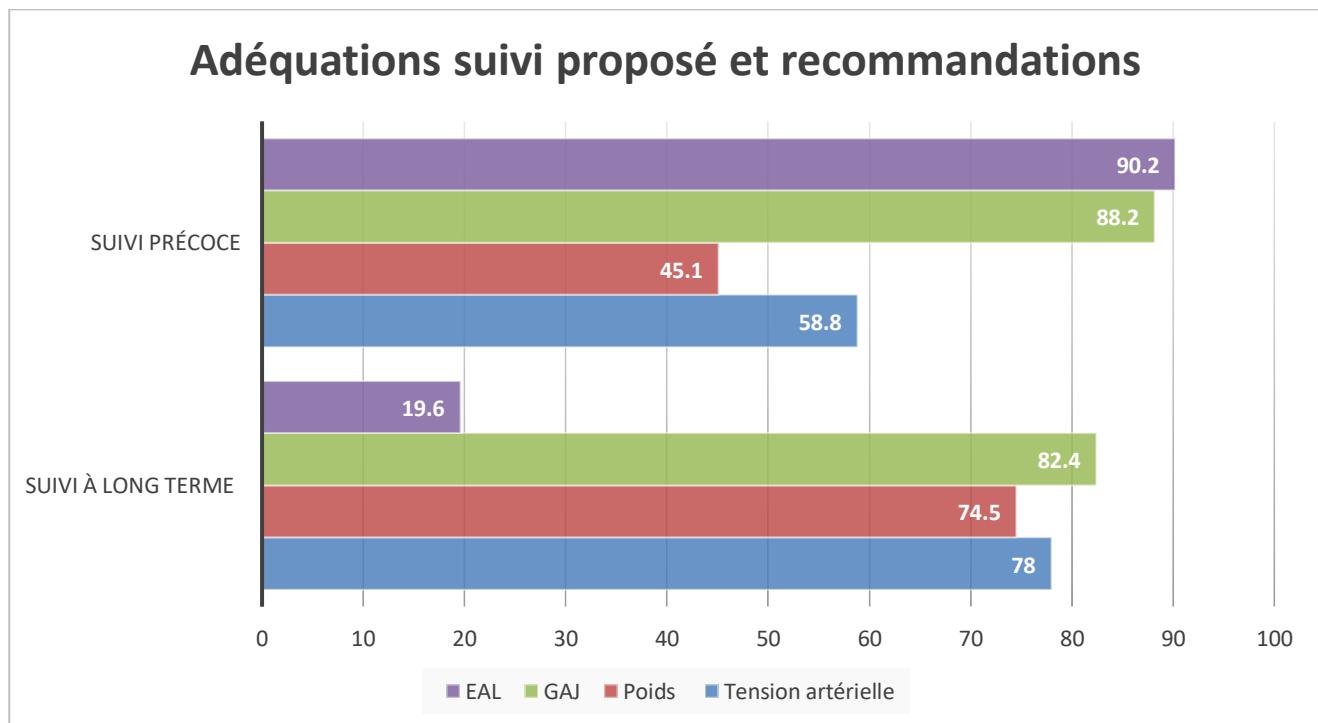


Figure 3 : Adéquation entre le suivi proposé par les MG et les recommandations de suivi après introduction d'un traitement antipsychotique (AFFSAPS 2010) en suivi précoce et à long terme

Il était retrouvé une bonne adéquation (entre 59 et 90% réponses conformes) pour le suivi précoce après l'introduction d'un traitement antipsychotique. Seul le suivi pondéral n'était pas réalisé en concordance avec les recommandations à 1 mois de l'introduction du traitement par 55% des MG. En revanche, le suivi du poids au bout 3 mois, également préconisé, était bien réalisé par 84 % d'entre eux.

De la même façon, les médecins généralistes ont une pratique cohérente avec les recommandations pour le suivi à long terme, avec une adéquation aux alentours de 80 % sur la majorité des items étudiés. Néanmoins, le dépistage de la dyslipidémie était nettement plus rapproché que les préconisations de l'AFSSAPS. En effet, 78 % des médecins interrogés le réalisait annuellement quand les recommandations le prévoient tous les 5 ans, en l'absence d'anomalie.

3. Freins ressentis dans le dépistage et le suivi des FDR CV

3.1. Dans la pratique des médecins généralistes

Le **recours à une consultation de médecine générale était motivé essentiellement par une pathologie aigüe** pour 96 % des MG.

Le **faible recours de ces patients à une consultation de médecine générale** était un frein chez 92 % d'entre eux.

L'inobservance aux traitements et/ou aux conseils hygiéno-diététiques était un frein exprimé parmi 84 % des MG.

Les MG exprimaient à 66 % une difficulté à sensibiliser les patients suivis pour une MMS à l'importance de la prise en charge de leurs facteurs FDR CV.

Ils étaient 58,82 % à difficilement trouver le temps d'aborder la thématique de la prévention cardiovasculaire lors de leurs consultations avec leurs patients atteints de MMS.

Les médecins désapprouvaient l'hypothèse de la crainte de la stigmatisation chez ces patients à l'abord de leurs FDR CV, deux tiers l'évoquant comme rare ou absente.

3.2. Dans le système de soins

Le coût des soins médicaux n'était pour 67 % rarement ou jamais un obstacle à une prise en charge efficiente de leurs FDR CV.

Le **manque de communication et de coordination avec le psychiatre référent** de patients atteints de MMS étaient vus par 59 % des MG comme un obstacle systématique quand 14 % ne voyait pas cela comme un problème dans leur exercice.

Le manque de disponibilité de leurs confrères correspondants faisait également partie des difficultés principales ressenties par les médecins : il représentait un obstacle fréquent voire systématique pour 80 % d'entre eux.

Les opinions divergeaient entre les MG avec 51 % voyant la **stigmatisation des patients** atteints d'une MMS par les différents professionnels de santé comme un frein dans cet exercice à leurs yeux.

4. Perspectives d'amélioration pour la pratique des MG

Les MG plébiscitaient à 94 % la perspective de **rendre systématique l'envoi de** courriers par le psychiatre au MG traitant. L'amélioration de la communication avec leurs confrères psychiatres était nettement au 1^{er} rang des demandes des médecins.

L'implication de professionnels paramédicaux infirmiers (infirmière en action de santé libérale en équipe ASALEE, infirmière de pratique avancée) ou diététiciens était jugée pertinente par 72% des MG pour les appuyer **pour le dépistage et le suivi des FDR CV**.

Il s'agissait des 2 seules mesures recueillant une majorité d'avis positifs parmi les 3 demandes prioritaires à leur sens.

Propositions d'améliorations pour le suivi cardiovasculaire des patients suivis pour une MMS



Figure 4 : Propositions des MG pour faciliter le suivi des facteurs de risque cardiovasculaire des patients suivis pour une MMS

Il existait une **demande d'une création de cotation spécifique de prévention cardiovasculaire** pour valoriser le temps qu'ils accordent à ces soins pour 41 % des MG.

Au dernier rang des propositions retenues, la **création de la fonction de « coordinateur de parcours de santé »** était demandée par 25 % des médecins pour organiser la prise en charge de chaque patient entre les différents professionnels de santé.

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

La force de cette étude était avant tout son originalité car elle s'intéressait sélectivement aux médecins qualifiés en médecine générale. Elle nous a permis de collecter des données chiffrées quant à leurs pratiques courantes, complétant les études qualitatives déjà existantes au sujet des pratiques de dépistage et de suivi des FDR CV.

L'extrapolation des différents résultats obtenus dans cette étude à l'ensemble des MG est à faire avec prudence. Le nombre de répondants était faible - 51 questionnaires complets - parmi les 325 MSU et 1255 MG adhérents de l'URML des Pays de la Loire sollicités, en l'occurrence 16 % et 4 % d'entre eux respectivement.

Nous avons également remarqué que 29 médecins n'avaient pas conclu le questionnaire, ce qui tend à penser qu'il aussi a paru trop long et/ou compliqué pour certains.

Il est à noter que, logiquement, de nombreux MSU pouvaient aussi figurer parmi les médecins adhérents à l'URML, dont il n'est pas possible de connaître le nombre exact. Les modalités d'envoi du questionnaire de l'étude par l'URML ont également pu constituer un frein à sa bonne visibilité, dans la mesure où cette organisation choisit de regrouper en un seul mail de multiples questionnaires de thèse d'exercice pour lesquelles elle est contactée, pour diminuer les sollicitations.

Un questionnaire portant sur une thématique psychiatrique peut faire l'objet d'un faible intérêt pour nombre de médecins, limitant également le nombre de réponses obtenues à notre questionnaire.

La proportion de MG de chacun des trois départements n'était pas représentative des chiffres de MG installés libéraux et à exercice mixte de 2022 de l'Observatoire régionale de la santé des Pays de la Loire (20). Il existait une surreprésentation des MG mayennais (29,4 % de nos répondants contre 14,1 % dans les Pays de la Loire) et une sous-représentation des MG du Maine-et-Loire (47 % contre 60,3

%) chez les participants. De plus, la proportion de MG exerçant en groupe ou en MSP était nettement plus forte (96,1 %) que dans la population cible (72 % dans les Pays de la Loire). Cette constatation est cohérente avec un effectif de répondants plus jeune dans notre étude (54,9 % de MG de moins de 45 ans contre un âge moyen 48,4 ans de l'ensemble des médecins de la région). A contrario, le rapport femmes/hommes était superposable (51 % de femmes comme à l'échelle régionale).

Les aides souhaitées par les MG pour palier à ces difficultés ont pu être comparées aux recommandations de la HAS et mettre en évidence les axes principaux, selon les MG, à prioriser par les pouvoirs publics, dans le but de faciliter leur exercice dans ce domaine.

2. Principaux résultats

Notre étude a permis de mettre en évidence que le suivi proposé par les MG des FDR CV de leurs patients atteints de MMS est globalement de bonne qualité, malgré l'absence de recommandations existantes spécifiques sur lesquelles s'appuyer. Ils appliquent un suivi assez rapproché, y compris après l'introduction d'un traitement antipsychotique.

2.1. Dépistage et suivi des FDR CV sans traitement antipsychotique

Le rationnel de cette étude se basait sur la constatation qu'il existe à ce jour des RBP des sociétés savantes françaises concernant le suivi en prévention secondaire de chaque FDR CV (21,22) mais les données sur la fréquence des dépistages en prévention primaire manquent.

Il revient au praticien d'en apprécier le rythme selon le niveau de risque CV de chaque patient, mesuré par des scores validés internationalement tel que SCORE 2 (23).

Il était intéressant d'observer si les MG réalisait un suivi rapproché, témoin de la prise en compte du surrisque cardiovasculaire des patients atteints de MMS.

Nous avons comparé les habitudes de prescription de bilan lipidique/glycémie à jeun, de prise tensionnelle et de pesée chez les patients atteints de MMS avec les recommandations concernant d'autres populations présentant également un surrisque cardiovasculaire très bien connu, comme les hypertendus et les diabétiques. Le but était de déterminer si les MG reproduisaient le suivi préconisé en prévention secondaire et qu'ils réalisaient très fréquemment chez ces populations.

Les recommandations sur la prise en charge de l'HTA de 2016 proposaient une mesure de la tension artérielle tous les 3 à 6 mois, et un bilan biologique tous les 3 ans avec glycémie à jeun et une exploration des anomalies lipidiques. Le suivi des conseils hygiéno-diététiques devait être réévalué tous les 3 à 6 mois selon celles-ci.

Les recommandations concernant le diabétique de type 2, datant de 2014, proposaient de la même manière un suivi de la tension artérielle et du poids tous les 3 mois, au cabinet ou en auto-mesure, et une exploration des anomalies lipidiques tous les ans. L'interrogatoire sur le mode de vie avec le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation et l'alcool devrait être fait également tous les 3 mois. Le suivi chez les patients suivis pour MMS est comparé ci-dessous dans le tableau III avec les recommandations concernant le patient hypertendu et le patient diabétique de type 2 en population générale.

Tableau III : comparaison des suivis cliniques et biologiques selon les recommandations chez les patients hypertendus (HAS 2016), les patients diabétiques de type 2 (HAS 2014) et le suivi proposé par les MG interrogés via notre questionnaire, selon leurs réponses majoritaires

(1) Selon les réponses majoritaires du questionnaire de notre étude

(2) Les réponses étaient partagées entre un suivi tous les 6 mois (42 et 22% respectivement sur les 2 items) et un suivi systématique à chaque consultation (57 et 59% respectivement sur les 2 items)

	Fréquence	3 à 6 mois	1 an	3 ans	5 ans
Catégories patients	Facteurs surveillés				
Hypertendus	TA	X			
	Poids		NC		
	Suivi RHD	X			
	EAL			X	
Diabétique de type 2	TA	X			
	Poids	X			
	Suivi RHD	X			
	EAL		X		
Patients avec MMS (1)	TA (2)	X			
	Poids (2)	X			
	Activité physique		X		
	Tabagisme	X			
	EAL		X		

Au total, le suivi proposé par les MG répondants à notre questionnaire, si on considère leur réponse majoritaire sur les différents items, est proche des recommandations existantes pour les populations d'hypertendus et diabétiques, qu'ils soignent beaucoup plus fréquemment donc connaissent mieux. Ainsi, le suivi clinique (tension artérielle et poids) est superposable en termes de fréquence avec celles proposées par les recommandations de la HAS.

Concernant la surveillance biologique, avec l'exploration des anomalies lipidiques, la majorité des médecins répondants dépistait leurs patients avec une MMS selon la même fréquence que leurs patients diabétiques. Probablement considèrent-ils le risque des patients avec MMS sur le plan métabolique plus proche d'un diabétique que d'un hypertendu isolé (où la surveillance ne se ferait que tous les 3 ans). Il serait licite d'expliquer ce mimétisme dans les pratiques par une bonne prise en compte du surrisque CV des patients de MMS, que les praticiens assimileraient à leurs patients perçus comme les plus à risque sur ce plan.

Près de la moitié des MG affirment réaliser un conseil minimal d'arrêt du tabac à n'importe quelle consultation. Ce chiffre frappant, additionné aux 41% le réalisant au moins une fois par an démontre l'implication proactive dans le sevrage tabagique de leurs patients. Ce chiffre est probablement potentialisé par la très forte prévalence du tabagisme chez les patients atteints de MMS, particulièrement chez les schizophrènes (entre 50 et 80% de fumeurs), un chiffre 2 à 3 fois supérieur à la population générale selon la revue de la littérature de Kisely (24). Il montrait également que seuls 12% de consultations chez un psychiatre comportait un conseil à l'arrêt du tabac mais 38% chez un médecin généraliste, un chiffre proche de notre étude.

2.2. Dépistage et suivi des FDR CV avec traitement antipsychotique

La part de responsabilité des traitements antipsychotiques, particulièrement de 2^{ème} généralisation, a été à de nombreuses reprises mise en évidence dans des études sur de grands effectifs (10,11,13,15,16) dans la morbi-mortalité CV des patients atteints de MMS. Plus particulièrement, l'impact potentiel sur le métabolisme glucidique et lipidique est un aspect à prendre en compte dans le choix des molécules prescrites à ces patients en fonction de leur iatrogénie. La clozapine et l'olanzapine doivent faire l'objet d'une précaution et d'une surveillance plus importante. Mazereel et al. en 2020 (15), dans sa revue de la littérature, retrouvait un risque augmenté également pour l'obésité, la dyslipidémie et le diabète chez les patients traités par antidépresseurs, mais surtout par thymorégulateurs comme le lithium. Ce risque reste en deçà du risque sous antipsychotiques en général. Le risque d'hypertension artérielle sous ces différents traitements apparaît tout au plus léger. Ces caractéristiques sont résumées dans le tableau IV.

Dans le cadre des dépistages post-introduction de traitement antipsychotique, les praticiens bénéficient de recommandations précises pour guider leurs pratiques. (18)

Il était recommandé par l'AFSSAPS, après la prescription du traitement, d'évaluer la prise de poids à 1 mois, puis à 3 mois, associée à ce moment-là au contrôle de la pression artérielle, de la glycémie à jeun ainsi que du bilan lipidique. A plus long terme, le suivi du poids devait rester rapproché, tous les 3 mois, quand la pression artérielle et la glycémie à jeun devaient n'être surveillées qu'annuellement, et le bilan lipidique que tous les 5 ans.

Tableau IV : impact des antipsychotiques, thymorégulateur et antidépresseurs sur l'obésité et les autres perturbations métaboliques chez les patients atteints d'une MMS

RC : résultats contradictoires

(-) : réduction, 0 : généralement sans effet, + : effet léger, ++ : effet modéré, +++ : effet important

TG : triglycérides

IRS : inhibiteur de la recapture de sérotonine

IRSNa : inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

Facteurs de risque	Antipsychotiques	Antidépresseurs	Thymorégulateurs
Obésité	0/+ (halopéridol, amisulpride, aripiprazole) +++ (clozapine, olanzapine)	-(bupropion) + (mirtazapine, paroxétine)	0/- (lamotrigine, topiramate) ++ (lithium, valproate)
Dyslipidémie	0/- (aripiprazole) + (clozapine, olanzapine, risperidone et quetiapine)	0 ou + si prise de poids	-/0 (valproate : réduction du cholestérol et augmentation des TG) + (lithium)
Hypertension	0 à + si prise de poids	0 (IRS) + (si IRSNA, bupropion)	0
Diabète	0/+ (amisulpride, aripiprazole) +++ (clozapine et olanzapine)	-/0 (IRS)	-/0 (lithium, lamotrigine, oxcarbazepine) + (valproate)

Notre étude retrouvait une bonne adéquation entre le suivi proposé par les MG interrogés et les recommandations post traitement de 2010. Ce résultat était nuancé pour 2 paramètres : le suivi pondéral précoce à 1 mois et la surveillance des paramètres lipidiques dans le suivi à long terme, à 5 ans.

Respectivement, seuls 45 % des médecins répondants réalisaient la surveillance du poids le premier mois et 80 % réalisaient la surveillance lipidique tous les ans, quand la surveillance proposée n'est que de tous les 5 ans.

La surveillance de la prise de poids à un mois n'est ainsi pas réalisée par la majorité des médecins interrogés dans notre étude. Notre questionnaire ne nous permet pas de déterminer si cela relève d'une méconnaissance des recommandations, de l'absence d'information qu'un traitement a été débuté ou le

faible recours à une consultation de médecine générale à 1 mois. On peut au moins supposer que le psychiatre prescripteur revoit le patient dans ce délai et prévoit possiblement un contrôle biologique lui-même.

Ces doutes rejoignent les difficultés exprimées par les MG dans notre étude avec 86% avançant un manque de communication avec le psychiatre référent, donc sur les traitements prescrits sans que le MG traitant n'en soit potentiellement informé. Dans la même logique, puisque 92% des MG pointaient un recours à leur consultation essentiellement pour un motif aigu, on peut penser que les traitements au long cours prescrits ne soient pas évoqués. Dès lors, il paraît difficile de proposer un suivi optimal à ce type de patient pour son MG traitant.

L'enjeu doit alors être de définir plus clairement qui doit assurer le suivi précoce et le suivi à long terme pour améliorer sa qualité. Une étude nantaise en 2018 a mis en évidence sur la base des données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie que moins de 3 % des patients sous antipsychotiques bénéficiaient d'un suivi biologique optimal, que 40 % n'en avait eu aucun dans un délai recommandé et pire, 15% n'en avait eu aucun. (25). Fait rare, ces chiffres préoccupants ont d'ailleurs motivé la publication d'un rappel des recommandations de 2010 par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) pour alerter les prescripteurs. Notre étude retrouvait en 2022-2023 des résultats similaires pour le suivi pondéral ce qui amène à la conclusion que cette vigilance rapprochée est encore trop peu pratiquée. De plus, les MG étant peu sollicités pour cette surveillance précoce, il est plus difficile d'intégrer cette notion dans leur pratique.

Les données objectives de cette étude nantaise conduisent à supposer qu'il existe, probablement un biais de désirabilité sociale dans les réponses obtenues de notre étude. De plus, les difficultés exprimées par les MG dans leur pratique et le système de soins peuvent expliquer la dichotomie entre leurs réponses dans notre étude et les chiffres de l'Assurance maladie.

Il paraît pertinent alors, de proposer de rendre plus lisible le suivi en proposant un suivi précoce par le psychiatre prescripteur sur le plan biologique et clinique. Puis, le MG prendrait le relais pour assurer le suivi au long cours après réception d'un ou des courriers comportant les informations nécessaires pour une surveillance optimale et éviter les examens redondants ou oubliés.

Les recommandations sont en cohérence avec des études ayant objectivé que les premières années et à fortiori les premiers mois sont les plus à risque de prise pondérale, d'apparition d'anomalies du bilan lipidique et d'élévation de la glycémie à jeun. A la suite d'un 1^{er} épisode psychotique, l'étude prospective en 2013 de Perez-Iglésias and al. (26) montrait que 85% de la prise pondérale avait lieu dans la 1^{ère} année de traitement au cours des 3 années de suivi des patients. La cinétique d'élévation du cholestérol total, cholestérol LDL et triglycérides était similaire avec une élévation essentiellement durant la 1^{ère} année. Il retrouvait une prise de 12,1kgs en moyenne à 3 ans sous traitement par halopéridol, olanzapine ou risperidone.

Cette prise de poids touchait 80 % des patients traités par halopéridol, olanzapine et risperidone dans une revue de la littérature de Alvarez-Jimenez and al. (27). Ils soulignaient également une donnée frappante : la prise de poids était 3 à 4 fois plus importante lorsqu'il s'agissait d'un premier traitement introduit chez de jeunes patients (7,1 à 9,2 kg pour l'olanzapine, 4,0 à 5,6 kg pour la rispéridone et 2,6 à 3,8 kg pour l'halopéridol), par rapport à des patients traités de manière chronique (1,8 à 5,4 kg, 1,0 à 2,3 kg et 0,01 à 1,4 kg, respectivement).

Ces données appuient l'importance majeure d'être particulièrement vigilant à un suivi très rapproché du poids à 1 mois puis à 3 mois après l'introduction du traitement pour limiter voire inverser la prise pondérale alors que c'est le seul point insuffisant dans les réponses des MG de notre étude. L'AFSSAPS avançait le chiffre de 7 % de gain pondéral devant alarmer le prescripteur, surtout si elle est précoce, devant amener à reconsidérer la molécule prescrite et vérifier l'absence de diabète associé.

Concernant le suivi annuel (et non pas quinquennal) à long terme du bilan lipidique proposé par 78% des MG, il paraît trop fréquent au regard de la modification de ce paramètre essentiellement durant la 1^{ère} année de traitement. Néanmoins, cette habitude de prescription des MG n'est pas délétère au patient bien que son coût ne soit pas négligeable. Ce rythme de surveillance pouvait aussi s'expliquer par un réflexe fréquent de co-prescription du bilan lipidique avec une glycémie annuelle, ces 2 analyses nécessitant d'être à jeun.

3. Freins ressentis à la prise en charge des FDR CV

Les freins les plus exprimés par les MG sont assez spécifiques de la population de patients atteints de MMS, mettant en avant un recours à leur consultation essentiellement pour des pathologies aigues (96 %) et à de trop rares occasions (92 %). Ces 2 facteurs se cumulent pour limiter grandement pour les MG l'abord du dépistage CV qui est chronophage. Cela peut expliquer en partie qu'une majorité de MG dans notre étude n'avertissait que rarement du surrisque CV qu'ils présentent.

Par ailleurs, les médecins répondants exprimaient aussi une difficulté devant des patients difficiles à sensibiliser sur leurs FDR CV (66 %), les rendant potentiellement inobservants aux traitements et conseils hygiéno-diététiques, de leur point de vue (frein pour 84 % des MG). Cela rejoint le problème d'une population jeune, âge où la sensibilisation en population générale n'est que rarement faite en dehors des cabinets de médecine générale. Le rôle prépondérant du MG, couplé dans l'idéal au discours du psychiatre qui devrait insister dans le même sens, est donc indispensable.

4. Information sur le surrisque et conseils hygiéno-diététiques

Si les résultats de notre étude semblent montrer une bonne connaissance du risque cardiovasculaire et métabolique de la population des patients avec MMS, la majorité des médecins (62 %) parlent en fait rarement de ce surrisque à leur patient, attendant également pour beaucoup (55 %) un autre FDR surajouté. Les médecins n'exprimaient pas d'appréhension notable à parler avec ces patients quand on pourrait attendre des praticiens une peur que le patient se sente stigmatisé face à l'évocation de ces risques.

Le questionnaire étant obligé de rester très général, il ne peut pas être pris en compte l'adaptation que les MG font spontanément en fonction du patient les consultant. Or, ils précisaient bien dans la seconde partie du questionnaire qu'ils adaptaient leur discours au sujet du surrisque cardiovasculaire selon les autres FDR du patient concerné pour 55 % d'entre eux. Il semble évident que le discours sur l'activité physique, l'alimentation et la gestion du poids va davantage être adressé régulièrement à un patient en surpoids ou obèse, ou à un patient avec un poids augmentant progressivement qu'à un patient de poids normal et stable. Cette différence ne peut pas être mise en évidence par un court questionnaire comme celui-ci, mais justifie au moins une partie de cet écart entre les recommandations et le suivi réalisé par les médecins avec leurs patients avec MMS.

5. Problématique de la formation en psychiatrie

Les MG répondants faisaient le constat qu'ils n'ont bénéficié d'aucune formation psychiatrique spécifique durant leur parcours professionnel pour 75 % d'entre eux. La démarche personnelle de réaliser une formation spécifique par la suite était exceptionnelle (1,96 %). De plus, le très faible taux de réponses des MG obtenu par notre étude (3,2%) dénote d'un manque d'intérêt des MG pour la spécificité de la psychiatrie. Une enquête récente réalisée en 2023 par le Collège national des universitaires de

psychiatrie (CNUP) a démontré les idées reçues dont souffre la psychiatrie et le métier de psychiatre. Les étudiants en médecine déclaraient pour 37 % « avoir peur de la psychiatrie » et 62 % la percevait comme moins prestigieuse que d'autres spécialités. Un étudiant sur 5 pensait même que les personnes avec des troubles psychiatriques sont plus souvent dangereuses. Ces clichés sont véhiculés par l'entourage des étudiants et la société dans son ensemble. (28). En Juin 2018, le ministère de la Santé annonçait dans sa « Feuille de route santé et psychiatrie » (29) vouloir favoriser un stage en santé mentale pendant le second et troisième cycle des études médicales et de médecine générale dans l'objectif de lutter contre la stigmatisation des patients suivis pour une maladie mentale chronique et mobiliser l'intérêt des médecins aux enjeux de la psychiatrie. Il avait été même question plus récemment de rendre obligatoire un stage en milieu psychiatrique mais à ce jour, dans la maquette de l'internat de médecine générale, il ne peut être réalisé que lors d'un stage libre.

Notre étude montrait que près de la moitié des MG déclarent compter moins de 10 patients atteints de MMS dans leur patientèle et la moitié entre 10 et 20. Il était exceptionnel d'en compter plus. Les praticiens sont donc peu confrontés au quotidien à la thématique des FDR CV chez ces patients. En tenant compte des estimations de prévalence dans la population générale de la schizophrénie (0,6 à 1 %) et de la maladie bipolaire (1 à 2,5 %), on peut estimer que les MG pourraient compter entre 40 et 60 patients chacun dans leur patientèle déclarée, allant de 1456 en Maine-et-Loire à 1692 en Sarthe selon les chiffres les plus récents de l'Assurance maladie en 2022 (30). Cette réflexion rejoint la problématique d'accès aux soins, donc aux MG pour ces patients. La faible sollicitation des consultations de médecine générale par les patients atteints de MMS a vraisemblablement provoqué un biais dans la déclaration de leur nombre par nos répondants.

6. Perspectives d'amélioration du suivi

Une amélioration de la communication entre les professionnels de santé évoluant autour des patients atteints de MMS était plébiscitée par les MG. Il peut être difficile pour le médecin traitant seul d'organiser une consultation tous les 3 mois en y abordant la clinique, la biologie, les règles hygiéno-diététiques. Il semble plus aisément de répartir ce riche travail avec les consultations du psychiatre et surtout l'aide d'une infirmière ASAEE ou infirmière de pratique avancée qui ont nettement plus de temps à consacrer à ces patients pour approfondir spécifiquement cet aspect de leur santé. Les MG semblent tout à fait conscients de l'apport complémentaire de professionnels infirmiers en les plaçant au second rang de leurs propositions d'amélioration.

En 2020, Frajerman and al. (31) a mis en évidence dans une revue de la littérature que des interventions précoces et pluridisciplinaires sur les comorbidités CV, particulièrement chez les jeunes patients, ayant présenté une psychose débutante ont permis de diminuer la survenue d'un syndrome métabolique et des autres FDR CV. Cette étude a montré l'intérêt pour les MG ou les psychiatres d'être proactifs dans l'optimisation du traitement psychotrope ou le bénéfice de la prescription d'un traitement par metformine. Les professionnels paramédicaux infirmiers ou diététiciens intervenaient avec eux dans un programme d'activité physique et une prise en charge hygiéno-diététique. La promotion des approches complémentaires et des innovations multidisciplinaires est un défi pour le système de soins français en difficulté sur le plan démographique et financier mais les MG ont montré leur motivation pour s'y impliquer.

La création d'une cotation spécifique de consultation de prévention CV avec ces patients recueillait une approbation mitigée (41 %) des MG, ce qui rejoignait leur désapprobation majoritaire de l'existence d'un obstacle financier du coût des soins médicaux pour les patients pour expliquer la difficulté de ce suivi.

La création de structures territoriales comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les plateformes territoriales d'appui (PTA) ou d'une fonction de « coordinateur de parcours de santé », pour organiser la prise en charge autour du patient, faciliter l'accès aux consultations médicales ou aux services sociaux recueillent une faible adhésion (27 % et 24 % respectivement). Ces actions étaient pourtant mises en avant pour améliorer la prise en charge somatique des patients touchés par une maladie mentale sévère et chronique par la HAS avec la fédération française de psychiatrie en 2015 (1). Ces actions étaient aussi reprises par la feuille de route de la psychiatrie 2018-2023 (29).

On peut expliquer ce constat avant tout par un manque de connaissance de l'existence de ces structures et de leur intérêt potentiel dans la pratique quotidienne. De plus, on peut évoquer une plainte de déconnexion de ces structures animées par des personnels administratifs où les médecins sont peu impliqués et peu concertés pour le choix des actions prioritaires à mettre en place alors qu'ils sont pourtant les 1ers acteurs du système de soins.

CONCLUSION

Notre étude a permis de démontrer un suivi correct des patients avec une MMS, qu'ils soient sous traitement antipsychotique ou non, prenant en compte leur fort surrisque sur le plan cardiovasculaire. Ces bons résultats contrastaient avec l'absence de recommandations hors traitement antipsychotique, potentiellement handicapante, et leur impression globale de formation insuffisante.

Les quelques écarts relevés (suivi à 1 mois du poids sous traitement et suivi trop rapproché à long terme du bilan lipidique) ne semblent pas entraîner un impact sur la santé de ces patients et leur pronostic CV à long terme.

Leurs freins déclarés par les MG sont très spécifiques également de cette population. En dehors du manque de temps, ils évoquaient des patients consultant peu en médecine générale et/ou en urgence uniquement, difficiles à sensibiliser et à faire adhérer aux conseils hygiéno-diététiques, en comparaison à la population générale.

Nous avons également pu mettre en évidence les demandes prédominantes des MG pour améliorer encore leur prise en charge, au sommet desquels une meilleure communication avec le psychiatre référent et l'interventions d'autres professionnels de santé type infirmière ASAEE, infirmière en pratique avancée et diététicienne.

Dans une note de cadrage de 2021 (32), la HAS s'était engagée à revoir les RBP de l'évaluation et de la prise en charge du risque CV global en médecine de 1^{er} recours d'ici 2023 mais elles ne sont pas encore publiées à ce jour. Il pourrait être intéressant de profiter de ces recommandations pour aborder le surrisque CV des patients atteints de MMS et renforcer encore la notoriété de la iatrogénie des traitements antipsychotiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique-juin-2015.pdf [En ligne]. [cité le 5 févr 2023]. Disponible: <https://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2022/01/Comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique-juin-2015.pdf>
2. [En ligne]. The Global Burden Of Disease 2004 Update; [cité le 5 févr 2023]. Disponible: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563710>
3. American Psychiatric Association, et American Psychiatric Association, éd. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM -5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013. 2013;55(3):220-3.
4. Inserm [En ligne]. Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé; [cité le 5 févr 2023]. Disponible: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>
5. Newman SC, Bland RC. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. Can J Psychiatry. 1991 May;36(4):239-45.
6. [En ligne]. Les 10 principales causes de mortalité; [cité le 29 août 2021]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
7. [En ligne]. Fouillet A, Ghosn W, Naouri D, Coudin E. Covid-19 : troisième cause de décès en France en 2020, quand les autres grandes causes baissent. Bull Épidémiol Hebd. 2022;(Cov_16):2-15. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/Cov_16/2022_Cov_16_1.html;
8. 2015-2e_Ref_Cardio_ch02_facteurs_cv.pdf [En ligne]. [cité le 5 févr 2023]. Disponible: https://www.sfc cardio.fr/sites/default/files/2019-11/2015-2e_Ref_Cardio_ch02_facteurs_cv.pdf
9. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'Encéphale. 1 sept 2009;35(4):330-9.
10. Henderson DC, Vincenzi B, Andrea NV, Ulloa M, Copeland PM. Pathophysiological mechanisms of increased cardiometabolic risk in people with schizophrenia and other severe mental illnesses. Lancet Psychiatry. mai 2015;2(5):452-64.
11. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, Van Winkel R. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, van Winkel R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. World Psychiatry 2009;8(1):15-22. World Psychiatry. févr 2009;8(1):15-22.
12. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatry. déc 2011;199(6):453-8
13. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2017 Apr;4(4):295-301.
14. Ha C, Ha C, Decool E, Chan Chee C. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(23):500-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/23/2017_23_2.html

15. Mazereel V, Detraux J, Vancampfort D, van Winkel R, De Hert M. Impact of Psychotropic Medication Effects on Obesity and the Metabolic Syndrome in People With Serious Mental Illness. *Front Endocrinol*. 9 oct 2020;11:573479.
16. American Diabetes Association, American Psychiatry Association, American Association of Clinical Endocrinologists, et al. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care* 2004;7:596–601. *J Clin Psychiatry*. 15 févr 2004;65(2):267-72.
17. De Hert M, Detraux J, van Winkel R, Yu W, Correll CU. Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nat Rev Endocrinol*. févr 2012;8(2):114-26.
18. AFSSAPS. Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques - Mise au point [Internet]. 2010. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/01/07/map-antipsychotiques.pdf>
19. Haute Autorité de Santé (HAS). Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux - état des lieux, repères et outils pour une amélioration. [Internet]. 2018 Disponible sur : www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf
20. ORS Pays de la Loire. (2023). Démographie des médecins en Pays de la Loire. Situation 2022 et évolution. #42. 12 p.
21. Haute Autorité de Santé (HAS). Fiche mémo -Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. 2016. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta_mel.pdf
22. Haute Autorité de Santé (HAS). Guide du parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte [Internet]. 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte
23. Score 2 Risk Prediction Algorithms : New Models to Estimate 10-Year Risk of Cardiovascular Disease in Europe », European Heart Journal, 2021, vol. 42, pp. 2439-2454
24. Kisely S. Excess mortality from chronic physical disease in psychiatric patients – the forgotten problem. *Can J Psychiatry*. 2010;55(12):749-51
25. Bulteau S, Le Pierres M, Artarit P, Forestier B, Michaud E, Chaslerie A, Bonnot O, Victorri-Vigneau C. Advocacy for better metabolic monitoring after antipsychotic initiation: based on data from a French health insurance database. *Expert Opin Drug Saf*. 2021 Feb;20(2):225-233.
26. Pérez-Iglesias R, Martínez-García O, Pardo-Garcia G, Amado JA, Garcia-Unzueta MT, Tabares-Seisdedos R, Crespo-Facorro B. Course of weight gain and metabolic abnormalities in first treated episode of psychosis: the first year is a critical period for development of cardiovascular risk factors. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2014 Jan;17(1):41-51.
27. Álvarez-Jiménez, M., González-Blanch, C., Crespo-Facorro, B. et al. Antipsychotic-Induced Weight Gain in Chronic and First-Episode Psychotic Disorders. *CNS Drugs* 22, 547-562 (2008).
28. Consumer Science & analytics , Collège des universitaires de psychiatrie - Baromètre d'image du métier de psychiatre. [Internet]. 2023. Disponible sur : <http://csa.eu/news/barometre-cnup-les-francais-la-psychiatrie/>

29. Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie - ministère des solidarités et de la santé
Feuille de route Santé mentale et psychiatrie. [Internet]. 2018. Disponible sur :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
30. Assurance Maladie - patientèle des médecins libéraux par département - 2017 à 2022.
[Internet]. 2024. Disponible sur :
<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/patientele-medecins-liberaux-ape-departement>
31. Frajerman, V. Morin, B. Chaumette, O. Kebir, M.-O. Krebs. Prise en charge des comorbidités cardio-vasculaires chez les jeunes patients souffrant d'une psychose débutante : état des lieux et perspectives thérapeutiques. L'encéphale, 2020, pp.S0013-70006(20)30118-4.
32. Haute Autorité de Santé (HAS). Note de cadrage - Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours.
[Internet]. 2021. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/reco404_cadrage_risque_cardiovasculaire_premier_recours_vf.pdf

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Surveillance clinique hors traitement antipsychotique et avec un traitement antipsychotique	11
Figure 2 : Surveillance du bilan biologique hors traitement antipsychotique et avec un traitement antipsychotique	13
Figure 3 : Adéquation entre le suivi proposé par les MG et les recommandations de suivi après introduction d'un traitement antipsychotique (AFFSAPS 2010) en suivi précoce et à long terme.....	15
Figure 4 : Propositions des MG pour faciliter le suivi des facteurs de risque cardiovasculaire des patients suivis pour une MMS	18

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Prévalence estimée des facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients suivis pour des troubles schizophréniques ou une maladie bipolaire	4
Tableau II : Prévalence estimée des facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients suivis pour des troubles schizophréniques ou une maladie bipolaire	10
Tableau III : Comparaison des suivis cliniques et biologiques selon les recommandations chez les patients hypertendus (HAS 2016), les patients diabétiques de type 2 (HAS 2014) et le suivi proposé par les MG interrogés	22

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	6
RÉSULTATS	9
1. Présentation de la population étudiée	9
2. Modalités du suivi des facteurs de risque cardiovasculaire.....	11
2.1. Surveillance clinique.....	11
2.2. Suivi du bilan biologique.....	12
2.3. Conseils hygiéno-diététiques.....	14
2.4. Communication du surrisque cardiovasculaire.....	14
2.5. Recours à un avis spécialisé en cas de difficulté.....	15
2.6. Adéquation entre le suivi proposé et les recommandations.....	15
3. Freins ressentis dans le dépistage et le suivi des FDR CV.....	16
3.1. Dans la pratique des médecins généralistes.....	16
3.2. Dans le système de soins.....	17
4. Perspectives d'amélioration pour la pratique des MG.....	17
DISCUSSION	19
1. Forces et limites de l'étude.....	19
2. Principaux résultats.....	20
2.1. Dépistage des FDR CV sans traitement antipsychotique.....	20
2.2. Dépistage des FDR CV avec traitement antipsychotique.....	24
3. Freins ressentis à la prise en charge des FDR CV.....	28
4. Information sur le surrisque et conseils hygiéno-diététiques.....	29
5. Problématique de la formation en psychiatrie.....	29
6. Perspectives d'amélioration du suivi.....	31
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE.....	34
LISTE DES FIGURES	37
LISTE DES TABLEAUX.....	38
TABLE DES MATIERES	39
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Questionnaire

Chères consœurs, chers confrères, Je vous invite à répondre à mon questionnaire de thèse qui interroge les pratiques de dépistage et suivi des facteurs de risque cardiovasculaire des patients suivis pour une maladie mentale sévère (troubles schizophréniques et maladie bipolaire) par les médecins généralistes de Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne. Il permettra aussi de déterminer quels sont les freins ressentis et les améliorations potentielles souhaitées par les praticiens pour les aider dans cette prise en charge. Le questionnaire vous prendra, au maximum, 10 minutes. Les résultats de l'étude pourront vous être envoyés, si vous le désirez, en m'indiquant votre adresse mail à la fin du questionnaire. Je vous remercie de votre participation et de l'intérêt que vous porterez à cette étude.

Antoine Bellenger, interne de médecine générale à Angers

QUESTIONNAIRE

Les questions suivantes concernent le recueil de données socio-démographiques :

1) Vous êtes :

- Un Homme
- Une femme

2) Concernant votre installation, vous êtes :

- Non installé
- Installé depuis moins de 5 ans
- Installé depuis 5 à 10 ans
- Installé depuis 10 à 20 ans
- Installé depuis plus de 20 ans

3) Où exercez-vous ?

- Maine et Loire
- Sarthe
- Mayenne

4) Lieu d'exercice :

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

5) Conditions d'exercice :

- Seul
- Cabinet de groupe
- Maison de santé pluridisciplinaire

6) Votre tranche d'âge :

- 25 à 35 ans
- 35 à 45 ans
- 45 à 55 ans
- 55 à 65 ans
- Plus de 65 ans

7) Avez-vous eu une formation professionnelle complémentaire en psychiatrie durant votre cursus universitaire ou parcours professionnel ?

- Non
- Oui : pendant le cursus universitaire de l'internat : stage en milieu psychiatrique
- Oui : durant le parcours professionnel : DU, DIU, etc

8) Parmi vos patients, à combien estimez-vous le nombre suivi pour une maladie mentale sévère (troubles schizophréniques et bipolaires) :

- Moins de 10 patients
- Entre 10 et 20 patients
- Plus de 20 patients

Les questions suivantes ont pour objectif d'évaluer votre pratique du dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire et du suivi métabolique des traitements antipsychotiques parmi les patients suivis pour une MMS :

1) Concernant le dépistage de l'hypertension, comment estimez-vous la fréquence de votre prise tensionnelle en consultation ?

- A toute consultation, quel que soit le motif
- Au moins une fois tous les 6 mois
- Une fois par an
- Tous les 2 ans
- A la demande du patient

1a) Et après l'introduction d'un traitement antipsychotique ?

- Au bout d'1 mois
- Au bout de 3 mois

Puis :

- Tous les ans
- Tous les 5 ans

2) Concernant la prise en charge de la dyslipidémie, comment estimez-vous la fréquence de votre prescription d'un bilan lipidique ?

- Tous les 6 mois
- Une fois par an
- Tous les 2 ans
- Entre 2 et 5 ans
- A la demande du patient

2a) Et après l'instauration d'un traitement antipsychotique ?

- Au bout d'1 mois
- Au bout de 3 mois

Puis :

- Tous les ans
- Tous les 5 ans

3) Concernant le dépistage du diabète, comment estimez-vous la fréquence de la prescription d'une glycémie à jeun ?

- Tous les 6 mois
- Une fois par an
- Tous les 2 ans
- Entre 2 et 5 ans

3a) Et après l'instauration d'un traitement antipsychotique ?

- Au bout d'1 mois
- Au bout de 3 mois

Puis :

- Tous les ans
- Tous les 5 ans

4) Concernant le tabagisme, comment estimez-vous la fréquence de votre « conseil minimal d'arrêt du tabac » ?

- Systématiquement, quel que soit le motif de consultation
- Une fois par an
- Tous les 2 ans
- Uniquement si le patient aborde le sujet

5) Concernant le surpoids et l'obésité, comment estimez-vous la fréquence de la pesée et/ou de la mesure du périmètre abdominal ?

- A chaque consultation, quel que soit le motif
- Tous les 6 mois
- Une fois par an
- Une fois tous les 2 ans

5a) Et après l'instauration d'un traitement antipsychotique :

- Au bout d'1 mois
- Au bout de 3 mois

Puis :

- Tous les 3 mois
- Tous les ans
- Tous les 5 ans

6) Concernant la sédentarité, comment estimez-vous la fréquence de votre sensibilisation à une activité physique régulière ?

- Exceptionnelle
- Une fois par an
- Une fois tous les 2 ans
- Uniquement si le patient aborde le sujet

7) Vous estimez vous bien formé aux modalités du suivi cardiovasculaire chez vos patients suivis pour une MMS, notamment en cas de prise de traitement antipsychotique au long cours ?

- Oui
- Non

8) Dans votre expérience personnelle, pensez-vous que le suivi des facteurs de risque cardio-vasculaire chez ces patients soit, par rapport à la population générale :

- Plus facile
- Ni plus, ni moins difficile
- Plus difficile
- Beaucoup plus difficile

9) Avertissez-vous ce type de patient qu'ils présentent un surrisque de maladie cardio-vasculaire par rapport à la population générale :

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Systématiquement
- en fonction des traitements qu'ils prennent (notamment en cas de prise d'antipsychotiques)
- en fonction des autres facteurs de risque cardiovasculaire qu'ils présentent

10) Est-ce qu'il vous arrive-t-il de solliciter un confrère spécialiste (psychiatre, cardiologue, diabétologue, etc.) en cas de difficulté pour le traitement des facteurs de risque cardio-vasculaire des patients suivis pour une MMS ? :

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Systématiquement

Les questions suivantes abordent vos freins éventuels dans votre pratique concernant le dépistage et le suivi des facteurs de risque cardio-vasculaires chez les patients suivis pour une MMS :

Comment évaluez-vous votre accord avec les propositions suivantes pour expliquer les freins avec ces patients à une bonne prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire dans votre pratique ?

1) Manque de temps pour aborder la prévention cardiovasculaire :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Pas du tout

2) Faible recours de ces patients à une consultation de médecine générale :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Pas du tout

3) Patients consultant essentiellement pour une problématique aigue somatique ou psychiatrique :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Pas du tout

4) Difficultés à sensibiliser ces patients à leur(s) facteur(s) de risque cardio-vasculaire :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Pas du tout

5) Inobservance aux traitements prescrits et/ou aux conseils hygiéno-diététiques :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Pas du tout

6) Craindre le sentiment de stigmatisation chez ces patients en abordant la problématique de leurs facteurs de risque cardiovasculaire (poids, tabac, alimentation, activité physique, etc...) :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Pas du tout

Comment évaluez-vous votre accord avec les propositions suivantes pour expliquer les freins à une bonne prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire des patients suivis pour une MMS dans le système de soins ?

1) Obstacle financier du coût des soins médicaux :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Pas du tout

2) Manque de communication/coordination avec le psychiatre référent (traitements prescrits, surveillance biologique, décompensation de la pathologie suivie) :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Pas du tout

3) Manque de disponibilité des consultations chez des confrères spécialistes :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Pas du tout

4) Stigmatisation de ces patients par les différents professionnels de santé du système de soins :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Pas du tout

La question suivante aborde les propositions d'améliorations qui pourraient être proposés aux médecins généralistes pour lever les freins potentiels dans cette pratique :

Parmi les propositions suivantes, Veuillez sélectionnez les 3 propositions les plus pertinentes, de votre point de vue, pour améliorer votre prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire chez vos patients suivis pour une MMS :

- 1) Création d'une cotation spécifique de consultation de prévention cardiovasculaire chez ces patients
- 2) Systématiser l'échange d'informations avec le psychiatre cardiologue référent par l'envoi systématique de courriers (nouveau médicament, effets indésirables, apparition de nouveau facteur de risque cardio-vasculaire)
- 3) Participation à des rencontres communes avec d'autres médecins généralistes ou psychiatres (groupes d'échange de pratique entre pairs, groupes qualité, etc.)
- 4) Développer la fonction de « coordinateur de parcours de santé » (care/case management) pour organiser la prise en charge autour du patient et faciliter le lien entre les différents professionnels impliqués.
- 5) Implication dans le suivi et sans avance de frais d'infirmières spécialisées (ASALEE, infirmière de pratique avancée) ou diététicienne :
- 6) Développer des structures territoriales (CPTS, PTA) pour faciliter l'accès pour ces patients à une consultation de médecine générale ou de psychiatrie/ cardiologie/diabétologie

Etat des pratiques de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients suivis pour une maladie mentale sévère

Introduction : Les patients atteints de maladies mentales sévères (MMS), définies par les troubles schizophréniques et bipolaires, présentent une prévalence plus importante de facteurs de risque cardiovasculaire (FDR CV) que à la population générale. Leurs traitements antipsychotiques, peuvent faciliter une prise pondérale significative et rapide ainsi que des troubles métaboliques, aggravant ces comorbidités. Ils présentent une réduction de l'espérance de vie de 15 à 20 ans par rapport à la population générale, liée à une fréquence accrue d'évènements CV précoces.

Méthodes : Nous avons réalisé une enquête de pratique via un questionnaire informatisé transmis à 325 médecins généralistes (MG) maîtres de stage universitaires et 1580 adhérents à l'Union Régionale des Médecins Libéraux dans la subdivision de la faculté de médecine d'Angers entre novembre 2022 et janvier 2023. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les pratiques de prise en charge des FDR CV chez leurs patients suivis pour une MMS, en l'absence de recommandations spécifiques à cette population.

Résultats : Nous avons obtenu 51 réponses complètes (3,2% des interrogés). Les MG prévoient une surveillance rapprochée, adaptée à leur surrisque CV, bien qu'ils s'estimaient mal formés aux modalités de cette prise en charge (78%). Ils contrôlaient la pression artérielle et le poids à chaque consultation (57 et 59% des MG respectivement) quelle qu'en soit le motif et prévoient une biologie annuelle avec un bilan lipidique et une glycémie à jeun (67% pour chaque dosage). Leurs conseils hygiéno-diététiques s'axaient autour d'un conseil minimal à l'arrêt du tabac à toute consultation (47%) et une sensibilisation à l'activité physique annuelle. La surveillance post-introduction d'un traitement antipsychotique était globalement conforme aux recommandations hormis un déficit de surveillance pondérale précoce à 1 mois et un suivi annuel trop rapproché du bilan lipidique. Un faible recours aux consultations de médecine générale et essentiellement pour des pathologies aigues étaient les obstacles principaux ressentis par les MG.

Conclusion : La prise en charge des FDR CV des patients atteints de MMS est globalement bien réalisée par les MG. Une communication plus systématique avec leurs confrères et l'assistance de tiers paramédicaux seront les actions à prioriser pour améliorer cette prise en charge selon les souhaits exprimés des MG.

Mots-clés : Maladies mentales sévères, facteurs de risque cardiovasculaire, antipsychotiques, troubles métaboliques

State of practice in management of cardiovascular risk factors in patients with severe mental illness

Introduction : Patients with severe mental illness (SMI), defined by schizophrenia and bipolar disorders, have a higher prevalence of cardiovascular risk factors (CV RFs) than the general population. Their antipsychotic treatments can facilitate significant and rapid weight gain as well as metabolic disorders, aggravating these comorbidities. They present a decreased life expectancy of 15 to 20 years compared to the general population, related to an increased frequency of early CV events.

Methods : We performed a practice survey via a computerized questionnaire sent to 325 general practitioners (GPs) university internship supervisors and 1580 members of the Regional Union of Liberal Doctors in the subdivision of the Angers faculty of medicine between November 2022 and January 2023. The main objective of our study was to evaluate the management practices of CV RFs among their patients followed for SMI, in the absence of specific guidelines for this population.

Results : We obtained 51 complete responses (3.2% of response rate). The GPs planned close monitoring, adapted to their CV high risk, even if they considered themselves poorly trained in the modalities of this care (78%). They checked blood pressure and weight at each consultation (57 and 59% of GPs respectively) whatever the reason and planned an annual biology with a lipid profile and fasting blood sugar (67% for each dosage). Their dietary and lifestyle advice focused on smoking cessation counselling at any consultation (47%) and an annual awareness of physical activity. Monitoring post-introduction of antipsychotic treatment was generally in compliance with guidelines except a lack of early weight monitoring at 1 month and a too close annual monitoring of lipid profile. Low recourse to general medicine consultations and mainly for acute pathologies were the main obstacles felt by GPs.

Conclusion : The management of CV RFs in patients with SMI is generally well carried out by GPs. More systematic communication with their colleagues and the paramedical practitioners assistance will be the prioritized actions to improve this care according to the expressed wishes of GPs.

Keywords : Severe mental illness, cardiovascular risk factors, antipsychotics, metabolic disorders