

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'Etat
Par

BOUCHARD Chloé
Née le 11 septembre 1983 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le lundi 28 octobre 2013

Dépistage en soins primaires des facteurs de risque
cardio-vasculaire d'une population de patients atteints de
troubles dépressif récurrent et bipolaire

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Membres du jury : Monsieur le Professeur Denis ANGOULVANT
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Madame le Docteur Mélanie BIOTTEAU
Madame le Docteur Clarisse DIBAO-DINA

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Professeur André GOUAZE - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER - Ph. BAGROS - G. BALLON - P. BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER - J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER - A. GOUAZE - M. JAN - P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J.
LANSAC - J. LAUGIER - G. LELOD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E.H.
METMAN - J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
RAYNAUD - J.C. ROLLAND - Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.
SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmannel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORNIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière

	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
MM.	GIRAudeau Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

<i>Pour l'Ecole d'Orthophonie</i>		
Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

<i>Pour l'Ecole d'Orthoptie</i>		
Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

<i>Pour l'Ethique Médicale</i>		
Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Messieurs les Professeurs Denis ANGOULVANT et Emmanuel RUSCH,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à la médecine générale. Soyez assurés de mes sentiments respectueux.

A Madame le Docteur Clarisse DIBAO-DINA,

Tu me fais l'honneur de juger ce travail. Sois assurée de ma reconnaissance pour cela ainsi que pour la qualité de ton investissement dans la promotion de l'enseignement et de la recherche en médecine générale.

A Madame le Docteur Mélanie BIOTTEAU,

Tu m'as fait l'honneur de diriger ma thèse. Je te remercie pour l'intérêt que tu as immédiatement accordé à ce projet, pour ta disponibilité, tes encouragements et ton soutien. Reçois ici le témoignage de ma sympathie et de ma sincère gratitude.

A Madame Anne-Isabelle LECUYER,

Un grand merci pour ta collaboration dans ce travail et ton aide méthodologique et statistique.

Aux secrétaires des services de psychiatries et des CMP,

Merci d'avoir préparé les dossiers des patients et de m'avoir aidé dans le recueil de données.

A tous les médecins généralistes de l'Indre-et-Loire qui m'ont reçu,

Merci pour le temps que vous m'avez accordé, sans votre participation ce travail n'aurait pas été réalisable.

Dédicaces

A ma famille,

A mes parents,

Pour votre amour, votre présence, pour avoir toujours su m'accompagner et être là quand il le fallait et pour m'avoir soutenu dans mes projets. Je vous aime très fort.

A ma sœur Ariane, et à mon frère Régis,

Pour notre complicité et toutes nos tendres chamailleries. Merci aussi Ariane pour la relecture de ce travail ; ce sera bientôt à mon tour de te rendre la pareille, bon courage !

A Thomas,

Pour ton amour, ta présence et ta patience. Tu me fais avancer chaque jour vers un peu plus de sérénité et depuis 7 ans « on s'entend plutôt bien n'est-ce pas? ». Merci aussi pour ta relecture appliquée de ce travail.

Au reste de ma famille,

Notamment à mes grands-parents, Caty et Gérard, Danielle et René qui vous êtes régulièrement tenus informés de l'évolution de mes études. Recevez toute mon affection.

A tous mes amis du lycée, de l'université et d'ailleurs,

Pour avoir toujours été présents, pour votre écoute, et pour tous les bons moments passés ensemble. Merci Laurène pour ton soutien quand on partait de bon matin à bicyclette...

C'est toujours un plaisir de vous revoir.

Aux médecins et professionnels de santé que j'ai rencontrés pendant mes études, et à ceux que je côtoie à présent pendant mes remplacements,

Pour ce que vous m'avez appris.

Titre, résumé, mots clés

Dépistage en soins primaires des facteurs de risque cardio-vasculaire d'une population de patients atteints de troubles dépressif récurrent et bipolaire

Résumé

Contexte : les patients atteints de maladies mentales sévères (MMS, principalement schizophrénie et troubles de l'humeur) sont exposés à un sur-risque de morbidité et mortalité cardio-vasculaire et il a été proposé de dépister rigoureusement les facteurs de risque cardio-vasculaire (FRCV) chez ces patients. Néanmoins, l'application du dépistage des FRCV en soins primaires dans cette population est mal connue.

Objectif : comparer le dépistage des FRCV, en médecine générale, entre un groupe de patients avec trouble bipolaire (TBP) ou trouble dépressif récurrent (TDR) et un groupe contrôle.

Méthode : étude cas-témoin menée par analyse rétrospective des dossiers de 49 patients avec TDR ou TBP et 49 témoins suivis par 41 médecins généralistes (MG) de l'Indre-et-Loire. Les critères de jugement principaux étaient : antécédents cardio-vasculaires familiaux, statut tabagique, poids, indice de masse corporelle, pression artérielle, prescriptions ou résultats de la cholestérolémie et de la glycémie.

Résultats : les antécédents cardio-vasculaires familiaux des patients avec TBP ou TDR étaient moins fréquemment renseignés ($OR=0,43[0,19-0,98]$, $p=0,04$). Il n'y avait pas d'autre différence significative sur les critères de jugement principaux.

Conclusions : nos résultats suggèrent que les patients avec TBP et TDR sont globalement aussi bien dépistés que la population générale. Si ces résultats semblent satisfaisants, les patients avec MMS devraient toutefois bénéficier d'un dépistage plus attentif aux vues des recommandations d'experts.

Mots clés :

Prévention - Dépistage - Facteur de risque cardio-vasculaire - trouble bipolaire - trouble dépressif récurrent - soins primaires.

Title, abstract, keywords

Cardiovascular risk factors screening in patients with bipolar or recurrent depressive disorder in primary care

Abstract

Background: patients with severe mental illness (SMI, mainly schizophrenia and mood disorders) are exposed to excess risk of cardiovascular morbidity and mortality, and it has been suggested that these patients should have more rigorous cardiovascular risk factors (CVRF) screening. Yet, enforcing the CVRF screening in this population in primary care is not well known.

Objective: to compare the CVRF screening, in primary care, between a group of patients with bipolar disorder (BD) or recurrent depressive disorder (RDD) and a control group.

Methods: case-control study with retrospective analysis of medical records of 49 patients with BD or RDD and 49 controls followed by 41 general practitioners (GP) in the Indre-et-Loire area. The principal outcomes were: family history of cardiovascular disease, smoking status, weight, body mass index, blood pressure, blood test prescriptions or results for cholesterol and glycemia.

Results: family history of cardiovascular disease was less recorded in patients with BD or RDD (OR=0,43[0,19-0,98], p=0,04). There was no other significant difference about the principal outcomes.

Conclusions: our results suggest that the screening is performed quite as well in patients with BD and RDD as in the general population. However satisfying these results seem to be, patients with SMI should receive a more careful screening, as recommended by experts, though.

Keywords:

Prevention – Screening - Cardiovascular risk factor – Bipolar disorder – Recurrent depressive disorder - Primary care.

Table des matière

I	INTRODUCTION	16
I.1	LE DEPISTAGE DES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES EN POPULATION GENERALE	16
I.2	LE DEPISTAGE DES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES MENTALES SEVERES	17
I.3	LES TROUBLES DE L'HUMEUR EXPOSENT A UN SUR-RISQUE DE PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES	17
I.4	LE PROBLEME DU DEPISTAGE EN SOINS PRIMAIRES DANS CETTE POPULATION EXPOSEE	19
I.5	HYPOTHESE ET OBJECTIF	20
II	MATERIEL ET METHODES	21
II.1	TYPE D'ETUDE	21
II.2	RECRUTEMENT ET IDENTIFICATION DES POPULATIONS	22
II.2.1	DETERMINATION DES CAS POTENTIELS	22
II.2.2	CRITERES D'INCLUSION DES MEDECINS GENERALISTES	22
II.2.3	CRITERES D'INCLUSION DES CAS	23
II.2.4	CRITERES D'EXCLUSION DES CAS	23
II.2.5	CRITERES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION DES TEMOINS	23
II.3	VARIABLES	24
II.3.1	COLLECTE DES DONNEES	24
II.3.2	VARIABLES ETUDIEES	24
II.4	ANALYSES DES DONNEES	27
III	RESULTATS	29
III.1	CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON	29
III.1.1	DETERMINATION DES CAS POTENTIELS DE PATIENTS DEPRESSIFS RECURRENTS ET BIPOLAIRES	29
III.1.2	DETERMINATION DES CAS ELIGIBLES	29
III.1.3	CONTACT AVEC LES MEDECINS GENERALISTES	30
III.2	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DES PATIENTS	32
III.3	DEPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE	33
III.4	RESULTATS DES ANALYSES SUR LES VARIABLES SECONDAIRES	35

III.4.1	NOMBRE DE CONSULTATIONS	35
III.4.2	ANTECEDENTS ET EXAMENS MEDICAUX PARTICULIERS	35
III.4.3	TRAITEMENT PAR ANTIPSYCHOTIQUE DE SECONDE GENERATION (UNIQUEMENT CHEZ LES CAS)	37
III.5	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DES MEDECINS GENERALISTES	39
III.5.1	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET D'EXERCICE DES MEDECINS GENERALISTES	39
III.5.2	DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES	40
IV	DISCUSSION	42
IV.1	DISCUSSION DES RESULTATS	42
IV.1.1	LE DEPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE	42
IV.1.2	LA REPRESENTATIVITE DES GROUPES	44
IV.1.3	PARTICIPATION DES MG ET ACCES AUX DOSSIERS	45
IV.2	DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE	46
IV.2.1	FAISABILITE ET PUISSANCE DE L'ETUDE	46
IV.2.2	DISCUSSION DU CHOIX DES VARIABLES	47
IV.3	LES PISTES DEGAGEES PAR L'INTERROGATOIRE DES MEDECINS GENERALISTES	48
V	CONCLUSION	50
VI	BIBLIOGRAPHIE	52
VII	ANNEXES	57
ANNEXE 1 - SYNTHESE DES CONDITIONS DE DEPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (FRCV) D'APRES LES RECOMMANDATIONS NATIONALES ET EUROPEENNES.		57
ANNEXE 2 - SYNTHESE DE RECOMMANDATIONS D'EXPERTS CONCERNANT LE DEPISTAGE INITIAL ET LE SUIVI DES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (FRCV) DES PATIENTS PRESENTANT UNE MALADIE MENTALE SEVERE (SCHIZOPHRENIE, TROUBLE BIPOLAIRE, TROUBLE DEPRESSIF RECURRENT OU PATIENT SOUS ANTIPSYCHOTIQUE DE SECONDE GENERATION OU APA).		58
ANNEXE 3 - COURRIER PRESENTANT LE PROJET, ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES		60
ANNEXE 4 - QUESTIONNAIRES DES CAS, DES TEMOINS ET DES MEDECINS GENERALISTES.		61
ANNEXE 5 – REPONSES DES MEDECINS GENERALISTES (MG) CONCERNANT LES « AUTRES DIFFICULTES » QU'ILS RENCONTRENT AU COURS DU SUIVI MEDICAL DES PATIENTS PRESENTANT UN TROUBLE DEPRESSIF RECURRENT (TDR) OU UN TROUBLE BIPOLAIRE (TBP).		68

**ANNEXE 6– MODELE DE LETTRE INFORMANT LES MEDECINS GENERALISTES SUR LE DEPISTAGE DES FACTEURS DE
RISQUE CARDIO-VASCULAIRE CHEZ LES PATIENTS AVEC TROUBLES CHRONIQUES DE L’HUMEUR**

77

ANNEXE 7 - PROPOSITION DE DOCUMENT COMPLEMENTAIRE AU COURRIER ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES

78

Tables des documents

Table des figures

Figure 1 - Calendrier du déroulement de l'étude.	21
Figure 2 - Effectif total des cas éligibles et non éligibles et causes de non inclusion ou d'exclusion des cas non éligibles.	30
Figure 3 – Effectif total des cas inclus et non inclus après contact auprès des médecins généralistes et causes des non inclusions et des exclusions des cas.	31
Figure 4 – Procédure de recrutement des cas et des témoins.	32
Figure 5 – Proportions des patients de chaque groupe ayant été dépistés pour chacune des variables du dépistage des FRCV (variables principales).	34
Figure 6 - Proportions de patients de chaque groupe pour chacune des variables pouvant influencer la mise en œuvre d'une stratégie d'évaluation du risque cardio-vasculaire.	36
Figure 7 – Proportions des patients du groupe cas dépistés pour chaque FRCV selon qu'ils sont traités ou non par APA (informations renseignées dans les dossiers médicaux, au cours de la période de suivi 2009-2012).	38

Table des tableaux

Tableau 1 - Comparaison des caractéristiques socio-démographiques des cas et des témoins.	33
Tableau 2 - Proportions de patients de chaque groupe ayant bénéficié d'un dépistage des FRCV et comparaison du dépistage par le calcul des Odds ratio pour chaque variable principale (informations renseignées dans les dossiers médicaux, au cours de la période de suivi 2009-2012).	35
Tableau 3 - Comparaison entre le groupe des cas et le groupe témoins de variables pouvant influencer la mise en œuvre d'une stratégie d'évaluation du RCV (informations renseignées dans les dossiers médicaux au cours de la période de suivi 2009-2012).	36
Tableau 4 - Proportions et Odds ratio comparant les patients bipolaires (TBP) et les patients dépressifs récurrents (TDR) ayant été traités par au moins un APA (informations renseignées dans les dossiers médicaux, au cours de la période de suivi 2009-2012).	37
Tableau 5 - Comparaison du dépistage des FRCV pour chaque variable principale chez les patients du groupe cas en fonction du traitement reçu (APA versus pas d'APA, informations renseignées dans les dossiers médicaux, au cours de la période de suivi 2009-2012).	38
Tableau 6 - Caractéristiques sociodémographiques et d'exercice des médecins généralistes.	39
Tableau 7 - Difficultés rencontrées par les médecins généralistes au cours de la prise en charge des patients atteints de TDR et de TBP.	40

Liste des abréviations

Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA	Antipsychotique de seconde génération (ou antipsychotique atypique)
ATCD	antécédents
ATCD CV familiaux	antécédents cardio-vasculaires familiaux
CHRU	centre hospitalier régional universitaire
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10e révision
CMU	couverture maladie universelle
DPP	dossiers patients personnalisés
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e revision
EDM	épisode dépressif majeur
ESC	Société Européenne de Cardiologie (European Society of Cardiology)
FRCV	facteurs de risque cardio-vasculaire
HTA	hypertension artérielle
IMC	indice de masse corporelle
MG	médecin(s) généraliste(s)
MMS	maladie mentale sévère
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OR	Odds ratio
PA	pression artérielle
PCV	pathologies cardio-vasculaires
RCV	risque cardio-vasculaire
TBP	trouble bipolaire
TCH	troubles chroniques de l'humeur
TDR	trouble dépressif récurrent

I Introduction

I.1 Le dépistage des pathologies cardio-vasculaires en population générale

Le dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire (FRCV) et des pathologies cardio-vasculaires (PCV) est un enjeu de santé publique. En effet, selon l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), en 2004, le dépistage doit permettre « d'éviter, de limiter ou de retarder le développement d'une pathologie cardio-vasculaire (prévention primaire) » (1), PCV dont l'impact est considérable à au moins 4 niveaux :

1) elles sont fréquentes, une estimation publiée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), sous l'égide du ministère des affaires sociales et de la santé indiquait que 214 000 personnes ont été hospitalisées pour cardiopathie ischémique en France en 2008 (2),

2) elles sont graves et selon les données de cette même estimation, les cardiopathies ischémiques représentent 27,5% de la mortalité totale, soit la 2^e cause de mortalité après les tumeurs (2),

3) elles sont associées à un taux élevé de handicap et les experts de l'OMS considèrent que les cardiopathies ischémiques et les pathologies cérébro-vasculaires constituent les deux premières causes de handicap en Europe, tel qu'évalué par l'indice du DALYs¹ (3)

4) elles sont associées à un fort impact économique, la Drees ayant évalué que les maladies de l'appareil circulatoire constituent le groupe de maladies le plus important en termes de dépenses en 2002 (4).

Au regard de l'ampleur du problème, des recommandations nationales (1)(5)(6)(8) (9)(10) et européennes (11) (Annexe 1) pour le dépistage des FRCV ont été diffusées et

¹ DALYs (disability-adjusted life years) ou AVAIs (années de vie ajustées sur l'incapacité) est un indicateur créé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1994 qui vise à quantifier, dans une population, le nombre d'années de vie en bonne santé perdues du fait d'une mort prématurée ou d'une incapacité.

l'évolution de la prévention primaire a certainement contribué à réduire la mortalité par cardiopathie ischémique. En effet, associé aux effets de la recherche, notamment dans le domaine thérapeutique, la mortalité a diminué de 23% entre 1990 et 2008 (2).

I.2 Le dépistage des pathologies cardio-vasculaires des patients atteints de maladies mentales sévères

Plus récemment le dépistage des PCV est devenu une préoccupation pour la population des patients présentant des troubles psychiatriques, en particulier les patients atteints de maladie mentale sévère (MMS). Le terme de MMS (en anglais : severe mental illness, ou severe mental disorder) désigne dans la littérature des troubles psychiatriques non organiques, chroniques à l'origine de répercussions sévères, notamment sur le handicap. Les MMS concernent principalement la schizophrénie et les troubles de l'humeur (définition publiée par le National Institute of Mental Health (1987), (12)). Or, les MMS exposent à un sur-risque de mortalité par PCV. Plusieurs études ont montré que les MMS multiplient le risque de décès prématuré par 2 (13) (14), les causes naturelles, notamment cardiaques et cérébro-vasculaires, arrivant en tête, devant le suicide (14). Ces données ont conduit certains auteurs à publier des recommandations sur le suivi somatique des patients atteints de MMS.

Il a ainsi été proposé des programmes de suivi des FRCV incluant un dépistage initial et un suivi plus régulier que celui de la population générale (15)(16)(17) (Annexe 2). Néanmoins, ces programmes n'ont pas fait l'objet d'un consensus national et restent pour le moment des recommandations d'experts.

I.3 Les troubles de l'humeur exposent à un sur-risque de pathologies cardio-vasculaires

Les troubles de l'humeur regroupent un ensemble hétérogène de syndromes cliniques mais les présentations les plus fréquentes et les plus consensuelles sont celles de l'épisode dépressif majeur (EDM), du trouble dépressif récurrent (TDR) et du trouble

bipolaire (TBP). En France en 2010, la prévalence de l'EDM au cours des 12 derniers mois s'élevait à 7,8% (personnes âgées de 15 à 75 ans)(2). Si l'EDM peut rester isolé, 50% des patients ayant fait un EDM rechuteront un jour, de même que 70% de ceux qui ont fait deux épisodes et 90 % de ceux qui en ont fait trois (17 §13). Ces récurrences, séparées d'un intervalle libre d'au moins deux mois, définissent le TDR selon les classifications internationales (codé F33 pour la CIM-10² et le 296.3 pour le DSM-IV³), et en font donc un trouble chronique. En terme de handicap, le TDR est en Europe la 3^e cause de DALYs, donc juste derrière les cardiopathies ischémiques et les pathologies cérébro-vasculaires (3). Le TBP (codé F31 pour la CIM-10 et 296.5 pour le DSM-IV) est également un trouble chronique et se caractérise par une alternance d'épisodes maniaques ou hypomaniaques et d'épisodes dépressifs.

Récemment, les experts du Global Burden of Disease (19), associés à l'OMS, ainsi que les experts de la Société Européenne de Cardiologie (ESC) (11) ont considéré que les preuves étaient suffisamment robustes pour considérer la dépression comme un facteur de risque indépendant pour les cardiopathies ischémiques, à la fois parce qu'elle favorise leur survenue et en aggrave le pronostic. De plus, il y aurait un effet dose de cette association, de sorte que la sévérité et la durée de la dépression seraient associées à un risque cardiovasculaire (RCV) plus élevé (19). En outre, la puissance de cette association serait comparable à celle du tabac, de l'hypertension et de l'obésité, faisant de la dépression un nouveau FRCV puissant avec un risque relatif de survenue d'un infarctus du myocarde variant selon les études entre 1.57 et 2.69 (19) et il a été montré qu'elle doublait la mortalité dans les années suivant un infarctus du myocarde (14). De même le TBP augmenterait de 2 à 3 fois le risque de survenue de coronaropathie (13).

Cependant, le mécanisme du lien entre PCV et troubles de l'humeur reste à élucider. Le mode de vie des patients atteints de TBP et de TDR avec surconsommation de tabac et d'alcool, régime alimentaire déséquilibré et sédentarité serait impliqué dans l'apparition des PCV (14)(20)(21). Toutefois, l'association trouble de l'humeur/PCV demeure significative après contrôle de ces facteurs liés au mode de vie et de certains FRCV (pression artérielle et cholestérolémie)(19). Par ailleurs, les psychotropes, notamment les antidépresseurs

² CIM-10: Classification internationale des maladies, 10e révision.

³ DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e revision.

tricycliques et antipsychotiques de seconde génération (APA), favoriseraient la survenue de PCV (11)(13)(19). Enfin, certains mécanismes physiopathologiques ont été impliqués à la fois dans les troubles de l'humeur et les PCV et expliqueraient leur association. Les pistes les plus robustes concernent la dysrégulation du système nerveux autonome (diminution de la variabilité de la fréquence cardiaque), la dysfonction de l'axe corticotrope, la dysfonction endothéliale et les phénomènes inflammatoires agissant sur l'hémostase et la perfusion myocardique (11)(19)(20).

I.4 Le problème du dépistage en soins primaires dans cette population exposée

Une autre piste envisageable pouvant rendre compte de cette association trouble de l'humeur/PCV, est celle d'un dépistage insuffisamment réalisé dans cette population pourtant à risque. Un dépistage, en effet, trop peu fréquent, ne permettrait pas une optimisation de la prise en charge des FRCV, et conforterait l'association trouble de l'humeur/PCV.

Or, comme le montre une enquête nationale conduite par la Drees fin 2011 (23), 72% des médecins généralistes (MG) ont déclaré prendre en charge chaque semaine au moins un patient présentant une souffrance psychique, notamment des troubles de l'humeur puisque 95% des MG déclaraient avoir vu chaque mois au moins un patient présentant un état dépressif et 45% au moins un patient présentant un trouble bipolaire (TBP). Les MG sont donc particulièrement impliqués dans la prise en charge des patients souffrant de troubles de l'humeur et ils sont probablement en première ligne du dépistage des PCV.

Pourtant et alors même que des études suggèrent un suivi renforcé des FRCV, aucune étude n'a, à notre connaissance, évalué la qualité du dépistage des FRCV des patients atteints de troubles de l'humeur en France. Au Royaume-Uni, une étude a évalué le dépistage des FRCV mais uniquement chez des patients schizophrènes (24). Comparés à la population générale, il a été montré que les dépistages de la pression artérielle (PA) et du cholestérol étaient moitié moins réalisés (OR 0,43, $p < 0,01$ et OR 0,46, $p = 0,02$). Ce résultat conforte l'hypothèse que le défaut de dépistage des FRCV en soins primaires pourrait être responsable en partie de la surmortalité d'origine cardio-vasculaire des patients

schizophrènes. Aucune donnée à ce jour ne permet d'étayer cette même hypothèse pour les patients souffrant de troubles de l'humeur.

I.5 Hypothèse et objectif

Notre hypothèse est que les patients atteints de troubles chroniques de l'humeur (TCH) sont moins dépistés pour les FRCV comparativement aux patients issus de la population générale.

L'objectif de l'étude était de comparer le dépistage des FRCV en médecine générale entre un groupe de patients atteints de TDR ou de TBP et un groupe contrôle. Notre objectif n'était pas de déterminer la qualité du dépistage conformément aux recommandations nationales (ou d'experts sur les MMS) mais bien d'évaluer la différence d'application du dépistage entre ces groupes.

Question

Y a-t-il une différence en termes d'application du dépistage des FRCV, par les MG de l'Indre et Loire, entre les patients atteints de TDR ou de TBP et la population générale ?

II Matériel et méthodes

II.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude d'évaluation des pratiques professionnelles des MG du département d'Indre-et-Loire à travers une analyse cas-témoin afin de comparer le dépistage de FRCV entre une population de patients atteints de troubles chroniques de l'humeur (TDR et TBP) et une population générale, entre le 1^{er} mai 2009 et le 30 avril 2012 (3 années de période de suivi). Le recrutement des MG et l'analyse des dossiers ont été effectués entre le 14 juin et le 14 décembre 2012 (6 mois) (Figure 1).

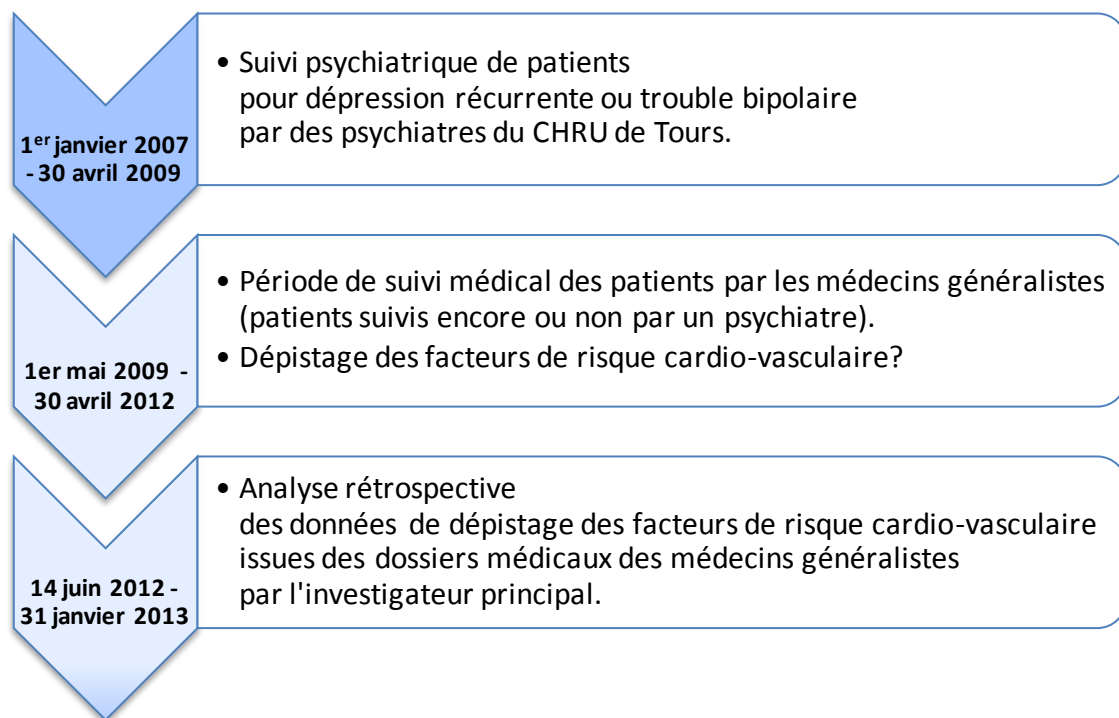


Figure 1 - Calendrier du déroulement de l'étude.

II.2 Recrutement et identification des populations

II.2.1 Détermination des cas potentiels

Le manque de données de la littérature ne nous permettait pas de faire un calcul d'effectif fiable.

Nous avons sélectionné une file de patients dépressifs récurrents et bipolaires ayant été suivis au moins une fois en consultation de psychiatrie du CHRU de Tours entre 2007 et avril 2009. Nous avons établi une liste de patients par requête à l'aide du logiciel CORA® du CHRU de Tours en associant les variables : identifiant patient (nom, prénom), date de naissance, unité d'entrée, code diagnostic du CIM-10 correspondant au TDR et au TBP (catégories F33.x ou F31.x), années de suivi (de 2007 à avril 2009), identifiant du dossier médical, nombre de consultations en psychiatrie. Nous avons sélectionné l'ensemble des sujets présentant, sur la période de suivi psychiatrique, un code diagnostic CIM- 10 de TDR ou de TBP (catégories F33.x ou F31.x) dans les services de consultation du CHRU de Tours. L'ensemble des patients répondant à ces critères a été retenu et ils ont été considérés comme des cas potentiels.

Il a été ensuite nécessaire de retrouver l'identité des MG des cas potentiels, par l'examen des dossiers hospitaliers (dossiers patients personnalisés, DPP, et si besoin dossiers papiers des services de psychiatrie) afin de désigner un groupe de cas éligibles.

II.2.2 Critères d'inclusion des médecins généralistes

Les MG ont été inclus s'ils étaient déclarés comme médecins traitants ou s'ils suivaient habituellement, depuis au moins le 1^{er} mai 2009, un ou plusieurs cas éligible(s).

Les MG ont été contactés par courrier (Annexe 3) présentant le projet (à partir du 14 juin 2012), puis par un ou plusieurs appels téléphoniques (directement auprès des MG ou par l'intermédiaire de leur secrétariat), jusqu'à obtention d'une réponse (jusqu'au 14 décembre 2012). Le contact téléphonique permettait de connaître l'avis de chaque médecin pour participer à l'étude et de fixer un rendez-vous pour une rencontre à leur cabinet.

II.2.3 Critères d'inclusion des cas

Les critères d'inclusion des cas étaient les suivants :

- âge 45-65 ans sur la période de suivi médical: au moins 45 ans au 1^{er} mai 2009 (né avant le 1^{er} mai 1964), au plus 65 ans au 30 avril 2012 (né après le 30 avril 1947) ;
- diagnostic de TDR ou de TBP ayant été porté par un psychiatre du CHRU de Tours avant le 1^{er} mai 2009 (avant la période correspondant au suivi médical);
- quelque soit l'ancienneté et la sévérité de la pathologie.

II.2.4 Critères d'exclusion des cas

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- antécédent (ATCD) personnel d'un trouble psychotique ;
- ATCD personnel d'une démence ;
- ATCD personnel d'une PCV (infarctus du myocarde, insuffisance coronarienne) ou ATCD personnel d'une pathologie cérébro-vasculaire connues avant le 1^{er} mai 2009 ;
- ATCD de diabète (type 1 ou 2) connu avant le 1^{er} mai 2009 ;
- patient ayant débuté le suivi chez le MG après le 1^{er} mai 2009 (période de suivie incomplète);
- patient n'ayant pas consulté son MG au cours des 3 années de la période de suivi (1^{er} mai 2009-30 avril 2012) ou décédé au cours de cette période (même remarque que précédemment).

Nous n'avons pas inclus les patients atteints des troubles de l'humeur suivants : épisode maniaque (codé F30), épisode dépressif (codé F32), troubles de l'humeur persistants (codés F34), autres troubles de l'humeur (F38) et troubles de l'humeur sans précision (F39), qui ne répondent pas nécessairement aux critères définissant une MMS.

II.2.5 Critères d'inclusion et de non inclusion des témoins

Pour chaque cas nous avons recruté un témoin, chez le même MG, en choisissant le dernier patient vu en consultation par ce médecin (le jour même de la rencontre avec

l'investigateur ou éventuellement quelques jours avant celle-ci). Chaque témoin était un sujet contrôle d'un patient cas, apparié sur l'âge et le genre. Il répondait aux critères d'exclusion des cas mais ne devait pas avoir d'ATCD de TDR ou de TBP.

II.3 Variables

II.3.1 Collecte des données

Les données ont été recueillies rétrospectivement dans les dossiers médicaux (papier et/ou électronique) des MG. La période de suivi était comprise entre le 1^{er} mai 2009 et le 30 avril 2012. Toutes les données ont été colligées par le même investigateur, au cabinet médical, en présence ou non du MG.

Trois questionnaires ont été soumis : un questionnaire pour le cas, un questionnaire pour le témoin et un questionnaire pour le MG (Annexe 4).

II.3.2 Variables étudiées

II.3.2.1 Variables principales

Choix des variables principales

Pour notre étude nous avons considéré le dépistage des variables suivantes:

- ATCD familiaux d'accidents cardio-vasculaires précoces (ATCD CV familiaux : ATCD de mort subite ou d'infarctus du myocarde avant 55 ans chez le père ou chez un parent de 1^{er} degré de sexe masculin, ou avant 65 ans chez la mère ou chez un parent de 1^{er} degré de sexe féminin, ou un ATCD d'accident vasculaire cérébral constitué avant 45 ans),
- tabagisme (actuel ou sevré depuis moins de 3 ans),
- poids,
- indice de masse corporelle (IMC),
- pression artérielle (PA),
- prescription ou résultat d'un bilan biologique évaluant la cholestérolémie (cholestérolémie totale ou évaluation d'une anomalie lipidique),

- prescription ou résultat d'un bilan biologique évaluant la glycémie à jeun.

Codage des variables principales

Dans la mesure où l'objectif n'était pas de savoir si les patients présentaient un ou des FRCV mais plutôt de savoir si le FRCV avait été dépisté et renseigné dans le dossier médical, nous avons déterminé un codage particulier pour nos variables principales:

- la valeur « 0 » a été appliquée lorsque la variable n'était pas renseignée dans le dossier médical ;
- la valeur « 1 » a été appliquée lorsque la variable était renseignée ;
- concernant les variables « ATCD CV familiaux » et « tabagisme », la valeur « 1 » a été appliquée lorsque la variable était renseignée et qu'elle était en faveur d'un RCV (« renseigné et antécédent positif » ou « renseigné et patient fumeur ») et la valeur « 2 » a été appliquée lorsque la variable était renseignée mais qu'elle n'était pas en faveur d'un RCV (« renseigné et antécédent négatif » ou « renseigné et patient non fumeur »). Cette distinction a été apportée afin de ne pas confondre au cours de l'entretien l'absence de renseignement de la variable (« 0 ») de la variable renseignée comme non à risque (« 2 »).

II.3.2.2 Facteurs susceptibles d'influencer l'évaluation du risque cardio-vasculaire

Les variables suivantes ont été recueillies car elles étaient susceptibles d'influencer l'évaluation du RCV :

- le nombre de consultations sur la période de suivi ;
- la délivrance de certificat de sport ;
- la prescription d'une contraception hormonale ou d'un traitement hormonal substitutif (pour les femmes uniquement) ;
- la réalisation d'un bilan de santé par la médecine du travail ou par un organisme d'assurance ;
- le suivi par un cardiologue ;
- les antécédents personnels d'hypertension artérielle (HTA), de dyslipidémie et d'obésité (pouvant être renseignés et/ou connus avant le 1^{er} mai 2009) ;

- la prescription d'un antipsychotique de seconde génération (APA: Amisulpride, Aripiprazole, Clozapine, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone) au cours de la période de suivi (traitement prescrit par le MG ou connu du MG, uniquement pour les cas) ;
- des données sociodémographiques: patient vivant ou non en couple, patient bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU), patient sous tutelle ou curatelle (données du dossier ou avis déclaratif du MG).

II.3.2.3 Autres variables

Concernant les patients

Nous avons également recueilli :

- le code diagnostic CIM-10 des cas a été répertorié permettant de distinguer deux sous-groupes parmi les cas : sous-groupe de patients atteints de TBP ou sous-groupe « F31 » et sous-groupe de patients atteints de TDR ou sous-groupe « F33 » ;
- le genre, nécessaire à l'appariement du cas et du témoin,
- l'âge, nécessaire à l'appariement du cas et du témoin a été divisé en 4 classes d'âge pour faciliter les appariements (âge au 1^{er} mai 2009) :
 - classe 1= 45-49 ans (1^{er} mai 1960-30 avril 1964),
 - classe 2= 50-54 ans (1^{er} mai 1956-30 avril 1960),
 - classe 3= 55-59 ans (1^{er} mai 1951-30 avril 1956),
 - classe 4= 60-65 ans (1^{er} mai 1947-30 avril 1951).

Concernant les médecins généralistes

Certaines caractéristiques des MG ont été recueillies :

- l'ancienneté d'exercice (à partir de l'année de soutenance de thèse),
- le lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain),
- l'utilisation ou non d'un outil d'évaluation du RCV.

Dans la 2^e partie du questionnaire adressé aux MG nous avons recueilli des données décrivant les difficultés rencontrées par les MG lors de la prise en charge somatique et/ou le

suivi des patients atteints de TCH. Les MG pouvaient choisir jusqu'à 3 items proposés parmi une liste de 7 items et proposer librement d'autres motifs. Cette liste reprend quelques uns des critères d'un tableau énumérant certains « obstacles à l'identification et à la prise en charge des pathologies physiques des patients présentant une maladie mentale sévère⁴ » (16).

II.4 Analyses des données

La saisie des questionnaires a été réalisée via un fichier Excel® et l'analyse des données a été effectuée sous le logiciel SAS®.

L'analyse descriptive a permis :

- d'étudier les caractéristiques de chacun de nos deux groupes vis-à-vis de leurs critères sociodémographiques (statut marital, CMU, curatelle/tutelle), de l'existence ou non d'un dépistage des FRCV (ATCD CV familiaux, poids, consommation de tabac, PA, glycémie, ...) par les MG, des autres examens médicaux pratiqués et de l'existence ou non d'un suivi médical régulier (certificat médical, bilan annuel, contraception, ...),
- de décrire notre échantillon de MG et d'essayer d'identifier des différences de pratiques médicales (outils d'évaluation) selon l'ancienneté et le lieu d'exercice.

Ont été utilisés au seuil de signification du risque de première espèce α à 5 % ($p < 0,05$) :

- pour la comparaison des proportions entre les deux groupes, les tests du Khi-2 de Pearson ou le test exact de Fisher (effectifs théoriques < 5),
- pour la comparaison de moyennes, les tests t de Student ou Anova,
- pour l'analyse comparative, la valeur des Odds-ratio (OR) (intervalle de confiance à 95 %),

⁴ « Barriers to the recognition and management of physical diseases in patients with severe mental illness (SMI) ».

- pour l'analyse de la liaison entre deux variables, le test du coefficient de corrélation.

L'analyse des réponses libres et orales des MG concernant la 2^e partie du questionnaire a permis de révéler d'autres difficultés fréquentes gênant le MG au cours du suivi médical des patients présentant un TDR ou un TBP. Les données qualitatives ont été classées afin de dégager différentes thématiques.

III Résultats

III.1 Constitution de l'échantillon

III.1.1 Détermination des cas potentiels de patients dépressifs récurrents et bipolaires

La première étape de la constitution de notre échantillon a été la composition d'une population de cas potentiels de patients atteints d'un TDR ou d'un TBP par requête sur le logiciel CORA® du CHRU de Tours. Notre stratégie de recherche des patients dépressifs récurrents et bipolaires a ainsi permis d'identifier une liste de 192 cas potentiels (n=125 (65%) F31, et n=67 (35%) F33).

III.1.2 Détermination des cas éligibles

Dans un second temps nous avons cherché à identifier les MG de ces 192 cas potentiels en consultant les dossiers hospitaliers.

L'examen des DPP nous a permis d'identifier les MG de 73 patients (n=46 (63%) F31 et n=27 (37%) F33). Parmi ceux-ci, 24 patients étaient inéligibles. En effet nous n'avons pas pu inclure 11 patients pour lesquels le(s) dossier(s) étaient protégés (« bris de glace », n=7) ou n'existait pas (n=1), ou pour lesquels les MG exerçaient hors du département (n=3) et 1 patient qui ne répondait pas aux critères d'âge (erreur d'inclusion). Nous avons également exclu d'emblée 12 patients qui présentaient des causes d'exclusion figurant dans les DPP (n=10 pour pathologie, et n= 2 pour décès).

Nous avons ensuite examiné les dossiers papiers des services de psychiatrie de 95 patients (n=65 F31 et n=30 F33) et avons trouvé l'identification des MG de 54 patients supplémentaires (n=35 F31 et n=19 F33). Nous n'avons pas pu inclure les 41 patients restants pour lesquels les dossiers étaient archivés (n=5), n'existaient pas (n=6) ou pour lesquels nous n'avons pas eu l'autorisation de les consulter (n=8). Nous n'avons pas inclus également les patients pour lesquels les MG retrouvés exerçaient hors du département (n=4) ou étaient retraités (n=2). L'examen des 16 derniers dossiers ne nous a pas permis de trouver l'identification des derniers MG.

En définitive, nous avons retrouvé les identités de 102 MG (répartis dans 79 cabinets) de 127 cas éligibles (n=81 (64%) F31, et n=46 (36%) F33).

Comme indiqué sur la Figure 2, les causes principales d'inéligibilité des patients étaient l'impossibilité de consulter les dossiers (n=27, « bris de glace », absence de dossier, dossier archivé, dossier non autorisé à la consultation), la non connaissance de l'identité du médecin généraliste (n=16) et la présence d'une cause d'exclusion pour le patient (n=12).

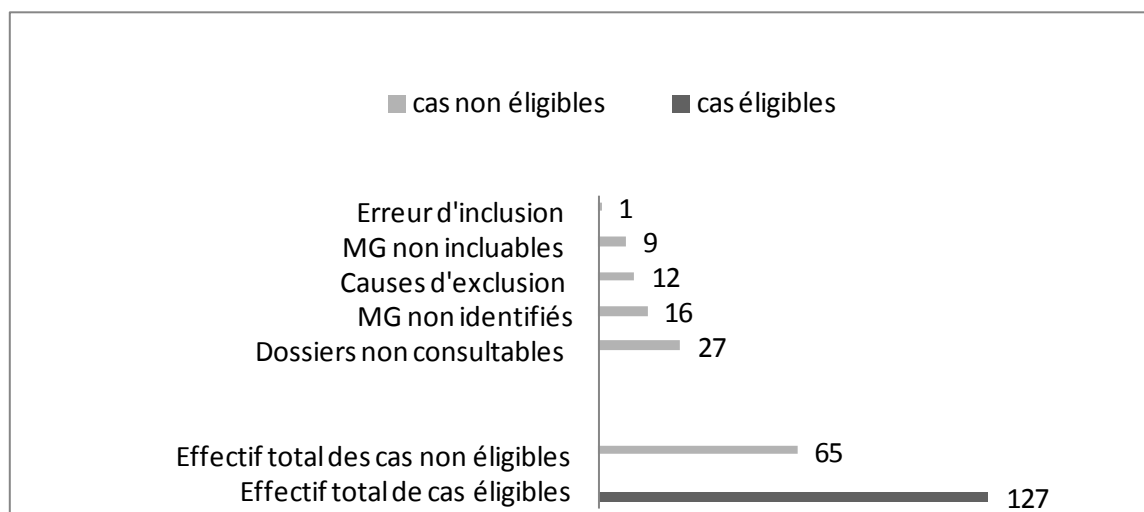


Figure 2 - Effectif total des cas éligibles et non éligibles et causes de non inclusion ou d'exclusion des cas non éligibles.

III.1.3 Contact avec les médecins généralistes

III.1.3.1 Inclusion des cas

Cette étape consistait en l'inclusion des cas après avoir recueilli l'accord des MG à participer à cette étude. Quarante patients (n=26 F31, n=14 F33) n'ont pas été inclus en raison du refus de participation de 32 MG contactés (soit 31% des 102 MG contactés). Trente-huit patients (n=25 F31 et n=13 F33) ont été exclus en raison des motifs suivants : 7 patients (n=3 F31, n=4 F33) qui n'étaient en réalité pas suivis par les MG contactés, 19 patients (n=12 F31, n=7 F33) qui étaient perdus de vue depuis au moins mai 2009, 1 patient (F31) décédé, 6 patients (n=6 F31) présentant d'autres troubles psychiatriques ou une démence, 3 patients (n=1 F31, n=2 F33) ayant des ATCD cardio ou cérébro-vasculaires et 2 patients (F31) pour lesquels aucun témoin n'a pu être trouvé (Figure 3).

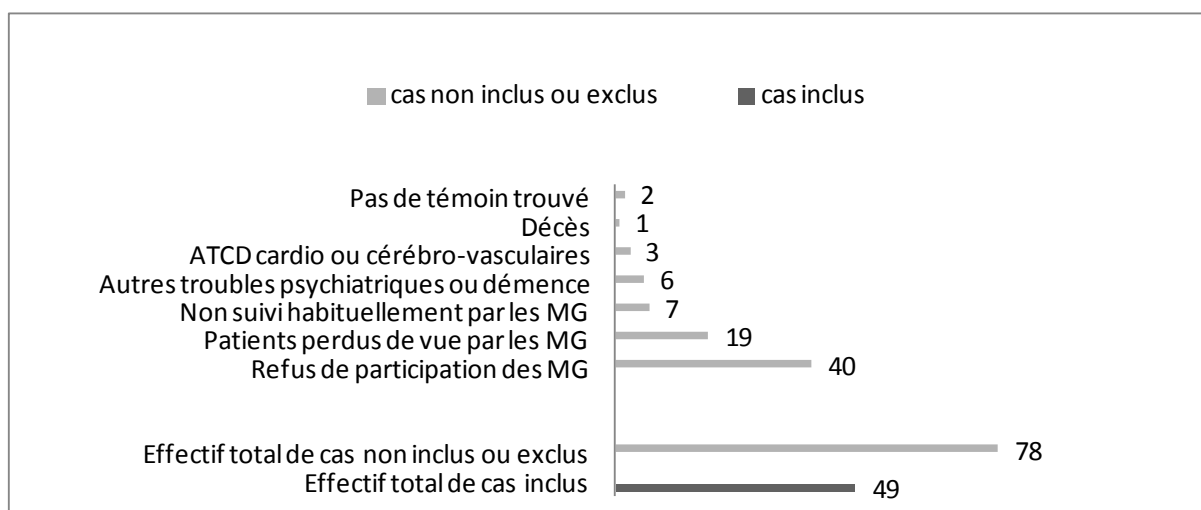


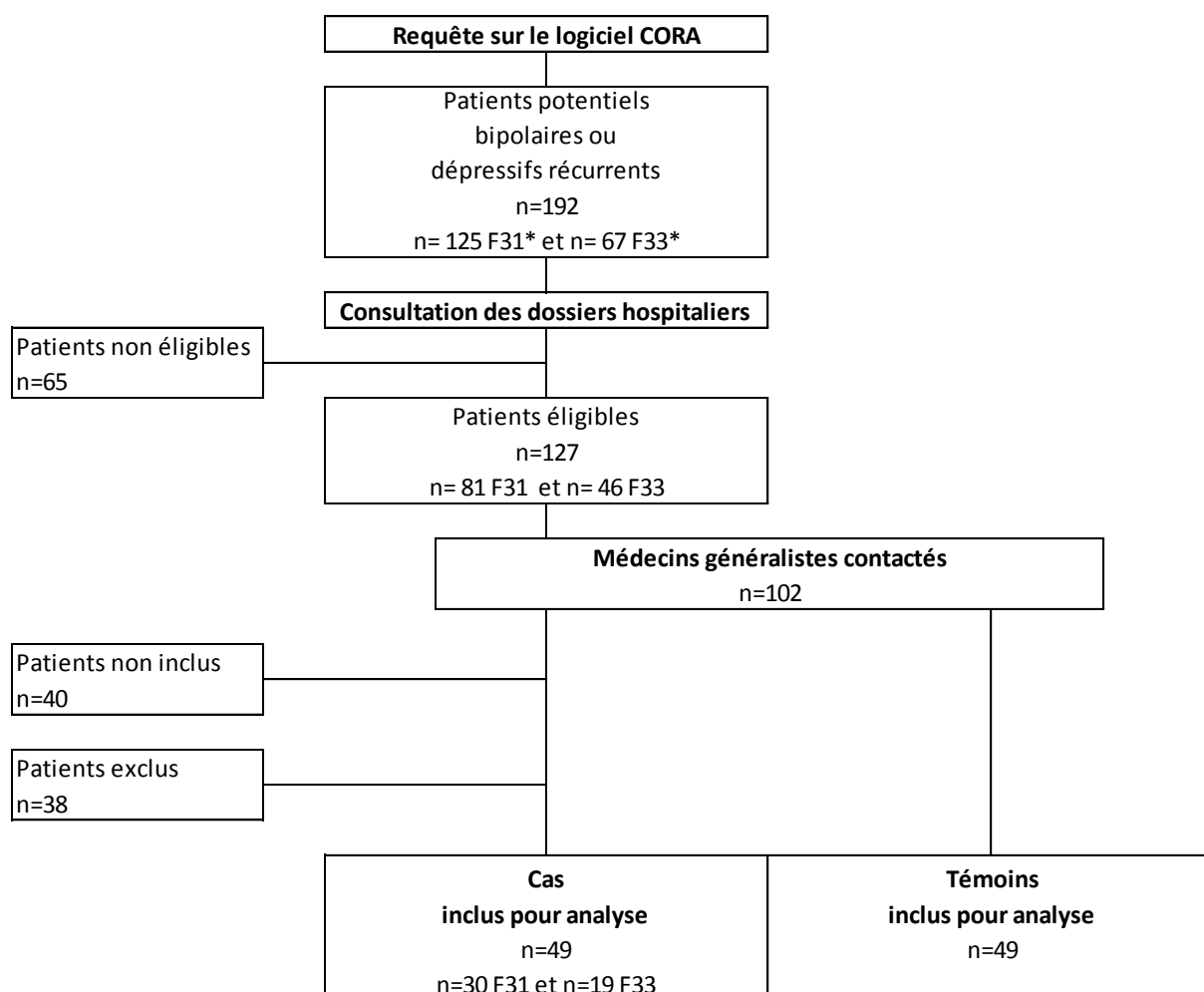
Figure 3 – Effectif total des cas inclus et non inclus après contact auprès des médecins généralistes et causes des non inclusions et des exclusions des cas.

III.1.3.2 Inclusion des témoins- déviation au protocole

Il était initialement prévu de recruter chaque témoin aléatoirement en choisissant le dernier patient vu en consultation par le MG répondant aux critères de sélection. Cette démarche n'a pas été toujours possible à mettre en œuvre le jour même de l'entretien quand aucun patient ne correspondait aux critères dans les jours qui précédaient le rendez-vous. Afin de faciliter le recueil, nous avons donc demandé aux MG préalablement à notre rencontre (dès le jour où nous fixions une date de rendez-vous) de répertorier les identités de patients vus en consultation correspondants aux critères de sélection des témoins. Pourtant, il a été parfois difficile pour certains MG de trouver un témoin correspondant. Dans ce cas, le jour de l'entretien, nous avons procédé soit, dans le cas où les dossiers médicaux du MG étaient informatisés, à un requête informatique par année de naissance puis par date de consultation quand cela était possible, ou par année de naissance puis ordre alphabétique, soit dans le cas où les dossiers étaient des dossiers papiers, de passer en revue les dossiers par ordre alphabétique jusqu'à trouver un témoin. C'est d'ailleurs dans ce dernier cas de figure (dossiers papier) que nous avons dû exclure 2 patients en raison de l'impossibilité de trouver des témoins correspondants.

III.1.3.3 Echantillon final

Au total, notre échantillon final a inclus 49 cas (n=30 F31, 61% et n=19 F33, 39%), répartis chez 41 médecins (soit 40% des 102 MG contactés), appariés à 49 témoins.



**code CIM-10: F31= trouble bipolaire; F33= dépression récurrente*

Figure 4 – Procédure de recrutement des cas et des témoins.

III.2 Caractéristiques de l'échantillon des patients

Les caractéristiques concernant les 98 patients de l'échantillon sont exposées dans le Tableau 1. Les patients dépressifs récurrents et bipolaires vivaient moins fréquemment en

couple (51% vs 81%, $p=0,002$). Aucun patient témoin ne bénéficiait de la CMU (0% vs 11%, $p=0,02$) ou n'était sous mesure de protection (0% vs 13%, $p=0,01$).

Tableau 1 - Comparaison des caractéristiques socio-démographiques des cas et des témoins.

	TBP (n=30)	CAS TDR (n=19)	Total (n=49)	TEMOINS Total (n=49)	p
Genre					
Homme	8 (27%)	6 (32%)	14 (29%)	14 (29%)	-
Femme	22 (73%)	13 (68%)	35 (71%)	35 (71%)	-
Classe d'âge^α					
45-49 ans	8 (27%)	5 (26%)	13 (27%)	13 (27%)	-
50-54 ans	6 (20%)	4 (21%)	10 (20%)	10 (20%)	-
55-59 ans	11 (37%)	8 (42%)	19 (39%)	19 (39%)	-
60-65 ans	5 (16%)	2 (11%)	7 (14%)	7 (14%)	-
En couple^β					
Oui	15 (52%)	9 (50%)	24 (51%)	38 (81%)	0,002
Non	14 (48%)	9 (50%)	23 (49%)	9 (19%)	
CMU^γ					
Oui	2 (8%)	3 (16%)	5 (11%)	0 (0%)	0,02
Non	24 (92%)	16 (84%)	40 (89%)	47 (100%)	
Curatelle ou tutelle^δ					
Oui	3 (11%)	3 (16%)	6 (13%)	0 (0%)	0,01
Non	24 (89%)	16 (84%)	40 (87%)	47 (100%)	

Les tests statistiques ont été réalisés entre le total des cas et des témoins.

^α au 1er mai 2009.

^β 4 données manquantes.

^γ 6 données manquantes.

^δ 5 données manquantes.

La moyenne d'âge dans était $53 \pm 4,5$ ans (étendue 45-62 ans) et il n'y avait pas de différence de moyenne d'âge selon le genre.

III.3 Dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire

Il y a peu de différence en terme de dépistage des FRCV entre les deux groupes (Figure 5) ce qui est confirmé lors de l'analyse des OR (Tableau 2) et seul l'OR concernant le

dépistage des ATCD CV familiaux est significatif (OR 0,43 [0,19-0,98], $p=0,04$), plus souvent renseignés dans le groupe témoin. Le poids n'était mesuré que pour 2 patients sur 3 (différence non significative, NS, entre les 2 groupes) et l'IMC était calculé dans moins d'1 dossier sur 4 (NS).

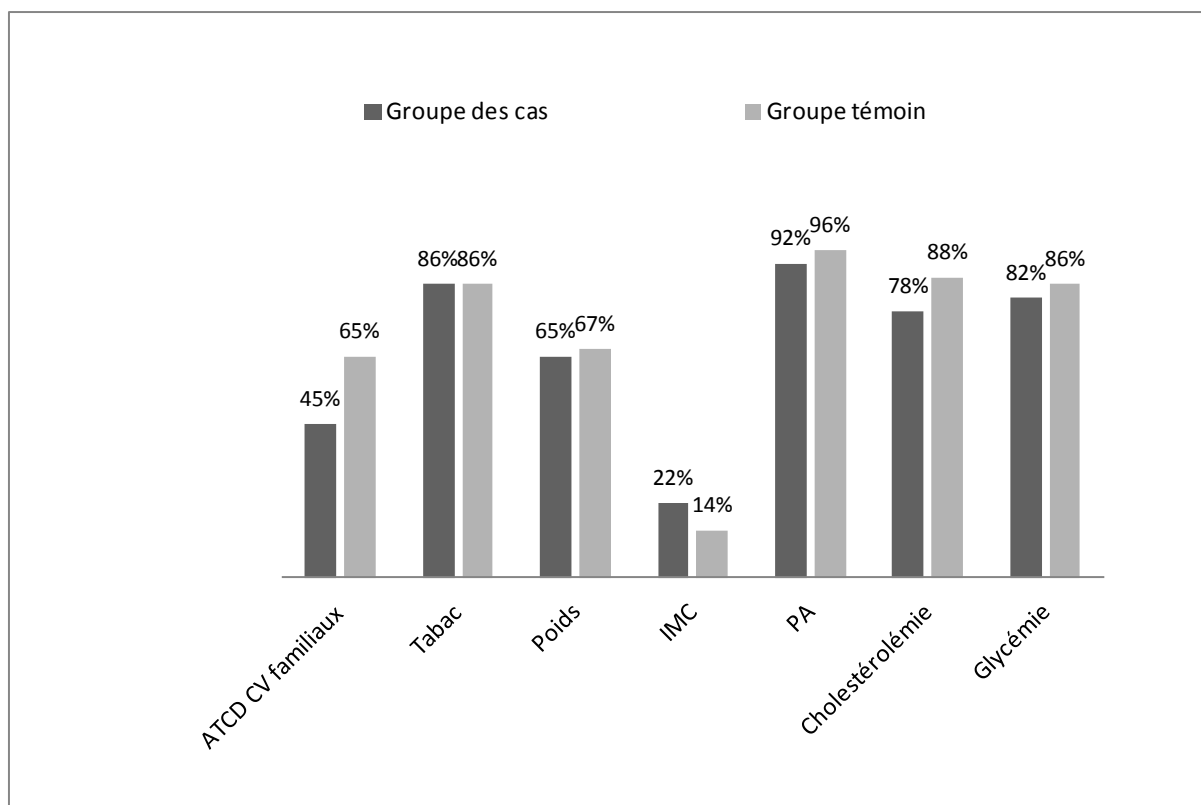


Figure 5 – Proportions des patients de chaque groupe ayant été dépistés pour chacune des variables du dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire (variables principales).

Tableau 2 -Comparaison du dépistage par le calcul des Odds ratio pour chaque variable principale (informations renseignées dans les dossiers médicaux, au cours de la période de suivi 2009-2012).

Variables renseignées	CAS n=49 n (%)	TEMOINS n=49 n (%)	OR [IC 95%]	p
ATCD CV familiaux	22 (45%)	32 (65%)	0,43 [0,19-0,98]	0,04
Tabac	42 (86%)	42 (86%)	1,00 [0,32-3,10]	1,00
Poids	32 (65%)	33 (67%)	0,91 [0,39-2,11]	0,83
IMC	11 (22%)	7 (14%)	1,74 [0,61-4,94]	0,30
PA	45 (92%)	47 (96%)	0,48 [0,08-2,74]	0,68
Cholestérolémie	38 (78%)	43 (88%)	0,48 [0,16-1,43]	0,18
Glycémie	40 (82%)	42 (86%)	0,74 [0,25-2,18]	0,59

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative lors de l'analyse comparative des variables de dépistage cardio-vasculaire entre les sous-groupes (F31 et F33) et les témoins.

III.4 Résultats des analyses sur les variables secondaires

III.4.1 Nombre de consultations

Les cas consultaient, en moyenne, plus fréquemment leur MG que les témoins (17,72 [14,00-21,44] versus 12,54 [10,33-14,75, p= 0,02), avec une étendue très large de 3 à 67 consultations pour les cas et de 3 à 32 consultations pour les témoins. Cependant, malgré cette différence du nombre de consultations entre les cas et les témoins, aucune corrélation n'a été mise en évidence entre la fréquence de consultation et le nombre de FRCV renseigné.

III.4.2 Antécédents et examens médicaux particuliers

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le renseignement des facteurs susceptibles d'influencer l'évaluation du RCV (Figure 6 - et Tableau 3).

Les patients du groupe témoin présentaient plus fréquemment une dyslipidémie connue ou étaient plus souvent obèses (1,4 à 2 fois plus fréquemment, NS).

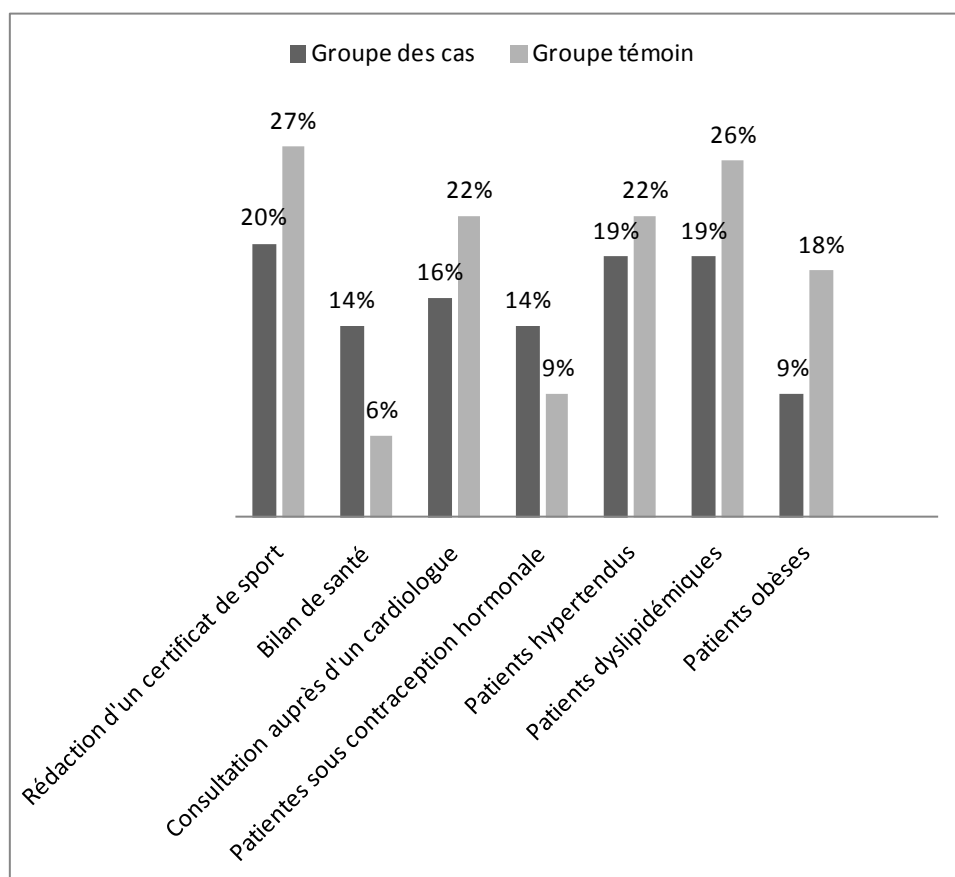


Figure 6 - Proportions de patients de chaque groupe présentant dans leur dossier des facteurs susceptibles d'influencer l'évaluation du risque cardio-vasculaire.

Tableau 3 - Comparaison entre le groupe des cas et le groupe des témoins de variables pouvant influencer l'évaluation du RCV (informations renseignées dans les dossiers médicaux au cours de la période de suivi 2009-2012).

Variables renseignées	OR [IC 95%]	p
Rédaction d'un certificat de sport	0,71 [0,28-1,82]	0,47
Bilan de santé	2,56 [0,62-10,53]	0,18
Consultation auprès d'un cardiologue	0,67 [0,25-1,85]	0,44
Patientes sous contraception hormonale ^α	1,78 [0,39-8,09]	0,71
Patients hypertendus ^β	0,82 [0,30-2,20]	0,69
Patients dyslipidémiques ^γ	0,67 [0,24-1,83]	0,43
Patients obèses ^δ	0,43 [0,12-1,52]	0,18

^α Variable recherchée uniquement pour les femmes.

^β 2 données manquantes.

^γ 8 données manquantes.

^δ 4 données manquantes.

Aucun résultat n'était significatif lors de l'analyse du dépistage des FRCV (pour chaque variable principale), ajustée aux facteurs susceptibles d'influencer l'évaluation du RCV.

III.4.3 Traitement par antipsychotique de seconde génération (uniquement chez les cas)

L'utilisation d'APA était 5 fois plus fréquente chez les patients bipolaires comparés aux patients dépressifs récurrents ($p=0,001$) (Tableau 4)

Tableau 4 - Proportions et Odds ratio comparant les patients bipolaires (TBP) et les patients dépressifs récurrents (TDR) ayant été traités par au moins un antipsychotique de seconde génération (APA) (informations renseignées dans les dossiers médicaux, au cours de la période de suivi 2009-2012).

	TBP n=28 ^α n (%)	TDR n=17 ^β n (%)	OR [IC 95%]	p
Cas traités par APA	17 (61%)	2 (12%)	0,09 [0,02-0,45]	0,001
Cas non traités par APA	11 (39%)	15 (88%)		

^α 2 données manquantes.

^β 2 données manquantes.

Chez les patients présentant un trouble de l'humeur, la consommation d'un APA n'influçait pas le dépistage des FRCV (Figure 7 et Tableau 5).

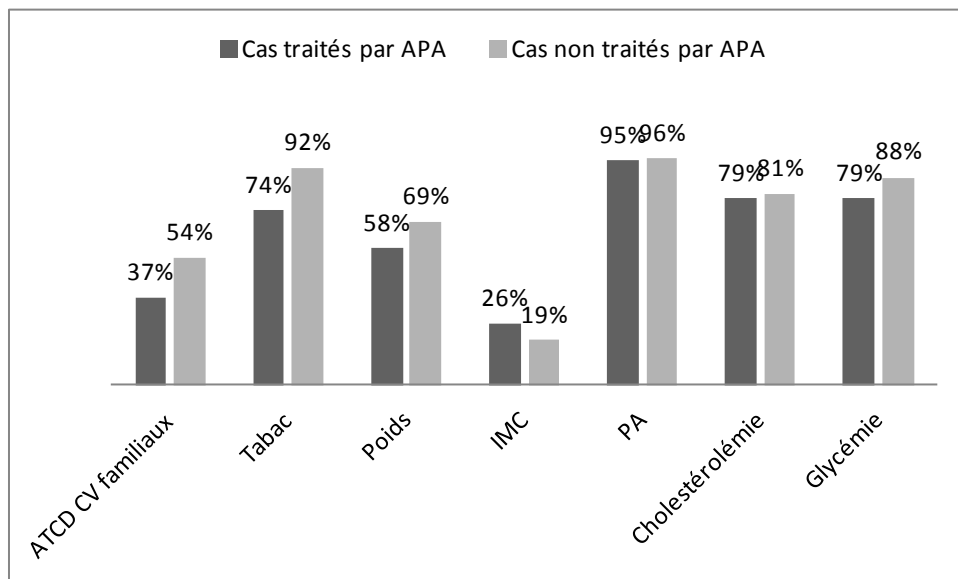


Figure 7 – Proportions des patients du groupe cas dépistés pour chaque FRCV selon qu'ils sont traités ou non par APA (informations renseignées dans les dossiers médicaux, au cours de la période de suivi 2009-2012).

Tableau 5 - Comparaison du dépistage des FRCV pour chaque variable principale chez les patients du groupe cas en fonction du traitement reçu (APA versus pas d'APA, informations renseignées dans les dossiers médicaux, au cours de la période de suivi 2009-2012).

Variables renseignées	Cas traités par APA n=26 ^a n (%)	Cas non traités par APA n=19 ^a n (%)	OR [IC 95%]	p
ATCD CV familiaux	7 (37%)	14 (54%)	0,53 [0,15-1,68]	0,26
Tabac	14 (74%)	24 (92%)	0,23 [0,04-1,36]	0,11
Poids	11 (58%)	18 (69%)	0,61 [0,18-2,10]	0,43
IMC	5 (26%)	5 (19%)	1,50 [0,37-6,16]	0,72
PA	18 (95%)	25 (96%)	0,72 [0,04-12,28]	1,00
Cholestérolémie	15 (79%)	21 (81%)	0,89 [0,20-3,89]	1,00
Glycémie	15 (79%)	23 (88%)	0,48 [0,10-2,50]	0,43

^a 4 valeurs manquantes.

III.5 Caractéristiques de l'échantillon des médecins généralistes

III.5.1 Caractéristiques sociodémographiques et d'exercice des médecins généralistes

Les MG participants travaillaient majoritairement en zone urbaine (76%), plus de la moitié d'entre eux avaient plus de 20 années d'exercice (61%). Moins de la moitié d'entre eux (41%) avait l'habitude d'utiliser des outils d'évaluation du RCV et dans ce cas c'était majoritairement la sommation des FRCV qui était habituellement employée (76%) (Tableau 6).

Tableau 6 - Caractéristiques sociodémographiques et d'exercice des médecins généralistes.

	MG (n=41)
Zone d'exercice	
Urbaine	31 (76%)
Semi-rurale	8 (19%)
Rurale	2 (5%)
Ancienneté d'exercice^α	
<10 ans	2 (5%)
10-19 ans	14 (34%)
20-29 ans	21 (51%)
≥30 ans	4 (10%)
Utilisation d'outils d'évaluation du RCV	17 (41%)
Grille SCORE	0 (0%) ^β
Equation de Framingham	5 (29%) ^β
Sommation des facteurs de risque	13 (76%) ^β
Autre outil	0 (0%) ^β

^αA compter de l'année de thèse.

^βRésultats exprimés en fonction du nombre de MG utilisant habituellement un outil d'évaluation du RCV (n=17).
Un des MG utilise 2 outils.

Il n'y avait pas de différence significative lorsque l'on comparait l'utilisation d'outils d'évaluation du RCV au lieu d'exercice ou à l'ancienneté d'exercice des MG.

III.5.2 Difficultés de prise en charge rencontrées par les médecins généralistes

La majorité des MG (85%) déclarait rencontrer des difficultés au cours de la prise en charge des patients dépressifs récurrents et bipolaires (Tableau 7). Ces MG choisissaient majoritairement les items « défaut d'harmonisation du suivi entre les intervenants des soins psychiatriques et des soins primaires » (57%) et « focalisation sur la santé mentale au détriment de la santé physique » (54%) comme causes principales parmi une liste de 7 causes proposées (1 à 3 choix possibles).

Tableau 7 - Difficultés rencontrées par les médecins généralistes au cours de la prise en charge des patients atteints de TDR et de TBP.

	MG n=41
Effectif des MG rencontrant des difficultés	35 (85%)
Difficultés^α	
Suivi irrégulier, instable ou mauvaise continuité des soins	14 (40%) ^β
Difficulté de communication ou de compréhension avec le patient	8 (23%) ^β
Consultation chronophage	12 (34%) ^β
Focalisation sur la santé mentale au détriment de la santé physique	19 (54%) ^β
Tendance à considérer les plaintes physiques parfois multiples comme symptômes psychosomatiques	6 (17%) ^β
Défaut d'harmonisation du suivi entre les intervenants des soins psychiatriques et des soins primaires	20 (57%) ^β
Défaut de couverture sociale (limitant les soins médicaux)	2 (6%) ^β
"Autres difficultés"	27 (77%) ^β

^α Les MG avaient la possibilité de choisir 1 à 3 item(s) décrivant leur(s) principale(s) difficulté(s).

Ils pouvaient également énoncer « d'autres difficultés ».

^β Proportions exprimées en fonction du nombre de MG déclarant rencontrer des difficultés (n=35).

Vingt-sept MG (77% des MG ayant des difficultés) ont décrit « d'autres difficultés » qu'ils ont exposées à l'investigateur pendant leur entrevue. L'analyse de ces réponses libres révèle que les représentations qu'ont les MG de ces « autres difficultés » peuvent être classées en 3 catégories selon qu'elles résultent des MG, des patients ou de l'organisation des soins et des structures de soins disponibles (Annexe 5).

Les difficultés impliquant les MG peuvent provenir d'un manque de motivation de leur part ou de difficultés à gérer le comportement et la « personnalité » des patients dépressifs récurrents et bipolaires. Plus globalement ces difficultés sont essentiellement liées à la complexité de les soins médicaux et les problèmes psychiatriques qui vont interférer sur le

déroulement de la consultation d'autant plus que la pathologie psychiatrique n'est pas équilibrée (pour 13 des 27 MG).

Pour 21 MG, des difficultés de prise en charge somatique émanent de l'attitude des patients, telle l'inobservance thérapeutique, le manque de conscience de leurs problèmes physiques et de l'absence de recherche de soins adéquats, ou encore de leur difficulté à intégrer et à appliquer les conseils médicaux et à modifier leur mode de vie.

Certains MG émettent des propositions concernant des difficultés résultant de l'organisation des soins comme un défaut d'accès à des services de soins de proximité ou des soins psychiatriques : les difficultés liées au coût des consultations (notamment pour les soins spécialisés hors psychiatrie donc non pris en charge en affection de longue durée, ou en cas de dépassement d'honoraires) et les délais nécessaires avant d'obtenir un rendez-vous auprès d'un psychiatre libéral ou d'un centre médico-psychologique. Dans ces conditions, le relais soins primaires-soins psychiatriques ne serait pas toujours facile à développer ce qui poserait problème notamment en cas de décompensation de la pathologie psychiatrique (comment le MG arrive-t-il à prendre en charge le patient seul ?) et certains MG ont l'impression que des patients suivis en psychiatrie négligent le suivi médical chez eux. L'absence de consensus concernant la détermination du médecin supposé être responsable des soins complémentaires aux soins psychiatriques est aussi évoquée notamment dans le cadre de la prise en charge du patient sous traitement APA mais aussi sur la question du sevrage tabagique (Quel médecin devrait initier le sevrage ? le MG, le psychiatre ? Est-ce que l'hospitalisation en psychiatrie ne devrait pas être l'occasion d'aborder aussi les problèmes de santé physiques ?).

IV Discussion

IV.1 Discussion des résultats

IV.1.1 Le dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire

A notre connaissance, cette étude est la première qui évalue, en France et en soins primaires, l'application du dépistage des FRCV chez des patients présentant des troubles chroniques de l'humeur.

Ce travail a permis de mettre en évidence que le dépistage des FRCV différait sur le relevé des ATCD CV familiaux précoces. En effet, nous avons constaté que seulement 45% des cas contre 65% des témoins étaient dépistés pour ce FRCV, soit moins de la moitié des cas. Néanmoins, le FRCV « ATCD CV familiaux précoces » ne fait pas partie des FRCV majeurs. En effet, alors qu'il intervient dans la stratégie d'évaluation du risque cardio-vasculaire par sommation des FRCV (1)(6)(10)(25), il n'est pas intégré dans la modélisation statistique SCORE (Systemic Coronary Risk Estimation) mais est considéré comme majorant le RCV calculé (11). Ainsi, selon les données issues de la cohorte Framingham, le risque relatif de survenue d'un évènement cardio-vasculaire en cas d'ATCD CV familial, après ajustement à d'autres FRCV, s'élève à 2,0 (IC 95%[1.2-3.1]) pour les hommes et à 1,7 (IC 95%[0.9-3.1]) pour les femmes (26). De plus, ce FRCV est non modifiable et aucune attitude de prévention ne permettra de diminuer son impact.

Dans la mesure où nous n'avons pas mis en évidence de différence entre les groupes sur le dépistage des FRCV majeurs, nos résultats ne permettent pas de conclure sur l'existence ou non d'une différence de l'application du dépistage, contrairement à notre hypothèse de départ. De fait, l'absence de différence statistique pourrait bien s'expliquer par un dépistage des FRCV comparable dans ces deux groupes. L'absence de différence ne semble effectivement pas pouvoir être expliquée par la qualité du dépistage de notre groupe témoin dans la mesure où les données de la littérature, notamment un travail de thèse réalisé en 2009 (27), retrouvent des fréquences de dépistage des FRCV similaires à nos résultats (fréquences de dépistage pour les variables « poids », « IMC », « PA », « cholestérolémie » et « glycémie » respectivement évaluées à 67%, 21%, 97%, 82% et 79%). Par contre, dans notre

étude les MG dépistaient presque 2 fois plus le statut tabagique (86% vs 47%), et selon l'INPES en 2009 deux tiers des MG déclaraient avoir au moins une fois avec chaque patient, abordé la question de la consommation de tabac (28). Dans notre étude, il se peut qu'il y ait eu une sur-déclaration par les MG de cette information ne figurant pas systématiquement dans les dossiers patients mais bien connues d'eux, et n'ayant pas pu être contrôlée au moment du recueil des données, cela malgré les consignes délivrées.

L'absence de différence ne peut pas s'expliquer non plus par le choix de nos variables principales. En effet, ces variables ont été choisies en référence à des recommandations nationales (1)(6)(10)(25) et internationale (11) pour la population générale et figurent dans les recommandations concernant les patients atteints de MMS (15)(16). Quatre FRCV font consensus et sont considérés comme majeurs, indépendants et réversibles : le tabagisme, l'HTA, le diabète, les dyslipidémies. Il existe une relation positive et continue entre le risque de maladie cardio-vasculaire et ces facteurs qui dépendent du niveau de consommation ou du niveau de variation par rapport aux valeurs normales (élévation de la pression artérielle, de la glycémie ou du LDL-cholestérol, ou diminution du HDL-cholestérol). Par ailleurs, nous avons choisi d'ajouter les variables « poids » et « IMC » dans la mesure où ces FRCV font référence au risque d'obésité, facteur de risque prédisposant d'HTA, de diabète et de dyslipidémie, et parce que les patients atteints de MMS sont fortement exposés à ce risque d'obésité, probablement par le biais de certains traitements psychotropes dont les APA, ainsi que certains antidépresseurs et régulateurs de l'humeur (13)(15)(17). Nous n'avons cependant pas jugé nécessaire de retenir le périmètre abdominal comme variable discriminante pour notre travail car le pourcentage de son dépistage a été estimé à 1,7% pour la population générale dans une thèse récente (27).

En revanche, nous avons constaté une différence significative portant sur le nombre de consultations, les patients avec troubles de l'humeur consultant plus fréquemment leur MG pendant la période d'étude. Cette différence aurait pu expliquer l'absence de différence du dépistage des FRCV. En effet, plus les consultations sont fréquentes plus la possibilité qu'un FRCV soit renseigné dans le dossier médical est importante. Cependant, l'analyse de corrélation a montré que le nombre de consultations n'avait pas d'impact sur le nombre moyen de FRCV dépistés.

En outre, parmi notre population de cas, nous n'avons pas mis de différence significative entre les patients traités ou non par APA. Or, les patients traités par APA semblent être plus à risque de développer une PCV (11)(13)(19) et devraient bénéficier d'une surveillance cardio-vasculaire plus rigoureuse, comme le proposent les recommandations citées sur le sujet des patients avec MMS. Cependant, celles-ci n'ont pas fait l'objet d'un consensus national et les MG n'ont pas nécessairement à leur connaissance ces recommandations.

IV.1.2 La représentativité des groupes

L'absence de différence significative sur les FRCV majeurs ne semble pas non plus pouvoir s'expliquer par la représentativité de nos groupes.

En effet, la population des MG semble représentative de la population médicale en termes d'âge, et de lieu d'exercice. Ils exercent depuis plus de 20 ans (par rapport à leur année de thèse ; globalement ils ont donc plus de 50 ans) pour plus de la moitié d'entre eux ce qui est cohérent avec les statistiques régionales qui indiquent des effectifs de MG âgés de plus de 55 ans pour 45% d'entre eux (29). La proportion de MG participants exerçant en zones semi rurale et rurale n'excédait pas 24%, cela s'explique sans doute par le mode de sélection des patients au CHRU de Tours, hôpital qui centralise probablement une population de patients plus urbaine que les deux autres hôpitaux périphériques du département ayant une activité de psychiatrie, situés à Chinon et à Loches.

Par ailleurs, la fréquence d'utilisation d'un outil d'évaluation du RCV, notamment par l'équation de Framingham ou le modèle SCORE, est comparable à celui d'une thèse de 2004 menée auprès de MG (31%) (30) qui concluait que les MG basaient leur décision thérapeutique sur une estimation empirique du RCV.

Notre population de cas semblait également représentative d'une population de patients atteints de TCH. Dans notre étude, en effet, les cas étaient moins souvent en couple et étaient les seuls à bénéficier de la CMU. Ces résultats sont compatibles avec les données de la littérature qui indiquent une association entre patients souffrant de MMS et une plus grande exposition au chômage, à l'inactivité, à bénéficier de la CMU et aux séparations de couple (2)(31)(32).

En revanche, notre population témoin était plus à risque sur certains FRCV que notre population de cas, sans pour autant atteindre le seuil de significativité. En effet, 18% des témoins étaient obèses contre 9% des cas et 26% des témoins présentaient une dyslipidémie contre 19% des cas. Cela tient sans doute au mode de sélection des témoins qui étaient recrutés préférentiellement parce qu'ils avaient eu un rendez-vous récent chez les MG. Néanmoins, ces taux d'obésité et de dyslipidémie constatés dans le groupe témoin restent inférieurs aux observations de l'étude nationale nutrition-santé 2006-2007 publiées dans le rapport de la Drees (2) qui a mis en évidence que 35% de la population âgée de 35 à 64 ans présente une hypercholestérolémie (cholestérol LDL supérieur à 1,60 g/l ou traitement par hypolipémiant) et que 49% des hommes et 24% des femmes de 55 à 74 ans sont obèses. Cependant, ce qui est étonnant c'est que les fréquences d'hypercholestérolémie ou d'obésité ne soient pas plus élevées chez les cas alors que les patients présentant un trouble dépressif et un TBP ont des risques d'être obèses évalués entre 1,2 à 1,5 (13), qu'environ 23 à 38% des patients avec TBP souffriraient de dyslipidémie (17) et 22 à 30% d'entre eux d'un syndrome métabolique (13). En réalité, lors de la phase d'échantillonnage nous avons constaté que de nombreux dossiers hospitaliers ne référençaient pas l'identité des MG et que 35 cas potentiels n'étaient pas suivis habituellement par le MG déclaré ou perdus de vue. Cela témoigne-t-il d'omission d'information dans les dossiers, d'une errance médicale de la part des patients présentant des MMS ou de l'absence effective de suivi chez un MG ? L'absence de ces patients dans notre échantillon entraîne peut-être un biais de sélection des cas. Il est possible que nous ayons inclus les cas les mieux suivis par les MG, conduisant alors à surestimer les fréquences de dépistage des FRCV dans cette population.

IV.1.3 Participation des MG et accès aux dossiers

Certains aspects des procédures d'investigation et notamment la participation des MG et l'accès aux dossiers pourrait expliquer l'absence de différence observée sur les variables principales. En effet, seulement 31% des MG contactés ont refusé de participer. La raison principale du refus de participation invoquée par les MG était l'indisponibilité et le manque de temps. Il se peut également qu'ils aient interprété cette étude comme intrusive et que les MG les moins à l'aise avec le dépistage des FRCV ou les soins des patients présentant une MMS ont d'avantage refusé de participer. Il pourrait alors s'agir là d'un biais

de recrutement des MG et il est possible que nous ayons inclus les MG les plus sensibilisés à la prise en charge des patients avec un MMS, conduisant alors à surestimer les fréquences de dépistage des FRCV dans cette population.

Enfin, l'accès aux dossiers n'a pas été un facteur limitant dans notre travail, à de rares exceptions près. Les MG se sont montrés en effet disponibles et l'accès aux dossiers a été facilité notamment en raison de la forte proportion des cabinets informatisés. Certains MG, informatisés ou non, ont même proposé que les dossiers soient examinés en leur absence.

IV.2 Discussion de la méthodologie

Il est possible de relever des points forts et des limites dans la méthodologie de notre étude.

IV.2.1 Faisabilité et puissance de l'étude

Nous avons fait le choix de simplifier techniquement le recrutement afin d'éviter des biais de sélection au risque de cibler une population plus « sévère » mais représentative de la population de patients présentant des TCH suivis au CHRU de Tours. La difficulté étant de développer une étude impliquant une problématique commune de soins entre secteur primaire et secteurs spécialisés nous avons choisi un mode de sélection des cas aisément applicable, reproductible et limitant les biais de sélection, à partir d'une liste de patients, générée informatiquement et répondant à des critères précis (de diagnostics, d'âge, de sexe, par exemple).

Cependant, les écarts-types étendus témoignent vraisemblablement d'un manque de puissance de notre étude. Un recrutement plus large aurait sans doute permis de pallier à cela.

Il aurait pu être envisagé d'élargir l'inclusion des cas en les recrutant auprès des psychiatres libéraux du département mais il nous est apparu des contraintes de faisabilité. D'une part, multiplier les sources de recrutement des patients nous aurait fait courir le risque de constater une multiplication des refus de participation à chaque étape, premièrement par les médecins psychiatres, puis par les MG et aurait augmenté les

procédures d'investigation (courriers, contact, déplacement). D'autre part, les psychiatres libéraux n'utilisent vraisemblablement pas en pratique courante un codage diagnostic permettant de distinguer des cas éligibles aisément et selon une méthode reproductible. Ce mode d'inclusion, auprès des psychiatres libéraux, aurait eu l'avantage d'inclure des patients probablement moins sévères que les patients suivis au CHRU qui nécessitent généralement un suivi plus « intensif » à la suite de leurs hospitalisations, mais il pourrait être argumenté que la majorité des patients présentant un TDR ou un TBP passe à un moment donné dans leur parcours de soins au CHRU de Tours (urgences ou hospitalisation).

IV.2.2 Discussion du choix des variables

Les données de la littérature de ces dix dernières années nous ont guidés pour choisir les critères d'inclusion, d'exclusion et les variables à analyser. Cependant face à leur hétérogénéité nous avons dû faire des choix qui peuvent être discutés.

Le seuil du critère d'âge à l'inclusion des patients (45 à 65 ans pendant la période de suivi) ne tient pas compte des recommandations d'experts pour le suivi somatique des patients atteints de MMS (15)(16)(17), qui ne font actuellement pas l'objet d'un consensus national et qui considèrent que le dépistage des FRCV est nécessaire dès le début de la prise en charge et notamment en cas de prescription d'un APA, mais tient plutôt compte des recommandations de prévention pour la population générale. En effet, le seuil du critère d'âge évalué comme FRCV n'a pas cessé d'être modifié depuis 2004, variant de 45 à 50 ans chez l'homme et de 55 à 60 ans chez la femme (1)(6)(10). Pourtant, la European Society of Cardiology (ESC) (11) stipule que le dépistage des FRCV est à envisager chez les hommes à partir de 40 ans et chez les femmes à partir de 50 ans. Nous avons donc choisi le seuil à 45 ans pour élargir le plus possible l'intervalle d'âge et se conformer à des recommandations nationales, même si elles ont été corrigées depuis, mais nous aurions pu élargir encore plus l'intervalle au vu de la recommandation de l'ESC.

Les ATCD personnels plaçant le patient à haut risque voire même à très haut RCV (ESC (11), AFFSAPS (6), HAS (10) et pour lesquels il est recommandé de surveiller activement tous les FRCV ont été considérés comme des causes d'exclusion, afin d'éviter un biais de sélection. Ainsi, les ATCD personnels de pathologie cardio-vasculaire et de pathologie cérébro-vasculaire ont été considérés comme des causes d'exclusion car ils placent d'emblée

le patient en prévention secondaire et non plus en prévention primaire des RCV. De même, l'ATCD de diabète place le patient dans un groupe particulier puisqu'il est considéré comme étant à haut RCV voire même à très haut RCV. De plus, une recommandation de la HAS (34) décrit un calendrier spécifique de suivi du patient diabétique de type 2 et induit donc un suivi particulier et accru des FRCV.

IV.3 Les pistes dégagées par l'interrogatoire des médecins généralistes

Notre étude n'avait pas pour objectif d'évaluer la qualité de la prise en charge et les changements de comportement des patients atteints de TCH suivis par leur MG. Toutefois des données de la littérature indiquent que les patients atteints de MMS ont un moins bon accès aux soins primaires, consomment et reçoivent moins de soins et de moins bonne qualité (13)(14)(15)(20). Bien que notre étude ne montre pas de différence « quantitative » en termes de dépistage des FRCV, hormis celui des ATCD CV familiaux, et que les cas inclus consultent plus souvent leur MG, il se peut que la différence soit « qualitative » et que la prise en charge des FRCV dépistés soit problématique. Les commentaires des MG que nous avons recueillis suggèrent en effet que la majorité des MG rencontre des difficultés liées à l'attitude des patients comme l'inobservance thérapeutique, et l'impression que les patients négligent leur santé. Il se peut qu'une meilleure harmonisation du suivi entre les intervenants des soins psychiatriques et des soins primaires (relation entre intervenants jugée insuffisante par plus de la moitié des MG) permette de mieux coordonner les soins médicaux et d'obtenir une meilleure visibilité des soins engagés par chacun des acteurs. Certains MG ont décrit des problèmes liés au manque de communication entre eux et les psychiatres (la méconnaissance du diagnostic psychiatrique, des traitements et des bilans prescrits, la difficulté à rédiger des demandes d'affection de longue durée ou d'aide de la MDPH en l'absence de ces informations) et étaient très demandeurs de comptes rendus d'hospitalisation ou de courrier résumant la situation du patient.

Par ailleurs, notre population de cas n'est peut-être pas dépistée différemment de celle des témoins, mais quel est le suivi pratiqué par les autres cas exclus de notre étude car perdus de vue ou pour lesquels nous n'avons pas trouvé l'identité de leur MG? S'agit-il de la population de patients atteints de MMS décrite par les MG comme posant la difficulté de

« suivi irrégulier instable ou d'une mauvaise continuité des soins » ? Certains MG décrivent aussi qu'ils se « focalisent sur la santé mentale au détriment de la santé physique » et qu'ils éprouvent des difficultés à gérer le comportement des patients présentant un TBP et un TDR. La difficulté à mettre en œuvre des techniques d'entretien spécifiques en soins primaires, parfois nécessaires auprès des patients avec une MMS, pourrait-elle rendre compte de la difficulté de prise en charge somatique de ces patients ?

V Conclusion

Dans notre étude, il n'y avait pas de différence de dépistage des FRCV majeurs, chez les patients présentant un TBP ou un TDR comparativement aux sujets témoins, hormis en ce qui concerne les ATCD CV familiaux. L'association trouble de l'humeur/PCV n'est donc peut-être pas liée à un défaut de dépistage des FRCV.

D'autres études plus puissantes seraient cependant nécessaires pour vérifier l'existence ou non d'une différence de dépistage des FRCV chez ces patients, sans écarter les patients perdus de vue.

Mais la difficulté dans le suivi cardio-vasculaire de ces patients pourrait se situer après le dépistage, au cours de la prise en charge des risques dépistés. En effet, les MG interrogés décrivent des difficultés de prise en charge liées à l'attitude de ces patients, car ces derniers semblent ne pas être observants et ne pas appliquer les conseils médicaux, selon eux.

Il serait donc intéressant, dans une logique d'optimisation de la prise en charge des patients présentant un TBP ou un TDR, d'interroger directement ces patients sur la perception qu'ils ont de leur santé, de leur connaissance des risques cardio-vasculaires et de la connaissance qu'ils ont de leur traitement ; mais également de comparer l'efficacité de différentes techniques d'entretien ou de programmes concernant le suivi et la prise en charge somatique de ces patients en soins primaires.

D'autre part, en l'absence de consensus national concernant les recommandations de suivi de ces patients présentant un MMS, nos résultats semblent plutôt satisfaisants puisqu'ils suggèrent que les patients atteints d'un TBP ou d'un TDR sont globalement aussi bien suivis que la population générale, même si cela reste insuffisant en raison de la plus grande vulnérabilité de ces patients.

En effet, les TCH exposent à un sur-risque de PCV. Cette association TCH/PCV est parfois expliquée par des hypothèses de déséquilibres hygiéno-diététiques, de physiopathologies communes ou de iatrogénie. En raison de ce sur-risque cardio-vasculaire, il serait sans doute profitable aux patients présentant des TCH d'être sensibilisés à ces problèmes de santé, de recevoir un suivi et des conseils médicaux particulièrement orientés dans ce domaine, afin de découvrir et traiter précocement toute anomalie.

Dans ces conditions, nous pourrions proposer aux psychiatres du CHRU de Tours de prendre en considération, dans un souci de prise en charge globale de la santé des patients avec TCH, le dépistage des FRCV. D'une part, il semble de leur responsabilité médicale de s'assurer d'un premier bilan de dépistage des FRCV lors du début du suivi d'un patient avec TCH ou lors de l'introduction d'un traitement par APA (T0, semaine 6 et semaine 12). Cela implique aussi d'informer les patients sur les RCV liés à sa pathologie et de leur recommander un suivi médical. On pourrait envisager que les psychiatres envoient un courrier aux MG incluant des recommandations de suivi cardio-vasculaire (Annexe 6)(Annexe 7). Ce courrier permettrait :

- 1/ d'harmoniser les soins entre le secteur de la psychiatrie et le MG, en s'assurant de l'existence d'un MG référent, en l'informant du diagnostic, du traitement, du suivi envisagé ;
- 2/ d'informer le MG de l'existence d'un sur-risque cardio-vasculaire chez les patients avec MMS et de les informer des recommandations dans cette population ;
- 3/ de déléguer la suite du suivi cardio-vasculaire et de la prise en charge cardio-vasculaire au MG.

Enfin, on peut envisager que le dossier médical personnel (DMP) sera peut-être, dans les années à venir, un outil de partage des informations et de coordination à privilégier pour faciliter la continuité des soins entre les différents intervenants des secteurs médicaux, notamment en ce qui concerne le dépistage des FRCV des patients atteints de troubles dépressif récurrent et bipolaire.

VI Bibliographie

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global [Internet]. Paris, France: ANAES; 2004 juin. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Risque_cardio_vasculaire_rap.pdf
2. Danet S, France. Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011 [Internet]. Paris, France: la Documentation française; 2011 [cité 29 juill 2013]. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html#rapport_complet
3. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. [Internet]. Suisse: WHO Press; 2008 [cité 27 juill 2013]. Disponible sur: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. DRESS [Internet]. juill 2006 [cité 31 juill 2013];(504). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er504.pdf>
5. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. 2011 [cité 16 sept 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
6. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique: texte des recommandations. Paris: Éd. scientifiques L & C; 2005.

8. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Service Recommandations professionnelles. Modalités de dépistage et diagnostic biologique des dyslipidémies en prévention primaire: janvier 2000. Paris, France: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES); 2001.
9. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, service évaluation des technologies, service évaluation économique. Principes de dépistage du diabète de type 2 [Internet]. 2003 [cité 16 sept 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_464100/fr/principes-de-depistage-du-diabete-de-type-2
10. Haute autorité de santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle: actualisation juillet 2005. Paris, France: Éd. scientifiques L & C; 2005.
11. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. juill 2012;33(13):1635 - 1701.
12. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry. août 2000;177:149-155.
13. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. févr 2011;10(1):52-77.
14. Lawrence D, Kisely S, Pais J. The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. Can J Psychiatry. déc 2010;55(12):752-760.
15. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. Encephale. sept 2009;35(4):330-339.

16. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. juin 2011;10(2):138-151.
17. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry*. sept 2009;24(6):412-424.
18. Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson; 2007.
19. Charlson FJ, Stapelberg NJC, Baxter AJ, Whiteford HA. Should global burden of disease estimates include depression as a risk factor for coronary heart disease? *BMC Med*. 2011;9:47.
20. Goldston K, Baillie AJ. Depression and coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clin Psychol Rev*. févr 2008;28(2):288-306.
21. Weiner M, Warren L, Fiedorowicz JG. Cardiovascular morbidity and mortality in bipolar disorder. *Ann Clin Psychiatry*. févr 2011;23(1):40-47.
23. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. DRESS [Internet]. sept 2012 [cité 28 juill 2013];(810). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er810.pdf>
24. Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract*. févr 2007;24(1):34-40.
25. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (actualisation). Recommandation de Bonne Pratique. Argumentaire. 2006 nov.

26. Lloyd-Jones DM, Nam B-H, D'Agostino RB Sr, Levy D, Murabito JM, Wang TJ, et al. Parental cardiovascular disease as a risk factor for cardiovascular disease in middle-aged adults: a prospective study of parents and offspring. JAMA. 12 mai 2004;291(18):2204-2211.
27. Gaillot S. Dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire en prévention primaire en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [[S.l.]]: [s.n.]; 2009 [cité 19 avr 2012]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/130828351>
28. Gautier A, Berra N, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. Saint-Denis, France: INPES éd.; 2011. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/index.asp>
29. Les professions de santé en région Centre en 2010. [Internet]. Unité Etudes et Statistiques. Orléans: Agence Régionale de Santé du Centre; Disponible sur: http://www.ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARC/Votre_ARC/Etudes_et_publications/Professions_sante_2010_RC.pdf#page=1&zoom=150,0,847
30. Carnelle B, Le Mauff P. Les médecins généralistes connaissent-ils la notion de risque cardiovasculaire absolu ? : enquête épidémiologique descriptive auprès de l'ensemble des médecins généralistes de l'estuaire de la Loire (cantons de La Baule, Montoir de Bretagne, Saint-Nazaire, Paimbœuf, Saint-Père en Retz et Pornic). France; 2004.
31. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. DRESS [Internet]. déc 2006;(545). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er545.pdf>
32. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008. DRESS [Internet]. mars 2012;(793). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er793-2.pdf>

34. Haute Autorité de Santé. Guide- Affection de longue durée-Diabète de type2 [Internet]. Saint Denis: HAS; 2007 juill. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald8_guidemedecin_diabetetype2_revunp_vucd.pdf

VII Annexes

Annexe 1 - Synthèse des conditions de dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire (FRCV) d'après les recommandations nationales et européennes.

FRCV	Dépistage du FRCV		
	Examen	Qui dépister	Fréquence du dépistage*
Tabagisme	Interrogatoire	Tous les patients	A chaque consultation
Obésité	Poids (et calcul de l'indice de masse corporelle)	Tous les patients	A chaque consultation
Hypertension artérielle	Pression artérielle	Tous les patients	A chaque consultation
Dyslipidémie	Evaluation d'une anomalie lipidique	Tous les adultes doivent être dépistés (2005); ou les hommes âgés de plus de 45 ans et les femmes âgées de plus de 55 ans ou ménopausées (2000)	Pas plus d'une fois tous les 5 ans (2005); ou tous les 3 ans (2000)
Diabète	Glycémie à jeun	Les patients de plus de 45 ans avec au moins un marqueur de risque de diabète ou en situation de précarité	Tous les 3 ans

La Société Européenne de Cardiologie préconise de dépister les FRCV (âge, sexe, tabagisme, pression artérielle, cholestérolémie ± indice de masse corporelle) afin de calculer le risque cardio-vasculaire global, pour les hommes de plus de 40 ans, les femmes de plus de 50 ans ou ménopausées.

**En cas de dépistage initial normal et en l'absence de modification du niveau de risque cardiovasculaire.*

Annexe 2 - Synthèse de recommandations d'experts concernant le dépistage initial et le suivi des facteurs de risque cardio-vasculaire (FRCV) des patients présentant une maladie mentale sévère (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble dépressif récurrent ou patient sous antipsychotique de seconde génération ou APA).

		Fréquence du suivi en l'absence de FRCV ⁴			
		T0	Semaine 6	Semaine 12	Annuelle
Interrogatoire	Histoire personnelle ¹	x			x
	Antécédents familiaux (cardio-vasculaires, diabète, obésité)	x			x
	Mode de vie (sédentarité, habitudes alimentaires, addictions)	x	x	x	x
	Tabagisme	x	x	x	x
Examen physique	Poids et calcul de l'indice de masse corporelle	x	x ²	x	x
	Périmètre abdominal	x	x	x	x
	Pression artérielle (+ examen cardiaque et vasculaire)	x	x	x	x
Bilan biologique	Evaluation d'une anomalie lipidique	x	x	x	x
	Glycémie à jeun	x	x	x	x
Autre bilan	ECG (recherche d'un allongement de l'espace QT)	x			(x) ³
Conseils	Règles hygiénodietétiques, arrêt du tabac	x	x	x	x

¹ Antécédents cardio-vasculaires personnels, symptômes évocateurs de diabète, valeurs antérieures de bilans biologiques, traitement en cours, notamment les médicaments interférant avec le métabolisme glucidique et lipidique (valproate, lithium, APA...).

² Faire attention à une prise de poids précoce >7% (reconsidérer le choix de l'APA dans ce cas).

³ Le contrôle de l'ECG dépend des FRCV.

⁴ En cas de FRCV dépisté, reconsidérer le choix de l'APA et se référer aux recommandations de suivi et de traitement du FRCV.

☐ dépistage à proposer à tous les patients à la première consultation puis régulièrement au cours du suivi.

☐ dépistage recommandé pour les patients en cas d'initiation d'un traitement (depuis moins de 12 mois).

Annexe 3 - Courrier présentant le projet, adressé aux médecins généralistes

Chloé BOUCHARD

[ADRESSE]

[TEL]

[NOM MG]

[ADRESSE]

Le 14 juin 2012

[Madame/ Monsieur],

Je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Le but de mon étude est de comparer le dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire en médecine générale entre un groupe de patients atteints de dépression récurrente (unipolaire) ou atteints de trouble bipolaire et un groupe contrôle. Les patients présentant un trouble psychiatrique ont déjà été sélectionnés d'après les listes de consultations du CHRU de Tours.

D'après les dossiers de l'hôpital que j'ai pu consulter, vous suivez [(n) patient(s)] : [nom prénom date de naissance...], [nom prénom date de naissance...]...

Seriez –vous prêt(e) à me recevoir à votre cabinet pour que je puisse consulter, seule ou en votre présence, les dossiers de [votre/ vos patient(s)] et [d'un/ de (n) patient(s) témoin(s)] de votre patientèle? Ceci afin de compléter mes questionnaires et tout en respectant le secret médical (les données seront bien entendu anonymisées lors de l'analyse statistique). L'extraction des données ne devrait pas prendre plus de 10 minutes par dossier.

Le but n'est en aucun cas de juger votre travail mais d'évaluer de façon globale sur le territoire de l'Indre-et-Loire la qualité du dépistage de ces patients, en sachant bien qu'ils sont parfois difficiles à suivre en médecine générale. J'aimerais d'ailleurs que nous puissions échanger à ce sujet.

Je vous recontacterai à partir du 16 juillet prochain afin de connaître votre réponse, et si vous acceptez de participer, de fixer une date pour nous rencontrer.

Je vous remercie de votre attention.

Recevez mes salutations respectueuses,

Chloé Bouchard

Questionnaire dossier patient

☒ CAS

CODE D'ANONYMISATION DU

PATIENT :

Code diagnostic CIM-10

☐ F31 ☐ F33

Identification du patient

Nom :

Prénom :

1. Genre
☐ féminin ☐ masculin
2. Date de naissance : / /
3. Age (au 1^{er} mai 2009)
☐ 45-49 ans ☐ 50-54 ans ☐ 55-59 ans ☐ 60-65 ans

Recherche des facteurs d'exclusion

(ne pas poursuivre le questionnaire si au moins une réponse est positive)

4. Antécédent d'un trouble psychotique, d'une démence
☐ oui ☐ non
5. Antécédent de pathologie cardio-vasculaire (IDM, insuffisance coronarienne) avant le 1^{er} mai 2009
☐ oui ☐ non
6. Antécédent de pathologie cérébro-vasculaire (AVC, AIT) avant le 1^{er} mai 2009
☐ oui ☐ non
7. Antécédent de diabète avant le 1^{er} mai 2009
☐ oui ☐ non
8. Suivi chez le médecin généraliste ayant débuté après le 1^{er} mai 2009
☐ oui ☐ non
9. Patient n'ayant pas consulté le médecin généraliste au cours de la période 1^{er} mai 2009-30 avril 2012
☐ oui ☐ non

Dépistage au cours de la période 1^{er} mai 2009- 30 avril 2012

Les facteurs de risque suivants sont-ils renseignés dans le dossier ?

10. Antécédents cardio-vasculaires familiaux
(mort subite, infarctus du myocarde < 55 ans chez le père ou chez un parent de 1^{er} degré de sexe masculin, ou < 65 ans chez la mère ou chez un parent de 1^{er} degré de sexe féminin, AVC constitué avant 45 ans)
☐renseigné et antécédent positif ☐non renseigné
☐renseigné et antécédent négatif
11. Tabagisme
☐renseigné et patient fumeur ☐non renseigné
☐renseigné et patient non fumeur
12. Poids
(à la dernière consultation ou au cours de l'année qui précède la dernière consultation)
☐renseigné ☐non renseigné
13. IMC
(à la dernière consultation ou au cours de l'année qui précède la dernière consultation)
☐renseigné ☐non renseigné
14. Pression artérielle
(à la dernière consultation ou au cours de l'année qui précède la dernière consultation)
☐renseigné ☐non renseigné
15. Prescription ou résultat d'un bilan biologique évaluant la cholestérolémie
☐renseigné ☐non renseigné
16. Prescription ou résultat d'une glycémie à jeun
☐renseigné ☐non renseigné

Suivi du patient au cours de la période 1^{er} mai 2009-30 avril 2012

17. Nombre de consultations
entre le 1^{er} mai 2009 et le 30 avril 2010=.....
entre le 1^{er} mai 2010 et le 30 avril 2011=.....
entre le 1^{er} mai 2011 et le 30 avril 2012=.....
18. Nombre total de consultations entre le 1^{er} mai 2009 et le 30 avril 2012=.....

19. Délivrance d'un certificat de sport

☐oui ☐non

20. Prescription d'une contraception hormonale ou d'un THS (pour les femmes uniquement)

☐oui ☐non

21. Bilan de santé par la médecine du travail ou par un organisme d'assurance

☐oui ☐non

22. Suivi par un cardiologue

☐oui ☐non

Antécédents et traitements

23. Antécédents personnels (pouvant être renseignés et/ou connus avant le 1^{er} mai 2009)

HTA

☐oui ☐non ☐non renseigné

Dyslipidémie

☐oui ☐non ☐non renseigné

Obésité

☐oui ☐non ☐non renseigné

24. Prescription d'un neuroleptique de nouvelle génération (ou antipsychotique atypique) au cours de la période 1^{er} mai 2009-30 avril 2012 (traitement prescrit par le médecin traitant ou connu du médecin traitant)

☐oui ☐non ☐non renseigné

Lequel/lesquels :.....
.....
.....

Données sociales

(Données du dossier ou avis déclaratif du médecin généraliste)

25. Patient vivant en couple

☐oui ☐non ☐non renseigné/ ne sait pas

26. Patient bénéficiaire de la CMU

☐oui ☐non ☐non renseigné/ ne sait pas

27. Patient sous curatelle ou tutelle

☐oui ☐non ☐non renseigné/ ne sait pas

Questionnaire dossier patient

☒ **TEMOIN**

CODE D'ANONYMISATION DU PATIENT :

Identification du patient

Nom :

Prénom :

1. Genre
☐ féminin ☐ masculin
2. Date de naissance : / /
3. Age (au 1^{er} mai 2009)
☐ 45-49 ans ☐ 50-54 ans ☐ 55-59 ans ☐ 60-65 ans

Recherche des facteurs d'exclusion

(ne pas poursuivre le questionnaire si au moins une réponse est positive)

4. Antécédent d'un trouble psychotique, d'une démence
☐ oui ☐ non
5. Antécédent de pathologie cardio-vasculaire (IDM, insuffisance coronarienne) avant le 1^{er} mai 2009
☐ oui ☐ non
6. Antécédent de pathologie cérébro-vasculaire (AVC, AIT) avant le 1^{er} mai 2009
☐ oui ☐ non
7. Antécédent de diabète avant le 1^{er} mai 2009
☐ oui ☐ non
8. Suivi chez le médecin généraliste ayant débuté après le 1^{er} mai 2009
☐ oui ☐ non
9. Patient n'ayant pas consulté le médecin généraliste au cours de la période 1^{er} mai 2009-30 avril 2012
☐ oui ☐ non

Dépistage au cours de la période 1^{er} mai 2009- 30 avril 2012

Les facteurs de risque suivants sont-ils renseignés dans le dossier ?

10. Antécédents cardio-vasculaires familiaux
(mort subite, infarctus du myocarde < 55 ans chez le père ou chez un parent de 1^{er} degré de sexe masculin, ou < 65 ans chez la mère ou chez un parent de 1^{er} degré de sexe féminin, AVC constitué avant 45 ans)
☐renseigné et antécédent positif ☐non renseigné
☐renseigné et antécédent négatif
11. Tabagisme
☐renseigné et patient fumeur ☐non renseigné
☐renseigné et patient non fumeur
12. Poids
(à la dernière consultation ou au cours de l'année qui précède la dernière consultation)
☐renseigné ☐non renseigné
13. IMC
(à la dernière consultation ou au cours de l'année qui précède la dernière consultation)
☐renseigné ☐non renseigné
14. Pression artérielle
(à la dernière consultation ou au cours de l'année qui précède la dernière consultation)
☐renseigné ☐non renseigné
15. Prescription ou résultat d'un bilan biologique évaluant la cholestérolémie
☐renseigné ☐non renseigné
16. Prescription ou résultat d'une glycémie à jeun
☐renseigné ☐non renseigné

Suivi du patient au cours de la période 1^{er} mai 2009-30 avril 2012

17. Nombre de consultations
entre le 1^{er} mai 2009 et le 30 avril 2010=.....
entre le 1^{er} mai 2010 et le 30 avril 2011=.....
entre le 1^{er} mai 2011 et le 30 avril 2012=.....
18. Nombre total de consultations entre le 1^{er} mai 2009 et le 30 avril 2012=.....

19. Délivrance d'un certificat de sport

☐oui ☐non

20. Prescription d'une contraception hormonale ou d'un THS (pour les femmes uniquement)

☐oui ☐non

21. Bilan de santé par la médecine du travail ou par un organisme d'assurance

☐oui ☐non

22. Suivi par un cardiologue

☐oui ☐non

Antécédents et traitements

23. Antécédents personnels (pouvant être renseignés et/ou connus avant le 1^{er} mai 2009)

HTA

☐oui ☐non ☐non renseigné

Dyslipidémie

☐oui ☐non ☐non renseigné

Obésité

☐oui ☐non ☐non renseigné

24. (pas de traitement psychotrope)

Données sociales

(Données du dossier ou avis déclaratif du médecin généraliste)

25. Patient vivant en couple

☐oui ☐non ☐non renseigné/ ne sait pas

26. Patient bénéficiaire de la CMU

☐oui ☐non ☐non renseigné/ ne sait pas

27. Patient sous curatelle ou tutelle

☐oui ☐non ☐non renseigné/ ne sait pas

Questionnaire médecin

Informations sociodémographiques

Nom.....
Prénom.....

a) Lieu d'exercice

☐ rural ☐ semi-rural ☐ urbain

b) Ancienneté d'exercice (année de thèse ?)

☐ <10 ans ☐ 10-19 ans ☐ 20-29 ans ☐ ≥30 ans

Concernant le dépistage cardio-vasculaire

c) Utilisez-vous habituellement un/des outil(s) d'évaluation du risque cardio-vasculaire ?

☐ oui ☐ non

d) Si oui, lequel/lesquels ?

☐ grille score

☐ équation de Framingham

☐ sommation des facteurs de risque

☐ Autre :

Concernant le suivi des patients atteints de dépression récurrente et de trouble bipolaire

e) Rencontrez-vous des difficultés pour la prise en charge somatique et/ou le suivi des patients dépressifs ou bipolaires (par rapport à la population générale) ?

☐ oui ☐ non

f) Si oui, quelles sont les raisons de ces difficultés (1 à 3 réponses au maximum) ?

☐ Suivi irrégulier ou instable, mauvaise continuité des soins

☐ Difficulté de communication et de compréhension avec le patient

☐ Consultation chronophage

☐ Focalisation sur la santé mentale au détriment de la santé physique

☐ Tendance à considérer les plaintes physiques parfois multiples comme symptômes psychosomatiques

☐ Défaut d'harmonisation du suivi entre les intervenants des soins psychiatriques et des soins primaires

☐ Défaut de couverture sociale (soins médicaux limités)

☐ Autre :

.....

.....

Annexe 5 – Réponses des médecins généralistes (MG) concernant les « autres difficultés » qu'ils rencontrent au cours du suivi médical des patients présentant un trouble dépressif récurrent (TDR) ou un trouble bipolaire (TBP).

Difficultés liées à l'attitude des patients

Difficulté d'observance	Manque de conscience de leurs problèmes physiques, ou absence de recherche de soins adéquats	Difficulté à intégrer et à appliquer des conseils de soins de santé, ou difficulté à modifier leur mode de vie.
Le MG 1 décrit des difficultés dans la prise en charge du patient en l'absence de prise en charge ambulatoire organisée (suivi par des infirmières de psychiatrie, suivi en hospitalisation de jour, appartement thérapeutique...) surtout pour les patients bipolaires. En effet, dans ce cas il constate plus de problèmes d'observance thérapeutique et il a plus de difficultés à gérer les crises en l'absence de relais psychiatriques.	Le MG 5 écrit : que les patients psychiatriques « n'en ont rien à faire » de leur suivi. Le MG 6 déclare que ces patients (TBP ou TDR) sont difficiles à convaincre, qu'ils négligent souvent leur santé, mais aussi que certains problèmes sont au contraire hypertrophiés du fait de la personnalité de certains patients. Le MG 8 déclare que ces patients (TBP et TDR) ne viennent pas en consultation de médecine générale et ne sont pas intéressés par leur santé. Le MG 9 décrit des difficultés à organiser la consultation surtout quand le patient n'est pas stabilisé sur le plan psychiatrique ou quand il n'a pas de suivi psychiatrique, car dans ce cas le MG se focalise sur la santé mentale et le patient néglige sa santé. Par contre, s'il y a un suivi psychiatrique, du temps de consultation est dégagé pour un suivi plus global et le motif de consultation est souvent plus précis. Le MG 12 déclare que les patients placent les symptômes organiques en arrière plan du psychologique, et que le patient dépressif attribue tous	Le MG 6 écrit : « nécessité d'équilibration du trouble psychique pour agir efficacement sur les autres pathologies, surtout dans le domaine préventif ».

ses problèmes au moral.

Le MG 18 déclare que le suivi dépend de l'équilibre psychiatrique des patients. Cependant même équilibrés, les patients semblent peu concernés par leur santé et se font peu suivre et il est difficile pour le MG de leur faire changer de mode de vie (sédentarité, tabac, alimentation...).

Le MG 21 mentionne que ces patients sont peu compliants.

Le MG 23 mentionne que ces patients sont peu observants.

Le MG 25 indique que ces patients sont peu observants mais qu'il insiste peut-être trop peu. Il répète les messages mais n'a pas envie de porter les patients car « gérer les problèmes psychiques c'est lourd et il y a peu de résultat ». Son unique objectif est de tendre à un équilibre psychiatrique et d'être attentif au risque suicidaire.

Le MG 26 mentionne que ces patients sont moins observants.

Le MG 23 déclare que certains patients refusent les conseils et les avis médicaux, ou qu'ils ramènent tout aux problèmes psychiatriques, contrairement à d'autres patients pour lesquels il faut freiner les demandes.

Le MG 26 déclare que la pathologie psychiatrique, comme toute maladie chronique, passe avant les autres problèmes de santé.

Le MG 28 se demande comment motiver les patients présentant des troubles psychiatriques. Il décrit qu'ils ne sont pas à l'écoute des règles hygiéno-diététiques, qu'ils prennent souvent du poids avec les traitements, qu'ils ne sont pas motivés par la prévention parce qu'ils sont préoccupés par leur souffrance psychologique. Il se demande au final si ça sert à quelque chose de faire du dépistage ?

Le MG 30 déclare que les patients (TBP, TDR) viennent d'abord en consultation pour que le MG gère leur souffrance, ou pour renouveler leur traitement psychiatrique. Ils ne sont ni demandeurs, ni concernés par leur santé physique. Il lui semble aussi que les patients bipolaires sont encore moins à l'écoute des messages de prévention, qu'ils n'adhèrent pas au sevrage tabagique et il s'interroge sur leur sensibilité aux différents médias. Pour lui la prévention passe donc au second plan.

Le MG 32 décrit des difficultés à gérer le traitement. Il trouve que certaines demandes de traitement faites par les patients sont ambiguës, que la consommation est parfois de type « toxicomane », et les rendez-vous rythmés par le besoin de renouveler

les ordonnances de médicaments.

Le MG 35 considère que le patient (TBP ou TDR) fait son suivi psychiatrique mais oublie son MG.

Le MG 49 déclare que ces patients sont « intempérants » qu'ils viennent en consultation quand ils sont dépressifs, puis ne viennent plus et arrêtent parfois leur traitement quand ils sont hypomanes. Ils ont aussi plus d'addictions et les rendez-vous sont pris aléatoirement ou annulés (« pas venu, pas prévenu »).

Le MG 52 décrit une inobservance des traitements et des conseils médicaux, ainsi qu'une mise en échec de l'éducation thérapeutique notamment pour le sevrage tabagique. En effet, il lui semble que le tabagisme est entretenu par les hospitalisations en psychiatrie.

Le MG 33 déclare que ces patients (TBP et TDR) n'adhèrent pas aux soins et qu'ils n'arrivent pas à changer de comportement surtout vis-à-vis du tabac.

Le MG 38 déclare que l'interrogatoire de ces patients (TBP et TDR) est peu fiable pour le dépistage. Il estime que l'approche est difficile quand ces patients sont en déséquilibre thérapeutique et qu'il ne faut surtout pas laisser passer le moment où ils sont équilibrés sans délivrer les messages de prévention ou en en profiter pour faire du dépistage et organiser des examens complémentaires, car dans ce cas ils sont aussi adhérents que les patients témoins.

Le MG 39 décrit des patients plus pauvres, qui ont plus de difficultés à se rendre chez le médecin, qui manquent de motivation et qui reçoivent moins d'information et d'éducation pour la santé alors même qu'ils sont plus à risque.

Le MG 52 décrit une inobservance des traitements et des conseils médicaux, ainsi qu'une mise en échec de l'éducation thérapeutique notamment pour le sevrage tabagique. En effet, il lui semble que le tabagisme est entretenu par les hospitalisations en psychiatrie.

Le MG 53 se demande si les patients avec TBP ou TDR sont réceptifs aux avis médicaux car ils lui semblent relativement « imperméables ».

Difficultés impliquant les médecins généralistes

Difficulté liée au déséquilibre de la pathologie psychiatrique	Difficulté d'entretien et de déroulement de la consultation	Manque de motivation de la part du MG
Le MG 1 décrit des difficultés dans la prise en charge du patient en l'absence de prise en charge ambulatoire organisée (suivi par des infirmières de psychiatrie, suivi en hospitalisation de jour, appartement thérapeutique...) surtout pour les patients bipolaires. En effet, dans ce cas il constate plus de problèmes d'observance thérapeutique et il a plus de difficultés à gérer les crises en l'absence de relais psychiatriques. Le MG 4 mentionne que certains patients consultent régulièrement en médecine générale, mais qu'au contraire d'autres ne consultent que rarement et que s'il existe un suivi psychiatrique organisé, il n'y a pas de problème de prise en charge du patient. Le MG 6 écrit : « nécessité d'équilibration du trouble psychique pour agir efficacement sur les autres pathologies, surtout dans le domaine préventif ». Le MG 7 écrit : « difficulté à diriger la consultation en raison des décompensations psychiatriques ou des personnalités ». Il donne l'exemple d'un patient logorrhéique ; la consultation ne se déroule pas normalement, le patient parle et le MG n'a pas le temps d'aborder d'autres aspects de la santé du patient. Le MG 9 décrit des difficultés à organiser la consultation surtout quand le patient n'est pas stabilisé sur le plan psychiatrique ou quand il n'a pas de suivi psychiatrique, car dans ce cas le MG se focalise sur la santé mentale et le patient néglige sa santé. Par contre, s'il y a un suivi psychiatrique, du temps de consultation est dégagé pour un suivi plus global et le motif de consultation est souvent plus précis. Le MG 12 déclare qu'en cas de déséquilibre sur le plan psychiatrique, il ne peut pas faire sa prise en charge de généraliste, mais qu'il joue le rôle du psychiatre (en l'absence de psychiatre).	Le MG 6 indique que ces patients sont difficiles à convaincre, que souvent la santé est négligée, mais aussi que certains problèmes sont au contraire hypertrophiés du fait de la personnalité de certains patients. Le MG 12 décrit des difficultés à dissocier les problèmes organiques des problèmes psychologiques. Il trouve que les symptômes organiques sont occultés par les problèmes psychologiques. Il lui semble aussi que le patient attribue tous ses problèmes au moral et	

qu'il doit en faire le tri car il y a trop de choses qui ne vont pas. Une autre difficulté est de déceler la demande « vraie » du patient. Mais il a l'impression que « quoiqu'on fasse, rien ne va ».

Le MG 18 déclare que le suivi dépend de l'équilibre psychiatrique des patients. Cependant même équilibrés, les patients semblent peu concernés par leur santé et se font peu suivre et il est difficile pour le MG de leur faire changer de mode de vie (sédentarité, tabac, alimentation...)

Le MG 21 évoque des problèmes relationnels liés à la personnalité « trop affirmée » de certains patients.

Le MG 25 indique que ces patients sont peu observants mais qu'il insiste peut-être trop peu. Il répète les messages mais n'a pas envie de porter les patients car « gérer les problèmes psychiques c'est lourd et il y a peu de résultat ». Son unique objectif est de tendre à un équilibre psychiatrique et d'être attentif au risque suicidaire.

Le MG 32 mentionne un manque de confiance de certains patients (TBP ou TDR) plus « méfiants » qui auraient tendance à demander des avis complémentaires ou à vérifier sur internet. Ce MG décrit une difficulté à gérer les différentes réactions de ces patients.

Le MG 35 explique qu'il se focalise sur la santé mentale en cas de décompensation psychiatrique.

Le MG 38 déclare que l'interrogatoire de ces patients (TBP et TDR) est peu fiable pour le dépistage. Il estime que l'approche est difficile quand ces patients

Le MG 34 décrit une appréhension de sa part à motiver les patients, par peur qu'ils ne soient pas réceptifs, mais en fait il constate qu'il obtient de bons résultats.

sont en déséquilibre thérapeutique et qu'il ne faut surtout pas laisser passer le moment où ils sont équilibrés sans délivrer les messages de prévention ou en en profiter pour faire du dépistage et organiser des examens complémentaires, car dans ce cas ils sont aussi adhérents que les patients témoins.

Le MG 40 décrit qu'en cas de déséquilibre sur le plan psychiatrique le suivi somatique n'est pas prioritaire, par contre en cas d'équilibre le suivi est normal.

Le MG 45 décrit que la gestion des soins est difficile en cas de décompensation psychiatrique.

Le MG 52 déclare que c'est parfois lui qui est réticent à démarrer la prise en charge somatique et que d'autres fois c'est le patient. C'est surtout vrai en cas de décompensation psychiatrique.

Le MG 55 indique que l'équilibre psychiatrique est indispensable à la prise en charge globale. Il trouve personnellement que le patient maniaque est plus difficile à prendre en charge que le patient dépressif.

Le MG 52 déclare que c'est parfois lui qui est réticent à démarrer la prise en charge somatique et que d'autres fois c'est le patient. C'est surtout vrai en cas de décompensation psychiatrique.

Difficultés liées à l'organisation des soins et à l'accessibilité aux structures de soins

Absence de relais en cas d'absence de psychiatre	Manque d'accès à des services de soins	Consensus insuffisant concernant la détermination du médecin supposé être responsable des soins complémentaires aux soins psychiatriques
Le MG 1 décrit des difficultés dans la prise en charge du patient en l'absence de prise en charge ambulatoire organisée (suivi par des infirmières de psychiatrie, suivi en hospitalisation de jour, appartement thérapeutique...) surtout pour les patients bipolaires. En effet, dans ce cas il constate plus de problèmes d'observance thérapeutique et il a plus de difficultés à gérer les crises en l'absence de relais psychiatriques. Le MG 4 mentionne que certains patients consultent régulièrement en médecine générale, mais qu'au contraire d'autres ne consultent que rarement et que s'il existe un suivi psychiatrique organisé, il n'y a pas de problème de prise en charge du patient. Le MG 9 décrit des difficultés à organiser la consultation surtout quand le patient n'est pas stabilisé sur le plan psychiatrique ou quand il n'a pas de suivi psychiatrique, car dans ce cas le MG se focalise sur la santé mentale et le patient néglige sa santé. Par contre, s'il y a un suivi psychiatrique, du temps de consultation est dégagé pour un suivi plus global et le motif de consultation est souvent plus précis. Le MG 12 déclare qu'en cas de déséquilibre sur le plan psychiatrique, il ne peut pas faire sa prise en charge de généraliste, mais qu'il joue le rôle du psychiatre (en l'absence de psychiatre).	Le MG 12 écrit : « accès difficile aux soins psychiatriques en ville et à l'hôpital (délais, coût, trouver un psychiatre qui accepte un nouveau patient) ».	Le MG 4 essaie de délimiter son champ d'action de généraliste en encourageant le maintien du suivi psychiatrique par les psychiatres, en évitant les renouvellements des traitements psychiatriques, car il n'est pas le thérapeute. Ainsi en maintenant le lien MG/patient il favorise le suivi global du patient. Le MG 28 s'interroge sur l'organisation des sevrages de tabac chez les patients avec TBP ou TDR : « Quand est-ce que c'est le moment ? », « Est-ce qu'il

Le MG 39 décrit des patients plus pauvres, qui ont plus de difficultés à se rendre chez le médecin, qui manquent de motivation et qui reçoivent moins d'information d'éducation de santé alors même qu'ils sont plus à risque.

faut coordonner l'arrêt avec le psychiatre ? », « Est-ce que le psychiatre ne devrait pas aborder la question avec le patient? ».

Le MG 35 considère que le patient (TBP ou TDR) fait son suivi psychiatrique mais oublie son MG.

Le MG 39 se demande qui s'occupe de la prise en charge du tabagisme des patients psychiatriques. Il considère qu'il y a une grande tolérance institutionnelle du tabagisme et a l'impression que la question du tabac ne semble pas prioritaire aux psychiatres.

Le MG 52 décrit une inobservance des traitements et des conseils médicaux, ainsi qu'une mise en échec de l'éducation thérapeutique notamment pour le sevrage tabagique. En effet, il lui semble que le tabagisme est entretenu par les hospitalisations en psychiatrie.

Annexe 6– Modèle de lettre informant les médecins généralistes sur le dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients avec troubles chroniques de l'humeur

[SERVICE DE PSYCHIATRIE]
[COORDONNEES]

[NOM DU MEDECIN GENERALISTE]
[ADRESSE]

Le [DATE]

[Cher confrère/ Chère consœur],

J'ai reçu en consultation, le [.../.../...], votre patient(e) Madame/Monsieur..., né(e) le [.../.../...], ce jour.

[Elle/Il présente un trouble bipolaire/ une dépression récurrente (trouble unipolaire)].
[détails]

Je lui ai proposé la prise en charge suivante : [suivi/ traitement/...]

Je lui ai également recommandé de poursuivre régulièrement son suivi médical notamment concernant le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire.

En effet, les maladies mentales sévères et notamment les troubles chroniques de l'humeur exposent à un sur-risque de pathologies cardiovasculaires et d'anomalies métaboliques. Dans ce contexte, il est préconisé de renforcer le suivi des facteurs de risque cardiovasculaire dès le début de la prise en charge psychiatrique où lors de l'initiation d'un traitement (notamment par antipsychotique atypique) des patients avec troubles chroniques de l'humeur. Je vous transmets en pièce-jointe un document résumant les caractéristiques du dépistage de ces patients.

Me conformant à ces recommandations j'ai évalué son risque cardiovasculaire initial. J'ai relevé à l'interrogatoire [les antécédents cardiovasculaires suivants : ..., une consommation de tabac évaluée à..., des coaddictions à ..., l'absence de pratique de sport, un déséquilibre alimentaire, ...]. A l'examen, [le poids était de ...kg, l'IMC évalué à...kg/m², la pression artérielle mesurée à .../...mmHg]. Je lui ai prescrit un premier bilan biologique ce jour.

[Je reverrai Madame/ Monsieur le .../.../...]. [En cas de perturbation de son bilan je l'inviterai à vous consulter pour en organiser la prise en charge adéquate/ En attendant les résultats je lui conseille d'ors et déjà d'arrêter le tabac, de modifier ses habitudes alimentaires, de pratiquer une activité physique]. Je vous laisse le soin de poursuivre la prise en charge cardiovasculaire en tenant compte du sur-risque existant chez ce/cette patiente.

Bien fraternellement

[NOM DU PSYCHIATRE]

Annexe 7 - Proposition de document complémentaire au courrier adressé aux médecins généralistes

Le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients avec troubles chroniques de l'humeur

Troubles chroniques de l'humeur et risques cardiovasculaires

- Les maladies mentales sévères (MMS) et notamment les troubles chroniques de l'humeur exposent à un sur-risque de pathologies cardiovasculaires et d'anomalies métaboliques.
- Les MMS multiplient le risque de décès prématuré par 2, les causes naturelles, notamment cardiaques et cérébro-vasculaires, arrivant en tête, devant le suicide.
- Le trouble bipolaire augmenterait de 2 à 3 fois le risque de survenue de coronaropathie.
- La dépression serait associée à un risque relatif de survenue d'un infarctus du myocarde variant entre 1,57 et 2,89, elle doublerait la mortalité dans les années suivant un infarctus du myocarde et des experts du Global Burden of Disease (associés à l'OMS) et de la Société Européenne de Cardiologie la considèrent comme un facteur de risque indépendant de cardiopathies ischémiques.

Hypothèses du lien entre pathologies cardiovasculaires et troubles chroniques de l'humeur

- Plusieurs hypothèses sont émises concernant le mécanisme du lien entre pathologie cardiovasculaire et troubles de l'humeur :
 - une plus grande fréquence des déséquilibres hygiéno-diététiques (surconsommation de

tabac et d'alcool, régime alimentaire déséquilibré et sédentarité),

- des mécanismes de physiopathologies communes (dysrégulation du système nerveux autonome, dysfonction de l'axe corticotrope, dysfonction endothéliale et phénomènes inflammatoires agissant sur l'hémostase et la perfusion myocardique),
- des causes iatrogéniques (par exemple : antidépresseurs tricycliques et antipsychotiques de seconde génération (APA)).

Intérêt d'un dépistage des facteurs de risques cardiovasculaires (FRCV)

- Des programmes de suivi des FRCV incluant un dépistage initial et un suivi plus régulier que celui de la population générale ont été proposés (Tableau1).
- Ces recommandations insistent sur :
 - l'information du patient concernant les FRCV modifiables et les effets secondaires du traitement prescrit afin de prévenir l'évolution d'un syndrome métabolique et d'encourager le patient à modifier son mode de vie;
 - la répétition des conseils hygiéno-diététiques notamment en encourageant le sevrage tabagique, l'activité physique, l'équilibre alimentaire et la perte de poids en cas de surpoids.
 - la nécessité de contrôler tout au long du suivi des signes évocateurs de diabète.

Définitions

- **Maladies Mentales Sévères (MMS)** : ensemble des troubles psychiatriques non organiques, chroniques à l'origine de répercussions sévères, notamment sur le handicap. Les MMS concernent principalement la schizophrénie et les **troubles de l'humeur** (trouble bipolaire et trouble dépressif récurrent ou unipolaire).
- **Antipsychotiques Atypiques (APA) ou neuroleptiques de seconde génération** : Amisulpride, Aripiprazole, Clozapine, Olanzapine, Quétiapine, Risperidone.

Tableau 1 : Synthèse de recommandations d'experts concernant le dépistage initial et le suivi des facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) des patients présentant une maladie mentale sévère (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble dépressif récurrent ou patient sous antipsychotique de seconde génération ou APA).

		Fréquence du suivi en l'absence de FRCV ⁴			
		T0	Semaine 6	Semaine 12	Annuelle
Interrogatoire	Histoire personnelle ¹	x			x
	Antécédents familiaux (cardio-vasculaires, diabète, obésité)	x			x
	Mode de vie (sédentarité, habitudes alimentaires, addictions)	x	x	x	x
	Tabagisme	x	x	x	x
Examen physique	Poids et calcul de l'indice de masse corporelle	x	x ²	x	x
	Périmètre abdominal	x	x	x	x
	Pression artérielle (+ examen cardiaque et vasculaire)	x	x	x	x
Bilan biologique	Evaluation d'une anomalie lipidique	x	x	x	x
	Glycémie à jeun	x	x	x	x
Autre bilan	ECG (recherche d'un allongement de l'espace QT)	x			(x) ³
Conseils	Règles hygiéno-diététiques, arrêt du tabac	x	x	x	x

¹ Antécédents cardio-vasculaires personnels, symptômes évocateurs de diabète, valeurs antérieures de bilans biologiques, traitement en cours, notamment les médicaments interférant avec le métabolisme glucidique et lipidique (valproate, lithium, APA...).

² Faire attention à une prise de poids précoce >7% (reconsidérer le choix de l'APA dans ce cas).

³ Le contrôle de l'ECG dépend des FRCV.

⁴ En cas de FRCV dépisté, reconsidérer le choix de l'APA et se référer aux recommandations de suivi et de traitement du FRCV.

 dépistage à proposer à tous les patients à la première consultation puis régulièrement au cours du suivi.

 dépistage recommandé pour les patients en cas d'initiation d'un traitement (depuis moins de 12 mois).

Bibliographie

Charlson FJ, Stapelberg NJC, Baxter AJ, Whiteford HA. Should global burden of disease estimates include depression as a risk factor for coronary heart disease? BMC Med. 2011;9:47.

De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. févr 2011;10(1):52- 77.

De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World Psychiatry. juin 2011;10(2):138- 151.

De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the

European Society of Cardiology (ESC). Eur Psychiatry. sept 2009;24(6):412- 424.13 14.

Lawrence D, Kisely S, Pais J. The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. Can J Psychiatry. déc 2010;55(12):752- 760.

Saravane D, Fève B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. Encephale. sept 2009;35(4):330- 339.

Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. juill 2012;33(13):1635-1701.

BOUCHARD Chloé

83 pages – 7 tableaux - 7 figures – 7 annexes.

Résumé :

Contexte : les patients atteints de maladies mentales sévères (MMS, principalement schizophrénie et troubles de l'humeur) sont exposés à un sur-risque de morbidité et mortalité cardio-vasculaire et il a été proposé de dépister rigoureusement les facteurs de risque cardio-vasculaire (FRCV) chez ces patients. Néanmoins, l'application du dépistage des FRCV en soins primaires dans cette population est mal connue.

Objectif : comparer le dépistage des FRCV, en médecine générale, entre un groupe de patients avec trouble bipolaire (TBP) ou trouble dépressif récurrent (TDR) et un groupe contrôle.

Méthode : étude cas-témoin menée par analyse rétrospective des dossiers de 49 patients avec TDR ou TBP et 49 témoins suivis par 41 médecins généralistes (MG) de l'Indre-et-Loire. Les critères de jugement principaux étaient : antécédents cardio-vasculaires familiaux, statut tabagique, poids, indice de masse corporelle, pression artérielle, prescription ou résultats de la cholestérolémie et de la glycémie.

Résultats : les antécédents cardio-vasculaires familiaux des patients avec TBP ou TDR sont moins fréquemment renseignés (OR=0,43[0,19-0,98], p=0,04). Il n'y avait pas d'autre différence significative sur les critères de jugement principaux.

Conclusions : nos résultats suggèrent que les patients avec TBP et TDR sont globalement aussi bien dépistés que la population générale. Si ces résultats semblent satisfaisants, les patients MMS devraient toutefois bénéficier d'un dépistage plus attentif aux vues des recommandations d'experts.

Mots clés :

Prévention - Dépistage - Facteur de risque cardio-vasculaire - trouble bipolaire - trouble dépressif récurrent - soins primaires.

Jury :

Président de Jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Membres du jury : Monsieur le Professeur Denis ANGOULVANT
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Madame le Docteur Mélanie BIOTTEAU
Madame le Docteur Clarisse DIBAO-DINA

Date de la soutenance :

lundi 28 octobre 2013