Master de spécialisation en médecine générale
Travail de fin d'études

UCL
Université catholique de Louvain

Amélioration de la détection des facteurs de risque cardiovasculaire chez le patient souffrant de trouble psychiatrique sévère et traité par antipsychotique en médecine générale : recherche-action en Maison Médicale.

2017-2018

Dr Virginie De Ridder

Promotrice – Dr Caroline Colinet

« Il faut parfois rappeler que les malades mentaux les plus graves et méconnus comme les schizophrènes, ont aussi (!) un corps et les maladies somatiques habituelles de la population. »

(1)

J.L. Gallais

Remerciements

La rédaction de ce Travail de fin d'études fut ardue mais passionnante. La réflexion que la problématique choisie a engendrée, l'intérêt suscité et le partage en équipe et avec d'autres confrères font partie des belles expériences de ma jeune formation de médecin et marquent le futur de ma carrière comme généraliste.

Je tiens à remercier :

- La Maison médicale du Nord qui m'a permise de découvrir l'importance de la santé mentale en médecine générale et le partage de leur intérêt et sensibilité pour ce sujet durant ma première année d'assistanat ;
- Le Docteur Colinet, ma promotrice et maitre de stage adjointe, pour son soutien et ses conseils durant toute l'élaboration de ce travail mais également son encadrement et son écoute durant ma formation ;
- L'équipe médecins de la Maison Médicale des Marolles, ayant accepté que je réalise ma recherche sur base des dossiers médicaux de leurs patients ainsi que leur participation active à la recherche-action menée sur le terrain ;
- Toute l'équipe de la Maison des Marolles, pour l'encadrement, le partage d'expériences et l'humanité dont ils font preuve au quotidien dans la gestion de la structure ;
- Le Docteur Morelle, ma maitre de stage, pour le temps et la qualité de formation accordés ;
- Les Docteurs Champion et Hubert, mes animateurs de séminaire locorégional, pour leur regard critique tout au long de l'élaboration de ce travail ;

Et ma maman, pour sa relecture.

Résumé

Introduction : Les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères ont une espérance de vie réduite de 10 à 17,5 ans en comparaison à la population générale (2). Les maladies cardiovasculaires représentent en grande partie la cause modifiable de la surmortalité chez ces patients (2). Le médecin généraliste occupe, comme acteur en première ligne, un rôle important dans la détection des facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) et leur prise en charge.

Objectifs : L'objectif principal de ce travail était d'améliorer la détection des facteurs de risque cardiovasculaire chez le patient souffrant de trouble psychiatrique sévère traité par antipsychotique au sein d'une pratique de groupe de médecine générale de première ligne, la Maison Médicale des Marolles (MMM), en vue d'améliorer sa santé. Les objectifs intermédiaires étaient de sensibiliser les médecins à cette problématique et de conscientiser le patient cible à sa santé globale.

Méthodologie : La méthodologie a consisté en une recherche bibliographique et la mise en place d'une recherche-action durant une période de trois mois à la MMM dans le but d'améliorer la détection des FRCV chez les patients cibles. Les FRCV étudiés sont le poids, l'indice de masse corporelle (IMC), la tension artérielle (TA), la glycémie, le cholestérol, la consommation d'alcool, de drogue et le statut tabagique du patient. Le nombre de FRCV relevés dans les dossiers-patients avant et après la recherche action ont été comparés.

Résultats : La comparaison des résultats obtenus a permis d'établir un lien positif entre la réalisation d'une recherche-action et l'augmentation de la détection de tous les FRCV étudiés sauf pour la glycémie et le cholestérol.

Discussion : Les recommandations de suivi de ces patients sur le plan somatique sont principalement adressées aux psychiatres. Néanmoins, l'importance du travail de collaboration avec le médecin généraliste et le rôle de celui-ci dans le suivi des FRCV sont établis.

La recherche-action a permis d'obtenir des résultats favorables pour les patients suivis dans la structure, cependant une période de recherche de trois mois est courte et les résultats devraient être ré-analysés après un an pour éliminer le biais du temps.

Mots Clés : trouble psychiatrique sévère, antipsychotique, facteurs de risque cardiovasculaire, recherche-action, médecine générale.

Table des matières

1. Glossaire et abréviations ……7
2. Introduction ……8
3. Méthodologie ……10
   - 3.1 Recherche bibliographique……10
     - 3.1.1 Le sujet……10
     - 3.1.2 La méthode de recherche……11
   - 3.2 Recherche action……11
     - 3.2.1 Analyse de départ……11
     - 3.2.2 Planifier le changement/mise en place du changement/analyse……12
     - 3.2.3 Evaluation……13
   - 3.3 Diagramme de Gantt……14
   - 3.4 Aspect éthique……15
4. Résultats……16
   - 4.1 Recherche bibliographique……16
     - 4.1.1 Définition et épidémiologie……16
     - 4.1.2 Une population à risque……16
     - 4.1.3 Antipsychotiques……17
     - 4.1.4 Recommandations……19
     - 4.1.5 Prise en charge des FRCV……22
     - 4.1.6 Quand envisager de changer l'antipsychotique ? ……23
     - 4.1.7 Soins ambulatoires……24
   - 4.2 Recherche action……24
     - 4.2.1 Analyse de départ : revue rétrospective des dossiers……24
     - 4.2.2 Planifier le changement : technique du groupe nominal……26
     - 4.2.3 Revue des dossiers après mise en place des actions……28
     - 4.2.4 Evaluation……28
5. Discussion……31
   - 5.1 Le cadre spécifique de la Maison Médicale des Marolles……31
   - 5.2 Les résultats……31
     - 5.2.1 La recherche bibliographique et les recommandations……31

5.2.2 La réalisation d'une recherche-action……33
5.3 Les biais……37
5.3.1 Le temps……37
5.3.2 L'analyse statistique……38
5.3.3 L'encodage……38
6. Conclusion……39
7. Bibliographie……40
8. Annexes……43
8.1 Annexe 1 : La technique du groupe nominal……43
8.2 Annexe 2 : Lettre type envoyée aux patients……44
8.3 Annexe 3 : Fiche-patient……45
8.4 Annexe 4 : Tableaux de contingences observés et théoriques pour le calcul des Khi carrés……46
8.5 Annexe 5 : Réponses à la question subsidiaire lors du groupe nominal……49

1. Glossaire et abréviations

DMI : dossier médical informatisé

ES : effet secondaire

FAMGB : Fédération des Associations des Médecins généralistes de Bruxelles

FRCV : facteur de risque cardio-vasculaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : indice de masse corporelle

MMM : Maison Médicale des Marolles

MMN : Maison Médicale du Nord

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

RBP : recommendation de bonne pratique

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

TA : tension artérielle

TFE : Travail de fin d'études

2. Introduction

Lors de ma première année d'assistanat au sein d'une pratique de groupe en maison médicale, j'ai été interpellée par la réflexion d'un médecin de l'équipe concernant l'excès de mortalité dû aux pathologies somatiques chez les patients psychotiques en comparaison à la population générale.

En tant que médecin dans l'équipe, j'ai été amenée à de nombreuses reprises à prendre en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères. Dans la plupart des cas, le motif de consultation était la re-prescription du traitement ou la réalisation d'une injection d'antipsychotique. Je me suis alors posé la question de mon rôle en tant que médecin généraliste dans le suivi de ces patients. J'ai remarqué que souvent la maladie psychiatrique sévère occupe une place importante dans la vie du patient et dans le suivi médical, ce qui laisse peu d'opportunités au médecin pour aborder d'autres aspects de sa santé globale. Il reste pour moi, en tant que jeune médecin avec peu d'expérience en santé mentale, difficile d'évoquer en consultation le mode de vie du patient, le tabagisme ou encore le poids lorsque celui-ci et sa famille sont débordés par les conséquences de la pathologie mentale dans leur vie quotidienne.

En m'intéressant à la littérature, j'ai pu constater que les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire ou la dépression sévère, ont une espérance de vie diminuée en moyenne de 10 à 17,5 ans comparée à la population générale (2). La principale cause de surmortalité est représentée par les maladies cardiovasculaires et est en grande partie modifiable (3). Le traitement par antipsychotiques peut détériorer le profil cardio-vasculaire des patients en entrainant par exemple une prise de poids, des anomalies de la glycémie ou du lipidogramme (4).

Finalement, l'intérêt d'approfondir cette question mêlant psychiatrie et soins somatiques est ce qui m'a motivée à choisir cette problématique comme sujet pour mon TFE.

Après avoir réfléchi à la construction de ce travail autour de la question de l'excès de mortalité dû aux maladies cardiovasculaires chez les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, j'ai choisi de réaliser une recherche action en plus d'une recherche bibliographique. Le but étant, par la recherche-action menée avec l'équipe de médecins sur le terrain, d'avoir un potentiel impact positif auprès des patients suivis à la MMM.

La question de la santé mentale en médecine générale, à Bruxelles, est un sujet actuel. Une illustration en est que récemment la Fédération des Associations de Médecins Généralistes Bruxellois (FAMGB) vient de publier le *Livre noir de la santé mentale*. L'objectif étant « d'interpeller le monde politique et la société civile sur les grandes difficultés d'accès aux soins de santé mentale et faire reconnaître le rôle central du médecin généraliste dans cette problématique » (5).

L'objectif principal de ce travail est : améliorer la détection des facteurs de risque cardiovasculaire chez le patient souffrant de trouble psychiatrique sévère traité par antipsychotique au sein d'une pratique de groupe de médecine générale de première ligne, la Maison Médicale des Marolles, en vue d'améliorer sa santé.

Les objectifs intermédiaires sont :

- Sensibiliser les médecins de la Maison Médicale des Marolles à la problématique ;
- Conscientiser le patient cible à sa santé globale.

3. Méthodologie

La méthodologie de mon Travail de Fin d'Etudes (TFE) a consisté en deux méthodes distinctes et complémentaires.

Dans un premier temps, j'ai effectué une recherche bibliographique. L'objectif était d'appréhender le sujet et d'approfondir mes connaissances en vue de réaliser une revue de littérature sur les recommandations de prise en charge des patients cibles. La recherche bibliographique a également eu pour but de choisir la méthode de recherche la plus appropriée à appliquer sur le terrain.

Dans un deuxième temps, j'ai réalisé une recherche-action, méthode de recherche collaborative sur le terrain. La réflexion autour de la mise en place et de la faisabilité de la méthode a été guidée notamment par la participation à un atelier sur la thématique de la recherche-action présenté et animé par le Dr André Crismer lors d'un week-end de formation de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG).

J'ai également eu l'occasion de discuter de l'intérêt du sujet et des différentes approches possibles avec le Dr Luxereau, psychiatre exerçant à la Maison Médicale du Nord (MMN), le Dr Lafontaine, responsable des TFE pour l'UCL et les Drs Hubert et Champion, animateurs de mon séminaire locorégional.

3.1 Recherche bibliographique

3.1.1 Le sujet

- Via le site du Cebam ;
- Via Pubmed et en sélectionnant le thesarus Mesh avec les mots clés : Schizophrenia/CVD/mortality/somatic health, Antipsychotic agents / side effects, Psychotic disorders ;
- Via des recommandations institutionnelles : HAS, CBIP, NICE, … ;

- Via la littérature grise ;
- Via l'analyse de la bibliographie des articles sélectionnés ;
- Via des articles recommandés par mes pairs.

3.1.2 La méthode de recherche

- Via le Guide de rédaction du TFE en médecine générale et les lectures proposées ;
- Via Le carnet de bord « Assurance qualité », rédigé par la Fédération des Maisons Médicales.

3.2 Recherche action

Le choix du sujet de mon TFE a été présenté à l'équipe médecins de la MMM ainsi que les objectifs que j'avais définis. Je leur ai ensuite proposé de réaliser une recherche action visant à améliorer la détection des FRCV chez les patients cibles au sein de notre pratique en MM. Les médecins ont accepté de participer activement au projet, l'ensemble de l'équipe ayant une sensibilité pour la santé mentale.
Le projet de recherche-action a été construit à partir des étapes proposées dans le Carnet de bord « Assurance de qualité » rédigé par la Fédération des Maisons Médicales (6).

3.2.1 Analyse de départ

Dans un premier temps, j'ai effectué une revue rétrospective des dossiers patients en vue d'analyser la détection des FRCV chez les patients traités par antipsychotiques.

Nous utilisons le programme médical informatique labélisé Epicure qui permet de réaliser des statistiques sur base des dossiers médicaux informatisés (DMI) des patients.
J'ai utilisé comme critères de sélection des dossiers les items suivants : "classe de médicaments : antipsychotiques" et "âge supérieur ou égal à 18 ans".

Les critères d'inclusion pour la revue rétrospective des dossiers et la recherche-action sont :

- Patient âgé de 18 ans et plus ;
- Traitement chronique par un médicament de la classe des antipsychotiques ;

- Patient ayant consulté au moins une fois un médecin durant l'année analysée, précédant mon arrivée à la MMM, du 1 octobre 2016 au 30 septembre 2017.

Pour chaque patient les données générales suivantes ont été récoltées : âge, sexe et nombre de consultations médicales sur l'année analysée.

Comme FRCV pertinents, j'ai choisi, sur base de la littérature (7), de relever les suivants : poids, IMC, TA, glycémie, cholestérol, consommation d'alcool, consommation de drogue et statut tabagique du patient.

Les résultats de la revue des dossiers ont été recueillis de la manière suivante :

- sous forme de tableau ;
- pour les indicateurs âge, sexe et nombre de consultation : valeurs absolues ;
- pour les items FRCV: recueil selon le modèle binaire : 0 si pas de donnée – 1 si présence d'une donnée dans la dossier-patient minimum une fois sur l'année analysée. J'ai détaillé pour les items alcool – drogue – tabac si le patient est dépendant, non dépendant ou ancien dépendant.

Dans un deuxième temps, les résultats de la revue rétrospective des dossiers ont été présentés aux médecins de l'équipe ainsi qu'une brève introduction aux recommandations de la littérature concernant le suivi des patients sous antipsychotiques et la détection des FRCV et leur prise en charge.

3.2.2 Planifier le changement / mise en place du changement / analyse

En vue d'effectuer une recherche-action auprès de nos patients cibles, j'ai proposé d'animer, lors d'une réunion du secteur médecin, un groupe nominal, en vue de générer des propositions de réponse à la question suivante : *« Quelles sont les pistes d'action qui pourraient être mises en place au sein de l'équipe des médecins de la MM en vue d'améliorer la détection des FRCV chez nos patients traités par antipsychotique ? »*.
Le but final de ce processus étant de choisir ensemble les stratégies semblant être les plus appropriées à mettre en place en vue du changement à effectuer.

Le processus de la technique du groupe nominal est détaillé à l'annexe 1.

Les propositions sélectionnées ont été mises en place durant une période de 3 mois. Après celle-ci, j'ai effectué une nouvelle revue des dossiers pour les items FRCV selon le modèle binaire : 0 si pas de donnée – 1 si présence d'une donnée minimum une fois. Les dossiers revus sont uniquement ceux des patients qui se sont présentés en consultation au cours de ces trois mois.

3.2.3 Evaluation

L'évaluation du processus de recherche-action et des résultats a été effectuée sur base quantitative et qualitative.

Du point de vue quantitatif, les résultats obtenus par la revue des dossiers ont été analysés par les bio-statistiques via le Test du Khi carré (= χ^2). Test utilisé pour étudier le lien entre 2 variables qualitatives indépendantes (8) (9).

Dans le cas présent : la comparaison des pourcentages obtenus par la revue des dossiers revient à étudier le lien entre les 2 variables : [item FRCV connu : non / oui] et [recherche-action : non / oui].

Le Test du Khi carré nous permet de savoir si les variables sont indépendantes ou associées et de répondre à la question : « Existe-t-il un lien entre FRCV connu pour le patient et la mise en place de la recherche-action c'est à dire : le pourcentage de patients pour lesquels le FRCV est connu est-il le même avant ou après la mise en place de la recherche action ? ».

- Hypothèse nulle = H0 = P (FRCV connu) avant recherche-action = P (FRCV connu) après recherche-action → pas d'association entre les 2 variables, elles sont indépendantes ;
- Hypothèse alternative = H1 = P (FRCV connu) avant recherche-action ≠ P (FRCV connu) après recherche-action → association entre les 2 variables, elles sont dépendantes.

La densité de probabilité de la loi du χ^2 à 1 degré de liberté correspond à un risque $\alpha = 0,05$

(5%) pour un χ^2 théorique correspondant à 3,84 (9).

- Si le X_o^2 (Khi carré observé) < X_α^2 (Khi carré théorique) → non rejet de H0.
- Si le X_o^2 (Khi carré observé) > X_α^2 (Khi carré théorique) → acceptation de H1.

Du point de vue qualitatif, l'évaluation de la recherche-action s'est déroulée durant une réunion du secteur médecin. J'ai présenté les résultats de la revue des dossiers après la mise en action et nous avons étudié 2 dossiers, choisis au hasard afin d'analyser ensemble de manière spécifique la situation de ces patients en particulier. Ensuite, l'évaluation à proprement parlé, a consisté en une enquête individuelle et une enquête de groupe :

- *Enquête individuelle :*

Il a été demandé à chaque médecin présent, de manière individuelle, de relever concernant l'ensemble du processus (démarche, résultats, etc) un point positif, un point négatif et un point à améliorer. Une question subsidiaire a également été proposée : « Auriez-vous envie de refaire ce type de travail sur le terrain ? Si oui, à quel sujet ? » ; en vue d'évaluer la motivation et les sujets d'intérêts communs pour une future réflexion autour de l'amélioration des soins des patients de la MMM.

- *Enquête de groupe* :

Mise en commun des réponses et discussion libre.

3.3 Diagramme de Gantt

Afin de vous permettre de vous rendre compte de la chronologie de la réalisation de mon TFE, je l'ai schématisé par le diagramme de Gantt.

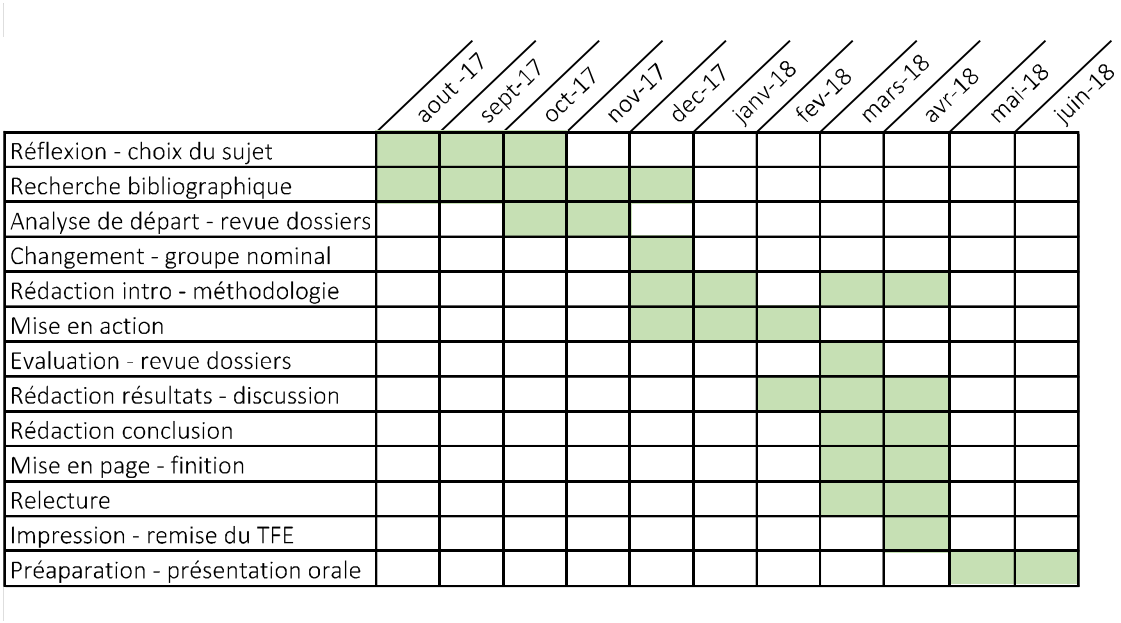

Figure 1 : Diagramme de Gantt

3.4 Aspect éthique

Avant de débuter ce travail, j'ai pris le temps d'expliquer la volonté de ma démarche à toute l'équipe médecin de la MMM en vue d'obtenir leur accord pour le travail à réaliser ainsi que la mise en place d'une recherche-action collaborative. Etant moi-même médecin assistante au sein de la structure, j'ai pu avoir accès aux dossiers des patients, ceci en respectant le secret médical partagé avec mes collègues. Toutes les données présentées dans ce travail ont été anonymisées.

Un avis a également été demandé au Comité d'éthique hospitalo-facultaire de Saint Luc. Celui-ci a rendu un avis favorable pour la recherche.

4. Résultats

4.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a eu pour but d'approfondir ma compréhension du sujet ainsi que d'analyser la littérature en vue de trouver s'il existe des recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge des patients cibles.

4.1.1 Définition et épidémiologie

L'espérance de vie des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères est de 20% inférieure que celle de la population générale (4) (10). Ceci équivaut à une diminution de 10 à 17,5 ans de leur espérance de vie (2).
Les troubles psychiatriques sévères regroupent la schizophrénie, le trouble bipolaire et le trouble dépressif majeur (2) (3) (11). Ces pathologies interfèrent ou limitent au moins une activité majeure de la vie quotidienne du patient (12). En 2016, aux Etats-Unis, la prévalence du trouble psychiatrique sévère est estimée à 4,2% de la population adulte (12).

Bien que le suicide soit une des causes expliquant la réduction d'espérance de vie chez ces patients, ce sont les maladies somatiques qui sont responsables de la majorité des décès prématurés (2). Environ 60% de la surmortalité est liée aux maladies somatiques (11). L'ensemble des maladies cardiovasculaires en est la principale cause de décès (3) (13) (14) et représente en grande partie la cause modifiable de cette surmortalité (3) (4) (11).

4.1.2 Une population à risque

Les causes imputées à l'augmentation de la mortalité et la morbidité cardiovasculaire chez ces patients sont multifactorielles :

- Troubles cognitifs, par ex chez le patient schizophrène, ce qui réduit sa capacité à percevoir de manière appropriée son état de santé (15) ;

- Prédispositions génétiques (3) ;
- Milieu de vie : conditions socio-économiques et environnement défavorables (15) ;
- Abus d'alcool, de drogue et de tabac (prévalence plus élevée que dans la population générale) (15) ;
- Exercice physique peu fréquent associé à une tendance à l'obésité (3) (15) ;
- Le traitement psychotrope : effets secondaires importants et non négligeables tels que prise de poids et anomalies métaboliques (3) (15) ;
- Accessibilité réduite aux soins de santé (13).

Concernant l'accessibilité aux soins de santé, l'article « Santé somatique en psychiatrie : un priorité » (15) décrit 3 principales causes qui aboutissement à une diminution de celle-ci chez les patients psychiatriques :

- La difficulté de prendre soin d'eux,
- Le défaut d'identification du symptôme,
- L'intégration sociale parcellaire : réduisant par exemple l'accès aux programmes de dépistage et de prévention.

Cependant même lorsque ces patients sont suivis par un psychiatre ou en médecine générale, une grande partie d'entre eux n'est pas dépistée pour le syndrome métabolique, même pour les paramètres simples tels que le poids et la TA (11).

Les obstacles à la prise en charge des pathologies physiques sont par exemple la focalisation du soignant sur la pathologie psychiatrique, la stigmatisation des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères mais aussi l'interprétation d'une plainte physique par le médecin, comme un symptôme psychosomatique (16).

4.1.3 Antipsychotiques

Les antipsychotiques ou neuroleptiques sont classés en antipsychotiques de 1ère génération ou classiques et de 2ème génération ou atypiques.

Les principales indications de cette classe médicamenteuse sont :

- les psychoses et autres syndromes comportant hallucinations, délires et agitations psychomotrices ;

- agressivité et agitation par ex dans les démences ;
- les troubles bipolaires, lors des épisodes maniaques. (17)

L'utilisation des antipsychotiques dans la dépression, comme traitement adjuvant est controversée (17).

Les précautions particulières générales lors de l'utilisation des antipsychotiques sont :

- suivi régulier des effets métaboliques par mesure du poids, de la TA et les dosages de la glycémie et des lipides ;
- prudence particulière en cas d'insuffisance rénale et/ou hépatique ;
- prudence chez les patients à démence de Lewy ;
- éviter tant que possible leur utilisation en cas de grossesse. (17)

Les effets secondaires (ES) sont nombreux, dont des ES métaboliques (17). Les antipsychotiques de 2ème génération, en particulier l'olanzapine et la clozapine exposent le patient à un risque augmenté de prise de poids (4) (11) et de diabète (10). Ils sont suivis, en ce qui concerne la prise de poids, par la quétiapine et la risperdone (11) (18). L'amisulpiride et l'aripripazole ont le risque le plus faible (11) (18). Cependant, qu'ils soient de 1ère ou 2ème génération, ils ont pour effet potentiel de détériorer le profil lipidique (4).

Tableau 1 : Risque de troubles métaboliques associé aux différents antipsychotiques (3)

Antipsychotique	Risque
Amisulpride / Solian	Modéré
Aripiprazole / Abilify	Faible
Asénapine / Sycrest	Faible (?)
Chlorpromazine (non disponible en Belgique)	Elevé (?)
Clozapine / Leponex	Elevé
Halopéridol / Haldol	Faible
Ilopéridone	Modéré (?)
Lurasidone	Faible (?)
Olanzapine / Zyprexa	Elevé
Perphénazine	Faible
Quétiapine / Seroquel	Modéré
Rispéridone / Risperdal	Modéré
Sertindole / Serdolect	Modéré
Ziprasidone	Faible

Les ES varient également selon l'âge, le sexe, l'origine ethnique (18), des facteurs génétiques (11) et des facteurs individuels encore mal compris (18).

4.1.4 Recommandations

Les recommandations concernant le dépistage et le suivi des FRCV diffèrent selon le moment de prise en charge :

Elles peuvent être classées en recommandations :

- Générales
- A l'instauration d'un traitement antipsychotique
- Dans le cadre du suivi
- Prise en charge des FRCV.

- <u>Recommandations générales</u>

Il est recommandé d'évaluer le profil de risque cardiovasculaire du patient. Cette évaluation pour la population générale se fait le plus souvent dans le décours d'une consultation en première ligne de soins. Ceci peut être différent pour le patient psychiatrique qui a difficilement accès à celle-ci. Les recommandations concernent l'anamnèse, l'examen clinique et des paramètres biologiques (3) :

L'anamnèse doit être la plus complète possible :

- Antécédents médicaux personnels : maladies cardiovasculaires, diabète, autres
- Prédispositions familiales aux maladies CV, diabète, autres
- Habitudes de consommation tabac, alcool, drogue.

L'examen clinique doit comporter au minimum les éléments suivants (2) (3) :

- Poids, IMC, tour de taille
- TA (moyenne de 2 mesures), pouls, auscultation cardiaque et pulmonaire, fréquence cardiaque, pouls pédieux
- Si possible : un ECG.

Les données biologiques suivantes (3) :

- Glycémie à jeun
- Lipidémie à jeun : cholestérol total, triglycérides, cholestérol LDL et cholestérol HDL.

- A l'instauration du traitement

Au moment de l'instauration du traitement antipsychotique, le psychiatre ou le médecin prescripteur doit tenir compte du risque propre au patient et celui associé au type d'antipsychotique prescrit (comme présenté dans le Tableau 1) (3).

L'information du patient et de son entourage sur le risque d'apparition de troubles métaboliques avant l'instauration du traitement est essentielle (10). Cela permet également d'aborder les recommandations générales sur un mode de vie sain et d'impliquer le patient en l'encourageant à suivre son poids (3) (10).

- Dans le cadre du suivi

Dans le cadre du suivi des patients traités par antipsychotiques il est recommandé de répéter les mesures suivantes après 6, 12 semaines et ensuite annuellement (3) (14) :

- Paramètres cliniques : TA, poids, tour de taille, IMC
- Paramètres biologiques : glycémie et lipidémie, à jeun
- Conseils sur un mode de vie sain, régime alimentaire, sevrage tabagique.

Concernant le poids, un suivi chaque semaine lors des six premières semaines (19) est recommandé afin de détecter les patients dont le poids augmente rapidement (3).

Il est nécessaire d'adapter la fréquence du suivi des mesures précitées en fonction des facteurs de risque propres au patient et de la détection d'anomalies (14).

La RBP de la Fédération française de psychiatrie propose des intervalles de suivi légèrement différents : contrôle initial puis après 4, 8, 12 semaines et annuellement (4).

Les différentes étapes de la prise en charge cardio-vasculaire des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères ont été présentées sous forme de diagramme dans l'article de De Hert M. et Vancampfort D. « Risque cardiométabolique, affections psychiatriques et antipsychotiques » (3). Le diagramme est présenté à la Figure 2.

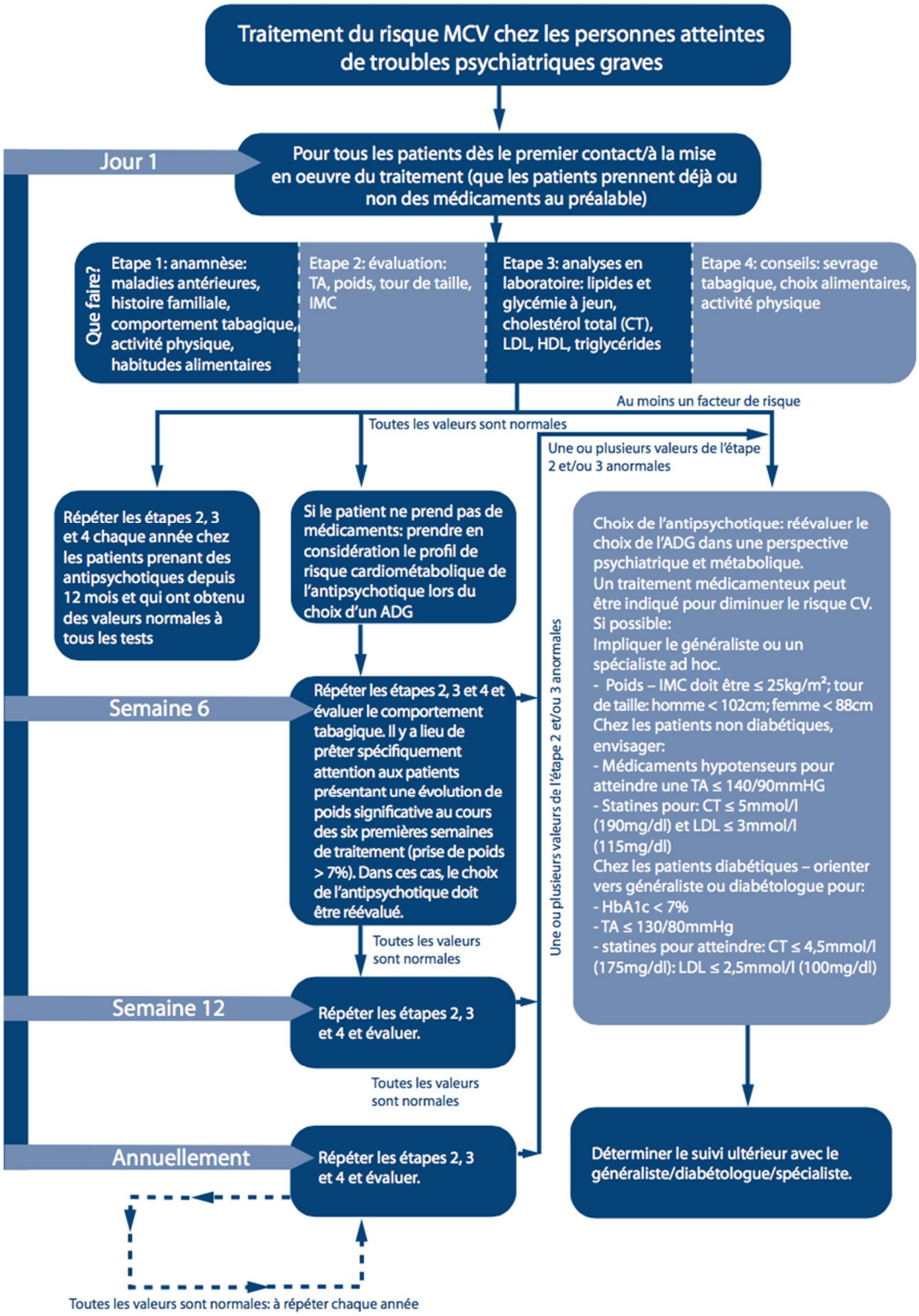

Figure 2 : Diagramme relatif à la gestion du risque de maladie cardiovasculaire chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques graves. (3)

4.1.5 Prise en charge des FRCV

- Poids :

Le poids nécessite un contrôle régulier. Les patients doivent être encouragés à perdre du poids si leur IMC > 25 kg/m2 (surtout si > 30 kg/m2) ou si le tour de taille est > à 88 et 102 cm respectivement chez la femme et chez l'homme (14).

Il est utile d'informer le patient sur une alimentation saine et les recommandations en termes d'exercice physique qui sont de 30 minutes par jour (14). Référer le patient chez une diététicienne peut être utile pour l'aider à adapter ses habitudes alimentaires et d'exercice physique.

En cas d'IMC > 30kg/m2, un traitement par une équipe multidisciplinaire dans un centre de l'obésité est indiqué (3).

La prise de poids chez les patients schizophrènes concerne 15 à 72% d'entre eux lors du traitement aigu et chronique par antipsychotique (11).

- En cas d'anomalie de la glycémie :

En cas de pré-diabète, défini par une glycémie à jeun comprise en 100 et 125 mg/dl, il est indiqué de débuter par des mesures hygiéno-diététiques. Le suivi se fera au minimum sur base annuelle.

En cas de diabète, défini par 2 glycémies successives > 126 mg/dl, une prise en charge pharmacologique semblable à celle pour la population générale est recommandée (14).

- En cas de dyslipidémie :

Lorsque les valeurs mesurées se situent dans la limite haute pour le LDL-cholestérol et les triglycérides, il est indiqué en première intention de recommander des mesures hygiéno-diététiques.

Si les valeurs du LDL cholestérol et des triglycérides sont anormalement élevées, il est indiqué d'instaurer en parallèle aux mesures hygiéno-diététiques, un traitement hypolipémiant et d'envisager un avis spécialisé. L'efficacité des statines a été démontrée pour cette indication chez ces patients (4) (14). Les valeurs considérées comme anormales sont :

- Cholestérol total : >190mg/dl (sans diabète) et >175mg/dl (avec diabète) (3) (14)
- LDL cholestérol : >115mg/dl (sans diabète) et >100mg/dl (avec diabète) (3) (14)

- En cas d'hypertension artérielle :

Dans le cadre d'une hypertension artérielle définie lorsque la TA est supérieure à 140/90 il est utile de mettre en place des mesures hygiéno-diététiques telles que : réduction de l'apport en sel, exercice physique, perte de poids et arrêt du tabac (4). Ces mesures sont parfois suffisantes pour obtenir la cible tensionnelle recommandée (14). Dans le cas contraire, il est indiqué d'ajouter un antihypertenseur (4). Le choix de l'antihypertenseur sera adapté en fonction de chaque patient (14). Chez le patient diabétique, le cut off tensionnel est 130/80 (3).

- Consommation de tabac :

Il est recommandé de motiver les patients à arrêter de fumer (19). L'arrêt du tabac peut avoir un effet bénéfique majeur sur le risque CV (18). Différentes options sont possibles : utilisation de substituts nicotiniques, thérapie comportementale dans un service spécialisé, médicaments,… Chez le patient schizophrène, l'utilisation de bupropion et de varénicline ont permis d'augmenter les taux d'abstinence tabagique mais avec un potentiel risque d'ES psychiatrique (18) (19).

4.1.6 Quand envisager de changer l'antipsychotique ?

Le médecin doit penser à un changement d'antipsychotique lors de l'apparition d'anomalies clinico-métaboliques lors du suivi d'un traitement par antipsychotique principalement si :

- prise de poids supérieure à 5% (16) ou 7% (20), surtout si la réponse thérapeutique est faible (14) → switch vers une molécule ayant un effet moindre au niveau métabolique (20) par exemple l'aripripazole, l'amisulpride, la ziprasidone ou un antipsychotique de 1ère génération (3) ;
- anomalies glycémiques, du lipidogramme, ou autre ES (16).

Notons que l'apparition d'un ES tel que le surpoids est une des principales causes de l'arrêt du traitement par le patient (4).

Attention, il est cependant primordial de garder à l'esprit la balance coût/bénéfice d'un changement de molécule en tenant compte de la situation psychiatrique propre au patient (20). Le changement devra se faire de manière prudente (16).

4.1.7 Soins ambulatoires

Le recours aux soins somatiques est perçu par les patients (et leur famille) comme secondaire, arrivant en second plan, après les préoccupations concernant leur pathologie psychiatrique et les difficultés de la vie quotidienne qui y sont liées (4).

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) préconisent une prise en charge adaptées des pathologies organiques en coordination avec le psychiatre mais également le recours au travail en réseau dans le but d'améliorer la continuité des soins (4).

La communication entre les professionnels des 1ères et 2èmes lignes de soins doit être améliorée en vue de diminuer la mortalité prématurée dans ce groupe de patients (7).

4.2 Recherche action

La recherche action s'est organisée en 4 phases :

- analyse de la situation : revue rétrospective des dossiers patients ;
- réflexion commune en vue de l'amélioration de la prise en charge de ces patients d'un point de vue cardiovasculaire avec mise en place des actions ;
- analyse des dossiers après la réalisation des actions ;
- évaluation qualitative et quantitative des résultats obtenus.

4.2.1 Analyse de départ : revue rétrospective des dossiers

Via le module statistique Epicure, j'ai pu établir la liste des patients qui correspondent aux critères « traitement chronique par antipsychotique et âge supérieur à 18 ans ». Cela correspond à 126 patients sur les 3760 patients actifs à la MMM. Cela équivaut à 3,35% de la population totale de patients suivis dans la structure.

Au total j'ai analysé 58 dossiers sur 126. J'ai éliminé de l'étude 68 patients pour les raisons suivantes :

- Patients perdus de vue / non venus en consultation durant l'année analysée : 39
- Patient décédé : 1
- Arrêt du traitement : 2

- Patients transférés dans une autre MM : 3
- Patients sous antipsychotique dans le cadre d'une indication type somnifère ou à visée anxiolytique : 10
- Patients traités pour une pathologie chronique type diabète ou HTA : 10.

J'ai obtenu les résultats suivants :

Informations générales :

- Age moyen : 45 ans ; variation/extrêmes [22 ; 83]
- Répartition selon le sexe : 25 femmes et 33 hommes ; 43% femmes et 57% hommes
- Nombre moyen de consultation par patient : 8x/an ; variation/ extrêmes [1 ; 45]

Items FRCV = nombre de dossiers-patient pour lequel l'item est connu dans le dossier-patient, c'est à dire qu'il a été relevé au moins une fois durant l'année étudiée :

Tableau 2 : Pourcentages de FRCV connus pour les différents items

Item « FRCV »	FRCV connu : non (0)	FRCV connu : oui (1)
Poids	39/58 = 67%	19/58 = 33%
IMC	41/58 = 71%	17/58 = 29%
TA	22/58 = 38%	36/58 = 62%
Glycémie	41/58 = 71%	17/58 = 29%
Cholestérol	43/58 = 74%	15/58 = 26%
Alcool	47/58 = 81%	11/58 = 19%
Drogue	50/58 = 86%	8/58 = 14%
Tabac	35/58 = 60%	23/58 = 40%

Pour les items alcool – drogue – tabac, les données ont été récoltées selon que le FRCV était connu ou non mais également en fonction du statut des patient : dépendants – non dépendants – anciens dépendants.

Tableau 3 : Répartition des patients pour les FRCV alcool-drogue-tabac

	Dépendant	Non dépendant	Ancien dépendant
Alcool	9/11	2/11	0/11
Drogue	8/8	0/8	0/8
Tabac	15/23	8/23	0/23

4.2.2 Planifier le changement : technique du groupe nominal

Ci-dessous sont présentées, sous forme de tableau, les propositions d'action récoltées lors de la réalisation du groupe nominal, en réponse à la question : *« Quelles sont les pistes d'action qui pourraient être mises en place au sein de l'équipe des médecins de la MM en vue d'améliorer le dépistage des FRCV chez nos patients traités par antipsychotique ? »*. Chaque proposition est associée au nombre de points obtenus lors du vote.

Le groupe de médecins ayant participé était composé de 7 médecins au total, 6 médecins titulaires de la MM et une assistante en médecine générale de 2ème année.

Tableau 4 : Propositions d'actions obtenues par la technique du groupe nominal

Propositions d'actions	Nombre de points
1. Prévoir une consultation annuelle destinée à la prévention cardiovasculaire du groupe de patients cibles	27
2. Réalisation d'un listing des patients sous antipsychotiques associés avec le nom du médecin titulaire à remettre 4x/an en réunion médecins avec rappel de la problématique	18
3. Création d'une alerte à l'ouverture du dossier du patient spécifiant que celui a un risque CV potentiellement augmenté de par sa maladie mentale / traitement médicamenteux	18
4. Encoder de manière systématique dans le DSI les paramètres / FR mesurés en consultation	13
5. Envoi au patient, par courrier, d'une invitation à se présenter en consultation avec une fiche type reprenant les indicateurs à suivre par le médecin titulaire	9
6. Encodage du diagnostic dans le DSI	5
7. Création d'un canevas d'une consultation type "FRCV" dans le programme informatique Epicure	4
8. Achat de balances intuitives pour les cabinets en vue de stimuler le patient à se peser lors de la consultation	4

9. Fixer en équipe médecins, l'objectif du taux des paramètres auxquels on souhaite arriver au bout d'une année après mise en place du processus d'action	4
10. Organiser une revue-dossiers 1x/an par un médecin au choix	2
11. Profiter de la demande de re-prescription du traitement chronique par téléphone pour encourager le patient à se présenter en consultation	1
12. Campagne d'affichage en thème avec le dépistage et la prise en charge des FRCV en salle d'attente et dans le cabinet médical	0
13. Organiser des groupes de parole autour du thème des FRCV pour les patients sous antipsychotiques	0
14. Discussion de cas cliniques entre médecins de manière plus fréquente ou message adressé par un médecin au sein du DMI au médecin titulaire	0

Les cinq premières propositions ont été retenues comme étant les actions à mettre en place dans le cadre de la recherche-action.

Je me suis engagée à réaliser le listing des patients sous antipsychotiques. Pour chaque patient, ont été indiqués : le médecin titulaire du patient, le diagnostic si indiqué dans le dossier, le médicament utilisé et le risque CV associé à celui-ci sur base du Tableau 1.

Concernant la création d'une alerte dans le dossier patient, le message type *« patient à risque CV + nom du médecin titulaire »* choisi ensemble, s'affiche systématiquement en couleur à l'ouverture du DMI.

Une lettre faisant office d'invitation à se présenter en consultation à laquelle est jointe une fiche à compléter par le patient et le médecin a été envoyée aux patients. La lettre ainsi que la fiche, ont été validées par l'équipe médecin. Vous trouverez la lettre type à l'annexe 2 et la fiche-patient à l'annexe 3. Les données à compléter dans la fiche ont été choisies sur base des recommandations présentées au point 4.1.4.

Au total 50 lettres ont pu être envoyées sur les 58 patients concernés car six patients sont sans domicile fixe et deux autres sont hébergés dans un centre d'accueil pour lesquels il n'y a pas d'adresse connue au moment de l'envoi du courrier. Sur les 50 lettres envoyées, 7 sont revenues à la MMM par Bpost pour raison d'adresse insuffisante/incorrecte.

Après interrogation des médecins, sur les 43 patients supposés avoir reçu la lettre accompagnée de la fiche-patient jointe à celle-ci, 9 patients se sont présentés en consultation munis de celle-ci ou en ont parlé à leur médecin. Cela équivaut à 21% des patients.

4.2.3 Revue des dossiers après la mise en place des actions

Une revue systématique des dossiers des 58 patients a été réalisée après la période de 3 mois pendant laquelle les médecins de l'équipe ont été invités à mettre en place les actions précitées.

Durant cette période, 38 patients se sont présentés en consultation. Voici les résultats obtenus en termes de FRCV connu ou non dans les dossiers de ces 38 patients :

Tableau 5 : Pourcentages de FRCV connus pour les différents items après action

Item « FRCV »	FRCV connu : non (0)	FRCV connu : oui (1)
Poids	10/38 = 26%	28/38 = 74%
IMC	10/38 = 26%	28/38 = 74%
TA	8/38 = 21%	30/38 = 79%
Glycémie	24/38 = 63%	14/38 = 37%
Cholestérol	25/38 = 66%	13/38 = 34%
Alcool	20/38 = 53%	18/38 = 47%
Drogue	27/38 = 71%	11/38 = 29%
Tabac	14/38 = 37%	24/38 = 63%

4.2.4 Evaluation

Du point de vue quantitatif :

Les tableaux de contingences observés et théoriques pour chaque Item FRCV sont présentés à l'annexe 4.

Les résultats de Khi carrés ont été obtenus grâce à l'utilisation d'un outil de calcul en ligne (21).

Les Khi carrés obtenus pour chaque « item » FRCV sont les suivants :

Tableau 6 : Khi carrés obtenus pour les items FRCV

	Poids	IMC	TA	Glycémie	Cholestérol	Alcool	Drogue	Tabac
χ^2	33,8	40,4	6,8	1,4	1,4	17,6	6,6	10,6

Les résultats présentés dans le Tableau 6 démontrent une association entre le pourcentage de patients pour lesquels le FRCV est connu et la mise en place de la recherche-action pour les items suivants : poids, IMC, TA, alcool, drogue et tabac.
Au contraire il n'a pas pu être démontré d'association pour les items : glycémie et cholestérol.

Du point de vue qualitatif :

Enquête individuelle : les réponses données par les médecins concernant l'ensemble du processus de recherche-action et les résultats de celle-ci sont les suivantes :
Points positifs :

- Recherche-action = démarche collective en secteur qui mène à un changement des habitudes en individuel ;
- Objectifs et actions bien expliqués ;
- Sensibilisation active des médecins (avec mise en pratique) à la problématique soulevée, réflexion commune et retour en secteur ;
- Processus qui pousse le médecin à se mettre en mouvement ;
- Lettre et fiche-patient permettent une prise en charge renforcée au niveau des FRCV en rappelant au médecin les paramètres à suivre ;
- Rappel de l'encodage systématique ;
- Rappel systématisé des patients concernés grâce à la création du listing patients ;
- Aide-mémoire grâce à l'alerte créée à l'ouverture du dossier-patient.

Points négatifs :

- Démarche réalisée sur une courte période de temps ;
- Réaction de stress/inquiétude de certains patients après la réception du courrier ;
- Faible taux de réaction au courrier ;
- Encodage non systématique malgré l'action décidée collectivement ;

- Oubli rapide des bons réflexes à adopter, difficulté de changer les habitudes de prise en charge avec ces patients ;
- Un médecin soulève la frustration qu'aucun de ses patients ne se soit présenté avec le courrier/fiche.

Points à améliorer :

- Encodage systématique et harmonisé dans les dossiers (implication individuelle/travail de groupe, aspect technique difficile pour certains médecins, manque de temps en consultation) ;
- Amélioration de l'outil informatique : il n'existe pas de place spécifique pour notifier ou non l'usage de substances illicites par le patient dans le programme tel qu'il existe actuellement.

Les réponses à la question subsidiaire « Auriez-vous envie de refaire ce type de travail sur le terrain ? Si oui, à quel sujet ? » sont présentés à l'annexe 5.

Enquête de groupe : la discussion libre a mené à une réflexion commune qui a donné les remarques générales suivantes :

- Intérêt positif du partage en secteur de 2 dossiers patients pris au hasard : réflexion autour des limites ressenties par les médecins concernant la prise en charge spécifique de ces patients : situations sociales complexes intriquées, accès à la psychiatrie difficile, changement de traitement complexe à effectuer en tant que généraliste ;
- Nécessité de mener une réflexion globale à propos du temps à dégager pour améliorer la tenue des dossiers et favoriser l'encodage dans les DMI ;
- Volonté de persévérer, de continuer les rappels en secteur à propos de la problématique soulevée par ce travail ;
- Souhait de révision des dossiers-patients après un an et présentation des chiffres obtenus.

5. Discussion

5.1 Le cadre spécifique de la maison médicale des marolles

Il me semble primordial, avant de discuter les résultats obtenus par la recherche-action qui s'est déroulée au sein de la pratique de la MMM, de définir le cadre de celle-ci. Les nombreuses caractéristiques spécifiques de notre patientèle ont eu des conséquences sur la réflexion, le déroulement et finalement le résultat de cette recherche.

La MMM est une structure de soins intégrés de première ligne, tant curatifs que préventifs et est composée d'une équipe pluridisciplinaire. Elle a été fondée en 1986 et fonctionne selon le modèle du forfait depuis 2007.
Elle est située en plein cœur de Bruxelles, dans le quartier populaire et défavorisé des Marolles. La population est composée de plus de quatre milles patients, d'origines très diversifiées et provenant de milieux sociaux souvent très défavorisés. De nombreux patients dépendent du CPAS, d'autres sont illégaux, clandestins ou demandeurs d'asile et sont pris en charge sous le régime de l'Aide Médicale Urgente.
De manière générale, la population suivie dans la structure présente des fragilités qui ont un impact défavorable sur leur santé : revenu minimum, niveau d'étude faible (une partie des patients est analphabète), logement précaire et patients SDF, dépendances (alcool, …), solitude, déstructuration, anxio-dépression, …
La population active se compose de 52,1% de femmes et de 47,9% d'hommes. L'âge moyen des patients est de 37,14 ans. (22)

5.2 Les résultats

5.2.1 La recherche bibliographique et les recommandations

Au cours de ma recherche bibliographique j'ai pu réaliser que la plupart des textes et recommandations sont issus de revues psychiatriques et s'adressent en première intention aux spécialistes concernés. Il est rare que ce soit le médecin généraliste qui initie le traitement par antipsychotique chez ces patients.

Les recommandations concernant le risque cardiovasculaire des patients souffrant de maladies cardiovasculaires sont établies de manière claire et précise et varient relativement peu selon les auteurs.
Le médecin généraliste occupe une place centrale dans la prise en charge ultérieure et le suivi de ces patients en coordination avec l'équipe spécialisée. La maladie psychiatrique et les conséquences sur la vie du patient occupe souvent une grande place en consultation et ceci, trop souvent au détriment de sa santé somatique.

En pratique, l'évaluation du risque CV du patient et le suivi de celui-ci est possible en médecine générale car il fait appel au suivi de paramètres simples à récolter par l'anamnèse et l'examen clinique, en plus d'une analyse biologique de base.

Sur base annuelle, dans le cadre du suivi somatique des patients traités par antipsychotiques, ceux-ci devraient bénéficier de :

- *Un suivi des paramètres cliniques qui sont la TA, le poids, le tour de taille et l'IMC ;*
- *Un suivi des paramètres biologiques : glycémie et lipidémie, à jeun ;*
- *Et des conseils sur l'activité physique, le régime alimentaire et si nécessaire envisager un sevrage tabagique*.

En ce qui concerne la réalisation d'un ECG, cela prend du temps et le praticien doit être capable s'il le réalise de l'interpréter correctement. Dès lors, cet examen est assez peu réalisé, comme examen de dépistage, dans notre pratique quotidienne.

Les recommandations évoquent l'importance de la coordination des soins autour du patient. Cependant en pratique, une des grandes difficultés dans le suivi du point de vue somatique est le manque de lien et de communication entre le psychiatre et le médecin traitant. En dehors de moments de crise, les contacts sont assez rares. Il faut se poser la question de qui fait quoi ? D'abord et avant tout pour être certain que la prise en charge des FRCV est assurée mais également pour éviter le double emploi en ce qui concerne la prise de sang par exemple ou encore des discours contradictoires en termes de conseils donnés au patient.

5.2.2 La réalisation d'une recherche-action

Avant de débuter la mise en place de la recherche-action, j'ai dû me familiariser à cette méthode que je n'avais, en pratique, jamais mise en place. Je n'avais également jamais participé à ce genre de recherche collaborative sur le terrain. Lorsque j'ai choisi le sujet de ce TFE, j'ai voulu que le temps investi et les apprentissages puissent bénéficier tant à l'équipe médecin qui s'implique dans ma formation qu'aux patients concernés et suivis dans notre pratique.

La sélection des dossiers et l'analyse de départ :

Réalisée au moyen du module statistique du programme informatique utilisé, la sélection des dossiers a été basée sur les critères « classe de médicament : antipsychotique » et « âge ≥ 18 ans ». Uniquement les dossiers répertoriant un antipsychotique encodé comme traitement chronique sont pris en compte. Ceci implique que les patients pour lesquels le traitement est renouvelé comme traitement aigu et non encodé comme traitement chronique n'ont pas été retenus. Le nombre de patients que cela concerne n'est pas connu.

Le total de 126/3760 dossiers représente en pourcentage 3,35% de la population totale des patients de la MMM, ce qui représente un nombre non négligeable de patients concernés.

Concernant le choix des critères d'inclusion, le but étant l'amélioration de la prise en charge des patients, j'ai choisi de sélectionner les patients qui avaient été vus au minimum 1x durant l'année écoulée dans le but d'éliminer les patients perdus de vue (39/126) et focaliser la recherche-action sur les patients suivis de manière active. Comme expliqué dans le paragraphe définissant le cadre de la MMM, de nombreux patients sont en situation de fragilité extrême ce qui explique des mouvements fréquents de ceux-ci (déménagement, changement de CPAS,…), prise en charge dans d'autres structures parfois plus adaptées,…

Un autre gros biais à éliminer selon moi était les patients ayant une maladie chronique cardiovasculaire ou un diabète. La présence de ces maladies mène à une prise en charge différente et à une recherche systématique des FRCV et de leur suivi et traitement. Je n'ai pas étendu l'élimination à d'autres pathologies chroniques telles que la broncho-pneumopathie chronique obstructive… ne voulant pas réduire mon échantillon de manière trop importante. Ceci est donc également un biais à prendre en compte. D'autres raisons m'ont amenée à

éliminer de la recherche certains dossiers notamment lorsque l'antipsychotique était utilisé comme somnifère ou anxiolytique c'est à dire hors indication reconnue car hors sujet dans le cadre de ce travail centré sur les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères.

De la revue des dossiers, l'âge moyen est de 45 ans, ce qui correspond à un âge moyen supérieur de 8 ans à la l'âge moyen de la population totale de la MM. Il faut noter que l'âge moyen de la population totale de la MMM inclut les mineurs, ce qui n'est pas le cas dans notre étude et peut expliquer le résultat de celle-ci. La répartition selon le sexe indique qu'une majorité de patients suivis et traités par antipsychotiques sont des hommes (57% versus 43%).

Le choix des items FRCV récoltés dans les dossiers m'a semblé judicieux et approprié à la médecine générale et aux recommandations en la matière.

La technique du groupe nominal :

L'animation basée sur la technique du groupe nominal m'a paru être la plus adaptée en vue de permettre de choisir, avec l'ensemble des médecins et de manière rapide, les pistes d'action à mettre en place pour remplir l'objectif fixé. Les médecins ont été très participatifs tant au niveau individuel que collectif, ce qui a permis d'obtenir un nombre important de propositions en réponse à la question posée, ce qui me permet de dire que la rédaction de la question était claire et adaptée.

Les résultats :

La récolte des résultats a consisté en un gros travail. Cela m'a pris beaucoup de temps et m'a demandé d'être systématique et rigoureuse.

L'analyse de ceux-ci m'a également demandé de me replonger dans mes souvenirs de biostatistiques, ce qui ne fut pas simple.

Pour pouvoir tirer des conclusions et comparer les résultats obtenus avant et après la recherche-action, j'ai dû comparer des échantillons de tailles différentes puisque le nombre de dossiers analysés était différent. J'ai transformé les chiffres obtenus en pourcentage afin d'avoir une base commune à comparer.

Les résultats obtenus pour chaque item FRCV ont été récoltés : selon qu'il était présent ou non dans le dossier du patient et ceci avant et après la recherche-action. Les items ont été analysés

de manière séparée car je n'étais pas certaine que si les actions allaient pouvoir augmenter la détection des FRCV, ce serait le cas pour tous. Il me semblait intéressant également de montrer ces différences si c'était le résultat obtenu et de tenter d'en expliquer les raisons.
J'aurais pu décider d'analyser les choses sous un angle différent par exemple en relevant le nombre total d'items connus pour chaque patient.

Rappel : les Khi carrés calculés pour chaque « item » FRCV sont les suivants :

Tableau 6 : Khi carrés calculés pour les items FRCV

	Poids	IMC	TA	Glycémie	Cholestérol	Alcool	Drogue	Tabac
χ^2	33,8	40,4	6,8	1,4	1,4	17,6	6,6	10,6

Six items dont le poids, l'IMC, la TA, la consommation d'alcool, de drogue et le statut tabagique du patient ont obtenu un Khi carré calculé supérieur à 3,84 permettant de rejeter l'hypothèse nulle. Cela permet de dire qu'il existe un lien entre le relevé de ces FRCV et la mise en place de la recherche-action.
A l'opposé, pour les 2 items qui sont la glycémie et le cholestérol, les résultats obtenus pour les Khi carrés ne permettent pas de rejeter l'hypothèse nulle. On ne peut donc pas établir de lien positif entre la détection de ces deux FRCV et la recherche-action réalisée.

Concernant les 6 items pour lequel un lien a été établi : 3 d'entre eux sont des paramètres qui peuvent être recueillis aisément à l'examen clinique : le poids, l'IMC et la TA et 3 autres concernent des habitudes de vie du patient : consommation d'alcool, de drogue et statut tabagique et peuvent être récoltés à l'anamnèse.
On remarque à l'inverse que pour la glycémie et le cholestérol, les données doivent être recueillies via une analyse de sang. En pratique, les freins peuvent être : le temps, le patient doit être à jeun ou il doit se rendre au laboratoire à une date ultérieure, le côté invasif de la prise de sang, … Il pourrait également y avoir un lien avec le délai entre la prescription de la prise de sang et la réalisation de celle-ci. Les dossiers ont été revus après 3 mois seulement. Il est possible que pour ces 2 items les résultats après une période de recherche-action plus longue soient différents.

Pour rappel : l'objectif principal de ce travail était d'améliorer la détection des facteurs de risque cardiovasculaires chez le patient souffrant de trouble psychiatrique sévère traité par antipsychotique au sein d'une pratique de groupe de médecine générale de première ligne, la Maison Médicale des Marolles, en vue d'améliorer sa santé.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus sont positifs. La mise en place des actions a permis et ce de manière significative, d'augmenter le nombre de FRCV relevés pour les patients ayant été revus en consultation durant la période de la recherche.

Les actions mises en place : regard critique :

C'est lors de l'évaluation qualitative du processus de recherche action que nous avons, avec les médecins de l'équipe, pu mettre en évidence les points forts et faibles des cinq actions choisies :

1. *Prévoir une consultation annuelle destinée à la prévention cardiovasculaire du groupe de patients cibles :*

Démarche individuelle mais motivée par une action collective ce qui stimule le médecin. Cependant, elle est parfois difficile à mettre en place tant la pathologie psychiatrique est envahissante en consultation.

2. *Réalisation d'un listing de patients sous antipsychotiques associés avec le nom du médecin titulaire à remettre 4x/an en réunion médecins avec rappel de la problématique :*

Permet de soulever l'importance de la problématique et d'échanger des expériences vécues entre médecins.

3. *Création d'une alerte à l'ouverture du dossier du patient :*

Ce rappel joue le rôle d'aide-mémoire pour le médecin et permet d'attirer son attention sur la particularité du patient. Très utile selon les praticiens.

4. *Encodage systématique des paramètres / FRCV dans le DMI* :

Action discutée au point 5.3.3.

5. *Envoi d'un courrier d'invitation au patient avec une fiche type à compléter avec le médecin* :

Au total 9 patients ont abordé la lettre reçue avec leur médecin en consultation ce qui équivaut à 21% des patients supposés l'avoir reçue. La réaction des patients a été mitigée. Deux patients

ont exprimé une angoisse quant au contenu du courrier et à leur situation personnelle. Les médecins ont pu les rassurer en leur expliquant les objectifs et en faisant le point sur leur situation propre. Pour les autres, l'intérêt que la lettre a suscité a été positif. Elle avait pour but de permettre au médecin d'aborder spécifiquement la santé somatique du patient avec lui et aborder le sujet des FRCV. Pour rappel, un des objectifs intermédiaires de ce travail était de conscientiser le patient à sa santé globale. L'envoi du courrier était une des manières d'impliquer le patient dans sa prise en charge en l'invitant à se présenter chez son médecin.
L'envoi d'un courrier aux patients se révèle être une démarche sensible. Elle doit être réfléchie et construite en équipe. Il est intéressant de discuter du résultat obtenu à postériori et des limites de la méthode, comme par exemple dans ce cas précis le nombre relativement faible de réactions des patients. Une des raisons à cela peut s'expliquer par les caractéristiques spécifiques de nos patients telles que la barrière de la langue, l'analphabétisme et l'isolement social par exemple.

5.3 Les biais

5.3.1 Le temps

Le travail de réflexion et de rédaction s'inscrit au cours de l'assistanat. Période de formation mêlant les soins curatifs à proprement parlé et le temps de formation qui comprend la supervision et les séminaires. Il n'est pas simple de s'organiser pour dégager du temps pour la réflexion et la rédaction du TFE.
Mon tropisme pour la psychiatrie m'a bien vite menée à orienter le sujet de mon travail mais il m'a fallu du temps pour voir plus clairement où je voulais arriver. J'ai décidé d'attendre mon deuxième lieu de stage pour mettre en place la recherche-action comprenant la revue des dossiers patients. Cela m'a semblé plus aisé pour mener le processus du début à la fin au sein même de ma pratique d'assistante en médecine générale. Mais cela a eu pour conséquence un temps limité pour la recherche-action exposée. C'est donc sur une période de seulement 3 mois que les actions précitées ont été mises en place. Les résultats présentés sont donc le reflet seulement d'une courte durée dans le temps. Et c'est ce paramètre qui est selon moi le plus gros biais de ce travail et des conclusions tirées de l'analyse des données récoltées.

5.3.2 L'analyse statistique

J'ai fait appel à l'outil statistique proposé dans le guide de rédaction du TFE ainsi qu'à d'autres sources pour me permettre de choisir la méthode d'analyse pour mes résultats. Je n'ai pas eu l'occasion d'en discuter avec un statisticien, principalement par manque de temps et d'accessibilité.

5.3.3 L'encodage

L'équipe médecins se compose de six médecins et deux assistantes. L'utilisation du programme informatique Epicure et de l'encodage systématique identique entre tous les praticiens n'est pas une tâche facile.
En pratique, chaque praticien a des habitudes différentes dans la manière de gérer les dossiers des patients et des informations qui lui semblent utiles à encoder pour chacun de ses patients.

Les patients ne sont pas titularisés de manière stricte chez un médecin particulier mais une tendance se dégage chez les patients consultants de manière fréquente, c'est à dire plusieurs fois par an, ce qui est le cas de la majorité des patients psychiatriques traités dans ce travail. Lors de la révision des dossiers, j'ai pu remarquer que certains des médecins indiquaient de manière systématique le statut alcoolo-tabagique des patients, les mesures de poids et de TA par ex. Pour d'autres, ils connaissent depuis longtemps leurs patients et connaissent leurs profils, savent que si la TA n'était pas indiquée lors des dernières consultations c'est qu'elle avait été mesurée comme normale.
En ce qui concerne la consommation de drogue, comme évoqué plus haut, il n'existe pas de place spécifique pour l'encodage ce qui représente un obstacle de plus à la notification de ce paramètre dans le dossier.

Nous nous sommes donnés pour objectif l'encodage systématique mais les habitudes de chacun sont différentes et une réflexion globale est en cours actuellement en vue d'améliorer la systématisation de l'encodage du DMI des patients.

6. Conclusion

Le rôle du médecin généraliste dans le suivi des patients psychiatriques sévères est essentiel d'un point de vue somatique. Les conséquences cardiovasculaires liées au mode de vie du patient et au traitement par antipsychotique peuvent être modifiées par une prise en charge et un suivi adapté en première ligne. Ceci pour permettre de réduire à long terme, peut-être, l'excès de mortalité chez ces patients comparé à la population générale.

La méthode de recherche-action réalisée au sein de la MMM a permis de sensibiliser l'ensemble des médecins à la problématique soulevée, de les informer quant aux recommandations de suivi et d'obtenir un résultat positif pour la détection des FRCV chez les patients cibles de notre structure de soins. Cette méthode a également permis un travail de la part de tous les médecins autour d'un objectif commun et créé ainsi une cohésion et une réflexion globale dans le travail d'équipe.

Si le travail du TFE s'achève ici, le but est que je réalise, à la fin de mon année de formation, une nouvelle récolte des données qui sera présentée à l'équipe. Nous ne parlons pas ici d'une prise en charge dans l'aigu mais bien du suivi somatique durant toute la durée de la maladie et du traitement de ces patients. Une autre piste à explorer serait de vérifier qu'un psychiatre est identifié pour chaque patient suivi chez nous et de prendre contact avec celui-ci pour organiser la coordination des soins.

L'investissement que m'a demandé la rédaction de ce TFE a été largement récompensé par les résultats obtenus.

7. Bibliographie

1. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. [Page web]. 2014. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-5-page-323.html (consulté le 15 janvier 2018).
2. Correll CU, Solmi M, Veronese N, et al. [Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls.] World Psychiatry. June 2017, 16(2):163-80.
3. De Hert M, Vancampfort D. [Risque cardiométabolique, affections psychiatriques et antipsychotiques.] Vaisseaux, coeur, poumons. 2012, 17(5):1-6.
4. Huckel P, Lacroix C, Saravane D. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Fédération française de psychiatrie. 2015.
5. FAMGB. Le livre noir sur la santé mentale. [Page web] 2018. Disponible sur : http://www.cbcs.be/Livre-Noir-sur-la-Sante-Mentale (consulté le 26 mars 2018).
6. Gosselain G, Laperche J, Prévost M, et Roland M. Carnet de bord « Assurance qualité ». Bruxelles : Fédération des Maisons Médicales. 1999.
7. Crawford, M J, Jayakumar, S., Lemmey, S. J., Zalewska, K., Patel, M. X., Cooper, S. J., & Shiers, D. [Assessment and treatment of physical health problems among people with schizophrenia: national cross-sectional study.] The British Journal of Psychiatry. 2014, 205(6), 473-477.
8. BiostaTGV : tests statistiques en ligne. [Page web] Disponible sur : http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests (consulté le 18 mars 2018).
9. Labarere J. Test de comparaison de pourcentages – X^2. [Page web] 2011. Disponible sur : http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/labarere_jose/labarere_jose_p06/labarere_jose_p06.pdf (consulté le 18 mars 2018).
10. AFSSAPS. Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques. [Page web]. 2010. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf (consulté le 3 aout 2017).

11. DE Hert, M, Correll C U, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, & Leucht S. [Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care]. World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA). 2011; 10(1), 52-77.
12. National Institute of Mental Health. Mental Illness. [Page web]. 2017. Disponible sur : https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml (consulté le 3 janvier 2018).
13. Caria A, Loubières C et Sarvane D. Soins somatiques et psychiatrie. [Page web] 2016. Disponible sur: http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Soins-somatiques-et-psychiatrie (consulté le 15 juillet 2017).
14. De Hert M, Dekker J, Wood D, Kahl K, Holt R, & Möller H-J. [Cardiovascular disease and diabetes in
people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Associa tion (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC).] European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 2009 *24*(6), 412-424.
15. Saravane D. [Santé somatique en psychiatrie : une priorité.] Santé mentale 2014, 185:8-9.
16. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, M. Ndetei D, 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. June 2011;10(2):138-51.
17. CBIP. Antipsychotiques. [Page web] Disponible sur : http://www.cbip.be/fr/chapters/11?frag=7799 (consulté le 20 janvier 2018).
18. Ringen P, Engh J, Birkenaes A, Dieset I, & Andreassen O. [Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease - a non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions.] Frontiers in Psychiatry 2014, 5, 137.
19. NICE Guideline. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. 2014.
20. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. [Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère.] Encephale. 2009;35(4):330-9.

21. Teste du Khi carré. [Page web]. 2018. Disponible sur : http://testchideux.awardspace.info/index.php?v=calcul (consulté le 18 mars 2018).
22. Maison médicale des Marolles – asbl. Rapport d'activité 2016. Bruxelles. 2016.
23. La technique du groupe nominal. [Page web] Disponible sur : http://w3.uqo.ca/tremfr01/PDF/techniques/grounomi.pdf (consulté le 15 octobre 2017).

8. Annexes

8.1 Annexe 1 : Technique du groupe nominal

La technique du groupe nominal a été mise au point par André Delbecq et Andrew Van de Ven en 1968. Cette technique permet à un groupe de personnes de produire un nombre de propositions/idées/suggestions en réponse à une question et d'ensuite les analyser et voter en vue de prioriser et choisir les idées. (23)

Le processus se déroule en plusieurs étapes (23):

- Rédaction de la question : clarification des objectifs et rédaction d'une question claire. Impression de cette question sur une feuille et remise de celle-ci à chaque participant.
- Préparation matérielle : salle adaptée avec tables installées en U autour d'un tableau.
- Lancement de l'opération : rappel de l'objectif et de l'importance de la tâche du groupe ainsi que de l'implication de chaque participant.
- Application de la technique :
    1. Temps individuel : production de réponses / idées à la question énoncée, en silence et sur papier.
    2. Temps collectif : recueil des réponses de chacun en utilisation le tour de table jusqu'à épuisement des idées. Réponses inscrites de manière numérotées sur un tableau.
    3. Temps collectif : discussion et clarification des idées – reformulation et association des idées semblables.
    4. Temps individuel : vote écrit – de 5 à 1 points à attribuer à 5 propositions.
    5. Totaux des points et présentation des résultats des propositions retenues.

8.2 Annexe 2 : Lettre type envoyée aux patients

Maison Médicale des Marolles
Rue Blaes 120
1000 Bruxelles

Décembre 2017

Cher/Chère patient(e),

L'équipe des médecins de la Maison Médicale des Marolles réfléchit activement à améliorer la prise en charge de la santé de ses patients.

Dans le cadre de cette réflexion, nous avons créé une fiche-patient à compléter avec votre médecin dans le but de mieux vous soigner. En effet, nous avons remarqué que vous aviez dans votre traitement, des médicaments qui peuvent avoir un impact sur votre santé.

Cette fiche a pour but de prévenir et de traiter la survenue de problèmes cardio-vasculaires en analysant vos habitudes de vie, votre poids, votre tension artérielle, …

Nous vous invitons à vous présenter en consultation avec cette fiche chez votre médecin. Vous pouvez déjà compléter par vous-même la première partie.

En espérant vous voir très prochainement en consultation,

Les médecins de la Maison Médicale des Marolles

8.3 Annexe 3 : Fiche-patient

FICHE PATIENT

A compléter par vous :

Nom, prénom :

Date de naissance :

Médecin : Date de la consultation :

A compléter par vous ou votre médecin :

1. Fumez-vous ? Oui / Non

   Si oui : Combien de cigarettes par jour ?

   À quel âge avez-vous commencé à fumer ?

   Avez-vous déjà essayé d'arrêter ? Oui / Non

   Si oui, comment et durant combien de temps ?

2. Consommez-vous de l'alcool ? Oui / Non

   Si oui : Parfois / tous les jours

   Combien de verres par semaine ?

3. Consommez-vous des substances illicites ? Oui / Non

   Si oui : lesquelles ?

4. Suivez-vous un régime favorable à votre santé ? Oui / Non
5. Avez-vous une activité physique régulière ? Oui / Non

A compléter par votre médecin :

(a) Poids : _____ kg Taille : _____ cm BMI : _____

(b) TA : _____ / _____ mmHg

Uniquement si jugé nécessaire par votre médecin :

(c) Glycémie à jeun : _____ mg/dl

(d) Cholestérol total: _____ mg/dl LDL: _____ mg/dl HDL: _____ mg/dl

(e) Triglycérides : _____ mg/dl

8.4 Annexe 4 : Tableaux de contingences observés et théoriques pour le calcul des Khi carrés

Tableau 7 : tableau d'observation pour le FRCV « IMC »

IMC	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	71	29	100
Après RA	26	74	100
Total	97	103	200

Tableau 8 : tableau théorique pour le FRCV « IMC »

IMC	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	48,5	51,5	100
Après RA	48,5	51,5	100
Total	97	103	200

Khi carré calculé pour l'IMC = 40,4

Tableau 9 : tableau d'observation pour le FRCV « poids »

Poids	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	67	33	100
Après RA	26	74	100
Total	93	107	200

Tableau 10 : tableau théorique pour le FRCV « poids »

Poids	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	46,5	53,5	100
Après RA	46,5	53,5	100
Total	93	107	200

Khi carré calculé pour le poids = 33,8

Tableau 11 : tableau d'observation pour le FRCV « TA »

TA	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	38	62	100
Après RA	21	79	100
Total	59	141	200

Tableau 12 : tableau théorique pour le FRCV « TA »

TA	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	29,5	70,5	100
Après RA	29,5	70,5	100
Total	59	141	200

Khi carré calculé pour la TA = 6,8

Tableau 13 : tableau d'observation pour le FRCV « glycémie »

Glycémie	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	71	29	100
Après RA	63	37	100
Total	134	66	200

Tableau 14 : tableau théorique pour le FRCV « glycémie »

Glycémie	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	67	33	100
Après RA	67	33	100
Total	134	66	200

Khi carré calculé pour la glycémie = 1,4

Tableau 15 : tableau d'observation pour le FRCV « cholestérol »

Cholestérol	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	74	26	100
Après RA	66	34	100
Total	140	60	200

Tableau 16 : tableau théorique pour le FRCV « cholestérol »

Cholestérol	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	70	30	100
Après RA	70	30	100
Total	140	60	200

Khi carré calculé pour le cholestérol = 1,4

Tableau 17 : tableau d'observation pour le FRCV « alcool »

Alcool	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	81	19	100
Après RA	53	47	100

Total	134	66	200

Tableau 18 : tableau théorique pour le FRCV « alcool »

Alcool	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	67	33	100
Après RA	67	33	100
Total	134	66	200

Khi carré calculé pour l'alcool = 17,6

Tableau 19 : tableau d'observation pour le FRCV « drogue »

Drogue	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	86	14	100
Après RA	71	29	100
Total	157	43	200

Tableau 20 : tableau théorique pour le FRCV « drogue »

Drogue	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	78,5	21,5	100
Après RA	78,5	21,5	100
Total	157	43	200

Khi carré calculé pour la drogue = 6,6

Tableau 21 : tableau d'observation pour le FRCV « tabac »

Tabac	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	60	40	100
Après RA	37	63	100
Total	97	103	200

Tableau 22 : tableau théorique pour le FRCV « tabac »

Tabac	FRCV non relevé	FRCV relevé	Total
Avant RA	48,5	51,5	100
Après RA	48,5	51,5	100
Total	97	103	200

Khi carré calculé pour le tabac = 10,6

8.5 Annexe 5 : Réponses à la question subsidiaire lors du groupe nominal

« Auriez-vous envie de refaire ce type de travail de terrain ? Si oui, à quel sujet ? »

Réponse favorable unanime. Voici les sujets qui ont été proposés :

- Suivi diabète (fond d'œil, monofilament,…) ;
- HTA ;
- Alcoolisme ;
- BPCO et tabac.