

UNIVERSITÉ DE NANTES

Faculté de médecine

Année 2007

N°60

THESE

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
MEDECINE GENERALE**

par

Catherine MICHAUT LE PAPE

Née le 01.03.1976 à Saint-Nazaire

Présentée et soutenue publiquement le 27.11.2007

SURCHARGE PONDÉRALE EN SANTÉ MENTALE

Epidémiologie, physiopathologie, état des lieux de sa prise en
charge en médecine générale

Président : Mr le Professeur KREMPF Michel

Membres du jury : Mr le Pr VANELLE Jean-Marie, Mr le Pr
BARRIER Jacques, Mr le Pr SENAND Rémy

Directeur de thèse : Mr le Dr FEVRIER Ronan

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	5
II. DEFINITIONS	6
A. Indice de masse corporelle (IMC) : surpoids et obésité.....	6
B. Obésité abdominale.....	6
C. Le syndrome métabolique.....	6
III. SURCHARGE PONDERALE DANS LA POPULATION GENERALE	8
A. Prévalence.....	8
1. Surpoids et obésité.....	8
2. Syndrome métabolique	12
B. Causes et facteurs de risque de surpoids et d'obésité.....	12
1. Facteurs génétiques ou prédispositions héréditaires	13
2. Facteurs environnementaux	13
3. L'âge	13
4. Différences raciales et ethniques	14
5. Le sexe.....	14
C. Morbi-mortalité du surpoids et de l'obésité.....	14
1. Mortalité totale.....	14
2. Pathologies cardio-vasculaires.....	15
3. Pathologies métaboliques	16
4. Pathologies néoplasiques	17
5. Complications broncho-pulmonaires	17
6. Complications rhumatologiques	17
7. Maladies hépato-biliaires et digestives	18
8. Pathologies gynécologiques.....	18
9. Pathologies immunitaires	18
10. Qualité de vie	18
IV. SURCHARGE PONDERALE DES PATIENTS SUIVIS EN PSYCHIATRIE....	19
A. Prévalence du surpoids et de l'obésité.....	19
1. Schizophrénie.....	19

2. Troubles bipolaires	19
B. Facteurs de risque spécifiques.....	20
1. Facteurs comportementaux.....	20
2. Facteurs médicamenteux	20
C. Morbi-mortalité.....	21
1. Mortalité globale	21
2. Morbidité.....	22
<u>V. EFFETS DES PSYCHOTROPES SUR LE POIDS</u>	24
A. Les antipsychotiques.....	24
1. Généralités	25
2. Antipsychotiques conventionnels	27
3. Antipsychotiques atypiques	27
B. Les antidépresseurs.....	29
1. Classification	29
2. Effets sur le poids.....	29
C. Les régulateurs de l'humeur.....	32
1. Le lithium	32
2. L'acide valproïque	32
3. La carbamazépine.....	33
4. Les molécules récentes.....	33
<u>VI. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA REGULATION PONDERALE</u>	34
A. Aspects généraux.....	34
B. Contrôle central de la régulation pondérale.....	34
1. Les neurotransmetteurs	35
2. Les hormones.....	36
3. La leptine.....	37
4. Le système Tumor Necrosis Factor (TNF)	39
5. Insuline et obésité	40
6. Approches pharmaco-génétiques.....	40
C. Mécanismes de la prise de poids en psychiatrie.....	41
1. Troubles psychiatriques et comportement alimentaire	41
2. Effets des traitements impliqués.....	43
3. Métabolisme glucidique et lipidique.....	49

VII.	ENQUÊTE	52
A.	Objectif.....	52
B.	Méthode.....	52
1.	Le focus group : définition	52
2.	Déroulement du focus group	53
3.	Caractéristiques du focus group que nous avons réalisé	53
C.	Transcription de l'entretien et analyse.....	54
1.	Transcription.....	54
2.	Analyse	55
3.	Introduction de l'ensemble du matériel	55
4.	Synthèse	55
VIII.	DISCUSSION	62
A.	La méthode.....	62
1.	Intérêt du focus group	62
2.	Limites.....	62
3.	Validité	63
B.	Les résultats : les médecins généralistes et la surcharge pondérale en santé mentale.....	63
1.	Perception de la surcharge pondérale par les médecins généralistes.....	63
2.	La prise en charge en pratique.....	65
3.	Données des études et recommandations de prise en charge.....	66
4.	Propositions.....	72
IX.	CONCLUSION	74
X.	BIBLIOGRAPHIE.....	75
XI.	ANNEXES.....	78

I. INTRODUCTION

L'intérêt porté au corps des personnes souffrant de pathologies mentales est récent. Depuis une vingtaine d'années, le nombre de travaux sur l'association entre affections organiques et troubles mentaux est croissant. De nombreuses études ont ainsi constaté une surmortalité par causes « naturelles » (à la différence des suicides et des morts violentes), ainsi qu'une prévalence augmentée des affections organiques chez les patients souffrant de troubles mentaux.¹⁻⁴

Parmi les causes naturelles de décès, on retrouve une sur-représentation des maladies cardio-vasculaires⁵, ainsi que certains facteurs de risque comme la surcharge pondérale. Celle-ci, outre le fait d'être un facteur de risque cardio-vasculaire, expose à d'autres pathologies.

Certains traitements psychotropes sont incriminés, et des hypothèses pharmacobiologiques sont proposées pour expliquer ce risque de prise de poids chez les patients souffrant de troubles mentaux.

Il demeure cependant des causes multifactorielles : niveau socio-économique bas, défaut d'hygiène alimentaire, inactivité (surtout en milieu hospitalier), troubles du comportement alimentaire, et probablement un défaut de mesures préventives.

Le patient souffrant de troubles mentaux est dans la grande majorité des cas suivi en ambulatoire. Le médecin traitant occupe une place privilégiée notamment pour dépister et promouvoir des mesures préventives.

II. DEFINITIONS

A. INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC) : SURPOIDS ET OBESITE

L'IMC permet d'évaluer la masse grasse d'un individu. Elle se calcule selon la formule suivante :

$$\text{poids en kg} / (\text{taille en m})^2$$

En fait, l'IMC ne reflète pas précisément le volume de la masse grasse.⁶ En effet, les femmes ont tendance à avoir une masse maigre et osseuse moins importante que les hommes. Le stockage se fait également plus en sous-cutané qu'au niveau viscéral chez la femme. Ainsi, à IMC égal, une femme peut avoir une masse grasse beaucoup plus importante qu'un homme.⁶ De même chez les personnes âgées qui ont une masse musculaire plus faible, l'IMC sous-estime la masse grasse.⁶

Cependant, l'OMS a défini cet IMC comme le standard pour définir des intervalles en se basant sur des données statistiques du lien entre IMC et mortalité.

Le surpoids est défini par un IMC compris entre 25 et 29,9 (kg/m²).

L'obésité correspond à un IMC supérieur à 30 (kg/m²). Celle-ci est divisée en 3 classes :

- Classe I : IMC compris entre 30 et 34.9 : obésité modérée
- Classe II : IMC compris entre 35 et 39.9 : obésité sévère
- Classe III : IMC supérieur à 40 : obésité majeure ou morbide

B. OBESITE ABDOMINALE

L'obésité abdominale est caractérisée soit par le rapport tour de taille sur tour de hanche, soit par le périmètre abdominal. Ces 2 indices sont plus particulièrement prédictifs de la mortalité par maladies ischémiques et cérébro-vasculaires. Le périmètre abdominal est excessif quand il dépasse 94 cm pour les hommes et 80 cm pour les femmes.⁷

C. LE SYNDROME METABOLIQUE

Il correspond à un ensemble de facteurs de risque, principalement liés à l'insulino-résistance, qui augmentent le risque individuel de développer une maladie cardio-vasculaire. Il permet donc d'identifier des patients ayant un risque fort de développer des maladies cardio-vasculaires ou un diabète de type II.⁶

Plusieurs définitions ont successivement été établies, avec une liste de critères permettant de repérer ces patients à risque.

Le dernier consensus a été établi par l'International Diabetes Federation (IDF) en 2004 et pose la définition du syndrome métabolique comme l'association de⁷ :

- ✓ Une obésité abdominale, mesurée par le périmètre abdominal. Les normes varient selon les ethnies :
 - Europe : ≥ 94 cm chez l'homme et ≥ 80 cm chez la femme
 - Asie du Sud : ≥ 90 cm chez l'homme et ≥ 80 cm chez la femme
 - Chine : ≥ 90 cm chez l'homme et ≥ 80 cm chez la femme
 - Japon : ≥ 90 cm chez l'homme et ≥ 80 cm chez la femme
 - Amérique du Sud : données non encore disponibles, utiliser les chiffres de l'Asie du Sud
 - Afrique sub-saharienne, et Afrique du Nord : données non encore disponibles, utiliser les chiffres de l'Europe
- ✓ Avec au moins 2 des critères suivants :
 - élévation des taux de triglycérides :
 - ≥ 1.5 g/l
 - ou présence d'un traitement hypolipémiant
 - diminution des taux de HDL-cholestérol :
 - ≤ 0.4 g/l chez l'homme et 0.50 g/l chez la femme
 - ou présence d'un traitement hypolipémiant
 - élévation de la pression artérielle :
 - TA systolique ≥ 130 mm Hg
 - ou TA diastolique ≥ 85 mm Hg
 - ou présence d'un traitement hypotenseur
 - élévation des glycémies à jeun :
 - glycémie à jeun ≥ 1.00 g/l
 - ou diabète de type II diagnostiqué

Si la glycémie à jeun est supérieure à 1.00 g/l, le test de provocation orale est fortement recommandé mais pas nécessaire pour définir la présence d'un syndrome métabolique.

Si l'IMC est supérieur à 30, la mesure du périmètre abdominal n'est pas nécessaire.

On retrouve également, lié à ce syndrome ou à ses conséquences, un état pro-thrombotique, un état pro-inflammatoire, une dysfonction endothéliale, une micro-albuminurie, une hyperuricémie, des désordres des hormones sexuelles (en particulier syndrome des ovaires micropolykystiques), et une stéatose hépatique.⁸

III. SURCHARGE PONDERALE DANS LA POPULATION GENERALE

A. PREVALENCE

1. SURPOIDS ET OBESITE

Selon les données de l'OMS de 2005⁹, la prévalence mondiale de l'excès pondéral est approximativement de 1.6 milliard de personnes de plus de 15 ans, avec plus de 400 millions d'adultes obèses. L'OMS utilise de façon assez claire le terme d'«épidémie globale». Les taux d'obésité ont été multipliés par plus de 3 entre 1980 et 2003 dans certaines régions du monde, comme les Etats-Unis, le Royaume Uni, l'Europe de l'Est, le Moyen Orient, les îles du Pacifique, l'Australie et la Chine.¹⁰

Longtemps considérée comme un problème concernant les pays développés, l'obésité est en augmentation inquiétante dans les pays en voie de développement, surtout dans les zones urbaines.⁹

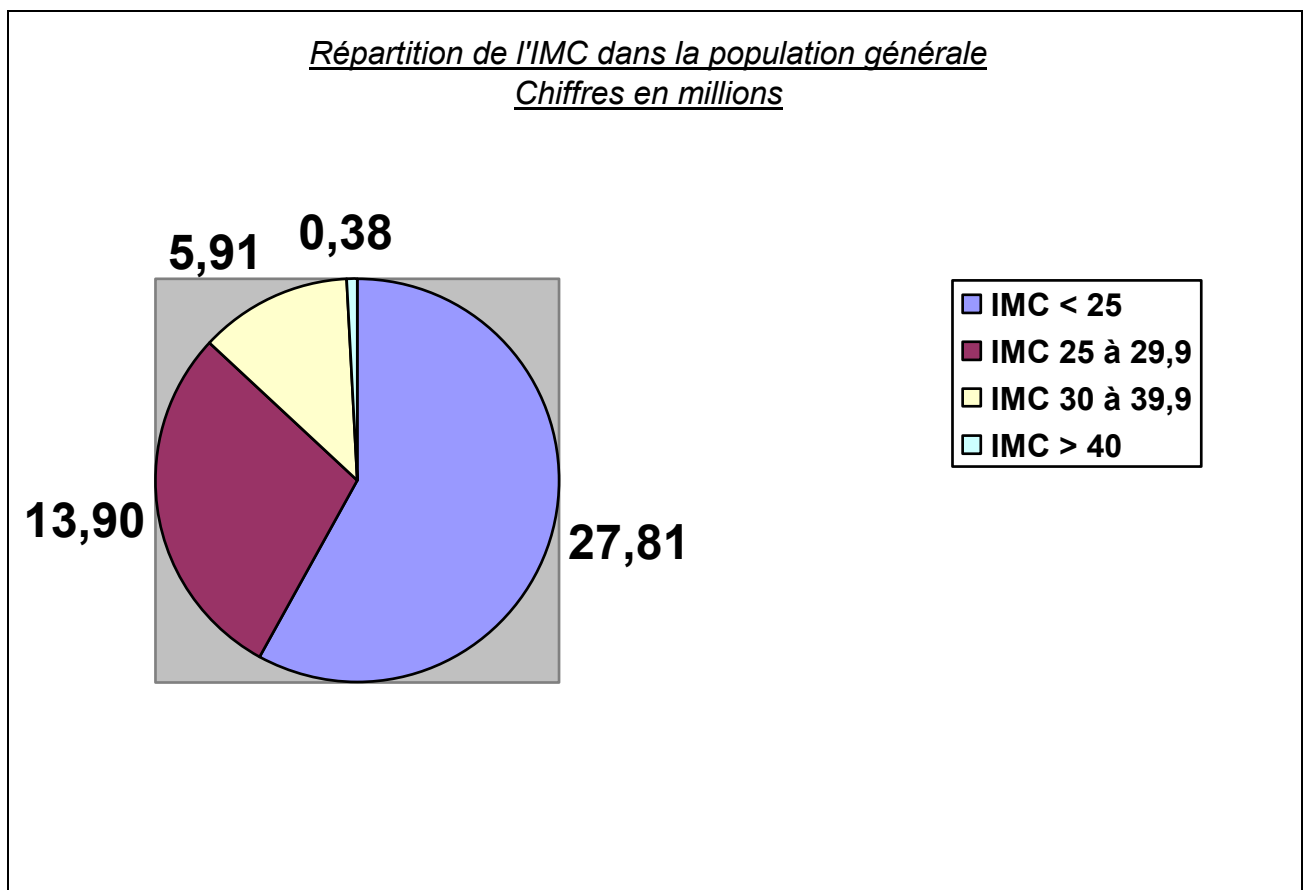
Aux Etats-Unis en 2004, le surpoids et l'obésité représentent les deux tiers (66.3 %) de la population des 20-74 ans.⁶ Le surpoids sans obésité s'élève à 33.4%, et l'obésité à 32.9%, dont 5.1% d'obésité majeure.⁶ La prévalence de l'obésité a doublé depuis 1980 ; elle est en effet passée de 15% en 1980 à 32.9% en 2004.⁶

Dans les pays européens, les études nationales ont retrouvé une prévalence de l'obésité variant de 10 à 20% chez les hommes et 10 à 25% chez les femmes.¹¹

En France, l'étude OBEPI 2006¹² montre des chiffres de prévalence en augmentation concernant le surpoids et l'obésité de la population française par rapport à 1997, 2000 et 2003. L'étude a été réalisée du 27/01/06 au 16/03/06 auprès d'un échantillon représentatif de la population française composé de 23747 adultes âgés de 15 ans et plus.

La proportion de personnes ayant un IMC supérieur à 25 est de 41.6% dans cette étude, soit une prévalence de 19.81 millions de personnes. Le surpoids touche 29.2% de la population, soit 13.9 millions de personnes, et l'obésité 12.4% de la population, soit 5.91 millions de personnes. L'obésité morbide concerne 0.8% de la population, soit 380000 personnes. Ces chiffres sont illustrés sur le graphique suivant.

FIGURE 1 : REPARTITION DE L'IMC DANS LA POPULATION GENERALE FRANCAISE



(d'après Roche/INSERM/TNS HEALTHCARE SOFRES. Obépi Roche 2006. Enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids. [Ressource électronique]. 2006. Disponible sur : [¹²](http://www.roche.fr/portal/eipf/france/roche/fr/institutionnel/lesurpoidsenfrance.)

Le graphique suivant est tiré de l'étude OBEPI 2006 et montre l'évolution de l'obésité selon les classes d'âge depuis 1997.¹²

FIGURE 2 : EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE L'OBESITE EN FONCTION DE L'AGE

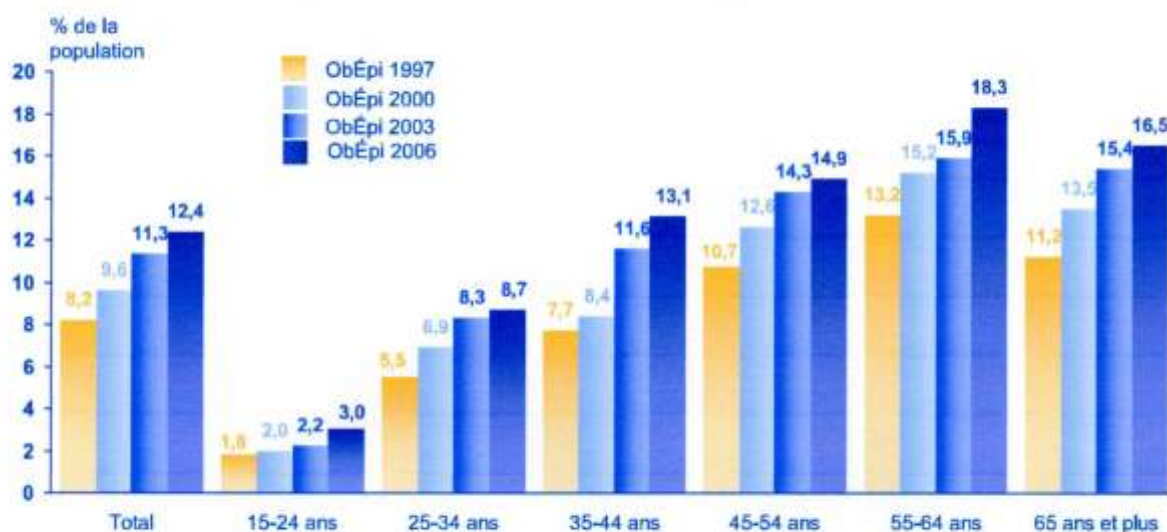


Figure 19 : Répartition de la prévalence de l'obésité par tranche d'âge depuis 1997

(d'après Roche/INSERM/TNS HEALTHCARE SOFRES. Obépi Roche 2006. Enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids. [Ressource électronique]. 2006. Disponible sur : <http://www.roche.fr/portal/eipf/france/roche/fr/institutionnel/lesurpoidsenfrance>).¹² Reproduit avec autorisation

Les jeunes générations ont une corpulence supérieure et une obésité plus fréquente et plus précoce que leurs aînés.

Chez les personnes de plus de 65 ans, la proportion de sujets obèses est plus importante que dans la population générale (16.5% versus 12.4%). La prévalence de l'obésité dans cette tranche d'âge a tendance à diminuer au fur et à mesure qu'ils avancent en âge.

Sur l'histogramme suivant, tiré de l'étude OBEPI 2006, est représentée l'évolution de répartition de l'obésité et du surpoids en fonction du sexe depuis 1997.¹²

FIGURE 3 : REPARTITION DE L'IMC EN FONCTION DU SEXE

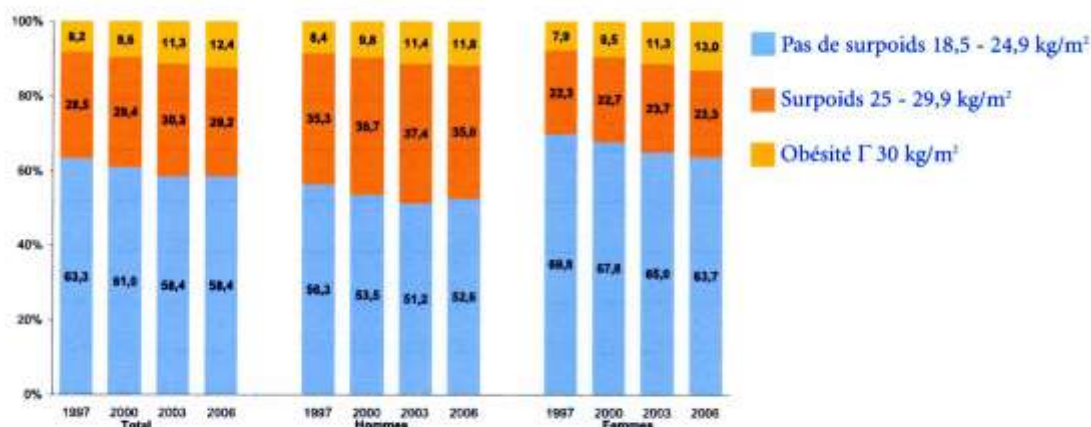


Figure 17 : Répartition de la population masculine et féminine par niveau d'IMC depuis 1997

(d'après Roche/INSERM/TNS HEALTHCARE SOFRES. Obépi Roche 2006. Enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids. [Ressource électronique]. 2006. Disponible sur : <http://www.roche.fr/portal/eipf/france/roche/fr/institutionnel/lesurpoidsenfrance>).¹² Reproduit avec autorisation

La prévalence de l'obésité a augmenté depuis 1997 quel que soit le sexe. Mais son augmentation relative est plus importante chez la femme (+64%) que chez l'homme (+40%).¹² Le tour de taille augmente également quel que soit le sexe mais de façon plus nette chez la femme.

On note actuellement une stabilisation des chiffres concernant le surpoids. La prévalence de l'obésité est toujours en progression, mais on observe une ébauche de ralentissement de cette progression.¹² Par contre, la fréquence des formes graves a continué d'augmenter de façon plus franche et régulière.

Les professions les plus touchées sont les artisans-commerçants, les retraités, et les agriculteurs. On note une relation inverse entre le niveau d'instruction et la prévalence de l'obésité.¹²

Les zones géographiques à plus forte prévalence sont le Nord, l'Est et le Bassin Parisien.¹²

Parallèlement, on observe une augmentation importante du tour de taille de la population sondée : 87.2 cm en 2003 et 88 cm en 2006.¹²

L'évolution globale de l'obésité et du surpoids est représentée sur le graphique suivant.¹²

FIGURE 4 : EVOLUTION DE L'IMC DEPUIS 1997

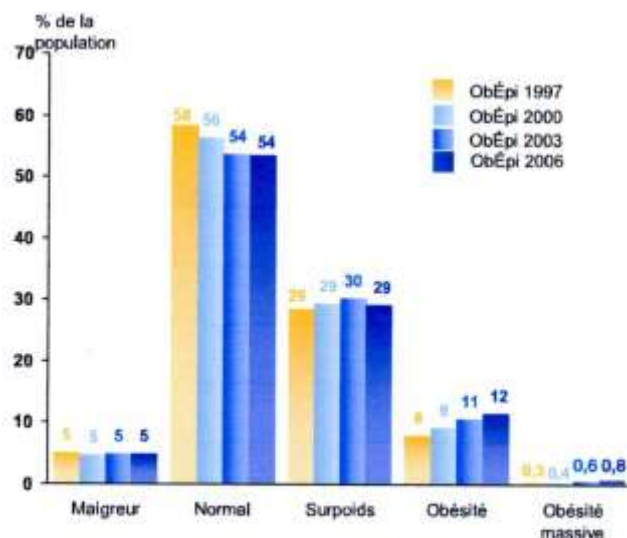


Figure 11 : Répartition de la population en fonction de son niveau d'IMC depuis 1997 (chiffres arrondis)

(d'après Roche/INSERM/TNS HEALTHCARE SOFRES. Obépi Roche 2006. Enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids. [Ressource électronique]. 2006. Disponible sur : <http://www.roche.fr/portal/eipf/france/roche/fr/institutionnel/lesurpoidsenfrance>).¹² Reproduit avec autorisation

2. SYNDROME METABOLIQUE

Le syndrome métabolique aux États-Unis touche 47 millions d'américains, soit un adulte sur 4, selon les chercheurs des Centers for Disease Control and Prevention (CDC).¹¹

En Europe, selon une étude récente, 15% des patients non diabétiques en seraient atteints.¹¹

Le syndrome métabolique touche en France 20% de la population de 35 à 65 ans, avec une incidence supérieure chez les hommes par rapport aux femmes (22.5% versus 18.5%), et avec des disparités géographiques.¹³

B. CAUSES ET FACTEURS DE RISQUE DE SURPOIDS ET D'OBESITE

Les facteurs pouvant entraîner une surcharge pondérale sont nombreux. Un ensemble de paramètres contribuent à son évolution, qu'ils soient génétiques, environnementaux, psychologiques ou sociologiques.^{6,9,14,15} Les mécanismes précis sont difficiles à mettre en évidence dans les études, car ils sont multiples et intriqués.

1. FACTEURS GENETIQUES OU PREDISPOSITIONS HEREDITAIRES

L'obésité a une origine génétique, avec plus de 200 gènes, marqueurs ou régions chromosomiques impliqués.¹⁶ La présence, l'absence ou la mutation d'un des gènes impliqués dans la survenue d'une obésité induit une susceptibilité plus ou moins importante à la prise de poids.¹⁶

D'autre part, parmi les personnes qui ne sont pas porteuses de ces gènes, il existe des facteurs héréditaires. Les individus qui ont des parents en surcharge pondérale ont plus de risque d'être eux-mêmes en surpoids, indépendamment des facteurs génétiques.¹⁵

Des études ont montré que l'hérédité est responsable approximativement de 50 à 70% des variations de poids.¹⁶

2. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

La suralimentation pendant les premières années de vie est également un facteur de risque.¹⁵

L'obésité résulte aussi d'un déséquilibre de la balance énergétique entre les apports et les dépenses.⁹

La société et les comportements alimentaires ont subi de profonds changements depuis quelques dizaines d'années.¹⁰ Les aliments à haute teneur énergétique, riches en graisses et en sucres, et pauvres en vitamines, minéraux et autres micronutriments, sont de plus en plus facilement disponibles.⁶ L'élévation du niveau de vie de la population et cette facilité d'accès entraînent une consommation croissante de ce type d'aliments.¹⁰ Les anomalies de l'appétit ont également une responsabilité.¹⁷

Dans le même temps, l'activité physique a diminué du fait de la sédentarité imposée par de nombreux métiers, le développement des moyens de transport, et l'urbanisation croissante.¹⁰

D'autre part, le niveau du métabolisme basal, et le coût énergétique de l'activité physique, jouent un rôle dans la genèse de l'obésité.¹⁷ Les patients qui ont un métabolisme basal faible ont déjà au repos un déficit de dépense énergétique par rapport aux patients chez qui ce métabolisme basal est haut. De plus, une même activité physique représente une dépense énergétique plus ou moins importante selon les patients.

Enfin, l'obésité est plus fréquente dans les classes sociales défavorisées, soulignant le rôle des facteurs socio-économiques dans la survenue du surpoids.¹⁴

3. L'AGE

L'âge joue un rôle sur l'apparition d'un surpoids.¹⁴ La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge jusqu'à 60 ans puis elle diminue, si l'on se réfère à l'IMC. Par

contre, le tissu adipeux viscéral continue d'augmenter avec l'âge même après 60 ans, avec en parallèle une diminution de la masse maigre.

4. DIFFERENCES RACIALES ET ETHNIQUES

Par ailleurs, on note aussi des différences raciales et ethniques.¹⁴ La prévalence de l'obésité est plus importante chez les femmes noires que chez les femmes blanches.

5. LE SEXE

Le sexe est un facteur ambigu.¹⁴ En effet, la prévalence de l'obésité semble être un peu plus importante chez la femme que chez l'homme. Par contre, les femmes ont moins de tissu adipeux viscéral que les hommes, d'où un risque cardio-vasculaire plus faible.

Le surpoids, d'origine multifactorielle, est donc en augmentation préoccupante à l'échelle mondiale.

C. MORBI-MORTALITE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE

L'obésité représente entre 2 et 6 % des coûts totaux de santé dans de nombreux pays développés.¹⁰ Ce chiffre est probablement inférieur à la réalité car toutes les pathologies liées à l'obésité ne sont pas incluses dans les calculs.

Il faut noter qu'une augmentation de plus de 7% du poids maximum idéal est considérée comme un risque pour la santé.¹⁸ Ceci représente en moyenne 4 kg pour les femmes et 6 kg pour les hommes.

D'autre part, la morbi-mortalité augmente de façon linéaire avec l'IMC, y compris pour des IMC inférieurs à 25.⁹

1. MORTALITE TOTALE

La survenue d'une mort subite est 3 à 6 fois plus fréquente chez le sujet obèse, en fonction de l'âge et du sexe.¹⁴ Les troubles du rythme ventriculaire et l'hypertrophie ventriculaire gauche en sont responsables.⁶

L'obésité abdominale est liée à un risque de mort subite, indépendamment du niveau d'obésité totale (IMC) et des facteurs de risque cardio-vasculaires connus, chez les hommes français d'âge moyen et asymptomatiques.¹¹

Les taux de mortalité seraient identiques voire même plus faibles dans les groupes de patients en surpoids par rapport aux patients de poids normal.⁶ L'augmentation de la mortalité devient sensible à partir d'un IMC de 27-30.¹⁴

L'obésité est liée de façon plus forte à la mortalité que le surpoids.⁶ L'obésité morbide est associée à un doublement du risque relatif de mortalité totale.

La principale cause de cet excès de mortalité est la pathologie cardio-vasculaire.⁶ Une étude a montré que l'obésité est associée à un risque relatif de 1.22 pour la mortalité globale, 1.57 pour la mortalité par coronaropathie, et 1.48 pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires.⁶ D'après les résultats de l'étude NHS (1995), les femmes ayant un IMC supérieur ou égal à 29 ont quatre fois plus de risque de décéder de maladies cardio-vasculaires que les femmes les moins corpulentes (IMC <19).

L'obésité semble plus liée à la mortalité cardio-vasculaire qu'à la survenue d'une morbidité cardio-vasculaire.⁶

2. PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

a) Coronaropathies

L'effet de l'obésité sur les coronaropathies a été particulièrement étudié. Il est maintenant admis qu'elle constitue un facteur de risque majeur et indépendant des autres facteurs de risque de maladies coronariennes.^{6,14,19,20} Le poids est classé chez l'homme comme le troisième facteur de risque après l'âge et la cholestérolémie. Chez la femme, il vient en quatrième position, après l'âge, la pression systolique et la cholestérolémie.¹⁴

b) Accidents vasculaires cérébraux

Concernant les accidents vasculaires cérébraux (AVC), on note également une augmentation de leur incidence chez les sujets obèses, uniquement pour les AVC ischémiques (et non hémorragiques).^{14,19}

c) Artériopathie des membres inférieurs

Dans l'étude Framingham, l'obésité n'est pas associée à une augmentation du risque d'artériopathie des membres inférieurs.¹⁴

d) Hypertension artérielle

Le surpoids joue également un rôle dans l'hypertension artérielle (HTA).^{14,19,20} L'excès pondéral augmente le risque d'HTA d'un facteur 5,6 chez les sujets de 20 à 45 ans, et d'un facteur 2 chez les sujets de 45 à 75 ans. De plus, le risque d'HTA augmente avec la durée de l'obésité.

e) Fibrillation auriculaire

L'obésité est un facteur de risque de fibrillation auriculaire, du fait de la dilatation de l'oreillette gauche.⁶

f) Insuffisance cardiaque

L'obésité est en tant que telle un facteur de risque d'hypertrophie ventriculaire gauche et d'insuffisance cardiaque.^{6,14,21} Le degré d'hypertrophie ventriculaire gauche est proportionnel au poids, et le degré de diminution de la fonction cardiaque est proportionnel à la durée de l'obésité.^{21,16} L'étude de Framingham a révélé que l'incidence de cette affection était 2,5 à 3 fois plus élevée chez les sujets obèses de moins de 50 ans.¹⁴ Une étude plus récente en 2002 a retrouvé un risque 2 fois plus élevé d'insuffisance cardiaque chez les femmes obèses par rapport aux femmes de poids normal.¹⁶

L'excès pondéral s'accompagne d'une élévation du débit cardiaque, pour répondre à une demande métabolique plus importante.²² Initialement, le ventricule gauche se dilate et sa contractilité augmente. Le myocarde s'hypertrophie, et quand les possibilités sont épuisées, l'insuffisance cardiaque survient.

Les autres facteurs favorisants sont l'HTA, l'insuffisance coronarienne et l'insuffisance respiratoire, souvent présents chez le sujet obèse.

g) Thrombose veineuse profonde

L'obésité est un facteur indépendant de maladie thrombo-embolique.²¹

h) Relation avec le syndrome métabolique

Selon l'American Heart Association (AHA), le National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI), et l'American Diabète Association (ADA), les patients atteints de syndrome métabolique ont un risque de pathologies cardio-vasculaires double de celui des patients qui en sont indemnes.¹¹

3. PATHOLOGIES METABOLIQUES

L'excès de graisse viscérale entraîne une libération dans la circulation veineuse splanchnique d'acides gras, ainsi que de cytokines inflammatoires sécrétées par les adipocytes, ce qui crée une perturbation du métabolisme lipidique et glucidique, en particuliers au niveau du foie. Il s'ensuit une insulino-résistance, qui exerce différentes actions sur la pression artérielle, le contrôle de la glycémie et le métabolisme lipidique.¹¹

Le risque de développer un diabète de type II commence à augmenter à partir d'un IMC relativement bas, et de façon plus importante à partir de 30.⁶ L'incidence du diabète non-insulinodépendant est environ trois fois plus élevée chez les sujets obèses que chez les sujets non obèses.¹⁴

90% des patients atteints de diabète de type II sont obèses ou en surpoids.¹⁰

Le syndrome métabolique accroît également le risque de diabète de type II, tant chez l'homme que chez la femme, d'un facteur 4.¹¹

Les dyslipidémies les plus fréquentes chez le sujet obèse sont les hypertriglycéridémies pures (phénotype IV) et les hyperlipidémies mixtes (phénotype IIb).¹⁴ Les taux de LDL-cholestérol augmentent avec l'IMC, et les taux de HDL-cholestérol varient en sens inverse.¹⁹ L'excès de tissu adipeux viscéral semble

expliquer en grande partie la diminution du HDL-cholestérol et l'augmentation des triglycérides.¹⁹

4. PATHOLOGIES NEOPLASIQUES

L'incidence de certains cancers est augmentée chez les sujets obèses.^{6,14,20} Il s'agit essentiellement des cancers hormono-dépendants : endomètre, ovaire et sein après la ménopause chez la femme, prostate chez l'homme ; et des cancers digestifs : colon, rectum et vésicule biliaire.

Dans l'étude NHS¹⁴, le risque de décès par cancer (colon, sein et endomètre) augmente de façon presque linéaire avec l'IMC pour atteindre un risque relatif de 2 pour les IMC supérieurs à 32.

Une étude en 2001 a montré que l'obésité était responsable de 5% de tous les cancers en Europe.¹⁹

L'agence internationale pour la recherche sur le cancer, qui fait partie de l'OMS, a réuni un groupe d'experts en Février 2001 pour étudier les rapports entre le surpoids et le cancer.²³ Ils estiment que l'obésité et le manque d'exercice physique contribuent au tiers des cancers du colon, sein, rein, et tractus digestif. Ils pensent également, malgré l'absence de preuve directe, que les modifications hormonales induites par la perte de poids pourrait réduire les risques de certains cancers, particulièrement le cancer du sein et de l'utérus.

Les experts estiment qu'un régime alimentaire adapté, ainsi qu'une activité physique régulière et le maintien d'un poids approprié peut, dans le temps, réduire de 30 à 40 % l'incidence des cancers.²³

5. COMPLICATIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Il s'agit surtout de 2 syndromes :

- le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) : la plupart des sujets présentant un SAS sont obèses (65 à 75%), mais la prévalence du SAS au cours de l'obésité est mal connue.¹⁶ Le syndrome de Pickwick associe un SAS et une insuffisance cardiaque droite.¹⁴ De plus, les symptômes d'apnée du sommeil s'améliorent avec la perte de poids.¹⁹
- le syndrome d'hypoventilation alvéolaire, du à un syndrome restrictif.^{14,21} Il existe chez les sujets obèses une diminution de la compliance pulmonaire.²¹

6. COMPLICATIONS RHUMATOLOGIQUES

L'obésité joue un rôle déclenchant ou aggravant dans des affections dégénératives telles que l'arthrose et la pathologie tendineuse (tendinite, talalgie plantaire). L'inflammation accompagnant l'obésité serait responsable de ces manifestations oséo-articulaires¹⁹, ainsi que l'excès de pression permanente sur les articulations.¹⁶

Les lombalgies sont plus fréquentes chez les sujets en surpoids.¹⁹ L'étude du NHANES I a montré que les femmes âgées de 60 ans et plus dont l'IMC était

supérieur à 27 avaient 2 fois plus de risque de présenter une incapacité fonctionnelle motrice.¹⁴

7. MALADIES HEPATO-BILIAIRES ET DIGESTIVES

Le risque relatif de lithiase biliaire varie entre 2 et 6 selon les études.^{14,19}

D'autre part, la stéatose hépatique d'origine non alcoolique est également plus fréquente chez le sujet obèse, sa prévalence est estimée entre 3 et 24%.^{6,14} Cependant, la plupart des patients étant asymptomatiques, les chiffres sous-estiment probablement la réalité. L'architecture du foie est perturbée par la présence de graisse, avec des altérations d'origine inflammatoire et une évolution possible vers la fibrose et la cirrhose.⁶

8. PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES

Des irrégularités de cycles menstruels et infertilité ont été associées avec le surpoids.¹⁹ L'obésité maternelle constitue également un risque de développer un diabète gestationnel.¹⁹

9. PATHOLOGIES IMMUNITAIRES

Les réponses immunitaires sont altérées dans l'obésité.¹⁶ Certaines sont augmentées, et d'autres supprimées. Les sujets obèses ont un risque augmenté de sepsis, infections respiratoires et bactériémies.¹⁶ Ils ont une réponse plus lente aux vaccinations, un temps de cicatrisation plus long, et nécessitent des traitements antibiotiques plus longs.¹⁶

10. QUALITE DE VIE

Les patients en surpoids sont souvent stigmatisés et discriminés dans la société actuelle.¹⁹ La gêne occasionnée, outre l'impact psychologique, est surtout représentée par des douleurs corporelles et une diminution de la vitalité.

Le surpoids est donc responsable de nombreuses pathologies, touchant de nombreux organes. Les causes de mortalité sont essentiellement cardio-vasculaires, avec un risque de mort subite augmenté.

IV. SURCHARGE PONDERALE DES PATIENTS SUIVIS EN PSYCHIATRIE

A. PREVALENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE

La part imputable aux traitements psychotropes et aux troubles des conduites alimentaires est difficile à établir. La prise de poids peut être, en partie, due à des facteurs liés à la maladie psychiatrique, qu'il s'agisse de troubles du comportement alimentaire, ou du rattrapage d'un amaigrissement survenu pendant la maladie.²⁴ C'est pourquoi il est utile d'évaluer le poids en le comparant à ceux avant traitement et avant la maladie.

Certains psychotropes, notamment les antipsychotiques, favoriseraient la prise de poids. Il semble exister un effet de classe des différents traitements.

1. SCHIZOPHRENIE

Une revue de la littérature par Allison et Casey en 2001 a montré un taux d'obésité 3 fois plus important chez les patients traités par antipsychotiques que dans la population générale.²⁴ Une autre étude en 1988 par Silverstone et al. avait montré chez des patients sous antipsychotiques au long cours un taux 4 fois plus élevé d'adiposité significative que dans la population générale.^{2,24}

Selon I. Kurzthaler et al.², les études précoces (réalisées au début des années 1980) montraient clairement un excès pondéral chez les patients traités par neuroleptiques au long cours. Par contre, les études plus récentes sont d'interprétation plus difficile, du fait de la variété du type d'étude, des tailles des échantillons, des biais propres aux études et de l'absence de standardisation.²

Cependant, dans leur ensemble, les données suggèrent que la prévalence de la surcharge pondérale est plus élevée dans la schizophrénie.² Ainsi, il ne s'agit plus uniquement d'un problème de prise en charge individuelle, mais également d'un important enjeu de santé publique.

2. TROUBLES BIPOLAIRES

Une étude réalisée par McElroy et al. en 2002, concernant des patients porteurs d'un trouble bipolaire de l'humeur, a montré une prévalence du surpoids de 58%, de l'obésité de 21%, et de l'obésité morbide de 5%.²⁴ En comparaison, en 2004 aux Etats-Unis, la prévalence du surpoids était de 33.4%, celle de l'obésité de 32.9% et celle de l'obésité morbide de 5.1%.⁶

Une revue de la littérature réalisée par Keck et McElroy en 2004²⁵ reprend les résultats de 4 études concernant les troubles bipolaires et l'obésité. Ces études montrent que la prévalence générale du surpoids et de l'obésité est supérieure chez

les patients ayant des troubles bipolaires que chez les sujets contrôles. Elles montrent également que le surpoids et l'obésité sont associés avec la boulimie, le nombre d'épisodes dépressifs, la quantité d'apports caloriques, et une réduction d'activité physique. Il est fait l'hypothèse que les épisodes dépressifs répétés et les traitements répétés pourraient augmenter le risque de prise de poids des patients bipolaires.

Les chiffres avancés par Elmslie et al.²² montrent que, chez les femmes atteintes de troubles bipolaires traitées et euthymiques, le taux de surpoids est significativement supérieur au groupe contrôle (44% vs 25%), ainsi que le taux d'obésité (20% vs 13%). Par contre, dans la population masculine, les différences ne sont pas significatives.

Les études montrent que la surcharge adipeuse décrite dans certaines populations de patients psychiatriques (souffrant de troubles bipolaires) se situe souvent au niveau central (traduite par une augmentation du ratio taille/hanche).^{3,22}

Donc même si certaines données sont discordantes pour la population de patients schizophrènes, il apparaît que la prévalence de la surcharge pondérale est nettement plus élevée dans la schizophrénie et les troubles bipolaires.

B. FACTEURS DE RISQUE SPECIFIQUES

1. FACTEURS COMPORTEMENTAUX

Les patients souffrant de troubles mentaux peuvent avoir des troubles du comportement alimentaire, soit de type anorexie dans les syndromes dépressifs, soit au contraire de type hyperphagie en particulier lors de délires ou d'angoisse importante.^{26,27} Ils ont d'autre part souvent une hygiène alimentaire défectueuse, du fait de conditions socio-économiques précaires ou d'un manque d'éducation nutritionnelle. Leur sédentarité, en hospitalisation ou non, est aussi un facteur de risque de surcharge pondérale.

2. FACTEURS MEDICAMENTEUX

Les traitements psychotropes sont également un facteur de risque de prise de poids, de façon variable selon les molécules. Les effets de ces traitements sur le poids seront traités dans un paragraphe ultérieur. Pour résumer, les prises de poids les plus importantes surviennent sous antipsychotiques, de façon plus marquée avec les antipsychotiques atypiques. Le lithium (Teralithe*, Neurolithium*) est aussi impliqué dans des prises de poids significatives. Concernant les antidépresseurs, les prises de poids sont variables selon les molécules et de plus faible amplitude souvent.

C. MORBI-MORTALITE

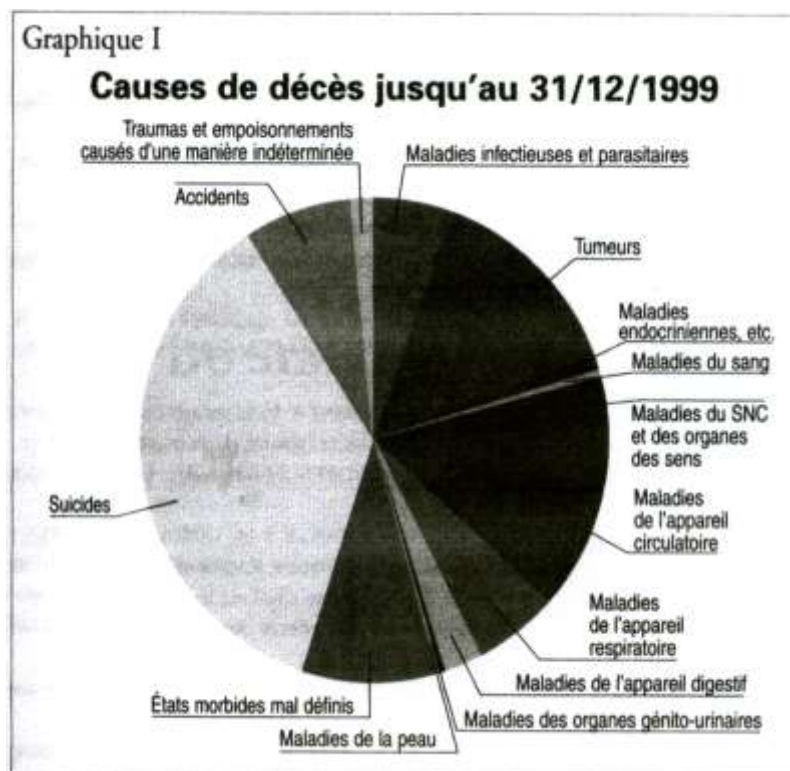
1. MORTALITE GLOBALE

Il n'y a que peu de données dans la littérature.

Il existe une surmortalité dans la population de patients souffrant de troubles psychiatriques par rapport à la population générale,¹⁻⁴ concernant les causes naturelles et non naturelles (suicides et morts violentes).³ Les chiffres sont variables mais significatifs, avec un taux de mortalité multiplié par 1,6 à 6 selon les études,^{1,3,4} avec une large proportion de décès de cause naturelle.

Une étude de cohorte menée par l'INSERM entre 1993 à 1999 a montré une mortalité par mort naturelle 2,6 fois plus élevée chez les patients schizophrènes.¹ Les causes de décès sont représentées dans le graphique suivant.

FIGURE 5 : CAUSES DE DECES DANS LA POPULATION DE PATIENTS SCHIZOPHRENES.



(D'après F. Casadebaig, Schizophrénie et mortalité somatique, extrait du livre « Soins Somatiques en santé mentale » aux éditions d'Orbestier ; reproduit avec autorisation).¹

Les causes de cette surmortalité sont multiples : conditions socio-économiques précaires, sédentarité, alimentation peu équilibrée, médication antipsychotique continue entraînant des co-morbidités comme l'obésité par exemple, isolement familial et social entraînant un moins bon suivi de leur état de santé somatique.

Associée à un tabagisme important (taux de 70 à 80% chez les schizophrènes versus 25% dans la population générale)⁴, la surcharge pondérale et ses conséquences métaboliques participent à la surmortalité par pathologies cardio-vasculaires, multipliées par 2 chez les patients schizophrènes⁴, et probablement par pathologies tumorales et respiratoires dans cette population.²

2. MORBIDITE

a) Morbidité liée à la surcharge pondérale

La surcharge pondérale, surreprésentée dans cette population, et associée à d'autres facteurs de risque dont un tabagisme important, participe probablement à cette surmorbidity en tant que facteur de risque cardio-vasculaire, néoplasique, et respiratoire. En l'absence de données spécifiques concernant les patients souffrant de pathologies psychiatriques, nous pouvons supposer que les autres conséquences morbides du surpoids et de l'obésité sont probablement aussi surreprésentées par rapport à la population générale (syndrome d'apnée du sommeil, syndrome ventilatoire restrictif, altération de la qualité de vie,...).

La surreprésentation de la surcharge pondérale dans la population de personnes souffrant de troubles mentaux s'associe à une prévalence plus élevée par rapport à la population générale :

- du diabète, qui est multipliée par 2 chez les patients schizophrènes^{18,28} et chez ceux qui sont porteurs de troubles bipolaires²⁹
- des dyslipidémies chez les patients schizophrènes⁴

b) Compliance au traitement et risque psychiatrique

Une enquête a montré que la prise de poids se plaçait en 3^{ème} position parmi les effets secondaires les moins bien tolérés par les patients sous antipsychotiques, après les effets extra-pyramidaux et la sédation.²⁶

Elle peut donc avoir un impact sur la compliance au traitement.² La crainte de la prise de poids peut être un frein à la mise en route d'un traitement, voire provoquer son arrêt. Or il est démontré que les traitements au long cours sont le meilleur moyen d'éviter les rechutes dans la schizophrénie.

D'autre part, l'amélioration de la qualité de vie apportée par les antipsychotiques est contre-balançée par la prise de poids qui diminue l'estime de soi, le bien-être psychologique et expose à des co-morbidités.²

Enfin, l'obésité est un facteur de retrait social.² Les personnes obèses sont jugées et victimes de discrimination sociale dans de nombreux domaines de la vie quotidienne. Cela se surajoute aux conséquences souvent stigmatisantes des maladies psychiatriques.

Chez les patients ayant des troubles psychiatriques chroniques, la survenue d'une obésité est un surhandicap qui aggrave le pronostic de l'affection psychique. Face à ce problème, les patients réagissent de façon différente.³⁰ Les incriminant,

certaines rejettent les traitements, avec un risque de rechute important. D'autres peuvent paraître indifférents à l'apparition du surpoids, voire même rassurés par l'armure corporelle qui les enveloppe peu à peu.

Le contexte de la maladie psychiatrique rend souvent difficile la prise en charge de la surcharge pondérale, les patients ayant des troubles de l'image de soi et de l'image du corps, ainsi que du comportement alimentaire. Cette prise en charge est pourtant indispensable, pour prévenir les effets néfastes du surpoids.

V. EFFETS DES PSYCHOTROPES SUR LE POIDS

De nombreuses études ont été réalisées concernant les antipsychotiques, évaluant la prise de poids induite par chaque molécule et comparant les effets des antipsychotiques conventionnels et atypiques. Les données concernant les antidépresseurs sont également assez nombreuses. Les régulateurs de l'humeur, par contre, ont été moins étudiés.

A. LES ANTIPSYCHOTIQUES

Il s'agit des antipsychotiques conventionnels, ou neuroleptiques, qui sont les plus anciens, et des antipsychotiques atypiques ou de deuxième génération.

Les neuroleptiques sont répartis en plusieurs catégories selon leur nature chimique³¹ :

- Phénothiazines : chlorpromazine (Largactil*), cyamémazine (Tercian*), lévomépromazine (Nozinan*), alimémazine (Théralène*), fluphénazine (Moditen*), propériciazine (Neuleptil*), perphénazine (Trilifan*).
- Thioxanthènes : zuclopenthixol (Clopixol*), flupentixol (Fluanxol*).
- Benzamides : sultopride (Barnétil*), sulpiride (Dogmatil*), amisulpride (Solian*), tiapride (Tiapridal*).
- Butyrophénones : halopéridol (Haldol*), dropéridol (Droleptan*), pipampérone (Dipipéron*).
- Autres classe : loxapine (Loxapac*).

Quant aux antipsychotiques atypiques, ils sont classés en différents groupes également d'après leur composition chimique³¹ :

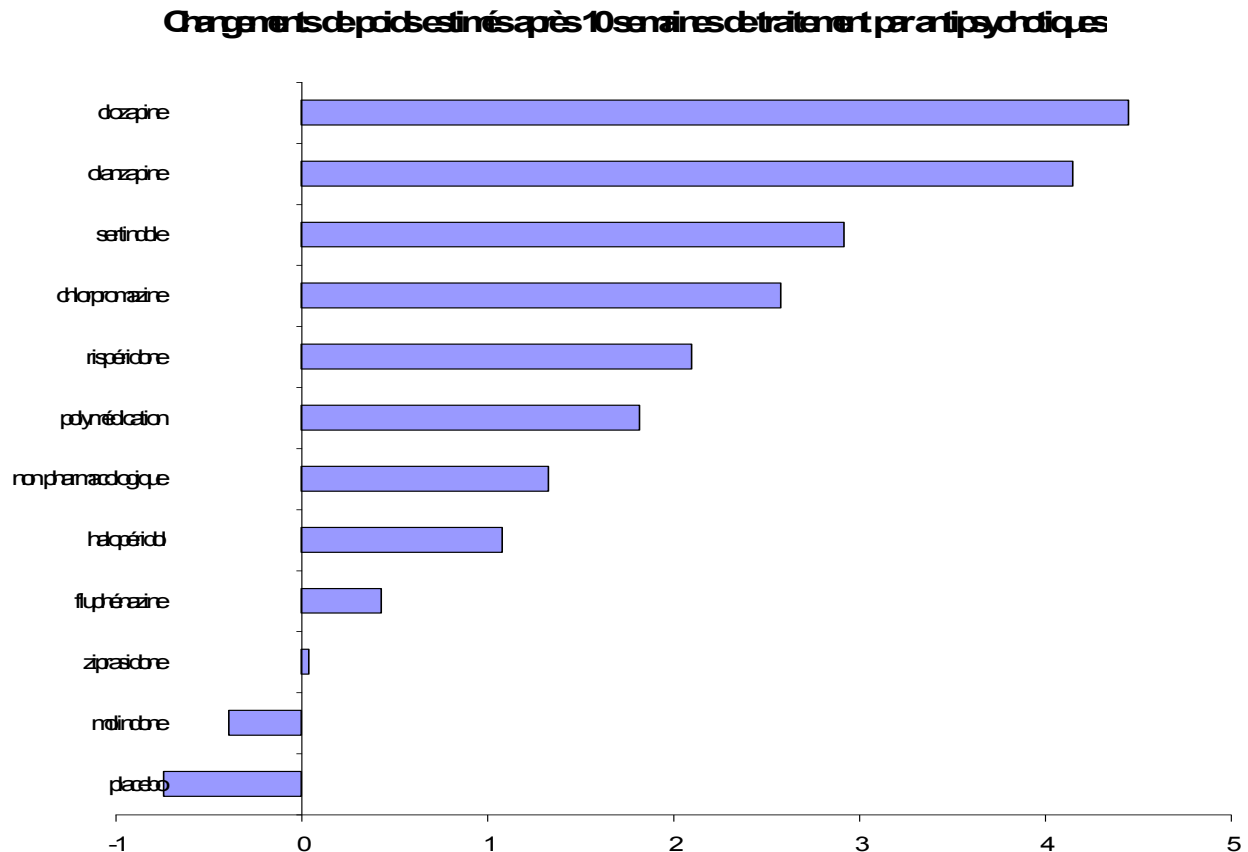
- Diphényl-butyl-pipéridine : pimozide (Orap*)
- Dibenzo-oxazépine : olanzapine (Zyprexa*)
- Dibenzodiazépine : clozapine (Leponex*)
- Benzisoxazoles : rispéridone (Risperdal*), aripiprazole (Abilify*)
- Dibenzothiépine³⁴ : quétiapine, zotépine (non commercialisées en France)
- Autres³⁴ : ziprasidone (non commercialisée en France).

De nombreuses études ont montré une prise de poids importante, surtout avec les molécules de deuxième génération ou antipsychotiques atypiques.²⁶ Il existe des différences entre les molécules : certaines entraînent une prise de poids de quelques kilos seulement (halopéridol, fluphénazine, ziprasidone), et d'autres occasionnent des prises de poids de 10 à 20 kg (clozapine, olanzapine).³⁰

En résumé, la prise de poids est variable en fonction des molécules. Le graphique qui suit est tiré d'une méta-analyse de toutes les données disponibles réalisée par Allison et al. en 1999³², à l'aide de plusieurs modèles mathématiques pour estimer la variation moyenne de poids attendue après 10 semaines de traitement.

FIGURE 6 : EFFETS DES DIFFERENTS TRAITEMENTS SUR LE POIDS.

(d'après Allison DB, Fontaine KR, Heo M, Mentore JL, Cappelleri JC, Chandler LP, Weiden PJ, Cheskin LJ. The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. J Clin Psychiatry. 1999 Apr;60(4):215-20).³² Reproduit avec autorisation.



La perte de poids prédite sous placebo serait due à une amélioration trop faible ou même à une aggravation des symptômes psychotiques qui interfèrent dans la prise alimentaire. De plus les patients étaient souvent sous traitement antipsychotique avant l'étude, et le fait de les arrêter peut avoir induit la perte du poids dont ils étaient responsables.

La raison de l'augmentation du poids sous traitement non pharmacologique n'est pas discutée par les auteurs. Les effets sur le poids sont apparemment très variables selon les molécules et semblent être les plus importants avec les antipsychotiques atypiques.

1. GENERALITES

Des prises de poids avaient déjà été rapportées dans les années 1950 sous traitement au long cours par phénothiazine. Depuis, cet effet secondaire a été prouvé par de nombreuses études, et constitue une des raisons les plus fréquentes de non compliance aux traitements chroniques.³³

Ce sujet suscite de nombreuses publications, concernant à la fois les mécanismes de régulation du poids et l'étude de la prévalence du surpoids, qui est

significativement plus élevée parmi les patients suivis en psychiatrie.³³ L'usage plus large des antipsychotiques, qui ne se limite plus à la seule schizophrénie, et la propension des nouveaux antipsychotiques à induire des prises de poids importantes, a facilité la reconnaissance de ce problème.³³

a) Cinétique de la prise de poids

Le plus souvent, la prise de poids survient dans les 4 à 12 premières semaines.³⁴ Le poids continue à augmenter (maximum 30%) au cours du suivi à plus long terme pendant les deux premières années, puis se stabilise.³⁴ Les patients traités par clozapine et olanzapine semblent prendre du poids sur une période assez longue, alors que sous rispéridone la période de prise de poids semble plus limitée dans le temps.^{34,35}

b) Facteurs prédictifs de la prise de poids

Il n'y a pas de consensus concernant les facteurs de risque, les résultats sont divergents.

Certains auteurs citent la race parmi les facteurs de risque.³⁶ Les patients qui ne sont pas de race blanche prennent plus de poids. La race est d'ailleurs aussi un facteur de risque de prise de poids dans la population générale, avec une prévalence plus importante de l'obésité chez les femmes de race noire que chez les femmes de race blanche.¹⁴

Les traitements antérieurs favoriseraient également la prise de poids lors d'un nouvel épisode.³⁴

Les autres facteurs sont controversés. La bonne réponse clinique au traitement est citée par plusieurs auteurs, ainsi qu'un faible IMC avant traitement.^{26,34,36,37} Un autre ne retrouve pas de corrélation dans son étude, peut-être du fait de la petite taille de son échantillon.²⁹ L'âge et le sexe féminin prêtent également à discussion.^{26,34,36}

Pour E. Patri²⁶, le régime alimentaire des patients constituerait un meilleur facteur prédictif de la prise de poids que le choix de telle ou telle molécule antipsychotique.

c) Difficultés méthodologiques

Il faut souligner les difficultés méthodologiques de la synthèse bibliographique de l'impact des antipsychotiques sur le poids. En effet, les résultats sont exprimés de façon différente selon les études : nombre de kilos pris ou perdus, évolution de l'IMC, proportion de patients ayant un surpoids ou une obésité.^{30,32,38} Ceci nécessiterait une standardisation et l'édition de guidelines.³² La durée des études est variable³⁰, le plus souvent courte alors que les traitements en cause sont des traitements au long cours.³⁸ L'évaluation des doses totales reçues est difficile, ainsi que les traitements associés, car le parcours des patients est souvent sinueux avec des changements de traitement fréquents dans ces pathologies.³⁰ Les types d'études diffèrent et le recrutement des patients varie.³⁴

Il est donc difficile d'avoir des résultats homogènes.

2. ANTIPSYCHOTIQUES CONVENTIONNELS

La prise de poids est variable selon les molécules.

Certaines phénothiazines, comme la chlorpromazine ou la thioridazine (qui n'est plus commercialisée), entraînent une prise de poids plus importante que la fluphénazine ou les butyrophénones. Une étude en 1960 concernant la chlorpromazine avait montré une prise de poids de 4.5 kg en moyenne sur 12 semaines.³³ Dans une autre étude en 1964, une élévation de 15.9% par rapport au poids maximal idéal avait été observée sous chlorpromazine, de 8% sous perphénazine, et de 6.7 % sous clopenthixol.³³

La molindone (non commercialisée en France), entraîne une perte de poids.³² Il s'agit d'une molécule de faible puissance antipsychotique, et présentant de nombreux effets extra-pyramidaux, mais moins de dyskinésies tardives.

3. ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES

a) Clozapine

C'est la molécule la plus étudiée. Toutes les études montrent une prise de poids.

Elle est associée avec les prises de poids les plus importantes parmi les antipsychotiques atypiques.^{35,38} Les patients prennent en moyenne 6 à 12 kg¹⁸, les prises de poids atteignant souvent 10 à 20 % du poids de base.³⁴

La prise de poids survient surtout la première année, mais se poursuit ensuite jusqu'à la troisième.¹⁸ Le poids augmente de façon constante pendant les 4 premières années, puis il se stabilise. Il est aussi notable que la proportion de sujets dont le poids a augmenté de plus de 5% par rapport à leur poids initial augmente avec le temps.³⁸

Les patients en sous-poids grossissent plus que les autres.¹⁸ L'IMC final semble dépendre de l'IMC initial et de la posologie du traitement.¹⁸ Les patients ayant bien répondu cliniquement au traitement prendraient plus de poids que ceux qui n'ont pas bien répondu.³⁸

b) Olanzapine

La prise de poids semble comparable à celle de la clozapine.

Les études retrouvent des prises de poids de l'ordre de 5 à 6 kg en 6 mois dans la schizophrénie.^{18,34,35,38} Selon une étude portant sur 21 patients, le traitement de troubles bipolaires se solde par une prise de poids en 6 mois 2 fois plus importante sous olanzapine que sous rispéridone (11.3 kg vs 5.9 kg).³⁹

La prise de poids est plus importante à long terme qu'à court terme, mais elle survient dans les premières semaines de traitement.^{38,40} Elle semble atteindre un plateau autour de la 39^{ème} semaine.³⁷

Elle serait dose-dépendante.¹⁸ Les patients en sous-poids prennent là aussi plus de poids que les autres.¹⁸

Gothelf et al. ont relié la prise de poids induite par l'olanzapine à une augmentation des apports caloriques.²⁴

c) Risperidone

Les résultats sont variables.³⁴ Les prises de poids semblent quand même modérées, de l'ordre de 1 à 3.5 kg.^{24,38} Certaines études ne retrouvent aucune prise de poids.^{24,34}

Il y a moins de prise de poids sous rispéridone que sous clozapine ou olanzapine, mais plus que sous halopéridol, placebo, et peut-être amisulpride.³⁸

L'influence de la posologie du médicament n'est pas clairement établie. Pour certains auteurs, la prise de poids est dose-dépendante³⁴, alors que pour d'autres elle ne l'est pas.¹⁸

Une stabilisation du poids semble atteinte après 10 semaines de traitement³⁷, et la prise de poids atteindrait un plateau lors de son utilisation au long cours.³⁸

d) Quétiapine

Cette molécule n'est pas commercialisée en France.

L'importance de la prise de poids semble varier beaucoup. Certaines études retrouvent une prise de poids modeste de l'ordre de 2 kg¹⁸, d'autres plus importante avec une proportion atteignant parfois 25% de patients ayant pris plus de 7% de leur poids initial.^{34,38}

e) Amisulpride

D'après une revue de la littérature³⁸, l'amisulpride en traitement court entraîne des prise de poids modérées²⁴, moindres que la rispéridone, le flupenthixol, mais plus importantes que l'halopéridol. Toutefois, l'absence de données de comparaison avec d'autres molécules empêche toute conclusion formelle.

Il n'y a pas de données exploitables concernant les traitements au long cours.

f) Ziprasidone

Ce médicament n'est pas encore commercialisé en France.

il existe peu de données. Il semble peu influencer le poids, entraînant des pertes ou prises de poids modérées, de l'ordre de 1 à 3 kg.^{18,24,34,41,42}

g) Loxapine

Elle n'entraînerait pas de prise de poids, selon une étude de 1979.²⁴ Elle pourrait même entraîner des pertes de poids.³⁰

h) Zotépine

Il y a peu de données. Elle n'est pas commercialisée en France. Les études ont montré une prise de poids marquée sous traitement, jusqu'à 17 kg en 6 semaines, et plus importante que sous halopéridol.³⁴

i) Sertindole

Elle a été retirée du marché en Europe en 2000. Elle semble associée avec prises de poids plus importantes que sous placebo ou halopéridol.³⁸

Donc, même si la comparaison des études est limitée par la différence du type d'études et du recrutement des patients, les données disponibles semblent indiquer que la fréquence et l'importance de la prise de poids sont plus élevées chez les patients adultes traités par les molécules suivantes^{34,38} (en ce qui concerne celles utilisées en France) : clozapine, olanzapine. Les variations de poids semblent moins importantes chez les patients sous rispéridone, et encore moins avec l'amisulpride.³⁸ La ziprasidone n'apparaît pas associée à une prise de poids. Ce classement est bien sûr approximatif, et nécessite des études complémentaires.³⁸

La prise de poids moyenne est modérée (2-9 kg) à court terme.³⁷ Cependant, certaines études rapportent des prises de poids massives sous rispéridone (18 kg), olanzapine (38 kg), et clozapine (40 kg). A long terme, la fréquence de l'obésité est significativement élevée lors d'une administration chronique, même avec les molécules qui induisent de faibles prises de poids à court terme.³⁷

B. LES ANTIDEPRESSEURS

1. CLASSIFICATION

Les antidépresseurs sont classés en fonction de leur sélectivité concernant la transmission sérotoninergique et/ou noradrénergique. Un tableau récapitulatif⁴³ est présenté en annexe I.

2. EFFETS SUR LE POIDS

Ils sont variables selon les individus, mais on remarque quand même des différences significatives statistiquement selon les molécules utilisées.

Pour résumer, voici un tableau récapitulatif des effets des différents antidépresseurs sur le poids. Les chiffres par molécules sont détaillés ensuite.

TABLEAU I : SYNTHÈSE DES EFFETS DES ANTIDÉPRESSEURS SUR LE POIDS D'APRÈS LES DIFFÉRENTS ARTICLES RÉFÉRENCES

ANTIDÉPRESSEURS	EFFETS SUR LE POIDS
<u>Tricycliques</u> : Clomipramine Amitriptyline Dosulépine Imipramine	↑ ↑↑ ↑ ↑
<u>IMAO</u> ^a	Résultats non significatifs (études de faible amplitude)
<u>ISRS</u> ^b : Fluoxétine Paroxétine Sertraline Fluvoxamine	→ ↑ → →
<u>INRS</u> ^c Venlafaxine Milnacipran	→ →
<u>NASSA</u> ^d Mirtazapine	↑
<u>Autres molécules</u> Néfazodone Bupropion	Idem ISRS ↓

a : Inhibiteurs de la MonoAmine-Oxydase

b : Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Sérotonine

c : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

d : Antidépresseurs Noradrénergiques et Sérotoninergiques Spécifiques

↑ : prise de poids

↑↑ : prise de poids importante

→ : stabilité du poids

↓ : perte de poids

a) Antidépresseurs tricycliques ou imipraminiques

Ils entraînent des modifications de poids variables,⁴⁴ en fonction de la posologie et de la durée du traitement.^{24,44} La prise de poids dépend également de l'antidépresseur utilisé, étant plus marquée avec l'amitriptyline et l'imipramine.⁴⁴ Enfin, la susceptibilité individuelle des patients joue également un rôle. Certains patients présentent une prise de poids considérable, de 15 à 20 kg en 2 à 6 mois.⁴⁴ Cependant, l'utilisation de la même molécule peut entraîner un amaigrissement chez certains patients alors qu'une prise de poids est observée chez d'autres.⁴⁴

b) Inhibiteurs de la monoamine-oxydase

Les études sont de faible amplitude et les résultats non significatifs. Ils semblent induire autant ou moins de prise de poids que les tricycliques, certaines molécules n'influençant pas le poids (moclobemide, brofaromine, cimoxatone).⁴⁴

c) Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Chez des sujets sans pathologie psychiatrique, au cours d'un sevrage tabagique, on note une prise de poids moins importante sous fluoxétine que sous placebo pendant 10 semaines, puis un effet rebond à l'arrêt du traitement.²⁴

Chez des sujets obèses, on n'observe pas de perte de poids.

Chez des sujets ayant une pathologie psychiatrique, on observe une perte de poids faible en début de traitement (10 à 12 semaines) puis une prise de poids significative, en particulier sous paroxétine.^{24,44} En revanche le poids est stable sous fluoxétine.²⁴

d) Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (INRS)

On n'a pas observé de perte de poids sous traitement par venlafaxine, malgré sa structure proche de celle de la sibutramine.²⁴

e) Antidépresseurs adrénergiques et sérotoninergiques spécifiques (NASSA)

Au cours des traitements par mirtazapine, on observe une augmentation de l'appétit et une prise de poids, moins importante que sous amitriptyline mais supérieure au groupe placebo.²⁴ Le poids se stabilise après 2 mois de traitement.

f) Autres molécules

Bupropion : molécule utilisée aux États-Unis pour la dépression, mais réservée en France au sevrage tabagique. On observe une perte de poids plus fréquente sous traitement que dans le groupe placebo, et on n'observe pas de prise de poids, chez des patients dépressifs et chez des patients non dépressifs obèses.²⁴

Riboxétine : pas de données disponibles

C. LES REGULATEURS DE L'HUMEUR

1. LE LITHIUM

a) Résultats qualitatifs

La plupart des études ont prouvé une prise de poids sous traitement.⁴⁴

Une revue de la littérature par Keck et al. en 2003 cite quelques études qui n'ont pas retrouvé de prise de poids.²⁵ Les études randomisées contrôlées sont peu nombreuses, et ont des résultats variables.

b) Résultats quantitatifs

La fréquence des prises de poids est variable selon les études. Elle est comprise entre 33 à 66 %, d'après Sachs en 1999.⁴⁴ Dans une autre étude en 2000²², le taux d'obésité était 1,5 fois supérieur chez les patients sous lithium en monothérapie que dans la population générale.

L'importance de la prise de poids est également variable. Certaines études montrent une prise de poids modérée (de 4 kg en moyenne), alors que d'autres (peu nombreuses) révèlent une perte de poids.²⁵ Les prises de poids supérieures à 5% du poids de base représentent entre 13 et 62 % des patients selon les études.²⁵

Dans d'autres études, les prises de poids sont plus communes et plus substantielles.^{24,25} Elles peuvent atteindre 30 kg chez certains patients.

Les prises de poids apparaissent dans les deux premières années, puis se stabilisent même en cas de poursuite du traitement.^{24,25} Une étude en 2002⁴⁵ a montré que l'administration pendant 8 semaines de lithium chez des patients présentant des troubles bipolaires affecte le poids et le taux de leptine sérique. Elle retrouve également une association entre l'augmentation du poids et de l'IMC et l'efficacité clinique.

Les facteurs influençant la prise de poids sont la posologie, le surpoids avant traitement, le sexe et la présence de troubles bipolaires.

La prise de poids est dose-dépendante, et très peu probable pour des concentrations plasmatiques en lithium inférieures à 0.8 mmol/l.⁴⁴ Cependant, ce taux est infrathérapeutique et une réduction des doses ne peut pas constituer une stratégie de prise en charge de la surcharge pondérale.

Le sexe féminin et la présence de troubles bipolaires sont considérés comme des facteurs de risque de prise de poids sous traitement, sans qu'il y ait de consensus sur ces constatations.^{24,44} La présence d'un surpoids avant traitement est également un facteur de risque.^{24,25,44}

2. L'ACIDE VALPROÏQUE

Il y a peu d'études randomisées contrôlées concernant le valproate (Dépakine*, Dépakote*, Micropakine*).

Dans le cadre du traitement de l'épilepsie, on note une prise de poids significative chez 44 à 57 % des patients, plus marquée chez les femmes.²⁴ Une étude a montré une prise de poids moyenne de 21 kg (8 à 49 kg) sur 7 ans chez 11 des 22 patients de l'étude.²⁴

Peu d'études sur la prise de poids ont été réalisées dans son indication pour troubles de l'humeur. La fréquence de la prise de poids est variable selon les études, touchant 7 à 59% des patients, dont certains peuvent prendre jusqu'à 20 kg.^{24,44} Les variations selon les individus sont très importantes.⁴⁴

Les données ne permettent pas d'identifier un facteur de risque de prise de poids sous acide valproïque. Elles sont contradictoires concernant le sexe ou le poids avant traitement.⁴⁴ La prise de poids semble plus liée avec la durée du traitement qu'avec la posologie, avec une augmentation de la proportion des patients qui prennent du poids après 20 mois de traitement.⁴⁴

3. LA CARBAMAZEPINE

Il existe peu de données sur cette molécule, et elles sont contradictoires. Elles indiquent que la carbamazépine (Tégritol*) peut induire une prise de poids modérée pendant le traitement anti-épileptique, dans un degré identique ou moindre par rapport à l'acide valproïque selon les études.^{24,44} Il a été décrit au sujet de 4 cas une augmentation brutale de l'appétit et des apports alimentaires, résultant en une prise de poids de 7 à 15 kg en 2 mois, réversible uniquement en arrêtant le traitement.²⁴

Une étude a comparé les variations de poids de 24 patients souffrant de troubles bipolaires ou de dépression majeure, traités de façon aléatoire par carbamazépine ou placebo pour un épisode maniaque ou dépressif.²⁵ Les patients dépressifs ont pris significativement plus de poids sous carbamazépine que sous placebo, mais pas ceux qui présentaient un épisode maniaque.

Il pourrait y avoir des différences importantes entre les patients épileptiques et les patients bipolaires concernant la prédisposition à la prise de poids.²⁵

4. LES MOLECULES RECENTES

Parmi les voies de recherche, 3 molécules anti-convulsivantes sont à l'étude, avec des résultats prometteurs sur les troubles de l'humeur : lamotrigine (Lamictal*), topiramate (Epitomax*), gabapentine (Neurontin*). Ces molécules n'induisent pas de prise de poids, et le topiramate entraîne même un amaigrissement (surtout chez les femmes et les personnes en surpoids), d'après les premières études.²⁴

VI. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA REGULATION PONDERALE

A. ASPECTS GENERAUX

La régulation pondérale est constituée d'un ensemble de systèmes qui a pour but d'équilibrer la balance énergétique, c'est-à-dire la différence entre les apports et les dépenses énergétiques de l'individu. Cet équilibre est précaire, soumis à des influences multiples, qu'elles soient d'origine génétique ou environnementale.

Les systèmes de contrôle du comportement alimentaire et de l'équilibre énergétique exercent deux types de régulation : à court et à long terme.⁴⁶

La régulation à court terme concerne les schémas des repas et la prise alimentaire sur la journée. Des travaux ont montré que les modifications de glycémie⁴⁷, de température corporelle, les acides aminés plasmatiques, la cholecystokinine, et d'autres hormones peuvent modifier le schéma d'un repas (sentiment de satiété, durée d'un repas, attirance pour certains types d'aliments ...).⁴⁶

La régulation à long terme concerne la gestion du stock énergétique de l'organisme, en modulant la prise alimentaire et la dépense énergétique.⁴⁶ Cette régulation met en jeu en particulier les acides gras à longue chaîne.⁴⁷ L'élévation de leur taux plasmatique entraîne un passage important à travers la barrière hémato-méningée, et donc une élévation de leur taux au niveau du système nerveux central. Ceci a pour conséquence une diminution de la prise alimentaire. C'est également dans ce contrôle à long terme que la leptine serait impliquée.

B. CONTROLE CENTRAL DE LA REGULATION PONDERALE

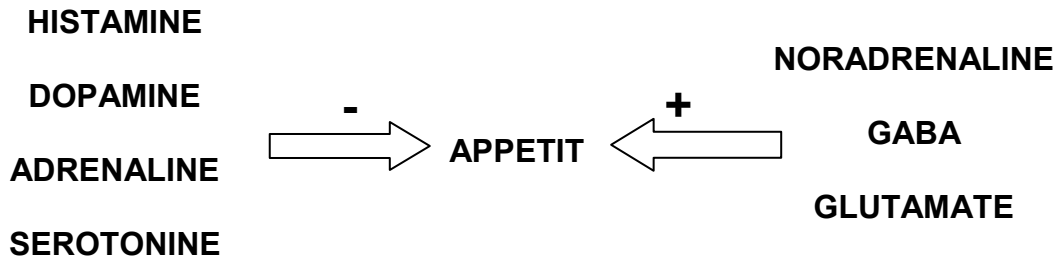
Les informations concernant les entrées alimentaires et la composition des stocks de l'organisme sont communiquées au cerveau par des voies afférentes nerveuses et humérales.²⁴ Les signaux sont les nutriments eux-mêmes, des hormones secrétées lors du passage des nutriments dans les voies digestives, ou encore des messages nerveux.

Le traitement de ces informations se fait essentiellement dans l'hypothalamus⁴⁷, dans le noyau caudé surtout, mais aussi dans d'autres aires de l'hypothalamus et du cortex cérébral. Il met en jeu de nombreux signaux tels que les neurotransmetteurs, les neuro-peptides, les hormones et les cytokines. Les systèmes de régulation sont loin d'être tous connus, de nouvelles molécules sont découvertes régulièrement.

1. LES NEUROTRANSMETTEURS

On peut schématiser comme suit les interactions entre les neurotransmetteurs et l'appétit.

FIGURE 7 : INTERACTIONS DES NEUROTRANSMETTEURS ET DE L'APPETIT



a) Les monoamines

Le contrôle de l'appétit met en jeu des systèmes de neurotransmetteurs mono-aminergiques spécifiques, qui jouent un rôle sur sa régulation à court terme. Les mono-amines regroupent la sérotonine, l'histamine et les catécholamines, c'est-à-dire la dopamine, l'adrénaline et la noradrénaline.

L'hypothalamus latéral semble être une zone-clé dans la régulation de la prise alimentaire, où les amines endogènes diminuent l'appétit, à l'exception de la noradrénaline.³³

Une des premières expérimentations avait montré que l'injection intra-hypothalamique de catécholamines chez le rat supprimait la prise alimentaire, et que cet effet était annulé par les antipsychotiques.³³

La sérotonine, ou 5-hydroxytryptamine (5-HT), est un neuromédiateur impliqué dans la régulation de l'appétit. La diminution de la neurotransmission sérotoninergique semble augmenter l'appétit.²⁴ Les molécules qui réduisent la neurotransmission sérotoninergique en bloquant les récepteurs augmentent la prise alimentaire.⁴⁸ A l'inverse, l'augmentation de la neurotransmission sérotoninergique semble diminuer la prise alimentaire.²⁴ Par exemple, la fenfluramine, qui induit une libération de 5-HT et inhibe sa recapture dans le neurone, est connue pour son action anorexigène.⁴⁸ L'acide aminé tryptophane (TRP) est le précurseur de la sérotonine, et les études réalisées suggèrent que l'élévation de la quantité de TRP dans le cerveau induit une élévation de la quantité de 5-HT, et une diminution de la quantité d'hydrates de carbone ingérée, alors que la quantité de protéines est moins affectée.⁴⁸

Le rôle de la sérotonine est évoqué dans l'obésité, car son taux est bas dans le liquide cébrospinal des femmes obèses.³³

Les mécanismes de régulation pondérale font intervenir les récepteurs 5HT_{1B}.³³ Certains sous-types de récepteurs semblent augmenter la satiété et induire

une perte de poids. Toutefois, les études réalisées sur des animaux et sur des hommes n'ont pas été probantes pour vérifier cette hypothèse.^{3,24}

Concernant l'histamine, l'injection locale dans l'hypothalamus latéral diminue la prise alimentaire chez l'animal.³³ Les données sur la physiologie chez l'homme sont par contre contradictoires.

Il a été montré une forte corrélation entre l'affinité des nouveaux antipsychotiques pour les récepteurs à l'histamine et la prise de poids induite par les antipsychotiques.³ Cela explique pourquoi les traitements anti-histaminergiques H1, comme l'amitriptyline, induisent une forte prise de poids. Par contre, la cimétidine (Tagamet*), antagoniste H2, semble réduire l'appétit et le poids chez les patients en surcharge pondérale et améliorer le contrôle glucidique chez les patients diabétiques.³

Pour résumer, on peut dire que la stimulation α -adrénergique augmente l'appétit, et que les stimulations β -adrénergique, histaminique, dopaminergique, et sérotoninergique diminuent l'appétit et sont impliquées dans le sentiment de satiété.^{3,24} Les récepteurs cholinergiques ne semblent pas impliqués.

En fait, ce modèle est un peu simple et n'explique pas tous les mécanismes de la prise de poids. En effet, les neurotransmetteurs semblent avoir une action différente en fonction du site où ils sont activés ou inhibés.²⁴

b) Les autres neurotransmetteurs

D'autres neurotransmetteurs jouent également un rôle.

- L'acide γ -aminobutyrique (GABA) : il semble être un facteur stimulateur de l'appétit.³
- Le glutamate : les agonistes du récepteur du glutamate N-méthyl-D-aspartate (NMDA) (par exemple la glycine) stimulent la prise alimentaire chez les rats lors de perfusion intra-hypothalamique.³ Il est également stimulateur de l'appétit.

Ces deux neurotransmetteurs stimulent donc la prise alimentaire.

2. LES HORMONES

Plusieurs hormones sont connues pour jouer un rôle dans la régulation pondérale. Il s'agit des hormones sexuelles, androgènes, œstrogènes et progestérone, et de la prolactine.

Chez les femmes obèses, les taux d'androgènes sont augmentés, et chez les hommes ils sont diminués.³ Ces modifications de l'équilibre hormonal pourraient, d'après les études réalisées, être responsables d'une diminution de la sensibilité des neurones de la satiété dans l'hypothalamus latéral, et donc être impliquées dans la prise de poids.³

D'autre part, l'hyperprolactinémie est responsable d'une diminution de la sécrétion d'œstrogènes et de progestérone, et d'une augmentation de la production

androgénique.²⁶ Ces effets combinés entraînent une élévation des dépôts graisseux abdominaux, et une augmentation de la résistance à l'insuline.

Les données des études indiquent que les mécanismes de la prise de poids sont complexes, et qu'ils n'impliquent pas un seul, mais plusieurs des systèmes de la régulation pondérale.

3. LA LEPTINE

a) Définition

La leptine est un peptide composé de 167 acides aminés. Elle est synthétisée dans les cellules adipeuses, et dans des proportions moindres le placenta, le tractus gastro-intestinal, les muscles et possiblement le cerveau.

Elle a pour fonction, entre autres, d'informer les centres diencephaliques sur la masse adipeuse disponible, c'est-à-dire sur les réserves énergétiques à moyen et à long terme, et d'exercer un rétrocontrôle négatif sur la prise alimentaire.^{17,24,39,46,47} Elle jouerait également un rôle dans la fonction de reproduction, et dans le système immunitaire.⁴⁶

b) Facteurs influençant les taux de leptine

Le taux de leptine circulante est corrélé au poids et à l'IMC.^{18,24,17} Il est augmenté chez les patients obèses.⁴⁶ Il est aussi corrélé à la masse adipeuse,^{3,17,46,47} et diminue à la fois chez les hommes et chez les souris après une perte de poids.⁴⁶ Les sujets présentant une obésité ou ceux présentant une anorexie mentale ont des taux sériques de leptine respectivement plus élevés et plus bas que des sujets de poids normal.¹⁷ Ces taux semblent tendre vers la normale quand le poids se régularise.

Sa sécrétion est augmentée à la puberté.²⁴

Elle n'est pas influencée par l'âge après la puberté.²⁴

Elle est inhibée par la testostérone, les femmes ont des taux 2 à 3 fois plus élevés que les hommes.²⁴

Son taux est augmenté par l'insuline, les glucocorticoïdes et les hauts apports énergétiques.^{17,24,39} L'exercice physique intense et le jeûne diminuent le taux de leptine.²⁴

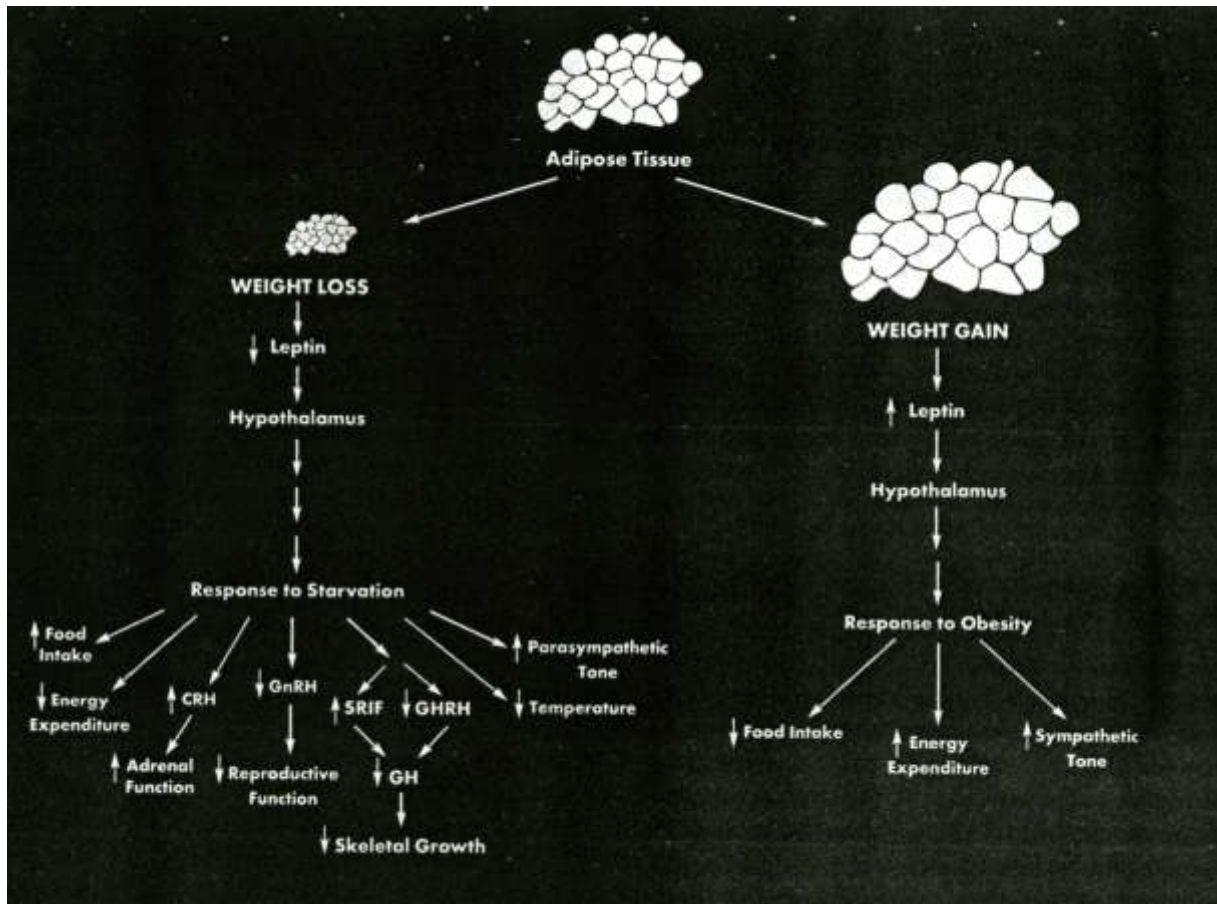
c) Interactions avec le système de régulation de l'appétit

La leptine semble être, avec l'insuline, un signal-clé de la transduction d'informations concernant le stockage d'énergie, et semble réguler le réseau complexe des systèmes de transmetteurs orexigènes et anorexigènes. Pour résumer, lorsque la masse adipeuse est importante, le taux de leptine augmente, induisant une diminution de la prise alimentaire et une balance énergétique négative. Inversement, quand la masse adipeuse est faible, le taux de leptine diminue et la prise alimentaire augmente.⁴⁶ Ceci est illustré par les souris *ob/ob*, porteuses d'une mutation du gène de la leptine. Ne sécrétant pas de leptine, les souris *ob/ob* ne reçoivent pas le signal que leur réserve en graisse est suffisante et deviennent

hyperphagiques et obèses.⁴⁶ Inversement, des perfusions continues de leptine chez des souris maigres entraînent une diminution de tissu adipeux de façon proportionnelle aux taux de leptine.⁴⁶

Les divers effets de la leptine sont schématisés sur la figure suivante, tirée d'un article de Friedman JM.⁴⁶

FIGURE 8 : EFFETS DE LA LEPTINE DANS LA REGULATION PONDERALE



(d'après Friedman JM.. The function of leptin in nutrition, weight and physiology. Nutrition reviews, vol.60, No 10, Oct 2002 (II)S1-S14).⁴⁶ Reproduit avec autorisation

La leptine semble avoir une fonction dans le système de contrôle de l'équilibre énergétique à long terme, et influencerait la quantité de nourriture consommée en fonction du niveau d'énergie dépensée.⁴⁶ Le taux de leptine n'augmente pas significativement après un repas, et ne conduit pas non plus directement à terminer un repas. Elle n'est pas à elle seule un facteur de satiété, mais elle agit avec les acteurs du système de régulation à court terme pour moduler la quantité de nourriture consommée durant un repas, et la façon dont l'organisme va ressentir le besoin d'un repas.

La leptine interagit également avec les neurotransmetteurs impliqués dans le contrôle du poids. La noradrénaline a une action orexigène.²⁴ Les expériences montrent que la leptine pourrait bloquer l'activité de cette molécule au niveau du système nerveux central, ce qui pourrait expliquer l'hyperphagie secondaire au déficit

en leptine. Les données suggèrent que la sérotonine augmente la sécrétion de la leptine.⁴⁹ La neurotransmission histaminergique semble aussi participer à la transmission des effets de la leptine. Par contre, les résultats concernant les effets directs de la leptine sur l'histamine sont contradictoires.²⁴

d) Leptine et obésité

Dans la plupart des cas, l'obésité semble être due à une résistance à la leptine, liée à une saturation des transporteurs actifs de leptine à travers la barrière hémato-méningée, et à des défauts dans la transduction du signal.^{17,24,46}

Cependant chez 5 à 10 % des patients, les taux de leptine sont relativement bas, suggérant que l'obésité, dans ce cas, résulte d'une sécrétion de leptine par les graisses inférieure à la normale.

L'administration de leptine chez les souris obèses présentant un déficit en leptine induit une perte de poids et une restauration de la fertilité.¹⁷ Le même résultat sur le poids est obtenu chez les souris obèses et non obèses et chez les patients dont l'obésité n'est pas liée à un déficit en leptine.¹⁷

Des données montrent une implication de la leptine (ainsi que du TNF- α) dans le développement d'infarctus du myocarde, d'hypertension, de résistance à l'insuline et de cancer de la prostate.¹⁷

Cependant, les mécanismes précis ne sont pas connus. Il semble que de nombreux facteurs interagissent pour aboutir à la prise de poids, y compris des facteurs psychologiques via les connections entre les centres corticaux et l'hypothalamus.⁴⁶ Pour certains auteurs¹⁷, les taux élevés de leptine et TNF- α sont plus concomitants à l'obésité que responsables de sa survenue, et le lien de causalité n'a pas encore été mis en évidence. D'autres études sont nécessaires pour approfondir les connaissances sur ces mécanismes.

4. LE SYSTEME TUMOR NECROSIS FACTOR (TNF)

Le TNF- α est une cytokine synthétisée principalement par les adipocytes et macrophages, mais aussi le cerveau.¹⁷ Il joue un rôle prédominant dans les mécanismes de croissance tissulaire, dans l'inflammation et l'immunité. Dans les adipocytes, le TNF- α augmente la thermogenèse et la lipolyse, et diminue la lipogenèse. Il diminue donc à la fois la masse grasse et la masse maigre.¹⁷

Les expérimentations ont montré que le TNF- α est impliqué dans les mécanismes de régulation du poids,^{17,24} en particulier lors des pertes de poids au cours de phénomènes inflammatoires. L'injection intracérébrale ou systémique de TNF- α diminue la prise alimentaire et le poids chez les rongeurs.¹⁷

Des études suggèrent qu'il soit impliqué aussi dans l'obésité. Le taux de TNF- α et de son récepteur soluble p75 est augmenté chez les sujets obèses^{3,24,39} par rapport aux sujets minces, et la perte de poids s'accompagne d'une diminution des taux de TNF- α .^{3,39} Il existe de plus une corrélation entre ces taux élevés de TNF- α , l'IMC et les taux de leptine et d'insuline.¹⁷

Le modèle développé par certains auteurs est un peu similaire à celui de la leptine. Son rôle serait d'interagir avec le cerveau pour éviter les fluctuations du poids.¹⁷ Son action serait altérée dans l'obésité, par un mécanisme de résistance périphérique. Bien que les taux de TNF- α soient élevés, celui-ci ne parviendrait pas à exercer son action.

Cependant, il n'a pas été établi clairement de lien de causalité entre le TNF- α et l'obésité, comme cela a déjà été évoqué dans le paragraphe précédent concernant la leptine.

5. INSULINE ET OBESITE

L'insuline est une hormone anabolique.⁴⁷ Elle favorise la prise de poids puisqu'elle induit la lipogenèse, la glycogénèse et la synthèse protéique.

La régulation du poids dépend du rapport entre le taux d'insuline sérique et la sensibilité des tissus à l'insuline. En réponse à une augmentation de la résistance périphérique à l'insuline, on observe une augmentation progressive de la production d'insuline. Comme les effets sont préservés sur la lipogenèse et la synthèse protéique, ces taux élevés d'insuline induisent une prise de poids.³⁷ La résistance à l'insuline joue un rôle clé dans le développement de l'obésité.

Plusieurs mécanismes sont impliqués dans la survenue d'une résistance à l'insuline, en particulier des anomalies de fonctionnement et de quantité de récepteurs à l'insuline.^{2,37} La leptine, le TNF- α , les acides gras, et la résistine semblent également impliqués.

La plupart des patients obèses présentent une hyperinsulinémie. L'hyperinsulinémie semble également impliquée dans le développement de l'hypertension et des autres dysfonctionnements constituant le syndrome métabolique (obésité abdominale, dyslipidémie, état pro-coagulant, dysfonction endothéliale, hyperuricémie, microalbuminurie).³⁷ L'importance de l'hyperinsulinémie, et celle des autres facteurs constituant le syndrome métabolique, à savoir l'HTA, la dyslipidémie, et l'insulino-résistance, augmente avec l'IMC jusqu'à un plateau atteint pour un IMC de 34.¹⁷

6. APPROCHES PHARMACO-GENETIQUES

Elles visent à déterminer les mécanismes de la prise de poids. Des études suggèrent que des particularités génétiques spécifiques pourraient être liées à la prise de poids induite par les médicaments. Cependant, les résultats nécessitent d'être confirmés.²⁴

En conclusion, on peut dire que les mécanismes physiopathologiques de la régulation pondérale sont complexes et multiples, avec des interactions entre les différents acteurs de ce système. Les neurotransmetteurs jouent un rôle important, de même que la leptine et le TNF- α , sans que la relation de causalité dans la prise de poids soient clairement établie. Le rôle de l'insuline est, quant à lui, plus clairement causal.

C. MECANISMES DE LA PRISE DE POIDS EN PSYCHIATRIE

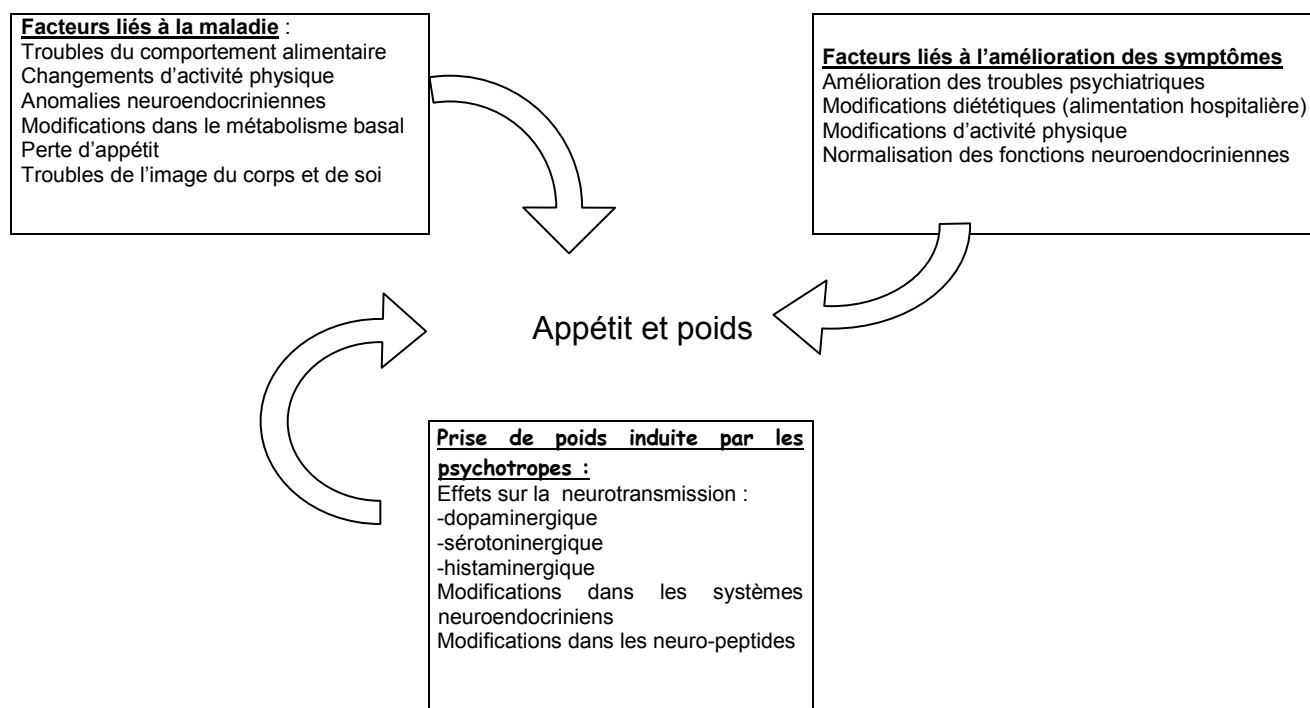
1. TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

La prise de poids dans la population de patients souffrant de trouble mentaux semble s'expliquer par différents mécanismes généraux²⁴ : diminution du métabolisme de base, modifications hormonales, augmentation de l'appétit et du grignotage, réduction de l'activité physique.

Ainsi, il est souvent noté une augmentation de l'appétit et du grignotage,²⁴ avec spécifiquement une attirance pour les aliments sucrés et gras. Ceci peut être du en partie à la pathologie psychiatrique, et en partie au traitement psychotrope, par le biais d'interférences avec la régulation de l'appétit au niveau du système nerveux central.

De plus, on note également une diminution du métabolisme basal sous traitement²⁴ qui, si elle se prolonge dans le temps, entraîne une prise de poids significative.

FIGURE 9 : FACTEURS INFLUENCANT LE POIDS DANS LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES



(d'après Zimmermann U, Kraus T, Himmerich H, Schuld A, Pollmacher T. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients. J Psychiatr Res. 2003 May-Jun;37(3):193-220).²⁴ Reproduit avec autorisation.

a) Symptômes psychiatriques

Les symptômes psychiatriques, comme l'apathie ou l'apraxie dans la schizophrénie, altèrent les comportements alimentaires.^{2,27} Un amaigrissement peut être observé lors des délires, d'empoisonnement par exemple, qui peuvent entraîner des refus alimentaires.²⁷ Dans les cas de marginalisation, on observe une dénutrition importante.²⁷

Chez ces patients, la prise de poids peut refléter la réduction des symptômes et l'amélioration clinique.

On peut observer au contraire une prise de poids, lorsque les patients consomment certains aliments, auxquels sont attribuées des vertus magiques, en excès.²⁷ L'anxiété, souvent contemporaine de l'épisode aigu et de l'envahissement psychotique, est elle-même à l'origine d'une hyperphagie compensatrice et anxiolytique, par régression orale rassurante.²⁶ Dans ces deux cas, le poids de départ avant traitement sera plus élevé que le poids de base du patient.

Concernant les troubles de l'humeur, une anorexie et une perte de poids est constatée chez plus de 60% des patients dépressifs, avec des patients qui peuvent perdre 5 à 10 kg en quelques semaines ou mois.²⁷ Dans certains délires, par exemple, les patients sont persuadés qu'ils sont déjà morts, et donc qu'ils n'ont pas besoin de manger. L'inhibition psychomotrice joue également un rôle dans les troubles de l'alimentation, en empêchant la réalisation même des repas. En général, les troubles de l'appétit régressent lorsque les traitements antidépresseurs commencent à être efficaces.

Une perte de poids est fréquente lors des accès maniaques, les patients ne prenant pas le temps de manger.

Une minorité de patients ont un appétit augmenté et une prise de poids. Ceci concerne plutôt les dépressions saisonnières qui ont lieu en hiver.

b) Effet de l'institutionnalisation

La majorité des études porte sur des patients hospitalisés, et les effets de l'institutionnalisation doivent être pris en compte.³⁴ La prise en charge hospitalière induit souvent une réduction d'activité², particulièrement chez les patients hyperactifs avant traitement. De plus, les repas sont servis à heure fixe et les apports alimentaires sont surveillés par les équipes soignantes, ce qui peut expliquer une prise de poids chez les patients qui négligeaient leur alimentation du fait de leur pathologie. Cependant, les effets de l'hospitalisation ne peuvent pas expliquer entièrement les différences d'effet des divers antipsychotiques.

2. EFFETS DES TRAITEMENTS IMPLIQUES

a) Les antidépresseurs

1) Mécanismes d'action

Ils agissent essentiellement en inhibant la recapture de la sérotonine, noradrénaline, et dopamine. Ils diminuent leur dégradation, ils bloquent le rétrocontrôle inhibiteur et ils agissent sur le messager second.⁴³

L'activation indirecte des récepteurs sérotoninergiques par les antidépresseurs pourrait mener, via une augmentation des concentrations de sérotonine dans les synapses de certaines régions cérébrales, à l'activation de protéines G qui entraînerait en cascade la transcription de facteurs neurotrophiques tel le « Brain-Derived Neurotrophic Factor » (BDNF).⁴³

L'étiologie de la dépression est mal définie. Une hypothèse est celle d'un dysfonctionnement des récepteurs des neurotransmetteurs (monoamines), qui pourrait être causé par une déplétion en neurotransmetteurs monoaminergiques. Dans la dépression, il y aurait une diminution de la concentration de BDNF, menant à une atrophie de l'hippocampe, et pire à une réduction des neurones hippocampiques.

Parmi les plus récentes, il existe des molécules multicibles, qui inhibent la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, voire aussi de la dopamine. On trouve aussi des molécules agissant sur la recapture des monoamines et sur les récepteurs eux-mêmes (mirtazapine).⁵⁰

2) Mécanisme de la prise de poids

Le système TNF- α semble très impliqué dans la prise de poids sous antidépresseurs tricycliques. Les patients qui prennent du poids sous amitriptyline ou nortriptyline présentent des élévations précoces du récepteur soluble du TNF- α (sTNFr-p75), qui précèdent l'augmentation de l'IMC.³⁹ Cette réponse précoce (dans la première semaine de traitement) suggère une valeur prédictive du taux de TNF- α pour la prise de poids.²⁴

Les données semblent indiquer un effet moins marqué des antidépresseurs sur les taux de leptine, par rapport aux antipsychotiques.²⁴

b) Les régulateurs de l'humeur

1) Le lithium

(a) Mécanismes d'action

Le lithium est un ion dont les mécanismes d'action restent incertains, mais impliqueraient un effet sur des sites situés au-delà du récepteur, au niveau du système des messagers seconds. Il inhiberait peut-être une enzyme, l'inositol monophosphatase, impliquée dans le système phosphatidyl-inositol en tant que modulateur des protéines G. Il est possible que le lithium modifie les protéines G et leur capacité à réaliser la transduction des signaux à l'intérieur de la cellule une fois que le récepteur du neurotransmetteur est occupé.⁵⁰

(b) Mécanisme de la prise de poids

Le mécanisme de la prise de poids sous lithium est incomplètement expliqué. Le lithium pourrait être responsable d'un ralentissement du métabolisme, et d'une augmentation des apports alimentaires due à une amélioration de l'humeur.

On évoque aussi l'interaction du lithium avec les récepteurs sérotoninergiques⁴⁵, avec des effets directs du lithium sur l'appétit au niveau de l'hypothalamus.²⁵ Il pourrait s'agir également d'une altération du métabolisme des glucides et des graisses avec un effet « insulin-like » du lithium²⁵, d'un hypothyroïdisme induit par le lithium, d'une augmentation des apports de boissons hypercaloriques due à la sensation de soif²⁵, et de modifications endocrinologiques.⁴⁴ Le rôle de la leptine est également discuté, car une élévation des taux de leptine a également été retrouvée sous lithium et sous acide valproïque en traitement long.²⁴

Cependant, on ne dispose pas d'études corroborant ces hypothèses.

2) L'acide valproïque

(a) Mécanisme d'action

Les mécanismes d'action des anticonvulsivants sont mal connus, tant en ce qui concerne leurs effets anticonvulsivants que leurs effets thymorégulateurs. Il pourrait même s'agir de mécanismes multiples.

Deux seulement ont l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication des troubles de l'humeur : la carbamazépine (Tégretol*), et l'acide valproïque (Dépakote*) ou valpromide (Dépamide*).

Au niveau cellulaire, les anti-convulsivants semblent agir sur les canaux ioniques sodium, potassium et calcium.⁵⁰ En interférant avec les mouvements sodiques à travers les canaux dépendants du sodium, par exemple, plusieurs d'entre eux induisent un blocage du flux de sodium.

Lorsque les canaux ioniques sont inactivés sous anticonvulsivants, la neurotransmission inhibitrice par le GABA (acide gamma-aminobutyrique) est augmentée, alors que la neurotransmission excitatrice par le glutamate est réduite.

On ne sait pas si c'est le même mécanisme qui est responsable de l'effet thymorégulateur.

(b) Mécanisme de la prise de poids

On évoque un effet direct du valproate ou d'un métabolite sur la stimulation de l'appétit au niveau de l'hypothalamus²⁵, peut-être par l'intermédiaire du GABA.³ La prise de poids pourrait également être due à une augmentation de la soif avec consommation de boissons sucrées, et à une altération du métabolisme des graisses.²⁵

3) La carbamazépine

(a) Mécanismes d'action

Son mécanisme d'action passerait par l'augmentation de la fonction GABA, peut-être à travers une action sur les canaux à sodium et/ou potassium.⁵⁰

(b) Mécanisme de la prise de poids

Ils sont mal connus, mais impliqueraient, outre la stimulation de l'appétit par le GABA, des phénomènes de rétention d'eau et d'oedèmes.²⁵

c) Les antipsychotiques

1) Les antipsychotiques conventionnels

Les neuroleptiques conventionnels agissent en bloquant les récepteurs dopaminergiques D2 au niveau de la voie mésolimbique.⁵⁰ Ils ont donc surtout une action sur les symptômes positifs. En effet, les voies dopaminergiques peuvent se résumer de la façon suivante⁵⁰ :

- Voie nigrostriée → symptomatologie motrice
- Voie mésolimbique → symptomatologie positive
- Voie mésocorticale → symptomatologie négative
- Voie tubéroinfundibulaire → symptomatologie endocrinienne

Leurs effets secondaires découlent du blocage des récepteurs D2 au niveau de leurs autres sites, c'est-à-dire au niveau de⁵⁰ :

- la voie mésocorticale, ce qui induit une aggravation des symptômes négatifs et cognitifs
- la voie nigrostriée, ce qui engendre les symptômes extrapyramidaux, et à plus long terme les dyskinésies tardives
- la voie tubéroinfundibulaire, ce qui résulte en une hyperprolactinémie, avec galactorrhée et aménorrhée, troubles sexuels, hypofertilité, et possiblement prise de poids (le rôle de la prolactine dans ces deux derniers troubles n'est pas certain).

Les neuroleptiques ont également un effet anticholinergique, à l'origine d'effets secondaires comme la bouche sèche, la vision floue, la constipation et l'émoussement affectif.⁵⁰ Ceux qui ont le plus d'effet anticholinergique sont ceux qui ont le moins d'effets secondaires de type extrapyramidal.

Ils sont aussi antihistaminiques, provoquant prise de poids et somnolence.⁵⁰

Enfin, ils bloquent les récepteurs adrénergiques alpha 1, induisant des effets indésirables cardio-vasculaires, de type hypotension orthostatique, et une somnolence.

Tous les neuroleptiques classiques n'agissent pas de la même façon sur les différents récepteurs, et donc ils peuvent varier beaucoup en terme d'effets secondaires.⁵⁰

2) Les antipsychotiques atypiques

La première molécule développée est la clozapine, dans la fin des années 1950. La principale différence avec les antipsychotiques conventionnels est l'absence relative d'effets extra-pyramidaux. Elle est également plus efficace sur les symptômes négatifs de la schizophrénie.

Les autres molécules ont un profil pharmacologique similaire sans les effets secondaires hématologiques (agranulocytose).

Sur le plan pharmacologique, il s'agit d'une classe composée d'antagonistes sérotonine-dopamine.⁵⁰ Ils bloquent simultanément les récepteurs sérotoninergiques 2A et dopaminergiques D2.

Les interactions entre la sérotonine et la dopamine sont variables d'une voie à l'autre.

Au niveau de la voie nigrostriée, la sérotonine exerce un puissant contrôle inhibiteur sur la libération de dopamine.⁵⁰ L'action inhibitrice des antipsychotiques atypiques sur la sérotonine résulte donc en une élévation de la libération de dopamine, qui va entrer en compétition avec l'antipsychotique atypique pour inverser le blocage des récepteurs D2. On obtient donc une réduction des effets extrapyramidaux et des dyskinésies tardives. Cette réduction est variable selon la molécule utilisée et sa dose.

Au niveau de la voie mésocorticale, les récepteurs sérotoninergiques 5HT2A sont plus nombreux que les récepteurs D2. L'antipsychotique atypique va donc bloquer de façon plus puissante la libération de la sérotonine que celle de la dopamine. Il y a donc dans ces zones corticales une libération de dopamine sans antagonisme D2 marqué. C'est ce qui expliquerait l'amélioration des symptômes négatifs par les antipsychotiques atypiques.⁵⁰

Au niveau de la voie tubéroinfundibulaire, le blocage simultané des récepteurs 5HT2A et D2 rétablirait en partie l'équilibre au niveau de la stimulation de la sécrétion de prolactine.⁵⁰ En fait, on s'aperçoit qu'en pratique tous les antipsychotiques atypiques ne réduisent pas la sécrétion de prolactine avec la même intensité, et que certains ne la réduisent pas du tout.

Enfin au niveau de la voie mésolimbique, fort heureusement, l'action antagoniste de la sérotonine sur les effets de la dopamine n'est pas suffisante, et n'est pas capable de renverser les effets des neuroleptiques atypiques sur les récepteurs D2, ni d'atténuer leur action sur les symptômes psychotiques positifs.⁵⁰

3) Mécanisme de la prise de poids

Les mécanismes de la prise de poids pourraient faire intervenir les neurotransmetteurs, les hormones, la leptine et le TNF- α . Les relations de cause à effet entre les modifications de ces facteurs et la prise de poids sont difficiles à établir.

Le profil pharmacologique des molécules utilisées entre en ligne de compte, selon leurs effets sur les neurotransmetteurs en particulier.

L'effet antagoniste des récepteurs dopaminergiques D2 est considéré comme le plus important dans la production d'effet anti-psychotique³⁴. Cependant, les études par tomographie par émission de positron montrent un taux d'occupation modéré des récepteurs D2 par les antipsychotiques atypiques in vivo. Donc il n'existe pas de preuve que la prise de poids corresponde à l'affinité de ces molécules pour les récepteurs D2, bien que ces derniers soient impliqués dans les mécanismes de régulation de l'appétit.

L'effet anticholinergique entraîne une sécheresse de bouche, et donc une consommation importante de confiseries ou de boissons qui, si elles sont

hypercaloriques, peuvent induire une prise de poids³⁴. Toutefois, il n'y a pas de preuve de la relation entre la prise de poids et les médicaments anticholinergiques.

La clozapine, l'olanzapine, la quétiapine et la zotépine ont une forte affinité pour les récepteurs H1 à l'histamine³⁴. Ils en résulte donc une stimulation de l'appétit. Ces molécules ont également des effets sédatifs, qui peuvent entraîner une réduction de mobilité et donc une prise de poids si les apports alimentaires ne diminuent pas. Les affinités des différents antipsychotiques atypiques pour le récepteur H1 apparaissent fortement corrélées à la prise de poids.³⁷

Concernant les effets antagonistes des récepteurs sérotoninergiques³⁴, les résultats des études ne sont pas homogènes, mais semblent indiquer que les antipsychotiques ayant des effets antagonistes sur les récepteurs 5HT_{2c} font prendre du poids. Certains auteurs mettent en avant également le rôle des récepteurs 5HT_{1B}.³³

Certains nouveaux antipsychotiques pourraient favoriser la fonction GABA, ce qui pourrait altérer l'équilibre GABA-glutamate et ainsi entraîner une prise de poids.³

En conclusion, les molécules qui ont un effet antagoniste sur les récepteurs D2, 5HT_{2c}, et H1 semblent induire plus fréquemment une prise de poids, ainsi que ceux qui stimulent la fonction GABA.

D'autre part, les modifications hormonales induites par les antipsychotiques semblent jouer un rôle dans la prise de poids. Les effets des traitements sur la sécrétion hormonale sont actuellement en cours d'investigation.

Une diminution des taux de progestérone a été montrée sous traitement par antipsychotiques conventionnels, ce qui pourrait favoriser une obésité abdominale.³⁷

L'élévation des taux de prolactine, associée aux traitements par antipsychotiques conventionnels et rispéridone, pourrait induire une prise de poids, soit directement en diminuant la sensibilité à l'insuline (ce qui est un des mécanismes de développement de l'obésité), soit indirectement en modifiant les ratios androgènes/oestrogènes.³⁷ Des études montrent que l'association au traitement antipsychotique d'un médicament hypoprolactinémiant, la bromocriptine, entraîne une diminution du poids, ce qui tendrait à confirmer le rôle de l'hyperprolactinémie dans les mécanismes de la prise de poids.²⁶ Cependant, les molécules qui font prendre le moins de poids (halopéridol, fluphénazine, pimozide et rispéridone) engendrent des taux élevés de prolactine, alors que les prises de poids les plus importantes sont induites par la clozapine, olanzapine et thioridazine, qui n'entraînent qu'une discrète hyperprolactinémie.²⁶ Ce modèle n'explique donc pas tous les phénomènes observés sous traitement.

Le rôle de la leptine et du TNF- α a aussi été beaucoup étudié.

La prise de poids induite par les antipsychotiques atypiques est associée à des augmentations des taux de leptine circulante.^{18,24,39} Les patients qui n'ont pas pris de poids n'ont pas présenté d'augmentation significative de leur taux de leptine. Des études descriptives ont révélé des changements concordants et prévisibles des taux de leptine selon la prise de poids constatée.³⁹ Une élévation d'un facteur 3 à 4 des taux de leptine est prédite pour une augmentation de 10% du poids. Dans l'étude de McIntyre, le poids s'est élevé de 13%, avec une augmentation des taux de leptine de 56% au bout de 6 mois.³⁹

Toutefois, les résultats des études ne suggèrent pas que les anomalies de la leptine soient un dysfonctionnement primaire lors de la prise de poids sous antipsychotiques.³⁹ Le rapport temporel entre les élévations de leptine et la prise de poids n'est pour l'instant pas encore bien établi. Il se pourrait qu'elles évoluent en parallèle et non en relation de cause à effet.

Pour certains auteurs¹⁷, la leptine et le TNF- α sont impliqués dans la régulation du poids, mais leurs taux élevés sont plus une conséquence de l'obésité primaire ou induite par les antipsychotiques qu'une cause. Par contre, ils pensent que ces deux protéines détériorent la sensibilité à l'insuline, et donc engendrent une intolérance au glucose. Ils jugent donc plausible qu'elles soient impliquées dans la perpétuation de l'obésité, ceci étant une supposition sans preuve scientifique.

Des études complémentaires sont nécessaires.

Des études réalisées, il ressort que les taux augmentés de leptine associés aux traitements psychotropes ne reflètent probablement pas simplement la masse grasse. De plus, les antidépresseurs n'ont à priori pas le même effet sur la régulation de la leptine que les thymorégulateurs, ni que les antipsychotiques.

Le tableau suivant, tiré de l'article de Zimmerman²⁴, résume les effets sur le poids, la leptine et le TNF- α , de quelques psychotropes.

TABLEAU II : EFFETS DE DIFFERENTS TRAITEMENTS SUR LE POIDS, LES TAUX DE LEPTINE, ET LE SYSTEME TNF- α

Table 4 Relation between drug-induced weight changes and associated effects on leptin and the TNF-system			
Drug	Weight	Leptin	TNF-system
<i>Antipsychotics</i>			
Clozapine (Kraus et al., 1999)	↑	↑	↑
Olanzapine (Kraus et al., 1999)	↑	↑	↑
Haloperidol (Kraus et al., 1999)	=	=	=
<i>Antidepressants</i>			
Amitriptyline (Hinze-Selch et al., 2000)	↑	=	↑
Mirtazapine (Kraus et al., 2002)	↑	(↑)	↑
Paroxetine (Hinze-Selch et al., 2000)	↑	=	=
Venlafaxine (Kraus et al., 2002)	↓	=	=
<i>Mood stabilizers</i>			
valproate (Verrotti et al., 1999)	↑	↑	

(d'après Zimmermann U, Kraus T, Himmerich H, Schuld A, Pollmacher T. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients. J Psychiatr Res. 2003 May-Jun;37(3):193-220).²⁴ Reproduit avec autorisation.

Une étude portant sur la clozapine⁵¹ s'est intéressée aux effets de la molécule sur le développement des adipocytes chez l'homme et sur les fonctions de ces cellules. Les résultats de l'étude ne donnent pas d'argument en faveur d'un effet direct de la clozapine sur ces fonctions, suggérant un effet central et non périphérique induisant la prise de poids et les perturbations métaboliques sous traitement.

Enfin, il faut citer le rôle du tabac. 80% des patients schizophrènes sont fumeurs.³⁴ La clozapine modifie le comportement des patients vis à vis du tabac avec une diminution du nombre de cigarettes consommées par jour. L'arrêt du tabagisme est fortement corrélé avec une prise de poids.

3. METABOLISME GLUCIDIQUE ET LIPIDIQUE

a) Définitions

Le diabète est diagnostiqué par deux glycémies supérieures à 1.26 g/l à jeûn, ou supérieures à 2 g/l 2 heures après absorption de 75 g de glucose.³⁷

L'état prédiabétique correspond à une glycémie comprise entre 1.10 et 1.26 g/l à jeûn.³⁷

L'intolérance au glucose correspond à une glycémie comprise entre 1.4 et 2 g/l 2 heures après absorption de 75 de glucose.³⁷

On parle par ailleurs du diabète de type I, qui est lié à une destruction immunologique des cellules β du pancréas, et qui conduit à une sécrétion insulinaire nulle.³⁷

Le diabète de type II, qui représente 90 % des patients diabétiques, est dû à une résistance périphérique à l'insuline, qui provoque une augmentation de la sécrétion insulinaire.³⁷ Des taux de plus en plus importants d'insuline sont nécessaires pour maintenir une glycémie normale. A moyen terme, la fonction des cellules β est altérée, et l'ajustement de la sécrétion d'insuline aux glycémies n'est plus possible. Apparaissent alors les symptômes d'hyperglycémie.

Un troisième groupe de diabète inclut le diabète gestationnel et un certain nombre d'anomalies génétiques spécifiques.³⁷

Concernant les dyslipidémies, des taux élevés de cholestérol LDL (low density lipoproteins) sont observés chez les sujets obèses, particulièrement en cas d'obésité abdominale.³⁷ La dyslipidémie associée au diabète est le plus souvent constituée par des taux élevés de triglycérides, des taux bas de cholestérol HDL (high density lipoproteins), et des taux normaux de cholestérol LDL, avec toutefois une morphologie des lipoprotéines LDL qui peut être plus petite et plus athérogène.³⁷

b) Antidépresseurs et lithium

Les résultats des études de l'impact des antidépresseurs et lithium sur le métabolisme glucidique sont ambigus.

Certaines études ont montré un effet bénéfique du lithium sur la tolérance au glucose, alors que d'autres ont montré le contraire.²⁴

L'administration à des rats d'antidépresseurs tricycliques a conduit au développement d'une insulino-résistance, qui n'a pas pu être détectée chez les patients sous tricycliques.²⁴

Une étude s'intéressant aux mécanismes de la perte de poids initiale lors d'un traitement par ISRS a montré que la fluoxétine augmente l'action de l'insuline chez les patients ayant un diabète de type II.²⁴

c) Antipsychotiques et diabète

On peut noter que la prévalence du diabète de type II chez les patients schizophrènes était déjà plus importante que dans la population générale en 1926, bien avant l'ère des antipsychotiques.^{24,39}

Avec l'introduction des phénothiazines, l'incidence du diabète chez le patient schizophrène est passée de 4,2% en 1956 à 11-18% en 1968.²⁴

Concernant le rôle des antipsychotiques dans la survenue d'un diabète, les résultats sont plus nets que pour les antidépresseurs et thymorégulateurs.

Les traitements antipsychotiques, conventionnels ou atypiques, entraînent une élévation du risque de diabète de type II et de syndrome métabolique.²⁴ La fréquence du diabète de type II est plus élevée sous traitement par antipsychotiques atypiques par rapport aux conventionnels.^{24,37}

Le risque de diabète est plutôt augmenté chez les patients de moins de 60 ans.²⁴

Parmi les antipsychotiques de deuxième génération, la clozapine et l'olanzapine sont associées à un risque particulièrement important de perturbation du métabolisme glucidique.^{24,28,30,37} Ceci a d'abord été reconnu quand plusieurs cas d'acidocétose diabétique sont survenus, réversibles avec l'arrêt du traitement, et récidivant à la reprise du traitement.^{24,28}

La multiplication des cas de diabète apparaissant chez des patients traités par olanzapine ou clozapine, mais ayant des facteurs de risque préalables, a conduit à formuler des règles de prudence dans des contextes prédisposés.²⁴ La prise de poids est en elle-même un risque supplémentaire et nécessite une surveillance glycémique.

Parmi les antipsychotiques atypiques, la rispéridone semble avoir moins d'impact sur le métabolisme glucidique que les autres²⁸, de même que la quétiapine et la ziprazidone.³⁷

Les altérations du métabolisme du glucose sous traitement antipsychotique semblent liées à l'adiposité abdominale en elle-même, ainsi qu'aux effets propres des molécules antipsychotiques.

L'adiposité abdominale peut s'associer à une diminution de la sensibilité périphérique à l'insuline, et contribuer à la survenue d'une hyperglycémie. La prise de poids induite par les antipsychotiques peut donc favoriser la survenue d'un diabète sous traitement. Toutefois, les études suggèrent que les perturbations de l'équilibre glycémique surviennent indépendamment de toute prise de poids, et peuvent donc être dues uniquement aux antipsychotiques.²⁸

Une diminution de la sensibilité à l'insuline a été montrée avec la clozapine et l'olanzapine.³⁷ Les mécanismes ne sont pas encore élucidés. Une des hypothèses est que le blocage des récepteurs H1, 5-HT_{2A-2C} et muscariniques stimulent

l'appétit, ce qui induit une augmentation des hormones anti-insuline comme le cortisol et l'adrénaline.³⁷

Des études sur sujets sans pathologie psychiatrique traités par antipsychotiques et des études expérimentales montrent que les antipsychotiques n'altèrent pas la sécrétion d'insuline.³⁷ Par contre, au niveau périphérique, il y a une résistance à l'insuline qui empêche un métabolisme normal du glucose. L'hypothèse est celle d'une interaction entre les antipsychotiques et les transporteurs du glucose.

D'autres facteurs peuvent participer au développement du diabète de type II, en particulier les prédispositions familiales et personnelles, l'obésité préexistante au traitement, la sédentarité, le tabagisme, l'augmentation importante et soudaine de l'appétit, et/ou la prise de poids.³⁷

Ces données indiquent clairement que l'incidence du diabète et de l'altération de la tolérance au glucose est plus élevée chez les patients schizophrènes que dans la population générale, et qu'elle est accrue par les traitements antipsychotiques traditionnels, et encore plus par les traitements antipsychotiques de deuxième génération. Les résultats sont disparates quant à l'importance de ce phénomène, et des études plus précises sont nécessaires.

d) Dyslipidémie et antipsychotiques

On a rapporté des élévations de triglycérides, et de façon plus discrète une hausse du taux de cholestérol LDL et une baisse de cholestérol HDL, lors de l'administration de phénothiazine.³⁷ Les butyrophénones ont un effet plus neutre sur les lipides sanguins.

L'impact des antipsychotiques atypiques semble plus important que celui des antipsychotiques conventionnels. Des taux plus élevés de triglycérides ont été constatés lors de traitements par clozapine et olanzapine^{34,37}. La rispéridone entraîne une élévation moins importante^{34,37}. Lorsque l'on remplace l'olanzapine par la ziprasidone, les taux de triglycérides et de cholestérol diminuent de façon significative.³⁷

Aucun mécanisme spécifique n'a pour l'instant été proposé pour expliquer la dyslipidémie sous antipsychotiques.³⁷

En conclusion, on peut dire que les mécanismes précis de la prise de poids sous traitement psychotrope sont multiples, et qu'ils sont encore mal connus. Les comportements alimentaires, les symptômes des patients et l'institutionnalisation jouent un rôle certain. Les psychotropes eux-mêmes sont responsables de modifications hormonales (thyroïde, progestérone, prolactine), d'effets sur les neurotransmetteurs (sérotonine, dopamine, histamine, GABA) et sur la leptine et le TNF- α , ainsi que sur le métabolisme des lipides et des glucides. Toutes ces interactions entre les psychotropes et les acteurs du système de régulation de l'appétit et du poids participent à la prise de poids sous traitement.

VII. ENQUÊTE

A. OBJECTIF

Le but de cette enquête était de faire un état des lieux des connaissances des médecins généralistes concernant la surcharge pondérale dans la population de patients souffrant de troubles mentaux, et d'approcher leur façon de prendre en charge ce problème.

Le médecin généraliste a en effet un rôle privilégié dans la prévention auprès des patients suivis en ambulatoire. Connaître leur approche et leurs difficultés peut permettre de proposer une information ou des outils pour améliorer cette prise en charge.

B. METHODE

1. LE FOCUS GROUP : DEFINITION

Deux types de méthodes peuvent être utilisées en médecine générale : la recherche quantitative et la recherche qualitative.

La recherche quantitative utilise des questionnaires ou des grilles de recueil de données standardisés et codifiées, qui sont ensuite traitées par des techniques mathématiques.

En ce qui concerne les phénomènes non quantifiables de façon objective, on peut utiliser la méthode qualitative, consistant en des entretiens individuels ou de groupe.

Le focus group est une technique d'entretien de groupe qui explore une question focalisée. Il est issu d'une méthode de marketing apparue aux Etats-Unis dans les années 40, qui avait pour but de recueillir les attentes des consommateurs concernant un produit.

Le principe repose sur la notion d'expérience commune vécue par l'ensemble des personnes interviewées. Il aboutit à des échanges, suscités et dirigés par le chercheur qui suit l'objectif de l'étude. Il permet d'étudier des représentations sociales, des croyances, des comportements. Il peut également faire émerger de nouvelles idées auxquelles le chercheur n'avait pas pensé.⁵²

Le nombre de participants n'est pas consensuel, il se situe entre 4 et 12 personnes, pour assurer une dynamique de groupe satisfaisante et une variété de points de vue suffisante. On estime qu'il existe entre 3 et 5 façons de réfléchir sur un même problème, et qu'au delà de 8 participants, on arrive généralement à une saturation. La saturation est un phénomène qui apparaît lorsque le terrain ne procure plus d'informations nouvelles. Une fois la saturation atteinte, elle confère une base solide à la généralisation.

2. DEROULEMENT DU FOCUS GROUP

La séance est animée par un modérateur, qui pose les questions prévues par le guide d'entretien, oriente la discussion, recentre le débat si nécessaire, veille à ce que tout le monde s'exprime, et fait préciser les points de vue.

Il doit bien maîtriser la technique de conduite de réunion par la reformulation, la clarification, l'esprit de synthèse.

Il est aidé par un observateur, qui est chargé d'enregistrer la séance, et de noter les éléments non verbaux qui pourront être exploités dans l'analyse de la dynamique de groupe.

Concernant la séance, le lieu doit être neutre, convivial, dans une atmosphère détendue. En début de séance, le modérateur explique le principe du focus group aux participants. Puis la séance commence, chaque question étant abordée en moyenne pendant 15 min. Le modérateur fait une synthèse pour vérifier l'accord des participants à ce qui a été retenu, et permettre d'éventuels commentaires.

3. CARACTERISTIQUES DU FOCUS GROUP QUE NOUS AVONS REALISE

a) Le guide d'entretien

Le guide d'entretien était composé de plusieurs questions ouvertes, qui abordaient différents thèmes concernant la surcharge pondérale des patients sous psychotropes. Les participants n'étaient pas informés du thème de la réunion avant leur arrivée.

Lors de l'introduction, nous avons précisé qu'étaient concernés les antipsychotiques récents, les neuroleptiques, les thymorégulateurs. Les antidépresseurs ont été inclus dans un deuxième temps, car j'avais oublié de les noter dans l'introduction, et les participants ne les avaient pas pris en compte dans leur réflexion. Les hypnotiques et benzodiazépines étaient exclus.

Le guide d'entretien comportait 4 questions :

Question 1 : avez-vous des patients sous psychotropes, et pouvez-vous estimer la proportion de ces patients qui sont en surpoids du fait de leur traitement ?

Il s'agissait donc d'évaluer la perception qu'ils avaient de la prévalence du surpoids dans la population de patients ayant une pathologie psychiatrique traitée.

Question 2 : quelles sont les doléances de vos patients par rapport à ce problème, s'en plaignent-ils ou non ?

Le but était de savoir si les participants pensaient que leur patients étaient conscients du problème ou pas, ou s'il ne s'agissait que d'une préoccupation pour eux en tant que médecin.

Question 3 : quelles stratégies mettez-vous en place pour faire face à ce problème ?

On évalue ainsi les moyens dont disposent les médecins généralistes pour prendre en charge ces patients, ainsi que leur motivation, leur ressenti par rapport à cette prise en charge.

Question 4 : quelles pistes d'amélioration de cette prise en charge proposez-vous ?

b) Selection des participants

Les participants n'ont pas été sélectionnés de manière randomisée, mais par leur représentativité, et la diversité d'opinion qu'ils pouvaient apporter. Il s'agissait de 9 médecins généralistes, exerçant dans la région de La Roche sur Yon. Ils ont été choisis parmi les relations professionnelles de mon directeur de thèse, le Dr Ronan Février. Ils ont été contactés par téléphone, et informés brièvement de la méthode du focus group, sans préciser le thème abordé.

Le groupe était constitué de 5 hommes et 4 femmes. 4 médecins exerçaient en ville et 5 en milieu rural ou semi-rural. A noter qu'un des participants a une activité largement psychiatrique ambulatoire bien qu'étant généraliste.

c) Déroulement de la séance

Le focus group a eu lieu le 8 Février 2005 dans la salle du conseil d'administration du centre hospitalier spécialisé (CHS) de la Roche sur Yon à 21h. Après l'accueil des participants, la méthode du focus group leur a été expliquée par le modérateur, le Dr Pierre Le Mauff, puis je leur ai présenté le thème général sans donner trop de détail pour ne pas influencer leurs réponses. La salle disposait de micros individuels, permettant un enregistrement de bonne qualité.

Le modérateur, le Dr Pierre Le Mauff, a posé les questions prévues par le guide d'entretien, faisant une synthèse à la fin de chaque tour de table. Les participants prenaient la parole à tour de rôle. A la fin de chaque tour de table, ils pouvaient faire des commentaires sur ce qui venait d'être dit.

Les observateurs, le Dr Ronan Février et moi-même, prenaient des notes sur les éléments non verbaux.

C. TRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN ET ANALYSE

1. TRANSCRIPTION

La transcription de l'entretien à partir de la cassette audio a été réalisée avec l'aimable participation des secrétaires du service de médecine somatique du Dr Ronan Février au CHS de La Roche sur Yon, par l'intermédiaire du logiciel Word*. Les éléments non verbaux ont été réintroduits par mes soins dans le texte. Les lignes ont été numérotées pour permettre un meilleur repérage lors du découpage.

Le texte intégral de l'entretien est présenté en annexe II, et constitue le verbatim de l'entretien.

2. ANALYSE

Ce travail est bien sûr empreint de subjectivité.

Il s'agit d'abord d'établir une liste de catégories d'analyse, qui correspondent aux questions auxquelles nous avons voulu répondre par ce travail. Cette liste est fondée sur la problématique de la recherche.

Ensuite, il faut procéder au découpage en unités minimales de signification.

L'étape suivante consiste à articuler la problématique et les données recueillies. Elle permet de faire apparaître des thèmes, en se libérant de la chronologie de l'entretien.

Enfin, il faut intégrer les données non verbales.

Les thèmes dégagés sont les suivants :

THEME 1 : caractéristiques de la population cible.

THEME 2 : perception de la prévalence du surpoids par les médecins généralistes dans cette population.

THEME 3 : plaintes des patients retenues par les médecins généralistes.

THEME 4 : les traitements psychotropes et le surpoids.

THEME 5 : prise en charge du surpoids par les médecins généralistes.

THEME 6 : pistes d'amélioration.

Le détail du regroupement des unités minimales de signification est présenté en annexe III.

3. INTRODUCTION DE L'ENSEMBLE DU MATERIEL

Il s'agit du matériel non utilisé et des notes de l'observation. Ils sont détaillés en annexe IV.

4. SYNTHESE

Elle n'appartient pas à la méthode, mais permet de faciliter la lecture et de dégager des idées fortes à partir du regroupement en unités minimales de signification. Elle constitue une analyse personnelle des messages contenus dans l'entretien.

a) Thème 1 : caractéristique de la population suivie

1) Prévalence des patients ayant une pathologie psychiatrique suivis par les médecins généralistes

Tout d'abord il existe une ambiguïté au niveau de la question posée. J'ai omis dans un premier temps de citer les antidépresseurs dans la liste des psychotropes concernés. Il y a donc un premier tour de table où les intervenants ne citent que les neuroleptiques, antipsychotiques et thymorégulateurs. Lors du deuxième tour de table, la question est la même avec inclusion des antidépresseurs.

La proportion de patients traités par psychotropes est variable, allant de 1 à 60%. La plupart des intervenants estiment leur population cible entre 1 et 20%, avec deux exceptions : un médecin qui intervient au CHS, et l'autre s'étant un peu « spécialisé » au fil de sa carrière, avec une proportion importante de patients de ville sous psychotropes.

Les patients psychotiques sous neuroleptiques et antipsychotiques semblent assez minoritaires, alors que les patients sous thymorégulateurs sont un peu plus nombreux. Lorsque l'on fait le deuxième tour en incluant les antidépresseurs, 4 personnes signalent que cela augmente nettement le volume de la population, et les autres ne modifient pas ou peu leurs chiffres. La difficulté est de savoir s'ils intégraient déjà les patients dépressifs dans leur population au premier tour ou si réellement ils suivent peu de ces patients.

Donc la situation est assez hétérogène, avec des exercices différents et donc un recrutement différent au niveau des patients. Les médecins présents sont amenés à suivre de façon variable mais notable, des patients sous traitement psychotropes.

Il ressort également de la discussion qu'ils éprouvent de la difficulté pour chiffrer une population de patients sans accès à leurs données de consultation.

2) Modalités de suivi

Concernant les modalités de suivi, on peut retenir la notion d'un suivi irrégulier, un peu anarchique. Cela peut être des consultations occasionnelles, ou au contraire répétées. D'une manière générale, on a le sentiment que les médecins ont du mal à organiser, à contrôler les consultations de ces patients, d'où un suivi plus difficile. D'après les intervenants, les psychiatres suivent plus régulièrement ces patients, et à plus long terme.

Il s'agit donc d'un suivi difficile.

b) Thème 2 : perception du surpoids par les médecins généralistes : prévalence, causes et morbidité

1) Prévalence du surpoids chez les patients sous psychotropes

La majorité des intervenants estiment à plus de 50% la surcharge pondérale dans la population de patients psychotiques. Ils parlent d'un patient sur deux, une personne exprime même le fait qu'ils sont quasiment tous en surpoids ou obèses. Il

ressort également la notion que c'est un " réel problème ", et que la perte de poids semble difficile à obtenir.

Deux médecins pensent que ce n'est pas un problème. Il s'agit des deux médecins qui ont une pratique largement orientée vers la psychiatrie. L'un des deux estime que seuls quelques patients sont concernés. L'autre fait une différence entre la population ambulatoire et la population hospitalisée, notant que la proportion de patients en surpoids en ville est faible, et qu'elle est très importante en institution.

Dans le cadre de la dépression, les positions sont moins tranchées, et la survenue de la prise de poids semble dépendante des molécules utilisées.

Il y a par contre peu de détails concernant la dysthymie.

Donc, l'opinion est celle d'une prévalence plus importante de la surcharge pondérale dans le cadre de la psychose, que dans la dépression. Pour 7 médecins sur les 9, le surpoids et l'obésité constituent un problème fréquent et important.

2) Causes du surpoids

Le problème de la cause du surpoids est bien souligné, avec un questionnement autour de l'origine iatrogène ou psychogène de la prise de poids.

Les facteurs liés à la maladie psychiatrique elle-même sont mis en évidence, avec le rôle de l'alimentation comme source de bien-être et de plaisir. L'origine psychogène de la prise de poids est mise en avant, sans détails sur les mécanismes en cause.

Concernant l'implication des traitements dans la prise de poids, les avis sont assez homogènes, dans le sens où tous disent qu'il est très difficile d'incriminer uniquement les traitements. Les participants semblent presque sceptiques quant à la responsabilité des molécules.

3) Morbidité

La morbidité de la surcharge pondérale a fait l'objet de quelques échanges, assez peu nombreux, de la part des participants. On note quelques remarques concernant le facteur cardio-vasculaire et métabolique que constitue le surpoids.

4) Ressenti des médecins généralistes concernant le thème n°1

D'une façon générale, les médecins présents semblent préoccupés par la question du surpoids chez les patients souffrant de troubles mentaux, de par la gêne et l'inconfort occasionnés pour les patients, et également de par les conséquences sur leur santé physique.

Ils emploient également beaucoup le mot "gêne", exprimant peut-être qu'ils sont mal à l'aise face à ce problème, et qu'ils se trouvent un peu démunis pour y apporter des solutions. Un médecin parle même de fatalisme, et pense qu'on ne peut pas beaucoup changer la situation.

Ils se sentent en outre impuissants concernant la gestion des traitements psychotropes, qui sont en général initiés et ensuite gérés par les psychiatres. Cela participe à la difficulté qu'ils éprouvent pour prendre en charge ce problème.

Quatre d'entre eux signalent cependant qu'il s'agit peut-être quand même d'un problème secondaire dans la prise en charge de ces patients, qui passe après le

" contrôle " des symptômes psychiatriques. Ils pensent que cet effet secondaire est minime comparé aux bénéfices apportés par les traitements sur la qualité de vie des patients.

On retrouve aussi la notion d'inquiétude. Un seul intervenant la cite à propos des conséquences du surpoids. Un autre parle de sa crainte que les patients arrêtent leurs traitements à cause de la prise de poids, donc est plutôt inquiet des effets de la prise de poids sur l'observance. Et le troisième s'inquiète quand les patients perdent du poids, surtout les patients dépressifs, craignant une décompensation.

Les participants sont donc gênés, démunis. La priorité semble donnée aux troubles psychiatriques dans la prise en charge, avec un rapport bénéfice-risque en faveur de la poursuite des traitements, sauf concernant l'observance et la compliance.

c) Thème 3 : plaintes des patients retenues par les médecins généralistes

La plainte semble différente selon la pathologie des patients. Les intervenants distinguent deux types de patients, les patients « psychotiques » et les patients « dépressifs ». D'autre part, les avis sont également partagés entre les médecins.

Dans la pathologie « psychotique », les avis sont divergents. Deux médecins notent que leurs patients sont très préoccupés par ce problème de surpoids et s'en plaignent régulièrement. A l'inverse, quatre médecins témoignent que leurs patients ne s'en plaignent que peu. Ils estiment que les patients ne sont pas accessibles à ce genre de problème, dans la prévention, à long terme. On entrevoit là qu'ils expriment une difficulté à faire participer les patients à la prise en charge, car ils pensent qu'ils ne sont pas conscients de la situation, et que même s'ils l'étaient, ils ne seraient pas capables de prendre les mesures adaptées.

Dans la pathologie dépressive, les avis sont aussi très différents. Les plaintes sont moins marquées, ou au contraire plus fréquentes, selon les intervenants.

1) Mode d'expression de la plainte

Les patients semblent exprimer une transformation corporelle, un mal-être qui s'ajoute à leur mal-être psychologique. Ils parlent aussi d'une atteinte de l'image d'eux-mêmes, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Ils vivent parfois ce problème comme une fatalité.

On retrouve aussi des symptômes physiques qui accompagnent la prise de poids, comme l'essoufflement, les douleurs articulaires

2) Contexte de la plainte

Le problème de poids n'est pas pour les médecins interrogés réellement un motif de consultation mais s'exprime à l'occasion d'une consultation. Ils ne considèrent pas que les patients viennent les voir pour avoir une réponse, ou une prise en charge sur ce plan-là.

Certains intervenants témoignent que les patients se plaignent de leur poids quand leur maladie psychiatrique n'est pas équilibrée, et leur traitement insuffisant. Cette position semble d'ailleurs controversée.

3) Compliance au traitement

On note deux versants différents. La prise de poids peut être un motif d'arrêt du traitement, concernant d'ailleurs plus les traitements antipsychotiques. Pour les antidépresseurs, il s'agirait plus d'un frein à la mise en route du traitement, un motif d'hésitation de la part du patient. Pour certains, il s'agirait même plutôt d'un prétexte pour ne pas commencer le traitement que d'une vraie crainte.

d) Thème 4 : traitements et prise de poids

Tout d'abord, on retrouve quelques précisions sur les caractéristiques des psychotropes, c'est-à-dire leur classification :

- Les neuroleptiques, avec une distinction entre les molécules ancienne génération et les plus récents, et entre les molécules retard et les autres.
- Les antipsychotiques récents
- Les thymorégulateurs
- Les antidépresseurs

On retrouve bien la notion qu'ils ont un effet différent sur le poids, qu'ils sont utilisés dans des conditions et pour des durées variables, pour des patients ayant des profils très variés, ce qui souligne bien la difficulté de comparer leur effet sur le poids des patients.

1) Les effets sur le poids

Concernant les neuroleptiques et antipsychotiques, les avis sont assez unanimes, avec quelques nuances. Les neuroleptiques ancienne génération et retard font prendre du poids de manière importante. Entre 50 et 100 % des patients seraient en surpoids ou obèses dans cette population. Les antipsychotiques plus récents feraient prendre moins de poids pour certains.

Ce sont des traitements au long cours, sur plusieurs années souvent, dont les médecins interrogés n'ont pas la maîtrise. Ils témoignent également d'une certaine inquiétude quant à la manipulation de ces traitements. Ils ont peur de déstabiliser les patients, et cette crainte semble gêner leur liberté par rapport à la prise en charge du surpoids.

Les thymorégulateurs semblent aussi avoir un effet variable sur le poids. Le valproate de sodium ferait prendre du poids, contrairement aux autres molécules.

Il y a en fait assez peu de commentaires sur ce type de traitements.

De l'avis de la plupart des intervenants, les antidépresseurs ne font globalement pas prendre de poids, ou en tout cas pas de façon significative. Il y a une prise de poids notée sous miansérine et paroxétine.

Il y a également une durée de traitement généralement plus courte. Les médecins semblent se sentir plus libre d'intervenir sur ces molécules, qu'ils ont parfois mis en route eux-mêmes, et qu'ils se risquent plus volontiers à modifier.

2) La notion de bénéfice-risque des traitements

Les participants soulignent à plusieurs reprises le fait que cet effet secondaire est tout de même à mettre en balance avec l'efficacité importante des molécules

utilisées, qui permet un équilibre et une qualité de vie satisfaisante à ces patients. Le risque de rechute de la maladie psychiatrique en cas d'arrêt du traitement est également noté, justifiant sa poursuite malgré les effets secondaires. Enfin, le comportement potentiellement dangereux des patients en l'absence de traitement nécessite un contrôle chimique.

e) Thème 5 : la prise en charge

- Pour ce qui est des possibilités d'adaptation du traitement, les avis sont divergents.

Concernant les antipsychotiques, certains prônent une augmentation des doses de médicaments, opinion qui est d'ailleurs controversée. D'autres au contraire recherchent la dose minimale efficace. La majorité enfin préfère ne pas modifier la thérapeutique, ni remettre en cause son bien fondé.

Ils semblent plus à l'aise avec les traitements antidépresseurs, et changent alors volontiers de molécules si besoin. Parmi les méthodes citées, on retrouve la prévention, c'est-à-dire le choix de certaines molécules en fonction du risque de prise de poids du patient. Cela démontre qu'ils connaissent mieux ces traitements, et qu'ils jugent qu'ils ont une efficacité comparable, qui permet de changer de produit sans problème si un effet secondaire est mal toléré.

D'autre part, est soulignée la nécessité d'un bon équilibre de la pathologie psychiatrique pour permettre une prise en charge efficace, qui nécessite une coopération du patient.

Les relations avec les psychiatres leur semblent importantes, passant par un dialogue autour des traitements et par une confiance du patient en son psychiatre.

- Concernant la prise en charge non médicamenteuse du surpoids, les intervenants proposent différentes solutions de prise en charge, assez variées.

L'attitude la plus souvent citée est le dialogue, l'échange autour de ce problème. Cette démarche semble plus avoir pour but de convaincre, de passer un cap, que de trouver une solution. Les réponses sont trop floues pour qu'on puisse savoir si les participants cherchent à persuader leurs patients de poursuivre leur traitements malgré tout ou s'ils essaient de les convaincre de se prendre en charge sur le plan nutritionnel. Pour l'un d'entre eux, le travail autour de la prise de poids s'intègre même dans la psychothérapie.

L'art-thérapie est citée également comme bénéfique pour le patient en général, pouvant favoriser quelquefois une perte de poids.

Certains témoignent aussi qu'ils se servent de leur expérience personnelle pour échanger et aider les patients à trouver leurs propres solutions.

Ils mettent également en avant l'importance de la participation des patients dans leur prise en charge. On sent d'ailleurs qu'il s'agit peut-être de la partie la plus difficile à mettre en place dans la prise en charge, surtout dans la pathologie psychotique. Il semble y avoir une différence entre les patients psychotiques et dépressifs. Les médecins pensent que les patients psychotiques n'ont pas la volonté, ou la capacité de mettre en œuvre les mesures nécessaires à la perte de poids. Un

seul participant parle d'aider les patients à réfléchir à leurs propres solutions. Concernant les patients dépressifs, la discussion semble plus facile, et plus suivie de comportements adaptés.

Enfin on retrouve aussi le fait de décentrer le problème, c'est-à-dire de le faire passer au second plan, avec de façon sous-jacente la peur qu'ils arrêtent leur traitement si cette question de la surcharge pondérale devenait trop importante.

- Enfin, la prise en charge des conséquences somatiques du surpoids est relativement timide. Les participants proposent de prendre en charge les facteurs de risque associés à la prise de poids, la morbidité du surpoids et de l'obésité.

Ils tentent de mettre en place une prise en charge diététique, adaptée au patient, avec éventuellement une consultation chez une diététicienne. Ils conseillent aussi une activité physique régulière.

Les médicaments favorisant la perte de poids sont cités par un médecin, mais pour signaler qu'il ne les utilise pas.

On voit donc qu'ils mettent en avant la notion d'adaptabilité nécessaire dans cette prise en charge, qui doit prendre en compte le patient, le type de traitement, sa durée, et la relation qui existe entre le médecin et son patient. Ils estiment qu'il n'y a pas de règles, pas de recette miracle, témoignant à la fois d'un certain pessimisme vis à vis de l'efficacité de la prise en charge, et de l'absence d'attitude consensuelle, de recommandations à suivre. Chacun essaie de « faire pour le mieux ».

Globalement ils semblent assez pessimistes vis-à-vis de la réussite de cette prise en charge, un peu résignés, mais concernés.

f) Thème 6 : les pistes d'amélioration

Les propositions vont de l'amour, qui peut transformer quelqu'un, aux progrès des thérapeutiques, avec des molécules aussi performantes sans effets secondaires. Les relations entre psychiatres et médecins généralistes semblent bien se passer. Et ils reviennent sur le rôle du dialogue.

Ces propositions sont globalement un peu timides. Les médecins présents ne mettent pas en évidence de gros dysfonctionnements dans la prise en charge. Ceci témoigne peut-être également un peu de la difficulté de la prise en charge et du fatalisme des intervenants par rapport à ce problème.

VIII. DISCUSSION

A. LA METHODE

1. INTERET DU FOCUS GROUP

L'intérêt principal est de stimuler l'apparition de différents points de vue par la dynamique de groupe. Les participants donnent leur opinion et leur expérience personnelle à propos d'un thème donné, et peuvent réagir aux propos des autres⁵². On peut donc mettre en évidence les différentes positions autour d'un sujet, donner aux participants la possibilité d'expliquer, de préciser leur point de vue, et déterminer les divergences et le degré de consensus sur un sujet donné.

D'autre part, l'entretien collectif facilite le recueil de la parole individuelle en diminuant les inhibitions individuelles par un effet d'entraînement. Il permet l'expression de personnes qui n'auraient pas osé s'exprimer si elles avaient été seules.

Le collectif peut aussi donner plus de poids aux critiques, entraîner des solidarités, faciliter le débat.

Pour notre sujet, le focus group était une méthode intéressante, la problématique étant de l'ordre de l'expérience professionnelle des médecins interrogés. Le but n'était pas d'obtenir des statistiques, mais de se faire une idée de la pratique des médecins de ville et de leurs difficultés.

2. LIMITES

L'interaction de groupe peut également avoir des aspects négatifs. Certains participants peuvent avoir des réticences à s'exprimer personnellement, des blocages dus à l'apparition de relations dominant-dominé, de conflit entre participants.⁵²

Les groupes constitués ne sont pas représentatifs de la population source, ni choisis de façon randomisée. Ceci entraîne l'impossibilité de généraliser les conclusions. Pour contourner ce problème, il faudrait organiser plusieurs focus group autour du même thème, jusqu'à obtenir des redondances dans l'information obtenue.

Il faut noter également que cette méthode s'appuie sur les témoignages des participants et non sur l'observation, ce qui ne reflète pas forcément exactement leur pratiques.

Pour notre focus group, la difficulté était aussi pour les participants de pouvoir estimer la proportion de leurs patients qui étaient sous psychotropes et de ceux qui étaient en surpoids, sans avoir accès à leurs dossiers. Cependant, le but n'était pas d'obtenir des chiffres précis mais plutôt leur impression générale.

3. VALIDITE

Les critères de validation des résultats en recherche qualitative sont constitués par trois points essentiels.

La validité interne des données est à prouver à l'intérieur même du groupe, qui doit reconnaître comme pertinentes les conclusions de la recherche. Ce point a été en partie réalisé lors de la séance d'entretien collectif, pendant laquelle à chaque fin de tour de table, le modérateur faisait une conclusion, qui était soumise au groupe pour obtenir soit ses modifications soit son approbation.

La validité externe des résultats est ce qu'on appelle aussi la transférabilité. On teste la pertinence de leur application pour interpréter des situations comparables dans des milieux différents. Ce point n'a pas été réalisé dans notre recherche.

Enfin, la triangulation vise à mettre en regard des données qui sont soit obtenues par différentes techniques, soit collectées par différents chercheurs, soit recueillies auprès de groupes différents, de manière à assurer leur fiabilité, leur cohérence et leur consistance. Ceci a été en partie réalisé par la relecture de mon travail par mon directeur de thèse et le modérateur du focus group. Il serait intéressant de réaliser également des focus group faisant intervenir des patients pour avoir leur opinion, ainsi que des psychiatres. Ceci permettrait d'étayer le travail et de rendre plus fiables les conclusions.

Ce travail n'est donc pas totalement scientifiquement exploitable. Nous avons cherché à faire un état des lieux, pour éventuellement ouvrir la voie à de futurs travaux sur le sujet.

B. LES RESULTATS : LES MEDECINS GENERALISTES ET LA SURCHARGE PONDERALE EN SANTE MENTALE

La discussion va reprendre les grands thèmes sur lesquels nous avons choisi d'interroger les participants au focus group. Le but est de mettre en relation les données de l'entretien et les données théoriques, et d'aboutir à des propositions concernant la prise en charge.

Cette mise en relation montre que les médecins interrogés sont bien conscients du problème de surpoids et d'obésité, avec quelques nuances, mais qu'ils sont démunis quant aux solutions à proposer. On tentera alors de faire des propositions pour améliorer cette prise en charge.

1. PERCEPTION DE LA SURCHARGE PONDERALE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

a) Prévalence

Les chiffres cités par les médecins présents reflètent assez bien les degrés d'implication variables des différents médicaments.

Dans la population de patients psychotiques, la majorité des médecins estiment à plus de 50% la prévalence du surpoids. Ils pensent que c'est un réel

problème. Les données des études montrent un taux d'obésité plus élevé chez les patients schizophrènes, les chiffres étant variables mais pouvant aller jusqu'à un facteur 3 à 4.^{2,24,53} Par contre, ils incriminent plus les neuroleptiques classiques que les nouveaux antipsychotiques, reflétant une méconnaissance des nouveaux traitements qui induisent en fait, pour certains, plus de prise de poids que les anciens.

Pour ce qui est des troubles de l'humeur, les intervenants ont assez peu de connaissances épidémiologiques. Les études montrent une proportion de plus de 50% de surpoids²⁵, patients qui sont traités en général par thymorégulateurs et aussi antipsychotiques. Donc il y a une relative méconnaissance des effets des thymorégulateurs sur le poids par les médecins interrogés.

Dans la population de patients sous antidépresseurs, les chiffres cités lors du focus group sont moins élevés, les prises de poids sont moins marquées d'après les intervenants. Certaines molécules font même perdre du poids. Les données épidémiologiques confirment ces impressions, avec des prises de poids variables, mais très souvent limitées à moins de 7 kg, quelquefois allant jusqu'à 20 kg. Un certain nombre de molécules ont un effet neutre sur le poids, et d'autres font perdre du poids.

Donc, les médecins interrogés ont une appréciation globale de ce sujet en cohérence avec les données épidémiologiques. On note par contre une méconnaissance probable concernant l'implication des thymorégulateurs et la prévalence de la surcharge pondérale dans les troubles de l'humeur, ainsi que les effets des antipsychotiques plus récents sur le surpoids.

b) Doléances des patients

Concernant les doléances des patients, les positions ne sont pas unanimes. Les patients psychotiques se plaignent peu du problème d'après 4 des 9 médecins présents, et beaucoup d'après 2 autres médecins. Les avis sont tout aussi divergents par rapport aux patients dépressifs, les plaintes étant plus ou moins marquées selon les intervenants.

Les études montrent que la prise de poids est un effet secondaire mal toléré par les patients sous antipsychotiques.²⁶ Elle a par ailleurs un effet sur la compliance au traitement, peut entraîner l'arrêt de celui-ci², comme l'ont bien souligné les participants au focus group. Elle est enfin un facteur de retrait social, de mal-être physique et psychique, avec tout son cortège de symptômes associés, qui altèrent la qualité de vie des patients.

Les divergences de position des participants sur cette question laisse entendre que certains reçoivent peu de doléances, ou que leurs patients leur en expriment peu.

2. LA PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE

a) Moyens employés

La prévention est citée brièvement par une personne, en rapport avec le choix des molécules dans les traitements antidépresseurs.

La surveillance du poids est reprise par les participants, qui l'intègrent bien dans leur consultation. Cependant, ils ne citent pas le suivi biologique.

Le contrôle des facteurs de risque est également évoqué par 2 personnes.

La prise en charge diététique est plus développée, sous la forme de conseils, de recherche des erreurs, d'orientation vers un suivi spécifique par une diététicienne. Ils ne semblent pas y avoir de suivi rapproché ensuite, probablement en partie à cause de la difficulté du suivi de ces patients.

L'activité physique est recommandée à plusieurs reprises.

Concernant les traitements psychotropes, les avis sont divergents. Certains proposent des augmentations de doses, alors que d'autres recherchent la dose minimale efficace. Globalement, ils ne modifient pas les traitements quand il s'agit des neuroleptiques, antipsychotiques ou thymorégulateurs. Ils sont par contre plus à l'aise vis à vis des antidépresseurs.

Ils insistent beaucoup sur le dialogue, qui semble avoir pour but surtout de persuader les patients de poursuivre leur traitement.

Enfin, un médecin cite la psychothérapie dans sa prise en charge. Les autres mettent plus en œuvre une psychothérapie intuitive. Ils ne semblent pas appliquer de méthode structurée, de technique psychothérapeutique.

b) Difficultés rencontrées

Conscients du facteur de risque que le surpoids constitue, les médecins interrogés sont généralement gênés ou en difficulté pour prendre en compte ce problème chez leurs patients pour plusieurs raisons :

- Le suivi des patients souffrant de pathologies psychiatriques est difficile. L'adhésion des patients aux soins semble ne pas être suffisante d'après eux pour permettre un bon résultat du suivi, avec des consultations irrégulières, et une compliance médiocre.

- Les mesures diététiques ne semblent pas être très efficaces dans l'esprit des participants. Ils les citent en indiquant que ce sont des choses qu'ils essaient de mettre en place, sans vraiment de conviction.

- Ils mettent aussi en avant le risque de défaut de compliance au traitement si le lien est fait entre les traitements et la prise de poids.

- La prévention est citée brièvement par une personne, par rapport aux traitements antidépresseurs surtout. Les généralistes présents manipulent plus facilement ces molécules que les antipsychotiques ou thymorégulateurs, qui sont en général initiés par les psychiatres et qu'ils ne modifient pas.

La priorité est donnée aux troubles psychiatriques, avec un rapport bénéfice-risque positif des psychotropes.

Donc, les médecins interrogés paraissent assez fatalistes par rapport à ce problème de surcharge pondérale. Ils sont relativement pessimistes quant à l'efficacité d'une prise en charge. Ils n'ont pas de références, de mode de prise en charge auxquels se rapporter. Chacun fait selon son expérience.

3. DONNEES DES ETUDES ET RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE

Même si elles ne sont pas efficaces pour tous les patients, il existe des stratégies qui ont montré des résultats encourageants.

La prise en charge doit bien entendu être globale, et pluridisciplinaire. Elle reprend des éléments du traitement de l'obésité dans la population générale, associés à des mesures spécifiques aux patients souffrant de troubles mentaux.

L'association régime hypocalorique, activité physique et thérapies comportementales est recommandée dans les « guidelines » du National Health Institute (niveau de preuve A).²⁰

a) Prévention

L'information des patients avant le début du traitement permet une surveillance et la mise en place de mesures hygiéno-diététiques, qui permettent de limiter voire d'empêcher les prises de poids.^{24,26,54} Celles-ci ont le plus souvent lieu en tout début de traitement, et justifient donc une prévention et une prise en charge très précoce.^{33,54} Il faut informer les patients avant le début du traitement^{2,26} qu'ils pourront avoir une attirance pour les aliments sucrés et hypercaloriques, qui sont souvent plus facilement accessibles que les produits frais (yaourts, fruits...), et les mettre en garde contre ces comportements.²⁶

Il faut bien souligner que le retour à un poids normal et son maintien sont très difficiles à obtenir une fois que l'obésité s'est installée.³⁷ Il est donc primordial que l'intervention soit la plus précoce possible.

Il faut également rechercher les facteurs de risque de prise de poids. Ces patients à risque avant traitement seront à surveiller encore plus rigoureusement que les autres.

Ces facteurs de risque sont essentiellement cardio-vasculaires et liés aux complications du surpoids^{24,26} :

- facteurs de risque cardio-vasculaires : maladie coronarienne patente, antécédent familial de pathologie coronarienne précoce, autres pathologies liées à l'athérosclérose, tabagisme, hypertension, taux de LDL-cholestérol élevé, taux de HDL-cholestérol bas, glycémie à jeun supérieure à 1.10 g/l
- diabète de type II,
- syndrome d'apnée du sommeil,
- anomalies gynécologiques y compris une incontinence liée au stress,
- lithiase biliaire,
- pathologie ostéo-articulaire,

- obésité familiale,

Le choix de la molécule en fonction de sa propension à induire un surpoids, en prenant en compte les facteurs de risque du patient, est important dans cette démarche de prévention.³⁷

b) Traitement de l'obésité

Une prise en charge médicale s'impose lorsque l'IMC est supérieur à 30, ou lorsqu'il est supérieur à 25 avec 2 facteurs de risque ou plus (cités dans le paragraphe précédent).²⁴

1) Surveillance clinique et biologique

La première étape consiste à noter le poids de départ, puis à le surveiller tout au long du traitement.^{2,26} Il faut également monitorer les paramètres biologiques (glycémie, hémoglobine glyquée, bilan lipidique).²

La surveillance doit comporter une évaluation des paramètres cliniques et biologiques en début de traitement puis à 1, 3, 6 et 12 mois.⁴ On notera la taille, le poids, l'IMC, le tour de taille, la tension artérielle et la fréquence cardiaque. Sur le plan biologique, le bilan de départ sera plus complet, avec numération globulaire, bilan hépatique, bilan lipidique, glycémie, ionogramme, créatine phosphokinase, bilan thyroïdien et prolactine. Les contrôles comprendront bilan lipidique et glycémie à 1, 3, 6 et 12 mois, bilan hépatique à 1 et 6 mois, et prolactine à 6 mois.

2) Diététique et comportement alimentaire

Le conseil diététique et les modifications comportementales sont la base de tout programme d'amaigrissement.³ Il s'agit de favoriser une bonne hygiène alimentaire,^{2,26} limiter les aliments à haute teneur énergétique ainsi que les boissons hypercaloriques², contrôler les prises alimentaires erratiques entre les repas. Les régimes à basse teneur en graisses n'ont pas montré de supériorité sur les régimes à basse teneur calorique globale.⁵⁵ De même, il n'est pas démontré que l'augmentation de l'apport en fibres soit bénéfique.⁵⁵ Il semblerait que la restriction calorique seule n'induisse pas de perte de poids, d'après une étude concernant la risperidone.⁵⁶

Une consultation diététique avec régime personnalisé est conseillée.²⁶ Le fait de suivre un régime impose un stress psychique et physique, qui peut être important, et qu'il faut prendre en compte car il peut être néfaste au patient.²⁴

Selon les recommandations du NIH, un régime avec réduction des apports caloriques et de graisses doit être mis en place (niveau de preuve catégorie A).²⁰

On réalise une enquête alimentaire pour mettre en évidence²⁶ :

- les prises alimentaires extra-prandiales et leur nature
- une hyperphagie (exagération de la faim, absence de sensation de satiété, hyperréactivité aux stimuli alimentaires)
- d'éventuels troubles alimentaires tels que compulsions alimentaires, accès boulimiques, repas nocturnes ou surnuméraires.

La mise en place d'un planning individuel des repas et des activités physiques peut être intéressante pour guider et encadrer les patients.²⁴

3) Exercice physique

L'exercice physique^{2,26} régulier est conseillé. L'activité physique contribue modestement à la perte de poids (niveau de preuve catégorie A), diminue la graisse abdominale (niveau de preuve catégorie B), améliore la fonction cardio-respiratoire (niveau de preuve catégorie A), contribue à maintenir la perte de poids (niveau de preuve catégorie C).²⁰ Au début, on met en place une activité physique d'intensité modérée, 30 à 45 min, 3 à 5 jours par semaine. La deuxième étape consiste à faire 30 min ou plus d'activité d'intensité modérée, tous les jours (niveau de preuve catégorie B).²⁰

Il est important de noter que l'exercice physique réduit l'adiposité viscérale, qui est à l'origine du risque cardio-vasculaire, même si il n'induit pas forcément de perte de poids global.⁵⁵ Il améliore également l'action de l'insuline, diminue la glycémie, et l'hyperlipidémie.⁵⁴

L'exercice physique est aussi utile pour renforcer l'estime de soi.³⁷

4) Thérapies

Les thérapies comportementales sont utiles en association avec une prise en charge complète du surpoids (niveau de preuve catégorie B).²⁰ Il s'agit de programmes visant à modifier les comportements alimentaires des patients, de façon individuelle ou en séance collective.² Ils visent à fournir des informations, des conseils diététiques précis, à encourager l'activité physique, le tout accompagné de stratégies cognitives, afin d'obtenir une modification en profondeur des schémas alimentaires des patients.⁵⁵

Plusieurs stratégies sont possibles, le plus souvent en association, selon la pathologie et la personnalité du patient. La seule stratégie ayant montré une efficacité est celle du « stimulus control », qui consiste à identifier les facteurs ou situations qui entraînent une hyperphagie, de façon à pouvoir les éviter ou les modifier.^{54,55} Les autres sont à tester dans de futures études. Il s'agit du « self-monitoring », où le patient note son poids, ce qu'il mange, son activité physique, et ses observations ou émotions lors de ces activités.⁵⁴ On peut utiliser également la restructuration cognitive, qui cherche à mettre en évidence les perceptions du patient qui peuvent freiner la démarche de perte de poids, comme par exemple une image corporelle distordue, ou des attentes irréalistes de la perte de poids, et à les replacer dans le domaine de la réalité.⁵⁴ On peut également impliquer la famille dans la prise en charge, ou utiliser les groupes de parole.⁵⁴ Les techniques de gestion du stress sont aussi un recours intéressant.⁵⁴ Enfin, on peut utiliser le renforcement positif, en attribuant une récompense au patient pour chaque objectif atteint.⁵⁴

5) Thérapeutiques

Il y a deux versants à la prise en charge médicamenteuse de la prise de poids. D'une part, on peut réaliser une adaptation des traitements psychotropes, et d'autre part, on peut utiliser des traitements qui induisent une perte de poids.

(a) Une adaptation du traitement antipsychotique est possible

L'ajustement des doses est une méthode controversée et ne peut être recommandée.² En effet, la corrélation entre le dosage du médicament et la prise de

poids n'a été démontrée que pour certains anti-psychotiques, et ne semble pas exister pour les antidépresseurs ni pour les thymorégulateurs.²⁴

Cependant, lorsqu'une prise de poids importante survient, il est licite de préconiser un changement de médicament.^{2,24} Toutefois, il faut bien sûr prendre en compte l'efficacité des différentes molécules, ainsi que leur tolérance. De plus, une étude⁵⁷ en 2000 a montré que le régime alimentaire des patients était un meilleur facteur prédictif de la prise de poids que la molécule choisie. Il semblerait donc qu'il soit plus important d'accompagner les patients avec un encadrement diététique que de sélectionner le médicament.

L'adjonction de molécules a été également étudiée. La co-administration de fluoxétine et d'olanzapine n'a pas montré d'efficacité sur la prévention de la prise de poids, et de plus elle diminue l'efficacité de l'olanzapine sur les symptômes psychotiques.²⁹ Par contre, l'adjonction de reboxétine à un traitement par olanzapine a permis une prise de poids moins importante que sous olanzapine seule, avec une efficacité et une tolérance comparable dans les 2 groupes.⁴⁰ La fenfluramine (agent sérotoninergique) a été retirée du marché, car elle a été incriminée dans la survenue d'hypertension artérielle pulmonaire. Elle a montré des propriétés anti-obésité, avec une perte de poids variable selon les individus.⁴⁸ Elle a également été administrée à des patients schizophrènes obèses, chez qui une réduction pondérale a été observée.³⁴ Cela peut amener à penser que l'association d'un antipsychotique atypique avec un inhibiteur de la recapture de la sérotonine pourrait éviter les prises de poids sévères.³⁴ Toutefois, il n'y a pas de données disponibles sur ce sujet. D'un point de vue théorique, cette association entraînerait une diminution d'efficacité des antipsychotiques.

(b) Médicaments de la perte de poids

Concernant les médicaments de la perte de poids, ils doivent faire partie d'une prise en charge globale. Ils peuvent être utilisés en cas d'IMC > 30 sans autres pathologies ou facteurs de risque liés à l'obésité, ou en cas d'IMC > 27 avec une pathologie ou facteur de risque liés à l'obésité.¹⁶ Ils ne doivent pas être utilisés sans modification du mode de vie. Si le médicament est efficace pour induire ou maintenir une perte de poids, et s'il n'a pas d'effet secondaire sérieux, il peut être poursuivi. Sinon, il doit être arrêté (niveau de preuve catégorie B).²⁰

Les deux seules molécules ayant une indication légale dans l'obésité sont l'orlistat (Xenical*) et la sibutramine (Sibutral*). Ce sont deux spécialités non remboursées.

A noter que le rimonabant (Acomplia) a une autorisation de mise sur le marché dans l'obésité, mais est contre-indiqué en cas de pathologie psychiatrique grave et non contrôlée, du fait de l'augmentation potentielle des comportements suicidaires et dépression, et d'effets secondaires à type d'anxiété.⁵⁸ D'autre part, les interactions avec les antidépresseurs ne sont pas bien connues.⁵⁸ Il paraît donc difficilement utilisable chez les patients suivis en psychiatrie.

L'orlistat est une molécule d'action périphérique, qui inhibe la lipase et donc réduit l'absorption intestinale des graisses.²⁴ Des études ont montré une efficacité sur la perte de poids à la dose de 120 mg 3 fois par jour.⁵⁹ Le traitement ne doit être débuté que si le régime a permis une perte de poids de 2.5 kg en 4 semaines.⁶⁰ Il

doit être interrompu au bout de 12 semaines si le patient n'a pas pu perdre au moins 5% de son poids.⁶⁰ Il doit être associé à un régime pauvre en graisse sous peine d'effets secondaires gênant, comme le météorisme abdominal et l'incontinence fécale.⁶⁰

La sibutramine est également commercialisée en France. Sa prescription est réservée aux spécialistes et/ou établissements spécialisés, et limitée à un an. Il s'agit d'un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Elle diminue l'appétit, augmente la satiété et augmente les dépenses énergétiques.^{24,60} Elle pourrait donc avoir une double action sur la dépression et sur l'obésité, mais son action anti-dépressive est à priori faible.²⁵ Elle permet de perdre 10 à 15 % du poids.⁵⁹ Elle peut exercer son action sans forcément être associée à un régime hypocalorique.⁶⁰ Si le patient n'a pas perdu au moins 2 kg en 4 semaines, le traitement doit être interrompu.⁵⁹

Cependant, il existe des effets secondaires à type d'élévation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque, constipation, sécheresse buccale, insomnie, irritabilité.⁵⁹ De plus, elle interagit avec les autres médicaments psychotropes, et leur association n'est donc pas toujours possible.⁴ En particulier, elle peut entraîner un syndrome sérotoninergique en cas d'association avec un antidépresseur sérotoninergique ou inhibiteur de la monoamine oxydase.²⁴ On peut également observer une élévation des concentrations de clozapine en cas d'utilisation concomitante.²⁴ Enfin elle pose le problème d'un risque de virage maniaque ou d'accélération des cycles chez certains patients.²⁵

Dans les troubles bipolaires, de nombreuses molécules ont été étudiées pour traiter les troubles alimentaires associés : fluvoxamine, sertraline, fluoxétine, citalopram et topiramate.²⁵ De plus, la venlafaxine, la sibutramine et le topiramate ont montré une efficacité dans le traitement de l'obésité associée aux troubles alimentaires.²⁵

Ces médicaments sont de prescription plutôt spécialisée. Il y a assez peu d'études concernant leur efficacité chez les patients ayant des pathologies psychiatriques, ce qui ne permet pas de les recommander de façon sûre. Aucun de ces traitements ne constitue un choix sûr et efficace, ni ne dispense d'une prise en charge nutritionnelle et comportementale.^{54,60}

Certaines molécules sont à l'étude :

- le topiramate qui serait à l'origine d'une thermogenèse et d'une élévation de la dépense énergétique.³ Il a montré un effet sur la réduction pondérale en association avec le valproate et la clozapine.²⁴ Il induit également une perte de poids chez les patients bipolaires obèses ou en surpoids.²⁵ Le problème des troubles cognitifs et de la sédation en limite l'utilisation.⁶⁰

- les antagonistes de l'histamine : la nizatidine (Nizaxid*) a montré une atténuation de la prise de poids induite par les antipsychotiques.^{3,24,26} La cimétidine (Stomedine*, Tagamet*) est également liée à une réduction pondérale.^{24,60} Les mécanismes précis ne sont pas encore bien connus, mais pourraient impliquer une diminution de la production d'acide gastrique, qui entraînerait une sensation de satiété plus précoce.²⁴ Les effets à long terme restent à étudier.⁶⁰

- des molécules comme la bromocriptine (Parlodel*, Bromo-Kin*) et l'amantadine (Mantadix*) ont été essayées avec succès, en raison de leur action antiprolactine, avec des effets positifs sur la perte de poids²⁵, mais ces produits sont responsables de la survenue de manifestations psychotiques.^{26,33,60} De plus, les études réalisées ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer une efficacité sur la perte de poids.⁶⁰

- l'utilisation de la metformine (Glucophage*, Stagid*) pourrait être envisagée, en raison de son action hypoglycémiante^{24,26} et hypolipémiante⁶⁰, mais les premières études n'ont pas encore donné de résultats clairs. Son potentiel concernant la perte de poids semble faible, et dépend de son association avec un régime hypocalorique.⁶⁰

- des données expérimentales suggèrent que l'œstradiol ou le tamoxifène (Nolvadex*), en augmentant l'activité œstrogénique, seraient en mesure de prévenir l'obésité induite par certains antipsychotiques chez les femmes. Cependant, on ne dispose pour l'instant pas d'études dans la population psychiatrique.^{26,33} De plus, les effets secondaires sont sérieux avec en particuliers des risques accrus de cancer de l'endomètre.⁶⁰

6) Chirurgie

Elle consiste essentiellement en une gastroplastie ou un by-pass gastrique.⁵⁹

La chirurgie peut être une option, chez des patients soigneusement sélectionnés, ayant une obésité cliniquement sévère (IMC > 40 ou > 35 avec co-morbidité), lorsque les méthodes moins invasives ont échoué, et que le patient est à fort risque de morbidité ou mortalité liées à l'obésité (niveau de preuve catégorie B).²⁰

c) Efficacité de la prise en charge

Les objectifs ont été définis par le NIH : la perte de poids initiale est de 10 % du poids de départ (niveau de preuve catégorie A).²⁰⁶ On recommande une perte de 0.5 à 1 kg par semaine pendant 6 mois (niveau de preuve catégorie B).²⁰

L'intérêt de la perte de poids est de diminuer la pression artérielle (niveau de preuve catégorie A), le taux de cholestérol et triglycérides (niveau de preuve catégorie A), la glycémie (niveau de preuve catégorie A).²⁰ Des études ont montré que même sans atteindre le poids théorique idéal, une perte de poids modérée est bénéfique en terme de réduction des facteurs de risque, en particuliers s'agissant de l'hypertension.⁶

Selon les auteurs, l'efficacité de la prise en charge est variable.

Dans une revue de la littérature de 2001, les auteurs estiment que malgré une prise en charge comportementale (consultation diététique, incitation à pratiquer un sport), la prise de poids semble persister sous clozapine mais pas sous rispéridone et olanzapine.³⁴

Par contre pour d'autres, il s'avère que lorsque les patients sont informés de l'éventualité de cet inconvénient, qu'ils surveillent régulièrement leur poids et que des mesures hygiéno-diététiques préventives sont mises en place, les prises de poids

sont limitées, voire inexistantes, et ce, indépendamment de l'antipsychotique choisi.²⁶ Les patients sont capables de respecter des règles hygiéno-diététiques simples, et ce d'autant plus que le traitement antipsychotique est efficace.²⁶ Deux études ont confirmé cette opinion, concernant les patients ayant des troubles de l'humeur.²⁵ Dans ces deux études, les patients faisant partie du groupe recevant des conseils nutritionnels et d'activité physique ont pris moins de poids que les autres. Il semble que les programmes associant les régimes diététiques et l'exercice physique sont plus efficaces que ceux qui ne comportent que le régime, s'ils sont accompagnés de programmes comportementaux.⁵⁵

Les stratégies de prise en charge sont à évaluer plus précisément dans de futures études.

Pour une meilleure efficacité, il convient d'utiliser des approches adaptées, avec des modèles concrets, des directives simples, et des programmes de renforcement pour faciliter la participation des patients.⁴ Il faut mettre en place une prise en charge individualisée, avec un suivi rapproché, et un soutien psychologique visant à restaurer de l'estime de soi et l'image du corps.⁶¹ Le suivi doit être intensif et pluridisciplinaire.⁵⁵

d) Entretien à long terme

De nombreuses études, concernant les traitements diététiques et comportementaux, ont montré que le maintien de la perte de poids est difficile.⁶

Lorsqu'une perte de poids a été réalisée, le maintien de celle-ci est encouragé par un programme associant une prise en charge diététique, une activité physique régulière, et une thérapie comportementale, et qui doit être poursuivi définitivement.²⁰ Le traitement médicamenteux peut également être poursuivi, mais sa sécurité et son efficacité au delà d'un an ne sont pas connues (niveau de preuve catégorie B).²⁰ Le programme de maintien de la perte de poids doit être une priorité après la phase initiale de 6 mois de perte de poids (niveau de preuve catégorie B).²⁰

Les contacts fréquents entre le patient et le médecin semblent associés avec une meilleure réussite du programme (niveau de preuve C).²⁰

L'activité physique est utile pour prévenir une reprise de poids.⁵⁵

La prise en charge doit donc être pluridisciplinaire, et soutenue. La mise en place de planning des activités physiques et des repas, de façon individuelle, avec des réévaluations fréquentes et des encouragements répétés est nécessaire.²⁴ Il s'agit d'aider les patients à modifier profondément et durablement leurs comportements alimentaires et leurs habitudes de vie.

4. PROPOSITIONS

Les difficultés rapportées par le focus group concernent le suivi des patients, la compliance aléatoire. De plus, une part des médecins (4) rapportent peu de doléances des patients. Les intervenants sont démunis et n'ont pas de conduite à tenir à laquelle se référer. Ils sont plutôt pessimistes vis à vis de cette prise en charge.

Il a cependant été prouvé une efficacité (peut-être moindre que dans la population générale) de la prise en charge du surpoids à condition d'intervenir au plus tôt, dès la prescription par l'information et un programme de suivi. La mise en place de telles mesures nécessite de bien définir le partenariat entre les différents acteurs que sont le psychiatre, le médecin généraliste, le diététicien, et le patient. Il s'agit de mettre en place un suivi individualisé, intensif, avec des réévaluations fréquentes et des interventions pluridisciplinaires.

Une campagne d'information auprès des patients, dès la prescription, ne pourrait s'envisager que si des dispositifs de suivi et d'accompagnement étaient proposés. Ceux-ci feraient intervenir, en collaboration, le médecin généraliste et le psychiatre, en lien avec les autres professionnels paramédicaux, diététiciens etc. Il pourrait s'agir de plaquettes et d'affiches d'information, disponibles dans les hôpitaux et cabinets médicaux. Il serait aussi intéressant de fournir au patient un carnet de suivi, qui ferait apparaître le suivi du poids, des paramètres biologiques, et les facteurs de risque. Ceci pourrait formaliser la prise en charge pluridisciplinaire, faciliter la coordination et la circulation d'information entre les intervenants médicaux et paramédicaux, et favoriser l'adhésion du patient.

Des études complémentaires sont à envisager pour compléter cet état des lieux auprès des autres professionnels concernés, notamment les psychiatres, prescripteurs de molécules à risque de surpoids chez des patients qui nécessitent souvent leur suivi spécialisé. Il serait également intéressant de faire un complément d'étude concernant les patients, leurs doléances, leur perception de la surcharge pondérale, leurs attentes, et ce qu'ils sont prêts à faire dans le cadre de cette prise en charge.

IX. CONCLUSION

Nous nous sommes donc intéressés par ce travail à la surcharge pondérale des patients souffrant de pathologies psychiatriques du point de vue de la médecine générale. Les résultats montrent que la perception des médecins généralistes de cette problématique est relativement en adéquation avec les données de la littérature, à quelques nuances près. On se rend compte cependant qu'ils sont en difficulté au niveau de la prise en charge, essentiellement en ce qui concerne les patients traités par antipsychotiques, neuroleptiques ou thymorégulateurs, pour plusieurs raisons. D'une part, la pathologie psychiatrique de leurs patients rend difficile le suivi et la compliance à la prise en charge. D'autre part, ils craignent que leurs patients n'arrêtent leurs traitements, dont ils n'ont pas la maîtrise puisqu'ils sont le plus souvent prescrits par les psychiatres. Ils sont donc assez pessimistes et fatalistes vis à vis de la réussite de cette prise en charge.

Pourtant, des expériences encourageantes ont été réalisées, qui montrent qu'une prise en charge intensive, adaptée, personnalisée, peut donner de bons résultats.

Il serait intéressant de compléter cet état des lieux avec d'autres études concernant cette problématique du surpoids et de l'obésité du point de vue des patients, et des psychiatres et professionnels paramédicaux, de façon à pouvoir proposer des référentiels de prise en charge, ainsi que des campagnes d'information, pour limiter le plus tôt possible la survenue d'une surcharge pondérale, qui aggrave encore un peu plus les difficultés rencontrées par ces patients.

X. BIBLIOGRAPHIE

1. Casadebaig F, Philippe A. Schizophrénie et mortalité somatique. Soins somatiques en santé mentale. Le Château-d'Olonne : d'Orbestier, 2003, 170 p.
2. Kurzthaler I, Fleischhacker WW. The clinical implications of weight gain in schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 7:32-7. Review.
3. McIntyre RS, Mancini DA, Basile VS. Mechanisms of antipsychotic-induced weight gain. J Clin Psychiatry. 2001;62(suppl 23):23-29.
4. Saravane D. Surcharge pondérale, obésité et antipsychotiques. Réseau médecine générale-psychiatrie du 93. Congrès de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale "Pour une approche pluridisciplinaire" (3 ; 2005 ; Paris). [diaporama 48 vues].
5. Mantelet S, Sabran-Guillin V, Hardy P. Epidemiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 1998 ; 37-402-A-10. 5 p. [article consultable à la bibliothèque du centre hospitalier spécialisé de La Roche sur Yon].
6. Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. Gastroenterology. 2007 May;132(6):2087-102.
7. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J; IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome--a new worldwide definition. Lancet. 2005 Sep 24-30;366(9491):1059-62.
8. Thibaut F, Poirier MF. Schizophrénie, antipsychotiques et troubles métaboliques : définition et données épidémiologiques. Congrès de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale "Pour une approche pluridisciplinaire" (3 ; 2005 ; Paris). [diaporama 18 vues].
9. World health organization. Obesity and overweight. WHO [Ressource électronique]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. (30.01.07).
10. World health organization. Obesity and overweight. WHO [Ressource électronique]. Disponible sur : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>. (30.01.07).
11. Congrès de l'American Heart Association (77 ; Novembre 2004 ; New Orleans, Floride), Panorama du Médecin. 2004 Dec ; 4956 (suppl) : 11p.
12. Roche/INSERM/TNS HEALTHCARE SOFRES. Obépi Roche 2006. Enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids. [Ressource électronique]. 2006. Disponible sur : <http://www.roche.fr/portal/eipf/france/roche/fr/institutionnel/lesurpoidsenfrance>. (30.01.07).
13. Cochois I, Billoir T. Le syndrome métabolique en médecine générale. Panorama du médecin. 2004 Jun ; 4939 (suppl) 3p.
14. Ziegler O, Debry O. Epidémiologie des obésités de l'adulte. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Endocrinologie-Nutrition, 10-506-B-20, 1998, 7p.
15. Department of Health Public Health Research Consortium, Law C, Power C, Graham H, Merrick D. Obesity and health inequalities. Obes Rev. 2007 Mar;8 Suppl 1:19-22. Review.
16. Conway B, Rene A. Obesity as a disease: no lightweight matter. Obes Rev. 2004 Aug;5(3):145-51. Review.
17. Baptista T, Beaulieu S. Are leptin and cytokines involved in body weight gain during treatment with antipsychotic drugs ? Can J Psychiatry 2002 ;47:742-749.
18. Nasrallah H. A review of the effect of atypical antipsychotics on weight. Psychoneuroendocrinology. 2003 Jan;28 Suppl 1:83-96. Review.
19. Aronne LJ. Epidemiology, morbidity and treatment of overweight and obesity. Journal of Clinical Psychiatry 2001 ;62 :13-22.
20. National Health Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults ? The evidence report. [Ressource électronique]. National institutes of health publication n° 98-4083 September 1998. Disponible sur : http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf. (30.01.07).
21. Joffe A, Wood K. Obesity in critical care. Curr Opin Anaesthesiol. 2007 Apr;20(2):113-8. Review.

22. Elmslie JL, Silverstone JT, Mann JI, Williams SM, Romans SE. Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients. *J Clin Psychiatry*. 2000 Mar;61(3):179-84.
23. International Association for the Study of Obesity. Obesity and cancer. [Ressource électronique]. Disponible sur : <http://www.ietf.org/cancer.asp>. (30.01.07).
24. Zimmermann U, Kraus T, Himmerich H, Schuld A, Pollmacher T. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients. *J Psychiatr Res*. 2003 May-Jun;37(3):193-220.
25. Keck PE, McElroy SL. Bipolar disorder, obesity, and pharmacotherapy-associated weight gain. *J Clin Psychiatry*. 2003 Dec;64(12):1426-35. Review.
26. Patri E, Dantchev N, Martinez M. Prise de poids et traitement antipsychotique. *Encephale*. 2000 Nov-Dec;26(6):93-7.
27. Gray GE, Gray LK. Nutritional aspects of psychiatric disorders. *J Am Diet Assoc*. 1989 Oct;89(10):1492-8. Review.
28. Newcomer JW, Haupt DW, Fucetola R, Melson AK, Schweiger JA, Cooper BP, Selke G. Abnormalities in glucose regulation during antipsychotic treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Apr;59(4):337-45. Review.
29. Poyurovsky M, Pashinian A, Gil-Ad I, Maayan R, Schneidman M, Fuchs C, Weizman A. Olanzapine-induced weight gain in patients with first-episode schizophrenia: a double-blind, placebo-controlled study of fluoxetine addition. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun;159(6):1058-60.
30. Recasens C. Body weight changes and psychotropic drug treatment: neuroleptics *Encephale*. 2001 May-Jun;27(3):269-76. Review.
31. Perlemuter L. Guide de thérapeutique. 4^e édition. Paris : Masson, 2006, XIX-1993 p.
32. Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC, Weiden PJ. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry*. 1999 Nov;156(11):1686-96. Review.
33. Baptista T. Body weight gain induced by antipsychotic drugs : mechanisms and management. *Acta Psychiatrica Scand*. 1999 : 100 : 3-16.
34. Wetterling T. Bodyweight gain with atypical antipsychotics. A comparative review. *Drug safety* 2001 ;24(1) :59-73.
35. Wirshing DA, Wirshing WC, Kysar L, Berisford MA, Goldstein D, Pashdag J, Mintz J, Marder SR. Novel antipsychotics: comparison of weight gain liabilities. *J Clin Psychiatry*. 1999 Jun;60(6):358-63.
36. Basson BR, Kinon BJ, Taylor CC, Szymanski KA, Gilmore JA, Tollefson GD. Factors influencing acute weight change in patients with schizophrenia treated with olanzapine, haloperidol, or risperidone. *J Clin Psychiatry*. 2001 Apr;62(4):231-8.
37. Baptista T, Kin NM, Beaulieu S, de Baptista EA. Obesity and related metabolic abnormalities during antipsychotic drug administration: mechanisms, management and research perspectives. *Pharmacopsychiatry*. 2002 Nov;35(6):205-19. Review.
38. Taylor DM, McAskil R. Atypical antipsychotics and weight gain--a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Jun;101(6):416-32. Review.
39. McIntyre RS, Mancini DA, Basile VS, Srinivasan J, Kennedy SH. Antipsychotic-induced weight gain: bipolar disorder and leptin. *J Clin Psychopharmacol*. 2003 Aug;23(4):323-7.
40. Poyurovsky M, Isaacs I, Fuchs C, Schneidman M, Faragian S, Weizman R, Weizman A. Attenuation of olanzapine-induced weight gain with reboxetine in patients with schizophrenia: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2003 Feb;160(2):297-302.
41. Keck Jr P, Buffenstein A, Ferguson J, et al. Ziprasidone 40 and 120 mg/day in the acute exacerbation of schizophrenia and schizoaffective disorder : a 4-week placebo-controlled trial. *Psychopharmacology (Berl)* 1998 ;140(2) :173-84.
42. Daniel DG, Zimbroff DL, Potkin SG, et al. Ziprasidone 80 mg/day and 160 mg/day in the acute exacerbation of schizophrenia and schizoaffective disorder : a 6-week placebo-controlled trial. Ziprasidone Study Group. *Neuropsychopharmacology* 1999 ;20(5) :491-505.
43. Bourin M, David D.J.P, Jolliet P, Gardier A. Mécanisme d'action des antidépresseurs et perspectives thérapeutiques. *Thérapie*, 2002 juillet-août ; 57(4):385-396.

44. Sachs GS, Guille C. Weight gain associated with use of psychotropic medications. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 21:16-9. Review.
45. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Ustundag B. Weight gain and serum leptin levels in patients on lithium treatment. *Neuropsychobiology*. 2002;46:67-69.
46. Friedman JM.. The function of leptin in nutrition, weight and physiology. *Nutrition reviews*, vol.60, No 10, Oct 2002 (II)S1-S14.
47. Dhillon WS. Appetite regulation: an overview. *Thyroid*. 2007 May;17(5):433-45.
48. Silverstone T, Goodall E. Serotonergic mechanisms in human feeding: the pharmacological evidence. *Appetite* 1986;7 Suppl:85-97. Review.
49. Casey DE, Zorn SH. The pharmacology of weight gain with antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 7:4-10. Review.
50. Stahl Stephen M. *Psychopharmacologie essentielle*. 1^e ed. Paris : Flammarion 2002, 601 p.
51. Hauner H, Rohrig K, Hebebrand J, Skurk T. No evidence for a direct effect of clozapine on fat-cell formation and production of leptin and other fat-cell-derived factors. *Mol Psychiatry*. 2003 Mar;8(3):258-9.
52. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliard L. S'appropriier la méthode du focus group. *Rev Prat Med Gen*. 2004 Mar ;645 :382-384.
53. Allison DB, Fontaine KR, Heo M, Mentore JL, Cappelleri JC, Chandler LP, Weiden PJ, Cheskin LJ. The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1999 Apr;60(4):215-20.
54. Birt J. Management of weight gain associated with antipsychotics. *Ann Clin Psychiatry*. 2003 Mar;15(1):49-58. Review.
55. Werneke U, Taylor D, Sanders TA, Wessely S. Behavioural management of antipsychotic-induced weight gain: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 Oct;108(4):252-9. Review.
56. Cohen S, Glazewski R, Khan S, Khan A. Weight gain with risperidone among patients with mental retardation: effect of calorie restriction. *J Clin Psychiatry*. 2001 Feb;62(2):114-6.
57. Aquila R, Emanuel M. Interventions for Weight Gain in Adults Treated With Novel Antipsychotics. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2000 Feb;2(1):20-23.
58. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Haute autorité de santé. Quelle place pour le rimonabant dans l'obésité ou le surpoids ? [Ressource électronique]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_522747 (05.07).
59. Greenberg I, Chan S, Blackburn GL. Nonpharmacologic and pharmacologic management of weight gain. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 21:31-6. Review.
60. Werneke U, Taylor D, Sanders TA. Options for pharmacological management of obesity in patients treated with atypical antipsychotics. *Int Clin Psychopharmacol*. 2002 Jul;17(4):145-60. Review.
61. Bruneau O, Foltran F. L'approche diététique du patient en psychiatrie. Congrès de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale "Pour une approche pluridisciplinaire" (3 ; 2005 ; Paris). [diaporama 40 vues]

XI. ANNEXES

ANNEXE I : CLASSIFICATION DES ANTIDEPRESSEURS⁴⁸

Tableau 1 : Classification des antidépresseurs selon leur sélectivité concernant la transmission sérotoninergique et/ou noradrénergique			
	Dénomination commune internationale	Nom commercial	Laboratoire
Augmentation sélective de la transmission sérotoninergique	fluoxétine	Prozac* / Fluoxeren* Reneuron* / Adofen*	Lilly / Menarini Juste / Ferrer
	paroxétine	Deroxat* / Paxil* / Seroxat* Frosinor*	GlaxoSmithKline Novartis
	sertraline	Zoloft* / Aremis,	Pfizer / Esteve
	citalopram	Cipramil* / Séropram*	Lundbeck
	fluvoxamine	Floxyfral*	Solvay-Pharma
Augmentation sélective de la transmission noradrénergique	maprotiline	Ludiomyl*	Novartis
	desipramine	Pertofran*	Novartis
	reboxétine	Edronax*	Pharmacia
Augmentation mixte de la transmission sérotoninergique et noradrénergique	clomipramine	Anafranil*	Novartis
	doxépine	Quitaxon / Sinequan*	Nepalm / Pfizer
	amoxapine	Defanyl* / Asendin*	Wyeth-Lederlé
	imipramine	Tofranil*	Novartis
	nortriptyline	Pamelor*	Novartis
	venlafaxine	Effexor*	Wyeth-Lederlé
	mirtazapine	Norset*	Organon
	miansérine	Athymil*	Organon
	tianeptine	Stablon*	Servier
	trimipramine	Surmontil,	Aventis
	dosulépine	Prothiaden	Teofarma
	milnacipran	Ixel* / Toloxamine*	Pierre Fabre / Asahi Kasei
	viloxazine	Vivalan*	AstraZeneca
	amitryptiline	Elavil* / Laroxyl*	Merck / Roche
Autres ¹	nefazodone	Serzone* / Dutonin*	Bristol-Meyers Squibb
	hypericum-perforatum	Jarsin*	Lichtwer
	trazodone	Remotiv*	Bayer
	bupropion	Desyrel*	Bristol-Meyers Squibb
		Wellbutrin*	GlaxoSmithKline
IMAO ²	iproniazide	Marsilid*	Laphal
	tolaxotone	Humoryl*	Sanofi-Synthelabo
	moclobémide	Moclamine*	Roche

Les antidépresseurs classés dans " Autres " sont ceux qui n'agissent pas seulement en augmentant les transmissions sérotoninergiques et/ou noradrénergiques, mais qui peuvent aussi augmenter les transmissions dopaminergiques ou avoir d'autres cibles thérapeutiques. ²Inhibiteur de la monoamine oxydase. En gras, sont indiqués les produits commercialisés en France

(d'après Bourin M, David D.J.P, Jolliet P, Gardier A. Mécanisme d'action des antidépresseurs et perspectives thérapeutiques. Thérapie, 2002 juillet-août ; 57(4):385-396).⁴⁸ Reproduit avec autorisation.

ANNEXE II : TEXTE INTEGRAL DU FOCUS GROUP

FOCUS GROUP DE MEDECINS GENERALISTES QUI A LIEU DANS LA SALLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE le 8 FEVRIER 2005 à 21 H 40

1 Sont présents : JYD, FAM, MM, MJG, EB, MG, SV, CV, DD. La modération est assurée par Pierre
2 LE MAUFF et l'observation par Catherine LE PAPE et Ronan FEVRIER.

5 L'objet de la, de ce FOCUS GROUP est de recueillir les représentations et les ... impressions des
6 médecins généralistes sur l'interaction entre prise de psychotropes et surpoids. Nous
7 considérons comme psychotropes les médicaments suivants :

- 8 - les anti-psychotiques récents,
- 9 - les neuroleptiques,
- 10 - et les thymorégulateurs.

11 Sont exclus, les hypnotiques et les benzodiazépines.

12 Le FOCUS GROUP est articulé autour de 4 questions.

13 La première question : avez-vous des patients sous psychotropes ? Pouvez-estimer
14 grossièrement la proportion, et pouvez-vous nous donner votre sentiment sur ceux qui ont un
15 surpoids lié à ce traitement ? Donc, c'est une question générale de type épidémiologique sur vos
16 impressions, en fait, hein. On va commencer par la gauche.

Observation : surprise générale.

17 JYD : pourcentage de personnes sous psychotropes euh, c'est, c'est difficile à dire puisque ...
18 c'est, c'est pourcentage de consultations ou pourcentage par rapport aux personnes ? parce que
19 on les voit souvent ?.

20 P. LM : ... de patients dans ta clientèle

21 JYD : non, je te dirai un nombre, mais pourcentage c'est pas possible.

22 PLM : C'est une impression, on ne demande pas une vérité scientifique hein, on est bien d'accord.
23 Silence

24 PLM : Très peu, peu, tu peux dire, tu peux dire comme ça.

25 J.Y.D : ouais, je dirais peut-être une euh, une vingtaine peut-être de personnes..., 15 ... 15 voilà.
26 Par contre effectivement à part euh un exemple que j'ai en tête euh, qui a vraiment réussi à , à
27 faire basculer son poids de manière quasiment obsessionnelle vers une, un poids normal, ils ont
28 effectivement quasiment tous un surpoids.

29 FAM : bon pour moi, ça va de très peu à énormément. Très peu parce que, euh en pratique
30 libérale, euh je dirais que ça doit représenter 10 % de la population que je vois qui est en
31 surpoids parmi les gens qui sont sous traitement psy. **Observation : MJG pas d'accord.** Et puis
32 sinon ben, euh énormément simplement parce que je travaille au CHS. Donc euh (rire) je suis dans
33 un pavillon où il y a énormément de gens qui par contre eux ont un surpoids évident. Voilà.

34 MM : moi je peux dire que j'ai une patientèle qui est assez euh largement psychiatrique pour des
35 raisons historiques que je ne vais pas développer pour ne pas rallonger, mais enfin ça fait 35 ans
36 que je pratique ça, comme ça, donc je dois avoir à peu près entre 50 et 60 % de mes patients qui
37 sont sous psychotropes. Je ne peux pas dire que le surpoids soit quelque chose de très important.
38 J'en ai quelques-uns, j'en ai quelques-uns en tête, mais pour certains d'entre eux je ne suis pas
39 sûr que le surpoids soit pas beaucoup plus psychogène que lié à la prise de thérapeutiques.

40 **Observation : MJG d'accord.** Mais il y en a effectivement avec un surpoids.

41 MJG : alors moi je pense que j'ai très peu de psychotiques dans la clientèle, ça doit pas dépasser
42 1 %. Quand j'entends psychotiques, hein c'est vraiment sous neuroleptiques et les gens
43 dysthymiques. Problèmes de poids certainement pour 1 sur 2. C'est pas des gens qui viennent
44 régulièrement au cabinet, qui sont suivis en général par les psy, donc j'ai du mal à faire le suivi
45 poids, et quelques-uns que je vois c'est sûr ils ont un surpoids.

46 EB : personnellement j'ai une clientèle très peu quand même de, de, d'anti-psychotiques, un peu
47 plus de thymorégulateurs. Là aussi je mettrais 2 différences importantes, je trouve qu'il y a
48 quelquefois des surpoids effectivement, avec les anti-psychotiques c'est assez fréquent, avec les
49 thymorégulateurs ça dépend desquels, notamment j'en ai pas vu avec euh les TERALITHE* et
50 les, le lithium notamment. Donc, le pourcentage de toute ma clientèle, j'allais dire que c'est 1 %
51 aussi, c'est à peu près ça. Euh, peut-être plus de thymorégulateurs, mais encore avec cette
52 différence entre 2 sortes de thymorégulateurs.

53 MG : moi aussi ça ne représente pas un grand nombre de, de ma clientèle, mais par contre oui
54 pour les anti-psychotiques, oui j'ai des gens euh, pour lesquels le problème de surpoids est un réel
55 problème et c'est vrai que moi aussi je ne les vois pas spécialement très souvent ces gens-là
56 puisqu'ils ont un suivi euh, psy régulier, donc euh, mais quand ils viennent me voir ça reste quand
57 même une de leurs grandes préoccupations. Et quand je, quand je pense là, j'essaye de visualiser,
58 et effectivement je vois quelques personnes qui ont un réel problème, et qui, et qui l'exprime
59 régulièrement auprès de moi. **Observation : MJG acquiesce.**

60 SV : euh, concernant la, les patients qui prennent euh des anti-psychotiques ou des
61 neuroleptiques euh bon nouvelle ou ancienne génération, j'en ai très très très peu. Euh, j'ai
62 quelques enfants, mais d'adultes, à réfléchir, je crois que j'en ai quasiment pas, en tout cas que je
63 vois régulièrement. Par contre, des, oui des patients qui sont sous thymorégulateurs, des anti-
64 dépresseurs, je pense en avoir beaucoup plus. Ca doit représenter peut-être 15 à 20 % quand
65 même de ma clientèle je pense.

66 CV : entre ma nouvelle et ancienne clientèle, je dirais que j'ai peut-être à peu près 5 à 10 % de
67 patients traités et 50 % problèmes de poids.

68 DD : donc moi, j'ai à peu près 5 % de patients qui prennent des médicaments anti-psychotiques
69 ou thymorégulateurs.

70 JYD : Enfin, euh c'était sur la définition du thymorégulateur, euh pour moi enfin les anti-
71 dépresseurs, genre IRS ne faisaient pas partie de la famille des anti, des thymorégulateurs, donc
72 je voulais juste avoir confirmation.

73 PLM : Bon, alors la thésarde me dit qu'on inclut les anti-dépresseurs dans...
74 Brouhaha
75 Ah ben ça change tout alors.

76 PLM : Alors on refait un tour
77 Brouhaha
78 PLM : on refait un tour.
79 Brouhaha

80 PLM : vas-y, vas-y.

81 DD : non parce que la question : tout le monde disait, parlait du poids, alors que j'ai, j'ai pas eu
82 l'impression qu'on nous a demandé quoi que ce soit vis à vis du poids pour l'instant.

83 PLM : si, c'était savoir si vous estimiez que parmi ces gens qui prenaient donc ces, ces
84 psychotropes, il y avait un problème de poids, et est-ce que pouviez l'estimer à peu près.

85 DD : ah bon ...

86 PLM : On va refaire un tour.

87 JYD : Donc 2^{ème} tour.
88 Rires.

89 JYD : Donc je redis effectivement, j'ai eu le temps de réfléchir depuis, je pense que moi j'ai
90 effectivement largement - de 1 %, ça doit être entre les 0.25 %, de patients sous

thymorégulateurs stricto-sensu et neuroleptiques. Par contre, effectivement j'ai une proportion assez, assez importante de patients sous anti-dépresseurs, je dirais plus classiques effectivement, je dirais facilement 10 euh, 10 % peut-être. Ce qui me paraît déjà énorme à priori. Parmi ces derniers, euh, ... je ne note pas non pour les anti-dépresseurs type IRS, je trou... je note pas de problèmes de poids, je dirais même des fois ça, ça aide à faire perdre du poids certaines personnes qui en auraient de trop. Mais, j'ai pas forcément de, j'ai pas noté de, de, de manifestations de ce style là.

FAM : euh, donc 2^{ème} tour également. Pour euh, en ce qui concerne les patients sous anti-dépresseurs effectivement j'ai pas noté euh, j'ai pas noté des bouleversements au niveau du poids, fondamentaux. Euh, j'ai peu de patients euh psychotiques, euh et finalement il y a en très très peu qui euh, qui présentent également un, un excès de poids finalement. Voilà.

MM : oui, moi je crois que je vais pas changer fondamentalement ce que j'avais dit tout à l'heure. Ceci étant dit, euh effectivement on a sous anti-dépresseurs les 2 visions, et en particulier avec les IRS, c'est-à-dire ceux qui prennent du poids, mais certains aussi qui en perdent. Et souvent ceux qui en perdent étaient ceux qui avaient pris du poids du fait de leur état euh dépressif ou névrotique.

MJG : alors moi je vais changer mon pourcentage, c'est sûr, mais ça n'augmente pas autant que ça, je ne suis pas sûre que j'ai 5 % de dépressifs. Je pense que ce sont les anti-dépresseurs d'ancienne génération qui font grossir, et c'est sûr, et les noradrénergiques. Les IRS simples : non, je crois pas.

EB : moi je suis tout à fait d'accord avec ce qui vient d'être dit. Je pense que j'ai plus quand même avec les anti-dépresseurs, anti-psychotiques, neuroleptiques et thymorégulateurs, là on doit être autour de 15 % d'une clientèle, parce qu'on l'utilise régulièrement. Euh, bon, euh c'est vrai que c'est parfois occasionnel, c'est parfois au long cours. C'est pas du tout la même mani..., on ne manie la même, de la même manière les anti-dépresseurs que tous les autres, c'est-à-dire les thymorégulateurs ou les anti-psychotiques ou les neuroleptiques qui sont eux beaucoup plus au long cours. Tandis que là on peut pour une dépression passagère, pour un moment passager, avoir une prise euh, une prise d'anti-dépresseurs. Je trouve que c'est un peu dommage d'avoir inclus les anti-dépresseurs.

MG : ben moi ça change aussi beaucoup mon pourcentage. Je serais bien incapable de donner le, le pourcentage euh de patients dépressifs dans la clientèle, mais ça, ça représente un beaucoup plus grand nombre. Par contre, c'est vrai que le problème du surpoids se présente pas euh spécialement avec euh les anti-dépresseurs ou alors ça va être plutôt être euh, euh ... à l'introduction d'un traitement, je vais en tenir compte face à certaines personnes, à l'importance que ça peut représenter pour eux qu'une, qu'une prise de poids, c'est c'est plus à ce moment là que ça va intervenir. Mais, par contre, je, je maintiens que mes patients euh sous neuroleptiques et anti-psychotiques, ceux que je connais en, en tout cas, ont réellement ce problème là et me le répètent régulièrement et c'est même l'occasion parfois, euh, ... euh, ben récemment encore même cette semaine, euh, de demande d'arrêt de traitement, euh sur des, des injections, euh (rire) c'est pas plus tard que la semaine dernière. Et chez ces gens-là, alors fin, moi, ils me sollicitent moi pour ce ..., alors qu'ils ont un suivi régulier euh psychiatrique. Mais euh, j'ai eu le un appel du psychiatre la semaine dernière pour ça, pour cette patiente et, en me disant : « elle veut arrêter son traitement » et c'est, le motif c'est le poids, le surpoids.

SV : euh donc moi, je changerai pas mes, mes pourcentages de tout à l'heure, mais euh par contre concernant le poids, euh, ... , j'ai l'impression quand même que les personnes qui ont des problèmes psychiatriques d'une façon générale ont aussi des problèmes de poids. Alors est-ce que c'est lié euh au traitement ou pas ? C'est quelquefois très très très difficile de le dire, parce il y a des gens effectivement qui se plaignent de prise de poids avec les traitements, puis finalement on arrête tout, et puis soit ils continuent à prendre de poids, ou soit ils en perdent, enfin... Bon, c'est ça qui me semble difficile de, de savoir exactement. Effectivement, euh le cas est

141 complètement différent avec les, si on considère les neuroleptiques en particulier ancienne
142 génération ou les injections, les autres traitements, euh ça effectivement.

143 CV : moi je pense avoir au total quand même 10 % à peu près de gens près traités, neuroleptiques
144 ou IRS. Les gens sous r..., sous neuroleptiques anciens souvent ont des, quand même des
145 problèmes de poids. Je dirais en, à nouveau 50 % et avec les anti-dépresseurs modernes,
146 beaucoup moins quand même. ... Moins de plaintes.

147 DD : donc sur le pourcentage, moi je ne change pas, c'est à peu près 5 %. Et euh, les patients qui
148 me viennent à l'esprit, qui sont sous euh ... psy..., psychot..., anti-psychotropes euh présentent
149 tous euh un problème de poids. Donc 100 % de problèmes de poids sous, sous anti-psychotiques.

150 PLM : pas d'autre remarque ? Donc ce qu'il apparaît à la suite de, de, de ce questionnement quand
151 même, c'est qu'il a des situations qui sont quand même un petit peu hétérogènes dans, dans ce que
152 vous dites. Ce que vous dites à peu près tous c'est que les, les anti-psychotiques et les
153 traitements, il y a, il y a deux éléments qui font qu'il y a quand même une prise de poids, c'est le,
154 le, les types de médicaments, donc c'est assez constant chez, pour les anti-psychotiques et pour
155 les traitements au long cours. Ce que j'ai entendu aussi c'est que c'est beaucoup plus hétérogène
156 pour les anti-dépresseurs, euh, qu'on voit de tout et qu'en plus il y a un problème de durée avec
157 les anti-dépresseurs, c'est-à-dire qu'on les met pas forcément au long cours. Euh, ..., voilà ce que
158 l'on peut dire de façon assez schématique. Est-ce que ça représente à peu près ce que vous avez
159 dit, est-ce que vous vous y retrouvez ou pas ?

160 Murmure.

161 EB : oui et non, parce que ..., là encore dans les thymorégulateurs, il y a plusieurs familles et euh
162 quand on prend les ... DEPAKINE ou autres, ça aide à grossir, ça, ça, ça, y a, y a un surpoids,
163 quand on prend le TERALITHE, ça n'a, y a pas de surpoids. Quand on prend le TEGRETOL, y a
164 pas fin, y a pas de surpoids ou très peu. Donc c'est, ... là aussi c'est des problèmes de famille. Euh,
165 neuroleptiques pratiquement tous ils sont ... euh, ils augmentent le poids hein, très peu
166 n'augmentent pas le poids et les anti-psychotiques aussi. On est à peu près tous d'accord. Peut-
167 être dans les derniers, je ne sais pas si le ZYPREXA et autres font prendre autant de poids, là
168 je n'ai pas suffisamment d'expérience pour pouvoir le, le dire. **Observation : plusieurs personnes**
169 **du groupe font oui de la tête.** Dans les anti-dépresseurs effectivement, c'est extrê... la, la
170 miansérine par exemple fait grossir, ça c'est clair et on s'en sert d'ailleurs hein, euh, ... on s'en
171 sert régulièrement pour les gens qui ont une anorexie ou qui ont des difficultés et qui sont
172 déprimés, ben c'est peut-être pas mal, et dans la, et dans l'inverse on peut prendre le PROZAC*.
173 Donc je crois que c'est extrêmement divers. Même dans les familles euh, il y a des, des grandes
174 variations entre les uns et les autres.

175 PLM : Autre commentaire ?

176 FAM : euh, y a, y a également une euh, (raclement de gorge) y a une ambiguïté également, euh,
177 c'est-à-dire qu' y a la prise de poids qui peut être euh ... d'origine iatrogène, mais il y a également
178 ce problème du poids qui peut s'intégrer dans la pathologie dépressive également... **Observation :**
179 **les autres acquiescent de la tête.** Et je crois que ça il faut en tenir compte ég...

180 PLM : Ça a été signalé à plusieurs reprises, tu fais bien de le souligner.

181 FAM : oui, oui, oui

182 Silence

183 PLM : autre commentaire ?

184 Silence

185 PLM : Bien je vous propose de passer à la 2^{ème} question. Donc la 2^{ème} question, j'aimerais que vous
186 vous remettiez en situation, pour que vous nous restituiez euh quelles sont les doléances que vos
187 patients expriment quant à leur poids, hein?. D'une part, comment ils expriment ça ? Et
188 deuxièmement, est-ce que c'est un problème pour eux, ou est-ce c'est plutôt un problème pour
189 vous ? ... On va commencer par l'autre côté.

190 DD : Donc, je commence par la 2^{ème} question.... Euh, c'est un problème pour eux, ce n'est
191 absolument pas un problème pour moi. Euh ... et puis donc comment ils l'expriment ?. Euh ... Ca va
192 être euh ... qu'ils, souvent en effet ils souhaitent arrêter le traitement parce qu'ils ont
193 l'impression de ... d'une transformation corporelle importante euh ... et puis en plus c'est vrai. Des
194 fois, euh ... j'ai vu des ... des variations euh ... absolument phénoménales entre euh ... avant une
195 hospitalisation et à la sortie d'une hospitalisation euh, ne serait-ce que d'un mois, euh ... des
196 choses vraiment euh très impressionnantes. Donc, ils vont l'exprimer comme une euh ..., une
197 transformation euh. Certains vont me dire que euh ... ils ont l'impression que du coup leur maladie
198 mentale se voit.... Euh, et puis aussi, il y a tout un cortège de, ... de petits symptômes qui peuvent
199 être des motifs de consultation, avec notamment des, des gonalgies, du fait de la prise de poids
200 soudaine avec des syndromes rotuliens. Euh, la plupart sont tous constipés. Ils sont sous bi, voire
201 trithérapie euh laxative. **Observation : les autres approuvent de la tête.** Ca c'est récurrent
202 euh... Problèmes de bouche sèche euh, ... et puis ben problèmes de, de, de, de,
203 d'essoufflement au moindre effort, de suées au moindre effort, des problèmes de sudation.
204 Alors bon, après est-ce uniquement le traitement, ou c'est le fait d'être en surpoids ?. ... Et puis
205 donc ce, ... ce, les patients parfois euh ... me font remarquer que ce, ce surpoids vient se
206 surajouter à leur mal-être ... initial. Voilà.

207 CV : alors, comment dire ? Les gens sous anti-dépresseurs ... se plaignent peu de prise de poids,
208 d'une part, puisqu'on a, on parle des deux ... des deux types de patients, donc, euh, sauf avec un
209 anti-dépresseur dont je ne dirais pas le nom parce que je ne connais pas le nom (rire) ...
210 pharmaceutique donc je ne veux pas faire de mauvaise publicité...euh, avec le DEROXAT* je
211 trouve que les gens grossissent pas mal. Certains ne s'en plaignent pas. Moi je suis plus gênée
212 pour eux, je dirais, enfin, je parle des anti-dépresseurs là. Maintenant pour les psychotiques, je
213 ne trouve pas que les patients se plaignent beaucoup. 50 %, je, je redis, sont beaucoup trop gros
214 et moi je suis gênée euh, à cause des facteurs de risques cardio-vasculaires parce que je suis un
215 médecin généraliste, je suis pas un psychiatre. Donc, c'est peut-être moi qui suis peut-être plus
216 gênée pour eux, que eux. Eux ne se plaignent pas trop. Hein, souvent, ils sont tellement
217 « imbibés » entre guillemets de (rire), de médicaments, que à part des cas particuliers, j'ai pas
218 tellement de plaintes, quoi. Et moi ça me gêne par contre de les voir euh, de les voir faire 100 kg
219 ou... voilà.

Observation : SV hoche la tête pendant que CV parle.

220 SV : bon, moi aussi je distinguerais un petit peu deux, deux types de, de, de patients finalement.
221 Ceux qui sont sous traitement au long cours euh anti-psychotique, euh je pense qu'eux ne se
222 plaignent assez peu en fait euh de leur, de leur poids. Je pense que c'est plutôt moi que ça gêne.
223 Euh ... Et je pense que c'est difficile de leur faire prendre conscience qu'il y a, qu'y a un problème
224 de poids euh. Pour eux, ils ne sont pas du tout là-dedans, dans la prévention, le risque. Euh, pfff...
225 Est-ce qu'ils se plaignent ?. Comment est-ce qu'ils en parlent ?. J'ai l'impression que c'est pas
226 forcément un problème qui est évoqué. Euh, je parlais tout à l'heure des enfants. J'ai 2 ou 3
227 enfants et là ce sont les parents qui se, qui se plaignent et qui disent euh « mais regardez la
228 courbe du poids, et euh, bon, il pesait tant à tel moment, et maintenant il a pris euh bon.. » et qui
229 sensibilisent les, les enfants. L'autre jour, j'avais une maman qui me disait « oh ben il m'a dit, je
230 voudrais perdre mon petit, mon petit... bedon », ou je sais pas enfin quelque chose comme ça .
231 Mais euh, pff, je sais pas si ça venait de finalement de l'enfant lui-même, j'ai pas l'impression,
232 enfin bon. Euh, sinon, concernant euh plutôt la mis... les, les, les traitements anti-dépresseurs,
233 c'est peut-être plutôt un frein à la mise en route, alors est-ce que c'est vrai, le vrai motif ?. Mais
234 euh souvent euh, j'ai en particulier des femmes, qui sont certainement hésitantes et qui mettent
235 un petit peu ça en avant en disant « ah, ben oui mais j'ai déjà pris celui-ci ou j'ai déjà eu il y a
236 quelques temps une dépression, j'avais pris ça, j'avais pris du poids » ou « J'ai untel de, de mes
237 connaissances qui a pris un..., un traitement, ça lui a fait prendre du poids ». Alors est-ce que
238 c'est vraiment une histoire du poids ? ou est-ce que c'est une forme de résistance à vouloir ne

pas prendre de traitement, une hésitation, je, je ne sais pas. Mais euh, les gens qui sont anti-dépre... sont sous antidépresseurs se plaignent plus de leur poids, alors que pour moi c'est, effectivement, c'est pas une préoccupation parce que c'est souvent une prise de poids peu, peu importante, 2 ou 3 kilos euh, bon qui me, qui me fait pas peur, fin qui m'inquiète pas en tout cas.

Observation : JYD fait un mouvement de la main, comme pour nuancer le propos.

MG : alors moi, bé c'est surtout mes patients, effectivement, sous, sous neuroleptiques et anti-psychotiques, alors qui sont plutôt des femmes d'ailleurs et qui effectivement expriment ce, ce malaise par rapport à la prise de poids, souvent en me prenant à partie en me, en me disant « mais regardez-moi, euh je peux plus rentrer dans, dans mes vêtements, regardez », euh, c'est, c'est, c'est l'image qu'elles donnent d'elles-mêmes, euh elles en souffrent. Ca c'est certain. Au point même de vouloir parfois euh arrêter les traitements. Alors moi je suis un petit peu impuissante en fait avec ces, ces patients là, dans le sens où ce n'est pas moi qui gère le traitement. **Observation : SV acquiesce** . J'en ai plusieurs comme ça. Et euh, contrairement aux, aux anti-dépresseurs où finalement j'ai une possibilité plus, plus facile euh, je dirais d'action, euh, de, d'éventuellement changer un traitement, là je, ce sont des patients, où je sais pertinemment que si je, enfin je ne cherche pas à toucher les, les, les traitements de peur de les, les déstabiliser et en p..., et d'ailleurs, bon, ce, c'est des traitements qui datent euh de plusieurs années, ils ont des suivis réguliers. Par contre, c'est vrai que je suis sollicitée régulièrement euh pour ce problème là, le problème du poids. Et euh, alors j'essaie de de de, de voir avec eux de voir ce qu' on peut envisager en dehors des, des, des thérapeutiques. Euh, on avance souvent ...

Observation : CV acquiesce pendant que MG parle.

PLM : attends, je vais, je vais t'arrêter tout de suite parce que la prise en charge c'est après.

MG : ah oui, c'est après. Après. D'accord. Mais euh, c'est, c'est souvent quand même toujours ce qui est exprimé, c'est, c'est l'image de leur corps par rapport à elles-mêmes et par rapport aux autres. Moi je, souvent euh, c'est comme ça qu'elles me sollicitent. Et euh, pour les anti-dépresseurs, c'est nettement... nettement moins marqué et peut-être aussi parce que euh moi je sais que aussi j'anticipe euh ... avant même la mise du traitement. Si je sais que... qu'une femme est très attachée à son, son, son image extérieure, et je, je, je vais choisir volontairement certaines molécules plus que d'autres. Enfin je trouve qu'on a plus de ... Et puis, c'est moi qui agit alors qu'au niveau des, des anti-psychotiques et neuroleptiques c'est pas moi le prescripteur. Donc, en fait je ne suis ..., alors ça, par contre ça, ça me gêne parce qu' effectivement en tant que médecin généraliste y a aussi tout, tout, tout le cortège euh de symptômes autres qui peut accompagner ces surpoids, euh l'HTA, la..., alors j'essaie de prendre en charge cette partie-là. Mais euh, c'est ..., c'est vrai que je su..., je me sens parfois un peu impuissante. Enfin, on, on trouve des solutions autres, mais au niveau, euh, c'est plus au niveau de la thérapeutique, c'est pas moi le prescripteur en l'occurrence.

EB : oui, alors euh par rapport à ce problème, y a deux pers... deux types de personnes. Des personnes qui sont sensibles à l'image d'eux-mêmes et d'autres qui sont peu sensibles à l'image d'eux-mêmes. Que ce soit homme ou femme, moi je, je, je, je crois pas qu'il y ait que des femmes qui soient sensibles à l'image de soi. Je crois vraiment que les hommes aussi, et certains hommes sont mêmes très, euh c'est très important pour eux. Les doléances que l'on a par rapport à ces, euh à ces problèmes, ça va du simple, « oui je grossis », « vous avez vu Docteur j'ai pris du poids », euh « je me sens un peu plus en...enveloppé », « est-ce que l'on pourrait changer de médicament ? », jusqu'à euh : « faut m'arrêter ça Docteur, parce que ... je veux plus le prendre, ça me fait trop pren... trop prendre de poids ». Je sais pas si vous avez eu ce genre de choses, moi j'en ai eu à plusieurs fois. Et alors là où on est très di... c'est très délicat, c'est que c'est pas nous qui avons prescrit souvent le neuroleptique. Euh, donc là, on nous balance, en nous de..., e, nous disant « nous, je ne veux plus en prendre ». Alors euh, là c'est toute une euh, discussion qui va falloir faire, il va pes..., falloir peser avec les uns et les autres et la balance est extrêmement intéressante en mettant le poids du problème de l'un et de l'autre. Pour ce qui est euh de savoir si

288 ça me gêne ou si ça gêne plus les patients. Je pense qu'à partir du moment où ils sont sensibles à
 289 l'image de... euh à leur image, moi ça me gêne. S'ils sont peu sensibles et qu'ils ont pris vraiment
 290 beaucoup de poids, je vais de moi-même euh essayer d'intervenir. Mais s'ils sont peu sensibles et
 291 que je vois que c' est pas une prise de poids importante, je vais laisser faire. Donc, c'est vraiment
 292 euh cas par cas et je ne pense pas qu'on puisse euh mettre une euh, une règle euh sur ça.
 293 MJG : donc, plus on parle, plus moi je pense que j' ai de plus en plus de psychotiques, j'en ai
 294 plusieurs en tête. Je pense qu'ils sont tous gênés par le problème de poids, enfin, en grande
 295 partie, d'une façon générale à 90 %, donc euh ça me gêne qu'ils ne soient pas bien dans leur peau.
 296 Ça pose des problèmes euh au médecin aussi, parce qu'il y a des problèmes métaboliques et des
 297 problèmes euh d'hypertension souvent. Donc, pour ce qui est des psychotiques, c'est sûr que l'on
 298 ne peut pas gérer les choses, c'est le psychiatre qui met le traitement, donc euh c'est difficile
 299 pour nous de gérer ça. Par contre pour les patients qui sont sous anti-dépresseurs, je pense qu'on
 300 peut les changer facilement et ... et revoir le problème.
 301 MM : oui, je, je suis un peu... je suis un peu perplexe pour répondre à ça parce que j'ai
 302 relativement peu de plaintes en ce qui concerne les pertes de ... euh les prises de poids, et moi
 303 j'aurais tendance à dire une chose qui va peut-être choquer tout le monde, c'est que
 304 généralement les psychotiques qui se plaignent de leur prise de poids, c'est parce qu'ils sont
 305 encore pas très bien équilibrés par leur traitement anti-psychotique, et qu'ils ont encore des
 306 pulsions qui vont dans un sens ou dans un autre, et en particulier dans le sens de euh, de
 307 l'observation euh ... d'eux-mêmes d'une façon, on va dire, encore assez euh, a... assez
 308 psychiatrique ou assez peu euh cassée. J'ai aussi souvent l'impression que le , ..., pour aller dans le
 309 sens de ce que je viens de dire, que la revendication « prise de poids chez le psychotique arrêt de
 310 traitement », c'est aussi le fait que la maladie derrière est en train de pousser et continue à
 311 pousser, et qu'on a pas suffisamment douché, excusez le terme, mais c'est celui que je, que j'ai
 312 sous la main, qu'on n'a pas suffisamment douché le patient pour qu'il puisse euh effectivement
 313 passer un peu à autre chose. Et euh moi dans ces cas là, j'ai tendance à revoir avec le psychiatre
 314 les choses, pour que plutôt que de changer, on accroisse les doses et qu'on prenne les choses un
 315 peu plus en, un peu plus en main, parce que je suis quand même obligé de penser et ça
 316 malheureusement, bon c'est, c'est mon âge et le temps que j'ai passé là-dedans, je suis obligé de
 317 penser en permanence à la dangerosité éventuelle de ces patients si leur traitement n'est pas
 318 suffisamment euh contrôlant pour leur comportement. En ce qui concerne les..., en ce qui
 319 concerne les dépressifs, euh lorsqu'il y a prise de poids, moi j' avoue que je m'en sers, euh dans le
 320 cadre de la psychothérapie que je mets en place, pour être un des objectifs qu'on va devoir
 321 atteindre après la phase aiguë, à partir du moment où on commence à faire un peu le point sur ce
 322 qu'est la personnalité de l'individu, son approche de..., son approche de la vie, sa manière de euh,
 323 de se considérer par rapport aux autres et dans ces conditions-là, à ce moment là, on met le
 324 poids en balance éventuellement. Ceci étant, euh, moi je dois dire que finalement, bon peut-être,
 325 peut-être pas à cause de mon approche de départ, mais j'ai relativement peu de gens qui se
 326 plaignent de leur poids sur mes, je sais pas, sur mes 60 % de patients sous thérapeutiques
 327 psychiatriques diverses, quoi.

Observation : MG hausse les sourcils.

328 FAM : oui, en ce qui me concerne, le, le problème du poids, je ne l'ai pas rencontré véritablement
 329 chez le psychotique. Il ne se, il ne se plaint pas véritablement. Moi je ne l'ai pas trouvé, je n'ai pas
 330 trouvé pour l'instant de psychotique venant disant « voilà, je suis trop gros ou trop ceci ». Euh,
 331 par contre, éventuellement peut-être chez le dépressif, on peut être plus amené à avoir euh un,
 332 un problème concernant le poids, une démarche sur le poids, une euh, c'est plus, c'est plus franc
 333 chez le, chez le dépressif que chez le psychotique ; le psychotique remet pas véritablement son
 334 corps en avant. Moi, je le ressens plutôt comme ça. Euh ça me gêne effectivement quand je vois
 335 un psychotique énorme, de par son traitement ou autre, euh sur le plan des répercussions

organiques qui peuvent être là. Et enfin le problème du poids, effectivement c'est pas un problème de femmes, c'est également un problème d'hommes, s'il doit y en avoir. Voilà.

MJG : excuse-moi, mais tu parles des psychotiques que tu vois au CHS ou en ville ?

FAM : non je parle des psychotiques que je suis amené à voir en ville..., en ville hein.

JYD : moi je, bon au fur et à mesure que je réfléchis un peu sur les personnes que j'ai dans ma clientèle, j'en, j'en vois encore moins que ce que j'avais annoncé au départ. Mais bon, je, on arrive pas forcément à faire un listing de ses patients d'un, d'un coup d'un seul. Pour revenir donc aux anti-psychotiques, parce que je parle forcément de psychotiques, moi j'ai l'impression que j'ai des patients qui ont été mis sous anti-psychotiques ou anti... enfin ou neuroleptiques qui ne sont, qui sont pas forcément des psychotiques en tant que tels. Enfin, bon c'est l'impression que j'avais, c'est pas moi qui ai forcément initié les traitements. Ceux que, qui me viennent en tête, ceux et celles, enfin surtout..., les 2, euh, me, me parlent quand même de plaintes au niveau du poids effectivement, et d'image de dégoût, en fait, j'en ai vraiment plusieurs dont, qui, qui se dégoûtent par, de leur propre image corporelle, mais également d'une fatalité, c'est-à-dire que, il n'y a vraiment pas de combat. **Observation : MJG pas d'accord.** Ils, ils, on leur a ressassé que c'était le traitement. On leur a ressassé tellement, également, que le traitement, il fallait qu'ils le continuent, donc je crois qu'ils ont une espèce de, ... , voilà de fatalité par rapport à ça. Et pour moi, c'est pas motif de consultation. C'est-à-dire que c'est souvent exprimé à l'occasion d'une consultation, mais ils ne viennent pas pour ça. Enfin, je ne me rappelle pas que certains soient venus pour ça. A chaque fois au moment où j'ai tendance souvent à l'examen, je les fais monter sur la balance, etc, et c'est vrai que le fait de monter sur la balance met en avant cette problématique qu'ils, qu'ils expriment à cette occasion-là. Alors c'est vrai que, donc il y a une plainte de leur part à ce niveau-là, mais qui n'est pas un motif de consultation. En ce qui me concerne moi, euh, ben effectivement, comme Marie le disait tout à l'heure, c'est vrai qu'en tant que médecin généraliste, moi je suis, je suis quand même un petit peu inquiet par rapport aux risques euh ... pour eux, effectivement, de, de, de leur, de leur personne en entier, effectivement, pas uniquement de leur tête mais également de leurs genoux, euh, de leur cœur et c'est vrai que peut-être ma déformation de médecin du sport essaie toujours de, ben de trouver le compromis. Je leur dis : on ne peut pas arrêter votre traitement, à priori, enfin, ou en tout cas ce n'est pas moi qui en ai la maîtrise, les effets indésirables, ils sont là, il y a quand même moyen, alors c'est vrai leur demander des efforts diététiques purs, c'est pas forcément évident parce que souvent effectivement l'alimentation fait partie un petit peu des remparts euh et des, des, des facteurs de bien-être qu'ils ressentent et donc c'est vrai que j'essaie de les motiver moi pour les faire bouger, ce qui fait à défaut de leur faire perdre du poids, de toute manière, diminue leurs, leurs facteurs de risque cardio-vasculaires. Euh, c'est vrai que, bon, ce, ce, ce problème de poids en ce qui concerne, moi, mes patients qui sont vraiment psychotiques et sous traitement ont été effectivement des motifs d'arrêt. Moi, je suis toujours quand même, je, j'ai pas encore beaucoup beaucoup d'ancienneté, mais j'ai quand même, et puis c'est vrai que notre sélection de, de psychotiques en ville, moi je suis toujours assez éberlué par la puissance de ces médicaments sur, enfin l'efficacité qu'ils ont. **Observation : MM + MG + CV d'accord.** Même j'ai des patients qui sont pourtant vraiment très atteints, et quand ils sont sous traitement et bien suivis, euh je les, on peut les considérer en conversation comme complètement normaux, et, et, et les rechutes pour moi, pour ces patients que, que j'ai en tête mais qui ne sont peut-être pas la sélection globale de ceux qui traînent effectivement dans les services, euh effectivement dès qu'ils ont l'occasion d'arrêter, ne serait-ce qu'une semaine, leur traitement et puis bien sûr le délire reprend le dessus, et du coup ils reprennent plus, et ils retombent dans leur paranoïa ou autre, euh font que là on les redécouvre comme des gens complètement entre guillemets « fous », alors que le reste du temps, ... enfin, moi c'est ce que je retiens un petit peu des nouvelles thérapeutiques, et malgré tout, malgré tout des effets indésirables, même s'ils sont présents, qui sont quand même moins importants qu'autrefois. Pour revenir aux anti-dépresseurs,

386 effectivement, ben moi je redis que j'ai pas vraiment euh ..., de, de problématique, si ce n'est
 387 effectivement la crainte ... à l'introduction du traitement, exprimée, « est-ce que ça va me faire
 388 prendre du poids » effectivement. Et donc là, je suis quasiment obligé de mettre mes, ma
 389 chemise en garantie, en leur disant que (rire) que effectivement on va essayer pour que ce ne
 390 soit pas le cas. Mais, euh, c'est, c'est une crainte.
 391 Changement de face de la cassette.

392 JYD : ...remarque : euh, euh en refaisant le listing de mes patients ou patientes psychotiques, j'en
 393 ai une actuellement qui est pourtant traitée de manière complètement égale et qui a passé des
 394 vacances en Tunisie euh récemment. Elle a été hospitalisée pour un problème purement
 395 somatique, et elle est complètement tombée amoureuse d'un médecin Tunisien. Alors je sais pas,
 396 j'ai peur de la décompensation. Mais elle est partie dans un trip, elle se retransforme, elle est en
 397 train de reperdre du poids malgré son traitement qu'elle prend réellement, tout ça pour l'amour.
 398 Donc peut-être que l'amour fait partie également, en plus de la marche, des thérapeutiques.

399 **Observation : approbation de 5 personnes.**

400 MG : je voulais juste préciser que tout à l'heure, quand j'avais parlé de femmes, euh, ou de ..., en
 401 fait c'est uniquement par rapport à mon, mon expérience personnelle, hein. C'est juste parce que
 402 les, les patie... , les, les, les patientes auxquelles je pense, en l'occurrence, sont des femmes. C'est
 403 tout. Mais ça n'avait rien de général, (rire). **Observation : rires.**

404 CV : moi je voulais dire comme mon collègue, euh ..., qui a une cravate, je ne connais pas son
 405 nom ...

406 PLM : Marc.

407 CV : ... qu'effectivement mes, mes patients psychotiques qui venaient se plaindre de poids, les
 408 vrais psychotiques, hein, parce qu'il y a un degré aussi je pense dans le, dans les traitements, sont
 409 en général pas équilibrés dans leur tête, et et le grand risque c'est aussi la crainte qu'ils arrêtent
 410 leur traitement. Et en général, souvent, quelques semaines après, on apprend qu'ils ont été ré-
 411 hospitalisés et ça rejoint un peu euh.... Voilà.

412 EB : oui, moi je dirais un peu l'inverse. Euh ... Je prends le cas d'un jeune homme là que j'ai sous la
 413 ..., que j'ai en tête. Ce jeune homme, de lui-même, s'est aperçu qu'il avait pris du poids et donc a
 414 diminué ses neuroleptiques, jusqu'à arrêter, et euh, disant qu'il prenait ses neuroleptiques alors
 415 qu'il les prenait pas et il a fait une rechute. Donc ... c'est bien parce qu'il avait de lui-même, il
 416 s'était aperçu qu'il avait pris du poids, euh qu'il a arrêté son neuroleptique. Je ne crois pas
 417 personnellement que je jugerais l'efficacité d'un neuroleptique euh au fait qu'il vienne me dire
 418 qu'il prend du poids avec un neuroleptique. Ca, j'avoue que non, certainement pas.

419 JYD : moi je vais refaire une petite remarque auquel je viens de penser. Effectivement, il y a
 420 quand même ..., on n'a pas parlé finalement des deux grandes classes de neuroleptiques en dehors
 421 du fait des anciens et des nouveaux, finalement c'est les, les, les neuroleptiques retard qu'on fait
 422 en injection, et finalement tous les nouveaux, (**observation : 3 personnes acquiescent**) parce
 423 que euh, ce qui est clair c'est qu'effectivement les anti-psychotiques pour moi font quand même
 424 moins grossir, et euh la seule problématique, c'est pour l'instant qu'il n'existe pas de forme
 425 retard, et pour ce problème effectivement de l'observance et de la potentielle dangerosité par
 426 rapport à eux-mêmes ou par rapport aux autres de l'observance du traitement, euh ..., je dirais
 427 quelque part quand ils, quand ils ont tendance effectivement à ne plus le prendre et à récidiver
 428 plusieurs fois, la « sanction » entre guillemets peut être de, de, de retourner à du PIPORTIL* ou
 429 autre neuroleptique retard qui, là par contre sont sans pitié pour la prise de poids, quoi. Et si on
 430 pouvait trouver des, des neuroleptiques de nouvelle génération en retard, ça serait pas mal.

431 PLM : bien, et ben on va faire la transition avec la 3^{ème} question. Euh, donc, j'ai bien entendu que
 432 vous aviez des difficultés parce qu'en général vous n'étiez pas euh, les personnes qui avaient initié
 433 les traitements, et quand vous aviez cette doléance par rapport au poids, vous étiez un petit peu
 434 gênés, mais malgré tout j'aimerais que vous me livriez vos, votre façon de faire face à toute
 435 cette prise de poids, c'est-à-dire vous êtes obligés de garder le « traitement » entre guillemets.

436 Donc en attendant la négociation, peut-être, éventuelle, avec votre psychiatre référent, qu'est-
 437 ce que vous mettez en place comme stratégie pour faire face à ce problème ? ..Jean-Yves.
 438 JYD : ça rejoint un peu à ce que je disais tout à l'heure, effectivement, (rire) j'ai débordé sur la
 439 question.
 440 PLM : tu n'es pas obligé de te répéter, hein.
 441 JYD : voilà, donc euh, voilà, effectivement si on ne remet pas en question le traitement, euh, bon
 442 c'est simple hein, c'est une question de balance: y a les entrées, y a les sorties. Euh ... si on , on a
 443 du mal à ... vraiment maîtriser les entrées, j'essaie d'augm..., de faire augmenter les sorties. Voilà,
 444 si on peut, je peux aller faire simple, sinon effectivement pour certaines personnes je peux leur
 445 donner au moins des conseils euh, à leur demande, s'ils veulent vraiment des renseignements ou ou
 446 euh ..., ou autre pour, pour perdre du poids. Bon il y a, euh ... C'est vrai que, euh ... la, la perte du,
 447 la perte de poids chez quelqu'un qui euh, qui a un traitement, notamment avec une grosse partie
 448 dépressive, inquiète toujours un peu, notamment le psychiatre, qui voit ça pas forcément d'un
 449 très bon œil, paradoxalement, parce qu'il a toujours peur effectivement d'une, d'une
 450 décompensation, et c'est vrai que euh ... dans ce contexte-là j'attends ... souvent quand même
 451 effectivement au niveau des, des patients déprimés hein, vraiment les gros dépressifs, moi je ne
 452 parle pas des psychotiques, j'attends un équilibre parfait de la dépression pour envisager à ce
 453 moment-là, euh ..., la, la, l'initiation de, et tout en douceur d'un traitement à ce moment-là
 454 diététique que je pourrais éventuellement mettre en place.
 455 FAM : fff ... Pas facile, hein. **Observation : 2 personnes confirment de la tête.** Euh, c'est, ...
 456 (se racle la gorge). C'est le dialogue. Faut dialoguer, dialoguer, dialoguer,...et euh, et c'est...
 457 effectivement il faut voir euh , ... le risque, le bénéfice et puis arriver à convaincre plus que tout.
 458 Voilà, convaincre euh... Mais j'ai, j'ai pas, (rire), j'ai, j'ai pas de ..., aucun d'entre nous, je pense,
 459 aucun d'entre nous n'a de recette miracle, moi je fonctionne dans le dialogue, j'essaie de les
 460 convaincre. Voilà. Mais ça s'arrête là. Et ... c'est, c'est pour moi la méthode la moins mauvaise ... le
 461 dialogue.
 462 MM : oui, moi je suis comme mon collègue effectivement. J'utilise beaucoup le dialogue. Alors je,
 463 je suis désolé vis à vis de, de Mr BRANTHOMME, mais en général chez les psychotiques, je
 464 monte les doses de neuroleptiques euh ... actuels ... pour augmenter un petit peu l'efficacité du
 465 traitement. En général, la plainte sur le poids disparaît. **Observation : 2 sourires**
 466 **désapprobateurs.** Euh, en ce qui concerne les autres, et bien c'est le dialogue, c'est le contrôle
 467 euh médical par rapport aux risques autres, qu'ils soient cardio-vasculaires ou, ou ostéo-
 468 articulaires. Et, euh, comme je vous ai dit tout à l'heure, pour les, pour les dépressifs, c'est un
 469 des éléments de, du challenge de la prise en charge psychothérapique.
 470 MJG : moi je ne suis pas tout à faire d'accord avec mon collègue de gauche, non plus, parce que
 471 j'ai quelques patients que je pense équilibrés et qui viennent se plaindre de leur problème de
 472 poids, et je pense pas que c'est en augmentant leur euh... traitement qu'on va améliorer leur
 473 problème de poids. Je sais pas. Enfin, j'ai pas assez d'expérience en sans doute derrière. Donc
 474 moi, j'essaie de faire l'enquête diététique, j'essaie de corriger les erreurs diététiques, je les
 475 encourage même si je suis pas médecin du sport à leur faire une activité physique, à voir ce qui
 476 leur convient. Et puis voilà hein. ... On essaie de faire au mieux.
 477 EB : question difficile.... Pour les anti-dépresseurs, je n'en parlerai pas parce que c'est à mon avis
 478 hors sujet. Anpsy, anti-psychotiques, neuroleptiques, ... ben j'essaie de trouver la dose, alors tout
 479 dépend. Evidemment, si la personne est équilibrée, euh psychiquement, si elle va bien, si elle me
 480 dit qu'elle prend du poids, moi je vais essayer de diminuer, de trouver la dose la plus faible avec
 481 laquelle il se sentira bien, tout en, c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est la balance. Alors on
 482 va essayer de mettre en balance les choses. D'un côté l'intérêt du neuroleptique, l'intérêt d'avoir
 483 un bon équilibre psychique, de pouvoir continuer à travailler, de comp... de continuer à avoir une
 484 vie familiale, etc.....Et de l'autre, si on arrête, le risque de se retrouver à l'hôpital, d'être euh de
 485 nouveau très mal. Donc on met ça dans la balance d'un côté. Et puis de l'autre eh bien on met les

effets secondaires, parce qu'il n'y a pas que celui-là. Y a le problème aussi des, ... euh, notamment euh ...sexuel, qui est quand même important, de la libido et autre. Donc, on va mettre dans l'autre par... plateau de la balance les problèmes euh, d'effets secondaires, notamment de poids, et on va voir ce que l'on va pouvoir faire, là aussi. Si on prend trop de poids, quel est le problème qui va se poser ? Quels sont les problèmes ? Comm... est-ce qu'on peut modifier ? Qu'est-ce qu'on peut modifier ? Comment on peut modifier ? Et je crois que c'est effectivement dans le dialogue entre ces 2 parties de la balance qu'on peut arriver à quelque chose d'intéressant. Pour les ... thymo-régulateurs, là on est sur les c'est les troubles bi-polaires. Euh c'est encore totalement autre chose. Euh, d'un côté euh, on peut faire tout à fait la courbe de l'... , de sa vie avec les parties dépressives, les parties euh de, ... euh ...d'excitation, et voir quand est-ce qu'il est bien, et quand est-ce qu'il est bien avec le traitement, comment on peut faire pour modifier les choses. Je crois que c'est ... cas par cas, c'est ... problème par problème, et euh, c'est avec la balance que moi je me retrouve le mieux, parce que ça leur permet de comprendre aussi qu'ils ont euh, une capacité de modifier les choses s'ils le désirent. Donc c'est pas simplement le rôle du médecin, c'est le rôle du patient qu'il faut essayer de mettre en place. Mais il faut qu'il soit équilibré pour le faire au départ. Ca c'est clair. S'ils ne sont pas équilibrés, ce n'est pas la peine.

Observation : MM incrédule voire ironique, MG d'accord.

MG : bon ben pour moi, je peux dire, enfin si je me réfère (rire) au dernier cas que j'ai en tête, euh, que, c'est essentiellement aussi le dialogue qui permet de, de , de trouver un, ... je dirais un... la meilleure des solutions, parce que c'est pas toujours euh Alors c'est vrai aussi que quelquefois je me suis aperçue, enfin je me retranche souvent sur le fait, avec ces patients, de Enfin, je, je leur expose mon impuissance souvent dans ces cas-là. C'est-à-dire que je leur d..., je leur dit, « ben oui, euh moi je suis votre généraliste, mais par rapport à ce traitement là, moi j'y, j'y peux pas grand chose ». Et cette dame dont je parlais tout à l'heure, la semaine dernière, ... pour laquelle le psychiatre m'a appelée en me disant « bon, elle m'a envoyé une lettre recommandée, elle fait plus son s..., son suivi, elle a ..., elle arrête les injections » Ca c'est déjà reproduit plusieurs fois pour elle . C'est quelqu'un qui est suivi depuis de très nombreuses années, à chaque fois on repart dans le même schéma et quelques semaines après on se retrouve avec une hospitalisation euh... Et puis finalement, bon, euh, je suis passée la voir, je lui ai simplement dit que toute façon, moi j'étais, j'étais impuissante par rapport à ça, mais que bon on risquait de, de, de connaître les, les mêmes mésaventures (rire) que les autres fois. Et puis euh, finalement elle m'a rappelée, alors euh, en me disant que, ... elle acceptait finalement de, de, de continuer son suivi. Comme quoi euh ... Mais euh, ... pour cette dame là qui est suivie depuis des années, je pense pas que ce soit l'augmentation là non plus des doses euh Euh, c'est vrai que, à chaque fois euh, son suivi psychiatrique fait qu'on diminue un petit peu et puis quand on atteint effectivement peut-être certaines fois, certaines doses insuffisantes, on aboutit toujours à ce désir pour elle d'arrêter complètement le traitement. Mais n'empêche que bon euh,... c'est vrai que c'est cyclique, mais là en l'occurrence, elle a..... Alors moi, je crois, oui, je crois vraiment au dialogue dans ces situations là pour essayer.... Et puis mon, ma ... Donc j'avoue mon impuissance par rapport à la thérapeutique, et puis je leur dis que ben moi ce que j'ai à leur proposer c'est effectivement plutôt de l'e..., l'exercice physique. Alors la marche, moi je suis euh ... ça reste quelque chose, peut-être parce que je pratique moi-même cette chose régulièrement, et que je peux exprimer plus facilement euh, ce que ça représente pour moi. Je, je dialogue autour de ça et j'ai certains euh, patients qui euh ... qui y trouvent aussi leur compte, aussi bien ph... physique et aussi parfois euh psychologique, euh la marche...euh d'autres euh.....Voilà, mais, mais surtout le dialogue, il n'y a pas de recette, enfin, c'est On essaie de trouver une solution la la moins mauvaise pour euh chacun quoi (rire). Voilà.

MM fataliste.

SV : Moi, ce sera, ça évidemment, c'est la partie la plus difficile. Je pense que ça dépend énormément de, de , de, de chaque cas. Euh, moi, je pense en général, ce que je fais, c'est j'essaie

534 de ... de décentrer le, le, le problème euh justement du, du poids et des ... des médicaments pour
535 pas essayer les, les faire se, s'affronter, euh en présentant le, le traitement : toute façon, il faut
536 le prendre, il faut le continuer. Ca, euh, je le présente comme assez difficile à négocier, en tout
537 cas euh, à la baisse. Enfin bon, je parle pour les psychotiques qui ont un traitement au long cours
538 en particulier. Et euh, ... après le problème de poids, euh j'essaie de, de voir ça d'une façon plus,
539 plus globale sur le, l'individu, son comportement, de pas me fixer là-dessus, essayer de voir s'il n'y
540 a pas quelque chose, un facteur déclenchant, quelque chose euh, j'essaie de décentrer de, du, du
541 problème du poids qui à mon avis, enfin je sais pas, souvent est pas vraiment le ... , c'est la plainte
542 peut-être, mais moi je considère pas que c'est, c'est généralement la, la, la demande, que la
543 plainte c'est plutôt un mal être et puis que bon, après il faut essayer de... enfin bon, je le
544 présente comme ça au patient. Bon, ça revient à ce que tout le monde a dit, euh c'est centré sur
545 le dialogue etc..... et puis bon après on voit, on voit ce qu'il en advient et ce qu'on peut demander
546 ou ce qu'on peut pas demander vraiment en fonction de la personnalité quoi de celui qui est en
547 face quoi.

548 CV : pour les dépressifs qui se plaignent de problèmes de poids, moi je propose un changement de
549 traitement si c'est possible. Euh, ce sont des gens avec qui on peut discuter, ce ne sont pas des
550 gens malades comme des psychotiques, donc je leur parle diététique, je leur parle marche à pied,
551 parce que moi le sport c'est pas trop mon truc, hein (rire). Et puis éventuellement je les envoie
552 chez une diététicienne. Par contre, chez les psychotiques vrais, qui font 100 kg, qui prennent
553 beaucoup d'HALDOL, enfin maintenant c'est plus trop l'HALDOL, hein, le ...le CLOPIXOL, etc, euh
554 j'essaie justement de dédam.. de dédramatiser et de les rassurer parce que j'ai très peur qu'ils
555 arrêtent leur traitement, donc je rejoins ma voisine. Je leur dis, « je ne touche jamais à un
556 traitement psychotique, jamais, jamais », je les renvoie un petit peu chez le psychiatre, enfin je
557 les renvoie pas chez le psychiatre, je leur ai dit d'en parler au psychiatre, et surtout je les
558 rassure pour pas qu'ils euh, ... qu'ils aient envie d'arrêter, et qu'ils soient en rupture de soins, c'est
559 le mot actuel (rire) que l'on entend beaucoup, rupture de soins, qui ne veut plus, ... et parfois ils
560 ne veulent même plus voir le psychiatre, parce qu'ils ont dans l'idée que c'est le psychiatre, c'est
561 le Dr un tel qui les a fait grossir, et ça je trouve ça très dangereux, parce que ça euh, ... après on
562 est appelé la nuit pour des P O, on est appelé pour des (rire), et c'est quand même c'est assez
563 redoutable parce que ces gens là on se rend compte que, ... c'est difficile de les guérir quoi hein....
564 On les s..., on les soigne mais euh....

565 DD : donc euh, enfin moi, je suis comme pas mal de mes collègues. Je touche pas aux traitements
566 euh anti-psychotiques, euh... parce que euh j'ai une attitude assez ferme avec les patients. Euh,
567 je leur dis que si ce traitement leur est prescrit, c'est que c'est nécessaire, et puis en plus moi
568 j'ai pas du tout la sensation de, de, de maîtriser ces, ces thérapeutiques pour pouvoir les, les
569 bidouiller, donc euh, je suis intransigent, et par rapport au traitement et au bien-fondé de ce
570 traitement euh, j'essaie de, au contraire euh ...euh ... euh ... de leur donner confiance en leur
571 psychiatre et en leurs compétences. Et puis donc pour euh, la perte de poids euh, je n'ai jamais
572 prescrit de médicaments pour la perte de poids. Donc bien sûr ça passe par le dialogue. Euh, et
573 donc j'essaie de voir concrètement euh, les, les gros écarts qu'on peut éviter, donc tout ce qui est
574 les sodas, les, les grignotages, euh aussi je, j'aime bien discuter de, de cuisine, savoir euh, ce
575 qu'ils mangent où est-ce qu'ils font leurs courses, qu'est-ce qu'ils achètent et puis essayer de
576 partir à la base par rapport aux achats et puis euh, parce que souvent ils sont un peu paumés, et
577 ... ils prennent du tout fait avec des trucs super salés, hypercaloriques. Et euh, ben j'essaie de
578 parler courses avec eux, leur dire qu'ils peuvent aller le jeudi matin sur le marché place de l'église
579 et ils en auront pas pour plus cher, et ... voilà.

580 PLM : Merci. Donc en terme de conclusion, je vais vous demander de, de vous projeter un petit
581 peu et de , de nous faire des propositions, hein, euh d'amélioration de la situation, ce que vous
582 envisagez comme propositions pour améliorer, c'est sûr il y a quelques-unes qui ont été euh, qui
583 ont été déjà énoncées, hein, d'améliorer la coordination avec le psychiatre, de renforcer la

584 confiance dans le traitement, etc....Enfin bon. Qu'est-ce que vous voyez comme amélioration
585 possible, pouvant aller justement à la prévention ? On a aussi entendu tout à l'heure là des, peut-
586 être changer le type de médicaments ?, inventer des nouvelles thérapeutiques ?. Enfin bon, vous
587 avez libre choix ... de votre réflexion.

588 DD : ben euh, moi je suis un petit fataliste. J'ai pas l'impression qu'on peut révolutionner les
589 choses. Euh J'ai pas de problèmes euh ... d'entente avec mes collègues psychiatres parce que
590 je décroche assez facilement le téléphone. Donc je vois, je peux pas améliorer le, ce réseau là. Le
591 réseau est bien.

592 PLM : alors je, je, je me suis peut-être mal exprimé. Euh, si t'avais des, des, des
593 recommandations de bonne pratique, si tu veux, pour essayer de, d'améliorer ce problème de, de
594 prise de poids, qu'est-ce que tu ferais comme recommandations ... à tes autres confrères
595 professionnels ?

596 Silence

597 PLM : Si tu penses à rien, tu peux passer ton tour et puis attendre.

598 DD : je passe mon tour (rire).

599 PLM : Voilà.

600 CV : euh je vais peut-être passer mon tour. Je recommanderais de ne plus utiliser les anciens
601 neuroleptiques, mais dans ce cas là il faudra en inventer des nouveaux (rire). Entre autres, euh,
602 l'HALDOL à grosses doses, le PIPORTIL, euh c'est vrai que quand on a 15 ans d'expérience, on en
603 a, on a vu beaucoup de gens dessous, y a encore des gens qui, qui ont des injections. Sinon, je
604 fais confiance à mes, mes collègues, donc je ne donne pas de recommandations (rire).

605 SV : je suis aussi un petit peu sèche là-dessus. Euh, par contre, euh oui effectivement peut-être
606 quand même, bon comme tu le disais décrocher facilement le téléphone euh, bien connaître les
607 psychiatres euh, pas hésiter à les appeler ou à leur faire part de nos craintes ou, ou de voir avec
608 eux comment est-ce que l'on pourrait euh, on pourrait prendre en charge le problème d'une façon
609 un petit peu euh cohérente. Bon alors après, y a toujours forcément le souhait d'avoir une
610 nouvelle molécule miracle. Mais ça.

611 MG : oui ben moi aussi, je redirais à peu près la même chose que vous, je me retrouve plutôt
612 aussi, oui, dans le dialogue avec les psychiatres puisque c'est souvent eux qui initient ces
613 traitements là. Et je pense qu'effectivement euh, c'est intéressant de pouvoir échanger euh, et
614 se dire que certains supportent plus justement certaines choses, on arrive comme ça en
615 dialoguant à apaiser, à trouver des, ... à passer des caps, je dirais, voilà mais je ne donnerais pas
616 de conseils euh....

617 PLM : bon, toi qui est une marcheuse professionnelle, tu recommanderais pas à tes patients de
618 marcher, par exemple ?

619 MG : (rire) non ben je suis pas marcheuse professionnelle, non, mais je leur recommande oui, mais
620 ça c'est parce que ça, c'est, ... parce que ça me paraît une un exercice physique accessible à tous,
621 et puis parce que je pense que ça peut être aussi une aide autre, alors celle, celle-ci je peux
622 l'exprimer parce que je la connais, alors, mais ça c'est du domaine du dialogue, de l'échange euh
623 entre 2 individus, mais ça n'a, je dirais que ça n'a rien avoir avec une recette quelconque médicale.
624 C'est, c'est parce que je suis face à quelqu'un qui me demande euh, ... et puis j'essaie de trouver
625 euh, dans ce que moi je vis, quelque chose qui pourrait peut-être euh, ... euh ... l'aider
626 éventuellement ou correspondre, en sachant que souvent j'essaie plutôt de savoir ce que lui il
627 aimerait euh, c'est plutôt, c'est plutôt ce que je cherche en général euh, à connaître, ce qui
628 pourrait correspondre à une solution pour lui, quelle serait sa solution ?, mais ça c'est pas
629 toujours évident. Donc parfois on est amené à utiliser ce qu'on connaît soit, et euh, pour essayer
630 euh, mais ça c'est plus du domaine je dirais, ... c'est plus de l'échange et du dialogue.

631 PLM : donc tu lui as dit, enfin tu viens de dire là : « lui demander sa solution », c'est quelque chose
632 que tu fais systématiquement ou pas ? Quelles solutions il envisage ?

633 MG : euh, oui, ça, pratiquement, enfin, même si c'est pas verbalisé sous cette faç...sous cette, de
634 cette manière-là, c'est euh, généralement, enfin c'est dans tous les domaines je demande aux
635 gens ce qu'ils pourraient trouver eux, ce à quoi ils ont, ils penseraient pour euh, comme solutions à
636 leurs, à leurs problèmes. Mais ça je le fais tout le temps, dans tous les domaines, parce que je me
637 suis aperçue que souvent moi j'avais pas de solutions pour les gens. Euh, ... je, j'avance après, je
638 dirais un panel (rire) de, de solutions, euh, dans lequel il pourra choisir. Là aussi je laisse souvent
639 choisir, c'est pas, euh, .. ; alors c'est vrai que je, dans les solutions proposées, je, je, si c'est moi
640 qui propose, je vais aller vers des choses que je connais mieux, quoi, mais, mais c'est, c'est juste
641 ça. Mais autrement oui, ça c'est quelque chose que je demande souvent aux gens : quelles
642 solutions eux, ils, ils auraient ? Et c'est très amusant de voir que quelquefois, y a des...alors en
643 matière de surpoids, comme ça, (rire) ça me vient pas trop à l'idée, ... Mais, c'est vrai que parfois
644 les gens ont parfois des, des solutions. Heureusement, d'ailleurs.

645 EB : oui, difficile évidemment de trouver des solutions et des bonnes solutions. Y a pour certains
646 patients, où on a absolument aucun recours, ils ne sont mêmes pas équilibrés, avec des doses
647 épouvantables. Donc là-dessus, on peut strictement rien faire. D'autre part, il faut remettre le
648 pro, le problème du surpoids dans le contexte, car on voit énormément de taba...giques parmi les
649 gens qui prennent des neuroleptiques, à partie ... parmi ces, ces problèmes là. Je trouve que le
650 tabac il fait souvent un peu plus peur même que la prise de poids en elle-même. Ensuite, (soupir)
651 ben c'est le problème de mettre un neuroleptique à bon escient. Je crois que ça c'est important,
652 un petit peu comme un anti-hypertenseur. On est parti pour la vie ou pour une grande partie de la
653 vie. Donc avant de le mettre euh, il faut quand même être sûr qu'il s'agisse bien de ce, d'un
654 problème important et qu'il faut bien le mettre. Ça je crois c'est quand même quelque chose
655 d'important, il faut y penser. Et puis, ben toujours avoir un bon dialogue avec son patient, essayer
656 d'avoir un bon dialogue avec son patient pour pouvoir faire ce que je disais tout à l'heure : la
657 balance en, en lui donnant les avantages, les inconvénients, en lui donnant les tenants et les
658 aboutissants des problèmes, et puis d'être ouvert à ces interrogations parce qu'effectivement
659 c'est pas toujours immédiat lorsqu'ils vont nous parler, de leurs effets secondaires, mais si on
660 est, si on reste déjà en dialogue avec eux, si on accepte de les, d'être ouvert chez ceux qui sont
661 équilibrés, je pense qu'on peut faire pas mal de choses.

662 MJG : bon, je vois qu'il n'y a pas trop de solutions. Alors, puisqu'on n'a pas de thérapeutiques qui
663 ne font pas grossir, pourquoi quand on prescrit un... , pourquoi pas quand on prescrit un, un
664 psychotique, euh faire une démarche aussi diététique avec le patient quand le psychiatre prescrit
665 son théra..., son traitement, pourquoi le patient n'aurait-il pas une consu... une consultation
666 diététique ? **Observation** : JYD d'accord ... Bon ça, pourquoi pas ? Après c'est le dialogue avec
667 le patient nous au cabinet pour essayer de trouver les solutions. Mais est-ce qu'il ne pourrait pas
668 y avoir une solution au départ, ... parce qu'apparemment euh, toutes les thérapeutiques font
669 grossir.

670 MM : oui, moi, moi je crois que ... tout, tout est possible et tout est illusoire en même temps, ...
671 dans la mesure où, euh, l'objectif numéro un, c'est d'essayer de réobtenir, chez le psychotique
672 j'entends hein, mais chez le dépressif d'une certaine façon, de réobtenir un, un, un certain degré
673 d'équilibre et en tout cas une capacité à retrouver une socialisation euh, à la fois confortable
674 pour lui si c'est possible en ce qui concerne le psychotique, mais aussi pour son entourage. Donc,
675 en dehors du, du, du souhait de ma collègue euh pour des, pour des thérapeutiques modernes euh,
676 euh, ... retards, voire aussi après tout pour une, pour que la recherche fondamentale arrive à nous
677 dire ce que c'est la psychose à un moment donné, et qu'est-ce qui manque dans ce cerveau pour
678 que ça fonctionne. Pour le reste, je crois que l'on est obligé de rester avec nos propres
679 ressources. Et euh, moi, j'ai tendance à dire que euh, indépendamment du fait que je leur donne
680 des recettes, qu'on discute beaucoup de cuisine, comme, comme vous hein effectivement et qu'on
681 essaye d'établir des choses, je crois qu'il faut quand même dire une chose, c'est qu'en ce qui
682 concerne les psychotiques en tout cas, ... souvent le problème de la nourriture est un problème qui

683 est un problème, on va dire, pratiquement euh, de phase orale, c'est-à-dire que euh, ils mangent
 684 ce qu'ils trouvent et ... en essayant d'en tirer une relative satisfaction sans qu'il y ait beaucoup de
 685 recherche et sans qu'il y ait beaucoup de volonté d'aller euh, vers euh, ... la solution diététique.
 686 L'autre chose, c'est que je crois qu'il faut aussi essayer de détourner un peu le problème, dans la
 687 mesure où on est impuissant à régler euh, le, le, le, les conséquences de l'efficacité du
 688 traitement, il faut détourner le problème. Moi y a quelque chose que je fais beaucoup et que je
 689 fais un peu pour tout le monde quand même, alors je sais pas comment vous appellerez ça, moi
 690 j'appelle ça, parce que c'est comme ça qu'on dit je crois, l'art thérapie. **Observation : MG**
 691 **approuve.** C'est-à-dire que j'essaie de les orienter fortement vers des activités artistiques de,
 692 de, de tous ordres, indépendamment des activités physiques auxquelles je crois, mais j'ai
 693 toujours pensé que les activités physiques ça laissait quand même la capacité au cerveau de
 694 continuer à tourner à vide ou à tourner à plein comme vous voudrez. Et donc, j'ai tendance à les
 695 orienter vers des activités artistiques en essayant même de les pousser le plus loin possible et
 696 j'ai le souvenir d'un certain nombre de, de, de mes patients psychotiques ou autres qui sont
 697 devenus comme ça peintre, dessinateur, sculpteur, interprète avec plus ou moins de bonheur mais
 698 qui en ont toujours tiré des euh conséquences suffisantes pour qu'on puisse, y compris, avoir de
 699 temps en temps des pertes de poids ... consécutives à tout ça. Donc, euh je crois que bon à
 700 travers ça vous comprenez bien même avec 35 ans - 36 ans d'exercice + 3 ans de remplacement,
 701 ça fait 39, j'ai pas de, j'ai pas de solution plus miracle que vous, et que euh, ben je, je considère
 702 simplement qu'on est obligé en face du psychotique, mais aussi en face du déprimé, de pas les
 703 laisser dans leur souffrance et que leur souffrance passe malheureusement aussi de temps en
 704 temps par des thérapeutiques chimiques avec les inconvénients qu'elles ont. Et je crois que, si
 705 voulez, il faut leur faire accepter, ou tout au moins leur faire moins rejeter, euh cette, ces
 706 inconvénients des, des, des thérapeutiques chimiques comme vous savez très bien que vous
 707 arrivez, ... c'est triste, mais vous y arrivez, à faire accepter à vos patients cancéreux le fait de
 708 la perte de cheveux et d'un certain nombre de pertes euh ... sur le plan organique qui sont pas
 709 très simples à vivre, mais qu'ils acceptent pour essayer d'avancer. Et je crois que c'est là le
 710 problème. Donc ça veut dire c'est là aussi que le dialogue reprend ses droits, quoi.
 711 **FAM** : bien, (raclement de gorge), c'est pas un cadeau de passer après mon, mon confrère. Je
 712 crois que tout a été dit. Euh, y a, y a un aspect qui a pas été évoqué, il me semble, c'est le, l'abord
 713 euh sur le plan purement endocrino quand même, euh de, de... **Observation : MM d'accord.** Mais
 714 sinon, le dialogue, les nouvelles euh thérapeutiques, etc. Je suis tout à fait d'accord, mais peut-
 715 être l'endocrino ,rechercher également dans ce domaine là. Voilà.
 716 **JYD** : bon ben moi je suis en dernier(rire). J'avais quand même des petites notes, alors
 717 effectivement au fur et à mesure, ça été euh, ... euh, soumis. Euh, moi je pense qu'effectivement
 718 ce qui est important à retenir quand même c'est le rapport euh entre le bénéfice et le risque
 719 quand même. Parce que finalement je voulais faire un ... un petit pied de nez, mais enfin à l'époque
 720 des camisoles finalement les gens n'avaient pas de problème de surpoids, ... euh ni à l'époque des
 721 trépanations etc ... **Observation : MM pas d'accord.** Parce que bon.. Donc quelque part, le, le, le,
 722 les immenses bénéfices que, que, qu'on a tirés finalement de ces, de ces médicaments euh,
 723 miraculeux, bon, euh finalement c'est pas, c'est pas je dirais, relativement cher payé malgré tout
 724 par rapport à l'avantage que peut retrouver quelqu'un à retrouver euh justement une, une, des
 725 capacités d'intégration sociale à peu près normale. C'est vrai que, pour être passé, alors j'ai moins
 726 d'ancienneté que, que Marc, mais j'ai quand même des souvenirs de, notamment de, de mon stage
 727 interné ici à l'hôpital Sud à l'époque où il y avait encore euh les vieux bâtiments de chroniques euh
 728 quasiment euh avec le, le caniveau au milieu, enfin etc. J'ai, j'ai connu ça vraiment euh dans toute,
 729 dans leur toute fin. Et euh, je me rappelle d'un, d'un des malades, donc ceux qu'on ne voit jamais
 730 en ville parce que ceux-là ils, ils, ils sont, ne sortent jamais plus de l'hôpital, c'est des gens qui
 731 sont restés enfermés à vie, qui était effectivement le, le, le fou euh avec le, le chapeau de
 732 Napoléon, vraiment le ... typique, et et je me rappelle il était vraiment complètement dans son

733 délire permanent, en permanence, malgré les traitements, et euh ... un jour ils avaient sorti un
 734 nouveau médicament à l'époque, qui maintenant doit être complètement dépassé, on lui avait
 735 donné et pendant 3 ou 4 jours, il... on avait pu conversé de manière complètement normale avec
 736 même du recul par rapport à sa maladie, ça avait été étonnant, et puis au 4^{ème} jour il avait
 737 commencé à replonger, puis le 5^{ème} jour il était à nouveau Napoléon. Et c'est vrai que, euh ces, ces
 738 médicaments ne sont plus, pour, pour lui c'était effectivement, c'était foutu, mais y a quand même
 739 pas mal de gens qui arrivent à avoir une vie normale grâce à ces traitements. Et je, je reste
 740 quand même à penser qu'effectivement ce problème de poids, euh finalement, quand même euh,
 741 peut paraître malgré tout un petit peu secondaire. Ceci étant dit, puisqu'il faut faire des
 742 propositions. Moi, effectivement je trouve que dans les hôpitaux euh psychiatriques, ils gardent
 743 quand même, je sais pas hein, je, je, j'ai eu l'impression à l'époque où j'y étais qu'il y avait encore
 744 pas mal de moyens par rapports aux hôpitaux généraux, et que peut-être effectivement comme
 745 ça a été évoqué, c'est ce que j'avais noté, euh peut-être dès le début de la prise en charge
 746 notamment qui commence souvent par une hospitalisation des psychotiques, euh ... est-ce qu'il ne
 747 pourrait pas être mis en place de manière institutionnelle ben des premières leçons
 748 effectivement d'emblée de diététique, effectivement j'ai rajouté en petit, parce que je y avais
 749 pas pensé mais c'est l'art je suis tout à fait d'accord, et j'ai plusieurs personnes aussi dans mes
 750 patientes qui euh, qui font du, du dessin et des arts plastiques, et pour rejoindre mon dada
 751 effectivement des activités physiques. Alors je sais qu'il y a des, de la, de la ... thérapie à
 752 médiation corporelle, alors ça c'est effectivement de la thérapie, mais peut-être tout simplement
 753 de l'activité physique. Moi j'ai pas forcément parlé de sport, j'ai dit que j'étais médecin du sport,
 754 mais du sport, simplement le fait de marcher, de, de, d'initier des balades, euh et de, de, de
 755 prendre ce rythme là, serait peut-être pas complètement inintéressant, ne serait-ce que par le
 756 côté découverte, etc. Donc, effectivement mettre en place dès le début du traitement, ... et dans
 757 le cadre d'ateliers effectivement, de, euh, au lieu de passer leur temps effectivement à fumer
 758 dans les bâtiments, si ils se mettaient à faire la cuisine plutôt que d'attendre que, et, et qu'il y ait
 759 une des personnes des infirmiers formés qu'ils leur apprennent à bien cuisiner ... plutôt qu'à
 760 tourner en rond dans leur, dans leur truc. Je pense que ce ne serait pas complètement inutile.
 761 Effectivement donc pour revenir au problème du tabac, effectivement, je pense que, je pense
 762 également que euh, au niveau du risque cardio-vasculaire le tabac doit passer largement avant
 763 euh, le surpoids dans, dans, dans, dans la, dans les, dans les problèmes cardio-vasculaires,
 764 infarctus et artérite chez les patients euh, enfin psychotiques et psychiatriques de manière
 765 générale. Voilà.
 766 PLM : Marc, tu voulais ...
 767 MM : je voulais, je voulais rebondir par rapport à ... à Jean-Yves parce qu'il, il parlait tout à
 768 l'heure des trépanations qui prenaient pas de poids...
 769 JYD : oui, je sais pas ...
 770 MM : ... moi, moi, j'ai quand même, j'ai quand même beaucoup connu et fréquenté la lobotomie
 771 frontale pendant, pendant quelques années, et y avait des prises de poids. Et y avait des prises
 772 de poids, et même des prises de poids assez considérables, ce qui m'amène à revenir sur ce que
 773 j'avais dit dès le début, c'est-à-dire où est la frontière entre la prise de poids iatrogène et la
 774 prise de poids psychogène ?. **Observation : 2 à 3 personnes acquiescent.** Et ça je ne suis pas
 775 sûr qu'on ait une vision très claire de ça. L'autre chose que je voulais dire, mais vous l'aviez dit
 776 beaucoup mieux que moi, c'est que la relation, en ce qui concerne les psy..., les, les psychotiques,
 777 la relation avec le psychiatre qui les prend en ch..., qui les prend en charge doit être entre le
 778 psychiatre et nous, j'ai presque envie de dire une relation symbiotique, que le malade ne puisse
 779 jamais avoir l'impression qu'il pourrait glisser un coin entre le psychiatre et nous. **Observation :**
 780 **4 à 5 personnes acquiescent.**
 781 PLM : je vous remercie. Alors j'ai été un mauvais modérateur parce que normalement on doit être
 782 rigide sur les horaires et tout. Mais c'était totalement passionnant, et puis on est 8, il faut quand

783 même laisser au temps de, le temps à chacun de s'exprimer. En tout cas, en cas de modérateur je
784 vous remercie, vous avez été d'une correction absolument parfaite, je pense que pour notre
785 thésarde ça va être bien parce qu'il n'y aura pas trop de, de brouillage au point de vue écoute
786 hein. Euh, si on a choisi ce sujet, vous vous doutez bien c'est qu'effectivement y a à peu près rien
787 d'écrit sur le sujet, y a pas de référentiel, y a rien, donc c'est un travail exploratoire
788 effectivement, hein, c'est à dire qu'on va partir de ce que vous avez vécu, de votre propre
789 expérience, on vous prend comme experts en fait et on fait un recueil d'expertises différentes.
790 Voilà. C'est ça la recherche qualitative et à partir de ça y a probablement des tendances qui vont
791 ressortir et après on pourrait faire des travaux un peu plus spécifiques avec d'autres outils.
792 Merci beaucoup de votre participation.

ANNEXE III : REGROUPEMENT DES UNITES MINIMALES DE SIGNIFICATION

Les numéros de pages du texte complet sont notées en fin de ligne en italique. Les notes entre parenthèses en italique sont des explications que j'ai voulu apporter pour remettre certaines phrases dans leur contexte.

I. THEME 1 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CIBLE.

A. Epidémiologie.

1. Hors dépression, volume de la population suivie :

Chiffres globaux :

ouais, je dirais peut-être une euh, une vingtaine peut-être de personnes..., 15 ...15 voilà 25

ça doit pas dépasser 1 % 41-42

Donc, le pourcentage de toute ma clientèle, j'allais dire que c'est 1 % aussi, c'est à peu près ça 50-51

moi aussi ça ne représente pas un grand nombre de, de ma clientèle 53

donc moi, j'ai à peu près 5 % de patients qui prennent des médicaments anti-psychotiques ou thymorégulateurs 68-69

entre ma nouvelle et ancienne clientèle, je dirais que j'ai peut-être à peu près 5 à 10 % de patients traités 66-67

Ca doit représenter peut-être 15 à 20 % quand même de ma clientèle je pense 64-65

bon pour moi, ça va de très peu à énormément 29

Et puis sinon ben, euh énormément simplement parce que je travaille au CHS (*centre hospitalier spécialisé*) 31-32

moi je peux dire que j'ai une clientèle qui est assez euh largement psychiatrique 34
je dois avoir à peu près entre 50 et 60 % de mes patients qui sont sous psychotropes 36-37

Chiffres selon les pathologies :

euh, concernant la, les patients qui prennent euh des anti-psychotiques ou des neuroleptiques euh bon nouvelle ou ancienne génération, j'en ai très très très peu 60-61

alors moi je pense que j'ai très peu de psychotiques dans la clientèle 41

personnellement j'ai une clientèle très peu quand même de, de, d'anti-psychotiques 46

Quand j'entends psychotiques, hein c'est vraiment sous neuroleptiques et les gens dysthymiques 42-43

un peu plus de thymorégulateurs 46-47

Euh, peut-être plus de thymorégulateurs 51

Par contre, des, oui des patients qui sont sous thymorégulateurs, des anti-dépresseurs, je pense en avoir beaucoup plus 63-64

Euh, j'ai quelques enfants 61-62

mais d'adultes, à réfléchir, je crois que j'en ai quasiment pas 62

2. Toutes pathologies confondues :

Chiffres globaux:

oui, moi je crois que je vais pas changer fondamentalement ce que j'avais dit tout à l'heure 102

euh donc moi, je changerai pas mes, mes pourcentages de tout à l'heure 134

donc sur le pourcentage, moi je ne change pas, c'est à peu près 5 % 147

alors moi je vais changer mon pourcentage, c'est sûr 107

mais ça n'augmente pas autant que ça 107-108

Je pense que j'ai plus quand même avec les anti-dépresseurs, anti-psychotiques, neuroleptiques et thymorégulateurs, là on doit être autour de 15 % d'une clientèle 111-112-113

ben moi ça change aussi beaucoup mon pourcentage 120

mais ça, ça représente un beaucoup plus grand nombre 121-122

moi je pense avoir au total quand même 10 % à peu près de gens près traités, neuroleptiques ou IRS (*inhibiteurs de la recapture de la sérotonine*) 143-144

sur mes, je sais pas, sur mes 60 % de patients sous thérapeutiques psychiatriques diverses, quoi 326-327

d'une part, puisqu'on a, on parle des deux ... des deux types de patients (*dépressifs et psychotiques*) 208

Chiffres selon les pathologies :

Donc je redis effectivement, j'ai eu le temps de réfléchir depuis, je pense que moi j'ai effectivement largement – de 1 %, ça doit être entre les 0.25 %, de patients sous thymorégulateurs stricto-sensu et neuroleptiques 89-90-91

moi je, bon au fur et à mesure que je réfléchis un peu sur les personnes que j'ai dans ma clientèle, j'en, j'en vois encore moins que ce que j'avais annoncé au départ 340-341 (*en parlant des patients psychotiques*)

Euh, j'ai peu de patients euh psychotiques 100

donc, plus on parle, plus moi je pense que j'ai de plus en plus de psychotiques, j'en ai plusieurs en tête 293-294

excuse-moi, mais tu parles des psychotiques que tu vois au CHS ou en ville ? 338

non je parle des psychotiques que je suis amené à voir en ville..., en ville hein 339

Pour revenir donc aux anti-psychotiques, parce que je parle forcément de psychotiques, moi j'ai l'impression que j'ai des patients qui ont été mis sous anti-psychotiques ou anti... enfin ou neuroleptiques qui ne sont, qui sont pas forcément des psychotiques en tant que tels 342 à 345

Par contre, effectivement j'ai une proportion assez, assez importante de patients sous anti-dépresseurs je dirais plus classiques effectivement 91-92-93

je dirais facilement 10 euh, 10 % peut-être 93

Ce qui me paraît déjà énorme à priori 93-94

je ne suis pas sûre que j'ai 5 % de dépressifs 108

Euh, je parlais tout à l'heure des enfants 226

J'ai 2 ou 3 enfants 226-227

3. Difficultés pour chiffrer :

pourcentage de personnes sous psychotropes euh, c'est, c'est difficile à dire puisque 17

c'est, c'est pourcentage de consultations ou pourcentage par rapport aux personnes ? 18
non, je te dirai un nombre, mais pourcentage c'est pas possible 21
Je serais bien incapable de donner le, le pourcentage euh de patients dépressifs dans la clientèle 120-121

B. Modalités de suivi :

c'est vrai que moi aussi je ne les vois pas spécialement très souvent ces gens-là 55
C'est pas des gens qui viennent régulièrement au cabinet 43-44
donc j'ai du mal à faire le suivi poids 44-45
en tout cas que je vois régulièrement 62-63
Euh, bon, euh c'est vrai que c'est parfois occasionnel, c'est parfois au long cours 113-114
parce que on les voit souvent 18-19
parce qu'on l'utilise régulièrement 113
qui sont suivis en général par les psy 44
puisque'ils ont un suivi euh, psy régulier 56
alors qu'ils ont un suivi régulier euh psychiatrique 131
ils ont des suivis réguliers 256

II. THEME 2 : PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES DU SURPOIDS DANS CETTE POPULATION.

A. Epidémiologie.

ils ont effectivement quasiment tous un surpoids 27-28
Donc euh (rire) je suis dans un pavillon où il y a énormément de gens qui par contre eux ont un surpoids évident 32-33
Mais il y en a effectivement avec un surpoids 40
Problèmes de poids certainement pour 1 sur 2 43
et 50 % problèmes de poids 67
mais par contre oui pour les anti-psychotiques, oui j'ai des gens euh, pour lesquels le problème de surpoids est un réel problème 53-54-55
et quelques-uns que je vois c'est sûr ils ont un surpoids 45
effectivement je vois quelques personnes qui ont un réel problème 58
Par contre effectivement à part euh un exemple que j'ai en tête euh, qui a vraiment réussi à, à faire basculer son poids de manière quasiment obsessionnelle vers une, un poids normal 26-27
50 %, je, je redis, sont beaucoup trop gros (*des patients psychotiques*) 213

Très peu parce que, euh en pratique libérale, euh je dirais que ça doit représenter 10 % de la population que je vois qui est en surpoids parmi les gens qui sont sous traitement psy 29-30-31
Je ne peux pas dire que le surpoids soit quelque chose de très important 37
J'en ai quelques-uns 38
j'en ai quelques-uns en tête 38
oui, en ce qui me concerne, le, le problème du poids, je ne l'ai pas rencontré véritablement chez le psychotique 328-329
euh et finalement il y a en très très peu qui euh, qui présentent également un, un

excès de poids finalement 100-101 (*parmi les patients psychotiques*)

B. Causes du surpoids :

1. Liée à la maladie psychiatrique :

mais euh par contre concernant le poids, euh, ... , j'ai l'impression quand même que les personnes qui ont des problèmes psychiatriques d'une façon générale ont aussi des problèmes de poids 134-135-136

mais pour certains d'entre eux je ne suis pas sûr que le surpoids soit pas beaucoup plus psychogène que lié à la prise de thérapeutiques 38-39

mais il y a également ce problème du poids qui peut s'intégrer dans la pathologie dépressive également 177-178

Et je crois que ça il faut en tenir compte ég... (*de la part d'origine psychogène du surpoids*) 179

parce que souvent effectivement l'alimentation fait partie un petit peu des remparts euh et des, des, des facteurs de bien-être qu'ils ressentent 366-367-368

je voulais, je voulais rebondir par rapport à ... à Jean-Yves parce qu'il, il parlait tout à l'heure des trépanations qui prenaient pas de poids... 767-768

moi, moi, j'ai quand même, j'ai quand même beaucoup connu et fréquenté la lobotomie frontale pendant, pendant quelques années, et y avait des prises de poids 770-771

Et y avait des prises de poids, et même des prises de poids assez considérables, ce qui m'amène à revenir sur ce que j'avais dit dès le début, c'est-à-dire où est la frontière entre la prise de poids iatrogène et la prise de poids psychogène ? 771-772-773-774

Et ça je ne suis pas sûr qu'on ait une vision très claire de ça 774-775

Et souvent ceux qui en perdent étaient ceux qui avaient pris du poids du fait de leur état euh dépressif ou névrotique 104-105-106

2. Origine iatrogène :

euh, y a, y a également une euh, (raclement de gorge) y a une ambiguïté également, euh, c'est-à-dire qu'y a la prise de poids qui peut être euh ... d'origine iatrogène 176-177

Alors est-ce que c'est lié euh au traitement ou pas ? 136-137

C'est quelquefois très très très difficile de le dire 137

parce il y a des gens effectivement qui se plaignent de prise de poids avec les traitements, puis finalement on arrête tout, et puis soit ils continuent à prendre de poids, ou soit ils en perdent, enfin ... 137-138-139

Bon, c'est ça qui me semble difficile de, de savoir exactement 139-140

Ils, ils, on leur a ressassé que c'était le traitement 350-351

Parce que finalement je voulais faire un ... un petit pied de nez, mais enfin à l'époque des camisoles finalement les gens n'avaient pas de problème de surpoids, ... euh ni à l'époque des trépanations etc ... 719-720-721

C. Ressenti des médecins généralistes par rapport à ce problème :

1. Gène :

Moi je suis plus gênée pour eux, je dirais, enfin, je parle des anti-dépresseurs là 211-212

et moi je suis gênée euh 214

Donc, c'est peut-être moi qui suis peut-être plus gênée pour eux, que eux 215-216

Et moi ça me gêne par contre de les voir euh, de les voir faire 100 kg ou... 218

Je pense que c'est plutôt moi que ça gêne 222

alors ça, par contre ça, ça me gêne parce qu'effectivement en tant que médecin généraliste y a aussi tout, tout, tout le cortège euh de symptômes autres qui peut accompagner ces surpoids, euh l'HTA, la... 268-269-270

Je pense qu'à partir du moment où ils sont sensibles à l'image de... euh à leur image, moi ça me gêne 288-289

donc euh ça me gêne qu'ils ne soient pas bien dans leur peau 295

Euh ça me gêne effectivement quand je vois un psychotique énorme, de par son traitement ou autre 334-335

2. Impuissance car ils ne sont pas les prescripteurs :

Alors moi je suis un petit peu impuissante en fait avec ces, ces patients là, dans le sens où ce n'est pas moi qui gère le traitement 249-250-251

je me sens parfois un peu impuissante 271

Et alors là où on est très di... c'est très délicat, c'est que c'est pas nous qui avons prescrit souvent le neuroleptique 283-284

Donc, pour ce qui est des psychotiques, c'est sûr que l'on ne peut pas gérer les choses, c'est le psychiatre qui met le traitement, donc euh c'est difficile pour nous de gérer ça 297-298-299

Je leur dis : on ne peut pas arrêter votre traitement, à priori, enfin, ou en tout cas ce n'est pas moi qui en ai la maîtrise 364-365

Enfin, je, je leur expose mon impuissance souvent dans ces cas-là 506

je leur dit, « ben oui, euh moi je suis votre généraliste, mais par rapport à ce traitement là, moi j'y, j'y peux pas grand chose » 506-507-508

je lui ai simplement dit que toute façon, moi j'étais, j'étais impuissante par rapport à ça 513-514

Donc j'avoue mon impuissance par rapport à la thérapeutique 523-524

les effets indésirables, ils sont là, il y a quand même moyen 365

alors qu'au niveau des, des anti-psychotiques et neuroleptiques c'est pas moi le prescripteur 267

mais au niveau, euh, c'est plus au niveau de la thérapeutique, c'est pas moi le prescripteur en l'occurrence (*pour les antipsychotiques*) 272-273

Enfin, bon c'est l'impression que j'avais, c'est pas moi qui ai forcément initié les traitements 345-346

Donc c'est pas simplement le rôle du médecin (*mais aussi celui du patient*) 499-500

3. Perplexité :

oui, je, je suis un peu... je suis un peu perplexe pour répondre à ça 301

4. Inquiétude :

c'est vrai qu'en tant que médecin généraliste, moi je suis, je suis quand même un petit peu inquiet 359-360

et et le grand risque c'est aussi la crainte qu'ils arrêtent leur traitement 409-410

C'est vrai que, euh ... la, la perte du, la perte de poids chez quelqu'un qui euh, qui a un traitement, notamment avec une grosse partie dépressive, inquiète toujours un peu 446-447-448

notamment le psychiatre, qui qui voit ça pas forcément d'un très bon œil, paradoxalement, parce qu'il a toujours peur effectivement d'une, d'une décompensation 448-449-450

5. Fataliste :

ben euh, moi je suis un petit fataliste 588

J'ai pas l'impression qu'on peut révolutionner les choses 588-589

6. Problème secondaire :

D'autre part, il faut remettre le pro, le problème du surpoids dans le contexte, car on voit énormément de taba...giques parmi les gens qui prennent des neuroleptiques, à partie ... parmi ces, ces problèmes là 647-648-649

Je trouve que le tabac il fait souvent un peu plus peur même que la prise de poids en elle-même 649-650

Effectivement donc pour revenir au problème du tabac, effectivement, je pense que, je pense également que euh, au niveau du risque cardio-vasculaire le tabac doit passer largement avant euh, le surpoids dans, dans, dans, dans la, dans les, dans les problèmes cardio-vasculaires, infarctus et artérite chez les patients euh, enfin psychotiques et psychiatriques de manière générale 761 à 765

Et je, je reste quand même à penser qu'effectivement ce problème de poids, euh finalement, quand même euh, peut paraître malgré tout un petit peu secondaire 739-740-741

Euh, c'est un problème pour eux, ce n'est absolument pas un problème pour moi 190-191

D. Morbidité du surpoids :

(je suis gênée) à cause des facteurs de risques cardio-vasculaires parce que je suis un médecin généraliste, je suis pas un psychiatre 214-215

Ca pose des problèmes euh au médecin aussi, parce qu'il y a des problèmes métaboliques et des problèmes euh d'hypertension souvent 296-297

(ça me gêne) euh sur le plan des répercussions organiques qui peuvent être là 335-336

(je suis inquiet) par rapport aux risques euh ... pour eux, effectivement, de, de, de leur, de leur personne en entier, effectivement, pas uniquement de leur tête mais également de leurs genoux, euh, de leur cœur 360 à 362

Alors bon, après est-ce uniquement le traitement, ou c'est le fait d'être en surpoids ? *(les symptômes dont se plaignent les patients, sueurs, essoufflement...)* 204

III. THEME 3 : PLAINTES DES PATIENTS RETENUES PAR LES MEDECINS GENERALISTES.

A. Plaintes par rapport au surpoids.

bon, moi aussi je distinguerais un petit peu deux, deux types de, de, de patients finalement 220

oui, alors euh par rapport à ce problème, y a deux pers... deux types de personnes 274

Est-ce qu'ils se plaignent ? 225

Comment est-ce qu'ils en parlent ? 225

1. Tous patients confondus :

Ceci étant, euh, moi je dois dire que finalement, bon peut-être, peut-être pas à cause de mon approche de départ, mais j'ai relativement peu de gens qui se plaignent de leur poids 324-325-326

c'est plus, c'est plus franc chez le, chez le dépressif que chez le psychotique 332-333

2. Patients psychotiques :

mais quand ils viennent me voir ça reste quand même une de leurs grandes préoccupations 56-57

et qui, et qui l'exprime régulièrement auprès de moi 58-59

et me le répètent régulièrement 127-128

Et chez ces gens-là, alors fin, moi, ils me sollicitent moi pour ce ... 130-131

alors moi, bé c'est surtout mes patients, effectivement, sous, sous neuroleptiques et anti-psychotiques, alors qui sont plutôt des femmes d'ailleurs et qui effectivement expriment ce, ce malaise par rapport à la prise de poids 244-245-246

Par contre, c'est vrai que je suis sollicitée régulièrement euh pour ce problème là, le problème du poids 256-257

Je pense qu'ils sont tous gênés par le problème de poids, enfin, en grande partie, d'une façon générale à 90 % 294-295

Maintenant pour les psychotiques, je ne trouve pas que les patients se plaignent beaucoup 212-213

Eux ne se plaignent pas trop (*les psychotiques*) 216

Hein, souvent, ils sont tellement « imbibés » entre guillemets de (rire), de médicaments, que à part des cas particuliers, j'ai pas tellement de plaintes, quoi 216-217-218

Ceux qui sont sous traitement au long cours euh anti-psychotique, euh je pense qu'eux ne se plaignent assez peu en fait euh de leur, de leur poids 221-222

Et je pense que c'est difficile de leur faire prendre conscience qu'il y a, qu'y a un problème de poids euh 223-224

Pour eux, ils ne sont pas du tout là-dedans, dans la prévention, le risque 224

J'ai l'impression que c'est pas forcément un problème qui est évoqué 225-226

et là ce sont les parents qui se, qui se plaignent 227

Mais euh, pff, je sais pas si ça venait de finalement de l'enfant lui-même, j'ai pas l'impression, enfin bon 231-232

parce que j'ai relativement peu de plaintes en ce qui concerne les pertes de ... euh les prises de poids 301-302

Il ne se, il ne se plaint pas véritablement (« *le psychotique* ») 329

Moi je ne l'ai pas trouvé, je n'ai pas trouvé pour l'instant de psychotique venant disant « voilà, je suis trop gros ou trop ceci » 329-330

le psychotique remet pas véritablement son corps en avant 333-334

3. Patients dépressifs :

Les gens sous anti-dépresseurs ... se plaignent peu de prise de poids 207

Moins de plaintes (*avec les antidépresseurs modernes*) 146

Certains ne s'en plaignent pas 211

Et euh, pour les anti-dépresseurs, c'est nettement moins marqué 262-263

Mais euh, les gens qui sont anti-dépre... sont sous antidépresseurs se plaignent plus

de leur poids 239-240

Euh, par contre, éventuellement peut-être chez le dépressif, on peut être plus amené à avoir euh un, un problème concernant le poids, une démarche sur le poids, une euh 330-331-332

B. Mode d'expression de cette plainte.

1. Transformation corporelle :

parce qu'ils ont l'impression de ... d'une transformation corporelle importante euh ... 192-193

Donc, ils vont l'exprimer comme une euh ..., une transformation euh 196-197

en me, en me disant « mais regardez-moi, euh je peux plus rentrer dans, dans mes vêtements, regardez » 246-247

Les doléances que l'on a par rapport à ces, euh à ces problèmes, ça va du simple, « oui je grossis » 278-279

« vous avez vu Docteur j'ai pris du poids » 279-280

« je me sens un peu plus en...enveloppé » 280

et qui disent euh « mais regardez la courbe du poids, et euh, bon, il pesait tant à tel moment, et maintenant il a pris euh bon.. » et qui sensibilisent les, les enfants 227-228-229

L'autre jour, j'avais une maman qui me disait « oh ben il m'a dit, je voudrais perdre mon petit, mon petit... bedon », ou je sais pas enfin quelque chose comme ça 229-230

2. Mal-être :

Certains vont me dire que euh ... ils ont l'impression que du coup leur maladie mentale se voit.... 197-198

Et puis donc ce, ... ce, les patients parfois euh ... me font remarquer que ce, ce surpoids vient se surajouter à leur mal-être ... initial 204-205-206

souvent en me prenant à partie 246

3. Notion d'image d'eux-mêmes :

Des personnes qui sont sensibles à l'image d'eux-mêmes et d'autres qui sont peu sensibles à l'image d'eux-mêmes 274-275-276

euh, c'est, c'est, c'est l'image qu'elles donnent d'elles-mêmes 247-248

euh elles en souffrent 248

Ca c'est certain (*qu'elles en souffrent*) 248

Mais euh, c'est, c'est souvent quand même toujours ce qui est exprimé, c'est, c'est l'image de leur corps par rapport à elles-mêmes et par rapport aux autres 260-261-262

Moi je, souvent euh, c'est comme ça qu'elles me sollicitent 262

Ceux que, qui me viennent en tête, ceux et celles, enfin surtout..., les 2, euh, me, me parlent quand même de plaintes au niveau du poids effectivement, et d'image de dégoût, en fait, j'en ai vraiment plusieurs dont, qui, qui se dégoûtent par, de leur propre image corporelle 346 à 349

Que ce soit homme ou femme, moi je, je, je, je crois pas qu'il y ait que des femmes qui soient sensibles à l'image de soi 276-277

Je crois vraiment que les hommes aussi, et certains hommes sont mêmes très, euh c'est très important pour eux 277-278

Et enfin le problème du poids, effectivement c'est pas un problème de femmes, c'est également un problème d'hommes, s'il doit y en avoir 336-337

je voulais juste préciser que tout à l'heure, quand j'avais parlé de femmes, euh, ou de ..., en fait c'est uniquement par rapport à mon, mon expérience personnelle, hein 400-401

C'est juste parce que les, les patie... , les, les, les patientes auxquelles je pense, en l'occurrence, sont des femmes 401-402

Mais ça n'avait rien de général 403

4. Symptômes physiques :

Euh, et puis aussi, il y a tout un cortège de, ... de petits symptômes qui peuvent être des motifs de consultation, avec notamment des, des gonalgies, du fait de la prise de poids soudaine avec des syndrômes rotuliens 198-199-200

Euh, la plupart sont tous constipés 200

Ils sont sous bi, voire trithérapie euh laxative 200-201

Ca c'est récurrent euh... 201-202

Problèmes de bouche sèche euh, ... 202

et puis ben problèmes de, de, de, de, d'essoufflement au moindre effort, de suées au moindre effort, des problèmes de sudation 202-203

5. Fatalité :

mais également d'une fatalité, c'est-à-dire que, il n'y a vraiment pas de combat 349-350

On leur a ressassé tellement, également, que le traitement, il fallait qu'ils le continuent, donc je crois qu'ils ont une espèce de, ... , voilà de fatalité par rapport à ça 351-352

C. Contexte de la plainte :

1. Plainte sous-jacente, qui n'est pas clairement exprimée :

Et pour moi, c'est pas motif de consultation 352-353

C'est-à-dire que c'est souvent exprimé à l'occasion d'une consultation, mais ils ne viennent pas pour ça 353-354

Enfin, je ne me rappelle pas que certains soient venus pour ça 354-355

et c'est vrai que le fait de monter sur la balance met en avant cette problématique qu'ils, qu'ils expriment à cette occasion-là 356-357

Alors c'est vrai que, donc il y a une plainte de leur part à ce niveau-là, mais qui n'est pas un motif de consultation 357-358

(le problème du poids) qui à mon avis, enfin je sais pas, souvent est pas vraiment le ... , c'est la plainte peut-être, mais moi je considère pas que c'est, c'est généralement la, la, la demande, que la plainte c'est plutôt un mal être et puis que bon, après il faut essayer de... enfin bon, je le présente comme ça au patient 541 à 544

2. Plainte témoignant d'un déséquilibre de leur pathologie psychiatrique :

et moi j'aurais tendance à dire une chose qui va peut-être choquer tout le monde, c'est que généralement les psychotiques qui se plaignent de leur prise de poids, c'est parce qu'ils sont encore pas très bien équilibrés par leur traitement anti-psychotique 302-303-304-305

et qu'ils ont encore des pulsions qui vont dans un sens ou dans un autre, et en particulier dans le sens de euh, de l'observation euh ... d'eux-mêmes d'une façon, on va dire, encore assez euh, a... assez psychiatrique ou assez peu euh cassée 305-306-307-308

qu'effectivement mes, mes patients psychotiques qui venaient se plaindre de poids, (...), sont en général pas équilibrés dans leur tête 407 et 408-409

Et en général, souvent, quelques semaines après, on apprend qu'ils ont été ré-hospitalisés et ça rejoint un peu euh.... 410-411

En général, la plainte sur le poids disparaît (*quand on augmente les doses de neuroleptiques*) 465

j'ai quelques patients que je pense équilibrés et qui viennent se plaindre de leur problème de poids 471-472

Ce jeune homme, de lui-même, s'est aperçu qu'il avait pris du poids et donc a diminué ses neuroleptiques, jusqu'à arrêter, et euh, disant qu'il prenait ses neuroleptiques alors qu'il les prenait pas et il a fait une rechute 413-414-415

Donc ... c'est bien parce qu'il avait de lui-même, il s'était aperçu qu'il avait pris du poids, euh qu'il a arrêté son neuroleptique 415-416

Je ne crois pas personnellement que je jugerais l'efficacité d'un neuroleptique euh au fait qu'il vienne me dire qu'il prend du poids avec un neuroleptique 416-417-418

Ca, j'avoue que non, certainement pas (*à propos de la phrase ci-dessus*) 418

D. Retentissement sur le traitement :

et c'est même l'occasion parfois, euh, ... euh, ben récemment encore même cette semaine, euh, de demande d'arrêt de traitement, euh sur des, des injections 128-129

Mais euh, j'ai eu le un appel du psychiatre la semaine dernière pour ça, pour cette patiente et, en me disant : « elle veut arrêter son traitement » et c'est, le motif c'est le poids, le surpoids 131-132-133

souvent en effet ils souhaitent arrêter le traitement 192

Au point même de vouloir parfois euh arrêter les traitements 248-249

jusqu'à euh : « faut m'arrêter ça Docteur, parce que ... je veux plus le prendre, ça me fait trop pren... trop prendre de poids » 281-282

Euh, donc là, on nous balance, en nous de..., e, nous disant « nous, je ne veux plus en prendre » 284-285

J'ai aussi souvent l'impression que le , ..., pour aller dans le sens de ce que je viens de dire, que la revendication « prise de poids chez le psychotique arrêt de traitement », c'est aussi le fait que la maladie derrière est en train de pousser et continue à pousser, et qu'on a pas suffisamment douché, excusez le terme, mais c'est celui que je, que j'ai sous la main, qu'on n'a pas suffisamment douché le patient pour qu'il puisse euh effectivement passer un peu à autre chose 308 à 313

Euh, c'est vrai que, bon, ce, ce, ce, ce problème de poids en ce qui concerne, moi, mes patients qui sont vraiment psychotiques et sous traitement ont été effectivement des motifs d'arrêt 370-371-372

le psychiatre m'a appelée en me disant « bon, elle m'a envoyé une lettre recommandée, elle fait plus son s..., son suivi, elle a ..., elle arrête les injections » 509-510

Ca c'est déjà reproduit plusieurs fois pour elle 510-511

C'est quelqu'un qui est suivi depuis de très nombreuses années, à chaque fois on repart dans le même schéma et quelques semaines après on se retrouve avec une hospitalisation euh... 511-512-513

mais que bon on risquait de, de, de connaître les, les mêmes mésaventures (rire)
que les autres fois 514-515

Et puis euh, finalement elle m'a rappelée, alors euh, en me disant que, ... elle
acceptait finalement de, de, de continuer son suivi 515-516-517

et parfois ils ne veulent même plus voir le psychiatre, parce qu'ils ont dans l'idée que
c'est le psychiatre, c'est le Dr untel qui les a fait grossir 559-560-561

« est-ce que l'on pourrait changer de médicament ? » 280-281

si ce n'est effectivement la crainte ... à l'introduction du traitement, exprimée, « est-
ce que ça va me faire prendre du poids » effectivement 386 à 388

Mais, euh, c'est, c'est une crainte 390

Euh, sinon, concernant euh plutôt la mis... les, les, les traitements anti-dépresseurs,
c'est peut-être plutôt un frein à la mise en route 232-233

alors est-ce que c'est vrai, le vrai motif ? 233

Alors est-ce que c'est vraiment une histoire du poids ? ou est-ce que c'est une forme
de résistance à vouloir ne pas prendre de traitement, une hésitation, je, je ne sais
pas 237-238-239

Mais euh souvent euh, j'ai en particulier des femmes, qui sont certainement
hésitantes et qui mettent un petit peu ça en avant 233-234-235

en disant « ah, ben oui mais j'ai déjà pris celui-ci ou j'ai déjà eu il y a quelques temps
une dépression, j'avais pris ça, j'avais pris du poids 235-236

J'ai untel de, de mes connaissances qui a pris un..., un traitement, ça lui a fait
prendre du poids 236-237

IV. THEME 4 : LES TRAITEMENTS.

A. Caractéristiques des différents psychotropes :

Enfin, euh c'était sur la définition du thymorégulateur, euh pour moi enfin les anti-
dépresseurs, genre IRS ne faisaient pas partie de la famille des anti, des
thymorégulateurs, donc je voulais juste avoir confirmation 70-71-72

Pour les ... thymo-régulateurs, là on est sur les c'est les troubles bi-polaires
492-493

on n'a pas parlé finalement des deux grandes classes de neuroleptiques en dehors
du fait des anciens et des nouveaux 420-421

finalement c'est les, les, les neuroleptiques retard qu'on fait en injection, et
finalement tous les nouveaux 421-422

c'est-à-dire les thymorégulateurs ou les anti-psychotiques ou les neuroleptiques qui
sont eux beaucoup plus au long cours 115-116-117

Enfin bon, je parle pour les psychotiques qui ont un traitement au long cours en
particulier 537-538

et d'ailleurs, bon, ce, c'est des traitements qui datent euh de plusieurs années
(antipsychotiques) 255-256

Je crois que ça c'est important, un petit peu comme un anti-hypertenseur. On est
parti pour la vie ou pour une grande partie de la vie 651-652-653

les vrais psychotiques, hein, parce qu'il y a un degré aussi je pense dans le, dans les
traitements 407-408

Euh, d'un côté euh, on peut faire tout à fait la courbe de l... , de sa vie avec les
parties dépressives, les parties euh de, ... euh ...d'excitation 494-495

B. Effets sur le poids.

1. Remarques générales :

Donc je crois que c'est extrêmement divers 173

Même dans les familles euh, il y a des, des grandes variations entre les uns et les autres 173-174

parce qu'apparemment euh, toutes les thérapeutiques font grossir 668-669

2. Neuroleptiques et antipsychotiques :

Mais, par contre, je, je maintiens que mes patients euh sous neuroleptiques et anti-psychotiques, ceux que je connais en, en tout cas, ont réellement ce problème là 126-127

Et euh, les patients qui me viennent à l'esprit, qui sont sous euh ... psy..., psychot..., anti-psychotropes euh présentent tous euh un problème de poids 147-148-149

Donc 100 % de problèmes de poids sous, sous anti-psychotiques 149

Les gens sous r..., sous neuroleptiques anciens souvent ont des, quand même des problèmes de poids 144-145

Je dirais en, à nouveau 50 % (*de surpoids sous neuroleptiques anciens*) 145

Par contre, chez les psychotiques vrais, qui font 100 kg, qui prennent beaucoup d'Haldol*, enfin maintenant c'est plus trop l'Haldol*, hein, le ...le Clopixol*, etc, euh 552-553

Piportil* ou autre neuroleptique retard qui, là par contre sont sans pitié pour la prise de poids, quoi 428-429

Effectivement, euh le cas est complètement différent avec les, si on considère les neuroleptiques en particulier ancienne génération ou les injections, les autres traitements, euh ça effectivement 140-141-142

Euh, neuroleptiques pratiquement tous ils sont ... euh, ils augmentent le poids hein, très peu n'augmentent pas le poids et les anti-psychotiques aussi 164-165-166

On est à peu près tous d'accord (*à propos de la phrase ci-dessus*) 166

je trouve qu'il y a quelquefois des surpoids effectivement, avec les anti-psychotiques c'est assez fréquent 47-48

Peut-être dans les derniers, je ne sais pas si le Zyprexa* et autres font prendre autant de poids, là je n'ai pas suffisamment d'expérience pour pouvoir le, le dire 166-167-168

parce que euh, ce qui est clair c'est qu'effectivement les anti-psychotiques pour moi font quand même moins grossir (*que les neuroleptiques*) 422-423-424

et euh la seule problématique, c'est pour l'instant qu'il n'existe pas de forme retard (*aux antipsychotiques*) 424-425

là je, ce sont des patients, où je sais pertinemment que si je, enfin je ne cherche pas à toucher les, les, les traitements de peur de les, les déstabiliser et en p... (*les patients sous antipsychotiques*) 253-254-255

euh en présentant le, le traitement : toute façon, il faut le prendre, il faut le continuer 535-536

3. Thymorégulateurs :

avec les thymorégulateurs ça dépend desquels 48-49

mais encore avec cette différence entre 2 sortes de thymorégulateurs 51-52

là encore dans les thymorégulateurs, il y a plusieurs familles 161

Donc c'est, ... là aussi c'est des problèmes de famille 164

notamment j'en ai pas vu avec euh les Teralithe* et les, le lithium notamment 49-50
quand on prend le Teralithe*, ça n'a, y a pas de surpoids 163
Quand on prend le Tegréto*, y a pas fin, y a pas de surpoids ou très peu 163-164
et euh quand on prend les ... Dépakine* ou autres, ça aide à grossir, ça, ça, ça, y a ,
y a un surpoids 161-162

4. Antidépresseurs :

Pour les anti-dépresseurs, je n'en parlerai pas parce que c'est à mon avis hors sujet
477-478

Je trouve que c'est un peu dommage d'avoir inclus les anti-dépresseurs 118-119
je ne note pas non pour les anti-dépresseurs type IRS, je trou... je note pas de
problèmes de poids 94-95

Mais, j'ai pas forcément de, j'ai pas noté de, de, de manifestations de ce style là 96-97

Pour euh, en ce qui concerne les patients sous anti-dépresseurs effectivement j'ai
pas noté euh, j'ai pas noté des bouleversements au niveau du poids, fondamentaux
98-99-100

Par contre, c'est vrai que le problème du surpoids se présente pas euh spécialement
avec euh les anti-dépresseurs 122-123

Pour revenir aux anti-dépresseurs, effectivement, ben moi je redis que j'ai pas
vraiment euh ..., de, de problématique 385-386

Les IRS simples : non , je crois pas 109-110

bon qui me, qui me fait pas peur, fin qui m'inquiète pas en tout cas (*la prise de poids
sous antidépresseurs*) 242

alors que pour moi c'est, effectivement, c'est pas une préoccupation 240-241 (*la
prise de poids sous antidépresseurs*)

et avec les anti-dépresseurs modernes, beaucoup moins quand même. ... 145-146

Ceci étant dit, euh effectivement on a sous anti-dépresseurs les 2 visions, et en
particulier avec les IRS, c'est-à-dire ceux qui prennent du poids, mais certains aussi
qui en perdent 103-104

je dirais même des fois ça, ça aide à faire perdre du poids certaines personnes qui
en auraient de trop 95-96

et dans la, et dans l'inverse on peut prendre le Prozac* (*pour perdre du poids*) 172

Je pense que ce sont les anti-dépresseurs d'ancienne génération qui font grossir, et
c'est sûr, et les noradrénergiques 108-109

la, la miansérine par exemple fait grossir, ça c'est clair et on s'en sert d'ailleurs hein,
euh 169-170

on s'en sert régulièrement pour les gens qui ont une anorexie ou qui ont des
difficultés et qui sont déprimés, ben c'est peut-être pas mal 170-171-172

euh, avec le Deroxat* je trouve que les gens grossissent pas mal 210-211

parce que c'est souvent une prise de poids peu, peu importante, 2 ou 3 kilos euh
241-242

on ne manie la même, de la même manière les anti-dépresseurs que tous les autres
114-115

Tandis que là on peut pour une dépression passagère, pour un moment passager,
avoir une prise euh, une prise d'anti-dépresseurs 117-118

Et euh, contrairement aux, aux anti-dépresseurs où finalement j'ai une possibilité
plus, plus facile euh, je dirais d'action, euh, de, d'éventuellement changer un
traitement 251-252-253

Et puis, c'est moi qui agit (*avec les anti-dépresseurs*) 266

C. Notion de bénéfice-risque des traitements :

effectivement il faut voir euh , ... le risque, le bénéfice 457

Alors on va essayer de mettre en balance les choses 481-482

Euh, moi je pense qu'effectivement ce qui est important à retenir quand même c'est le rapport euh entre le bénéfice et le risque quand même 717-718-719

Ensuite, (soupir) ben c'est le problème de mettre un neuroleptique à bon escient 650-651

et voir quand est-ce qu'il est bien, et quand est-ce qu'il est bien avec le traitement (*thymorégulateur*), comment on peut faire pour modifier les choses 495 à 497

1. Efficacité :

c'est vrai que notre sélection de, de psychotiques en ville, moi je suis toujours assez éberlué par la puissance de ces médicaments sur, enfin l'efficacité qu'ils ont 373-374-375

Même j'ai des patients qui sont pourtant vraiment très atteints, et quand ils sont sous traitement et bien suivis, euh je les, on peut les considérer en conversation comme complètement normaux 375-376-377

enfin, moi c'est ce que je retiens un petit peu des nouvelles thérapeutiques 383-384

Donc quelque part, le, le, le, les immenses bénéfices que, que, qu'on a tirés finalement de ces, de ces médicaments euh, miraculeux, bon, euh finalement c'est pas, c'est pas je dirais, relativement cher payé malgré tout par rapport à l'avantage que peut retrouver quelqu'un à retrouver euh justement une, une, des capacités d'intégration sociale à peu près normale 721 à 725

mais y a quand même pas mal de gens qui arrivent à avoir une vie normale grâce à ces traitements 738-739

D'un côté l'intérêt du neuroleptique, l'intérêt d'avoir un bon équilibre psychique, de pouvoir continuer à travailler, de comp... de continuer à avoir une vie familiale, etc..... 482-483-484

dans la mesure où, euh, l'objectif numéro un, c'est d'essayer de réobtenir, chez le psychotique j'entends hein, mais chez le dépressif d'une certaine façon, de réobtenir un, un, un certain degré d'équilibre et en tout cas une capacité à retrouver une socialisation euh, à la fois confortable pour lui si c'est possible en ce qui concerne le psychotique, mais aussi pour son entourage 671 à 674

et que euh, ben je, je considère simplement qu'on est obligé en face du psychotique, mais aussi en face du déprimé, de pas les laisser dans leur souffrance et que leur souffrance passe malheureusement aussi de temps en temps par des thérapeutiques chimiques avec les inconvénients qu'elles ont 701-702-703-704

2. Risque de rechute :

et, et, et les rechutes pour moi, pour ces patients que, que j'ai en tête mais qui ne sont peut-être pas la sélection globale de ceux qui traînent effectivement dans les services, euh effectivement dès qu'ils ont l'occasion d'arrêter, ne serait-ce qu'une semaine, leur traitement et puis bien sûr le délire reprend le dessus, et du coup ils reprennent plus, et ils retombent dans leur paranoïa ou autre, euh font que là on les redécouvre comme des gens complètement entre guillemets « fous », alors que le reste du temps 377 à 383

Et de l'autre, si on arrête, le risque de se retrouver à l'hôpital, d'être euh de nouveau

très mal 484-485

Euh, c'est vrai que, à chaque fois euh, son suivi psychiatrique fait qu'on diminue un petit peu et puis quand on atteint effectivement peut-être certaines fois, certaines doses insuffisantes, on aboutit toujours à ce désir pour elle d'arrêter complètement le traitement 518 à 521

c'est vrai que c'est cyclique 521

3. Dangersité :

je suis obligé de penser en permanence à la dangersité éventuelle de ces patients si leur traitement n'est pas suffisamment euh contrôlant pour leur comportement 316-317-318

et ça je trouve ça très dangereux, parce que ça euh, ... après on est appelé la nuit pour des PO (*placement d'office*), on est appelé pour des (rire), et c'est quand même c'est assez redoutable 561-562-563

et pour ce problème effectivement de l'observance et de la potentielle dangersité par rapport à eux-mêmes ou par rapport aux autres de l'observance du traitement, euh ..., je dirais quelque part quand ils, quand ils ont tendance effectivement à ne plus le prendre et à récidiver plusieurs fois, la « sanction » entre guillemets peut être de, de, de retourner à du Piportil* ou autre neuroleptique retard 425 à 429

4. Effets secondaires :

et malgré tout, malgré tout des effets indésirables, même s'ils sont présents, qui sont quand même moins importants qu'autrefois 384-385

Et puis de l'autre eh bien on met les effets secondaires, parce qu'il n'y a pas que celui-là 485-486

Y a le problème aussi des, ... euh, notamment euh ...sexuel, qui est quand même important, de la libido et autre 486-487

Donc, on va mettre dans l'autre par... plateau de la balance les problèmes euh, d'effets secondaires, notamment de poids, et on va voir ce que l'on va pouvoir faire, là aussi 487-488-489

V. THEME 5 : LA PRISE EN CHARGE

A. Versant psychologique.

1. Modification du traitement psychiatrique :

- Prévention, choix de la molécule :

ou alors ça va être plutôt être euh, euh ... à l'introduction d'un traitement, je vais en tenir compte face à certaines personnes, à l'importance que ça peut représenter pour eux qu'une, qu'une prise de poids 123-124-125

c'est c'est plus à ce moment là que ça va intervenir 125-126

et peut-être aussi parce que euh moi je sais que aussi j'anticipe euh ... avant même la mise du traitement 263-264

Si je sais que... qu'une femme est très attachée à son, son, son image extérieure, et je, je, je vais choisir volontairement certaines molécules plus que d'autres 264-265-266

- Augmentation des doses :

en général chez les psychotiques, je monte les doses de neuroleptiques euh ... actuels ... pour augmenter un petit peu l'efficacité du traitement 463-464-465

Et euh moi dans ces cas-là, j'ai tendance à revoir avec le psychiatre les choses, pour que plutôt que de changer, on accroisse les doses et qu'on prenne les choses un peu plus en, un peu plus en main 313-314-315

et je pense pas que c'est en augmentant leur euh... traitement qu'on va améliorer leur problème de poids 472-473

Mais euh, ... pour cette dame là qui est suivie depuis des années, je pense pas que ce soit l'augmentation là non plus des doses euh 517-518

- Dose minimale efficace :

Anpsy, anti-psychotiques, neuroleptiques, ... ben j'essaie de trouver la dose (*minimale efficace*) 478

Evidemment, si la personne est équilibrée, euh psychiquement, si elle va bien, si elle me dit qu'elle prend du poids, moi je vais essayer de diminuer, de trouver la dose la plus faible avec laquelle il se sentira bien 479-480-481

- Changement de molécule :

Par contre pour les patients qui sont sous anti-dépresseurs, je pense qu'on peut les changer facilement et ... et revoir le problème 299-300

pour les dépressifs qui se plaignent de problèmes de poids, moi je propose un changement de traitement si c'est possible 548-549

- Pas de modifications de traitement :

Et euh, alors j'essaye de de de, de voir avec eux de voir ce qu'on peut envisager en dehors des, des, des thérapeutiques 257-258

Enfin, on, on trouve des solutions autres (*que la modification des thérapeutiques*) 271-272

Euh, moi, je pense en général, ce que je fais, c'est j'essaie de ... de décentrer le, le, le problème euh justement du, du poids et des ... des médicaments pour pas essayer les, les faire se, s'affronter 533-534-535

effectivement si on ne remet pas en question le traitement 441

Ca, euh, je le présente comme assez difficile à négocier, en tout cas euh, à la baisse (*le traitement*) 536-537

Je leur dis, « je ne touche jamais à un traitement psychotique, jamais, jamais » 555-556

Je touche pas aux traitements euh anti-psychotiques, euh... parce que euh j'ai une attitude assez ferme avec les patients 565-566

Euh, je leur dis que si ce traitement leur est prescrit, c'est que c'est nécessaire 567 et puis en plus moi j'ai pas du tout la sensation de, de, de maîtriser ces, ces thérapeutiques pour pouvoir les, les bidouiller 567-568-569

donc euh, je suis intransigeant, et par rapport au traitement et au bien-fondé de ce traitement euh 569-570

2. Nécessité d'équilibre du traitement et de la pathologie psychiatrique :

et c'est vrai que euh ... dans ce contexte-là j'attends (*pour la prise en charge du surpoids chez les patients déprimés*) 450

souvent quand même effectivement au niveau des, des patients déprimés hein, vraiment les gros dépressifs, moi je ne parle pas des psychotiques, j'attends un équilibre parfait de la dépression 450-451-452

Mais il faut qu'il soit équilibré pour le faire au départ 500-501

S'ils ne sont pas équilibrés, ce n'est pas la peine 501

3. Relations avec le psychiatre :

je les renvoie un petit peu chez le psychiatre, enfin je les renvoie pas chez le psychiatre, je leur ai dit d'en parler au psychiatre 556-557
j'essaie de, au contraire euh ...euh ... euh ... de leur donner confiance en leurs psychiatres et en leurs compétences 570-571
Euh ... J'ai pas de problèmes euh ... d'entente avec mes collègues psychiatres parce que je décroche assez facilement le téléphone 589-590
je me retrouve plutôt aussi, oui, dans le dialogue avec les psychiatres puisque c'est souvent eux qui initient ces traitements là 611-612-613

4. Dialogue :

Alors euh, là c'est toute une euh, discussion qui va falloir faire 285-286
C'est le dialogue 456
Faut dialoguer, dialoguer, dialoguer 456
et puis arriver à convaincre plus que tout 457
Voilà, convaincre euh ... 458
moi je fonctionne dans le dialogue, j'essaie de les convaincre 459-460
Et ... c'est, c'est pour moi la méthode la moins mauvaise ... le dialogue 460-461
oui, moi je suis comme mon collègue effectivement (*par rapport au dialogue*) 462
J'utilise beaucoup le dialogue 462
Euh, en ce qui concerne les autres, et bien c'est le dialogue 466
c'est essentiellement aussi le dialogue qui permet de, de , de trouver un, ... je dirais un... la meilleure des solutions 503-504
Et puis finalement, bon, euh, je suis passée la voir 513
Alors moi, je crois, oui, je crois vraiment au dialogue dans ces situations-là pour essayer 522-523
Je, je dialogue autour de ça 527
Voilà, mais, mais surtout le dialogue 529
Bon, ça revient à ce que tout le monde a dit, euh c'est centré sur le dialogue etc..... 544-545
Donc bien sûr ça passe par le dialogue 572
Et je pense qu'effectivement euh, c'est intéressant de pouvoir échanger euh, et se dire que certains supportent plus justement certaines choses, on arrive comme ça en dialoguant à apaiser, à trouver des, ... à passer des caps, je dirais 613-614-615
mais ça c'est du domaine du dialogue, de l'échange euh entre 2 individus 622-623

5. Psychothérapie :

En ce qui concerne les..., en ce qui concerne les dépressifs, euh lorsqu'il y a prise de poids, moi j'avoue que je m'en sers, euh dans le cadre de la psychothérapie que je mets en place, pour être un des objectifs qu'on va devoir atteindre après la phase aiguë, à partir du moment où on commence à faire un peu le point sur ce qu'est la personnalité de l'individu, son approche de..., son approche de la vie, sa manière de euh, de se considérer par rapport aux autres et dans ces conditions-là, à ce moment là, on met le poids en balance éventuellement 318 à 324
Et, euh, comme je vous ai dit tout à l'heure, pour les, pour les dépressifs, c'est un des éléments de, du challenge de la prise en charge psychothérapique 468-469

6. Art-thérapie :

Moi y a quelque chose que je fais beaucoup et que je fais un peu pour tout le monde quand même, alors je sais pas comment vous appellerez ça, moi j'appelle ça, parce que c'est comme ça qu'on dit je crois, l'art thérapie 688-689-690

C'est-à-dire que j'essaie de les orienter fortement vers des activités artistiques de, de, de tous ordres 691-692

Et donc, j'ai tendance à les orienter vers des activités artistiques en essayant même de les pousser le plus loin possible et j'ai le souvenir d'un certain nombre de, de, de mes patients psychotiques ou autres qui sont devenus comme ça peintre, dessinateur, sculpteur, interprète avec plus ou moins de bonheur mais qui en ont toujours tiré des euh conséquences suffisantes pour qu'on puisse, y compris, avoir de temps en temps des pertes de poids ... consécutives à tout ça 694 à 699

7. Décentrer le problème :

Et euh, ... après le problème de poids, euh j'essaie de, de voir ça d'une façon plus, plus globale sur le, l'individu, son comportement, de pas me fixer là-dessus, essayer de voir s'il n'y a pas quelque chose, un facteur déclenchant, quelque chose euh 538-539-540

j'essaie de décentrer de, du, du problème du poids 540-541

L'autre chose, c'est que je crois qu'il faut aussi essayer de détourner un peu le problème 686

j'essaie justement de dédam.. de dédramatiser et de les rassurer parce que j'ai très peur qu'ils arrêtent leur traitement, donc je rejoins ma voisine 554-555

et surtout je les rassure pour pas qu'ils euh, ... qu'ils aient envie d'arrêter, et qu'ils soient en rupture de soins, c'est le mot actuel (rire) que l'on entend beaucoup, rupture de soins, qui ne veut plus 557-558-559

B. Versant somatique :

1. Prise en charge de la morbidité du surpoids :

alors j'essaie de prendre en charge cette partie-là (*les symptômes qui accompagnent le surpoids : HTA ...*) 270

c'est le contrôle euh médical par rapport aux risques autres, qu'ils soient cardio-vasculaires ou, ou ostéo-articulaires 466-467-468

2. Diététique :

alors c'est vrai leur demander des efforts diététiques purs, c'est pas forcément évident 366

Euh ... si on, on a du mal à ... vraiment maîtriser les entrées 442-443

pour envisager à ce moment-là, euh ..., la, la, l'initiation de, et tout en douceur d'un traitement à ce moment-là diététique que je pourrais éventuellement mettre en place 452-453-454

Donc moi, j'essaie de faire l'enquête diététique, j'essaie de corriger les erreurs diététiques 473-474

donc je leur parle diététique 550

Et puis éventuellement je les envoie chez une diététicienne 551-552

Euh, et donc j'essaie de voir concrètement euh, les, les gros écarts qu'on peut éviter, donc tout ce qui est les sodas, les, les grignotages 572-573-574

euh aussi je, j'aime bien discuter de, de cuisine, savoir euh, ce qu'ils mangent, où est-ce qu'ils font leurs courses, qu'est-ce qu'ils achètent et puis essayer de partir à la

base par rapport aux achats 574-575-576
et ... ils prennent du tout fait avec des trucs super salés, hypercaloriques 577
Et euh, ben j'essaie de parler courses avec eux, leur dire qu'ils peuvent aller le jeudi matin sur le marché place de l'église et ils en auront pas pour plus cher, et ... voilà 577-578-579
je leur donne des recettes, qu'on discute beaucoup de cuisine, comme, comme vous hein effectivement et qu'on essaye d'établir des choses 679-680-681

3. Activité physique :

et donc c'est vrai que j'essaie de les motiver moi pour les faire bouger, ce qui fait à défaut de leur faire perdre du poids, de toute manière, diminue leurs, leurs facteurs de risque cardio-vasculaires 368-369-370
j'essaie d'augm..., de faire augmenter les sorties 443
je les encourage même si je suis pas médecin du sport à leur faire une activité physique, à voir ce qui leur convient 474-475-476
et puis je leur dis que ben moi ce que j'ai à leur proposer c'est effectivement plutôt de l'e..., l'exercice physique 524-525
Alors la marche, moi je suis euh ... ça reste quelque chose, peut-être parce que je pratique moi-même cette chose régulièrement, et que je peux exprimer plus facilement euh, ce que ça représente pour moi 525-526-527
je leur parle marche à pied, parce que moi le sport c'est pas trop mon truc, hein (rire) 550-551
mais je leur recommande oui, mais ça c'est parce que ça, c'est, ... parce que ça me paraît une un exercice physique accessible à tous (*la marche à pied*) 619-620
et puis parce que je pense que ça peut être aussi une aide autre, alors celle, celle-ci je peux l'exprimer parce que je la connais (*la marche à pied*) 621-622
indépendamment des activités physiques auxquelles je crois, mais j'ai toujours pensé que les activités physiques ça laissait quand même la capacité au cerveau de continuer à tourner à vide ou à tourner à plein comme vous voudrez 692-693-694

4. Médicaments pour la perte de poids :

Et puis donc pour euh, la perte de poids euh, je n'ai jamais prescrit de médicaments pour la perte de poids 571-572

C. Expérience personnelle :

C'est, c'est parce que je suis face à quelqu'un qui me demande euh, ... et puis j'essaie de trouver euh, dans ce que moi je vis, quelque chose qui pourrait peut-être euh, ... euh ... l'aider éventuellement ou correspondre 624-625-626
Donc parfois on est amené à utiliser ce qu'on connaît soit, et euh, pour essayer euh, mais ça c'est plus du domaine je dirais, ... c'est plus de l'échange et du dialogue 629-630
Mais ça je le fais tout le temps, dans tous les domaines, parce que je me suis aperçue que souvent moi j'avais pas de solutions pour les gens 636-637
alors c'est vrai que je, dans les solutions proposées, je, je, si c'est moi qui propose, je vais aller vers des choses que je connais mieux, quoi, mais, mais c'est, c'est juste ça 639-640-641
Pour le reste, je crois que l'on est obligé de rester avec nos propres ressources 678-679

D. Participation des patients :

parce que ça leur permet de comprendre aussi qu'ils ont euh, une capacité de modifier les choses s'ils le désirent 498-499

c'est le rôle du patient qu'il faut essayer de mettre en place 500

et puis bon après on voit, on voit ce qu'il en advient et ce qu'on peut demander ou ce qu'on peut pas demander vraiment en fonction de la personnalité quoi de celui qui est en face quoi 545-546-547

en sachant que souvent j'essaie plutôt de savoir ce que lui il aimerait euh, c'est plutôt, c'est plutôt ce que je cherche en général euh, à connaître, ce qui pourrait correspondre à une solution pour lui, quelle serait sa solution ?, mais ça c'est pas toujours évident 626-627-628-629

généralement, enfin c'est dans tous les domaines je demande aux gens ce qu'ils pourraient trouver eux, ce à quoi ils ont, ils penseraient pour euh, comme solutions à leurs, à leurs problèmes 634-635-636

Mais autrement oui, ça c'est quelque chose que je demande souvent aux gens : quelles solutions eux, ils, ils auraient ? 641-642

Euh, ... je, j'avance après, je dirais un panel (rire) de, de solutions, euh, dans lequel il pourra choisir 637-638

Là aussi je laisse souvent choisir, c'est pas, euh, .. 638-639

Mais, c'est vrai que parfois les gens ont parfois des, des solutions. Heureusement, d'ailleurs 643-644

et j'ai certains euh, patients qui euh ... qui y trouvent aussi leur compte, aussi bien ph... physique et aussi parfois euh psychologique, euh la marche...euh d'autres euh..... 527-528-529

Euh, ce sont des gens avec qui on peut discuter, ce ne sont pas des gens malades comme des psychotiques (*en parlant des dépressifs*) 549-550

sans qu'il y ait beaucoup de recherche et sans qu'il y ait beaucoup de volonté d'aller euh, vers euh, ... la solution diététique 684-685

et puis euh, parce que souvent ils sont un peu paumés 576

E. Notion d'adaptabilité :

1. Notion de balance :

euh, bon c'est simple hein, c'est une question de balance : y a les entrées, y a les sorties 441-442

il va pes..., falloir peser avec les uns et les autres et la balance est extrêmement intéressante en mettant le poids du problème de l'un et de l'autre 286-287

tout en, c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est la balance 481

Et je crois que c'est effectivement dans le dialogue entre ces 2 parties de la balance qu'on peut arriver à quelque chose d'intéressant 491-492

et euh, c'est avec la balance que moi je me retrouve le mieux 497-498

c'est vrai que peut-être ma déformation de médecin du sport essaie toujours de, ben de trouver le compromis 363-364

2. Pas de règles, de recette miracle :

Donc, c'est vraiment euh cas par cas et je ne pense pas qu'on puisse euh mettre une euh, une règle euh sur ça 291-292

Mais j'ai, j'ai pas, (rire), j'ai, j'ai pas de ..., aucun d'entre nous, je pense, aucun d'entre nous n'a de recette miracle 458-459

alors tout dépend 478-479

Je crois que c'est ... cas par cas, c'est ... problème par problème 497

il n'y a pas de recette, enfin, c'est 529-530

On essaie de trouver une solution la la moins mauvaise pour euh chacun quoi (rire) 530-531

Je pense que ça dépend énormément de, de , de, de chaque cas 532-533

mais ça n'a, je dirais que ça n'a rien avoir avec une recette quelconque médicale 623

Donc, euh je crois que bon à travers ça vous comprenez bien même avec 35 ans –

36 ans d'exercice + 3 ans de remplacement, ça fait 39, j'ai pas de, j'ai pas de solution plus miracle que vous 699 à 701

F. Adhésion des médecins généralistes à cette prise en charge :

1. Leur vision de cette prise en charge (optimiste, pessimiste...) :

tout, tout est possible et tout est illusoire en même temps 670

Mais ça s'arrête là 460

On essaie de faire au mieux 476

Moi, ce sera, ça évidemment, c'est la partie la la plus difficile 532

oui, difficile évidemment de trouver des solutions et des bonnes solutions 645

Y a pour certains patients, où on a absolument aucun recours, ils ne sont mêmes pas équilibrés, avec des doses épouvantables 645-646-647

Donc là-dessus, on peut strictement rien faire 647

dans la mesure où on est impuissant à régler euh, le, le, le, les conséquences de l'efficacité du traitement, il faut détourner le problème 686-687-688

parce que ces gens là on se rend compte que, ... c'est difficile de les guérir quoi hein 563

On les s..., on les soigne mais euh.... 564

2. Leur motivation face à ce problème :

S'ils sont peu sensibles et qu'ils ont pris vraiment beaucoup de poids, je vais de moi-même euh essayer d'intervenir 289-290

Mais s'ils sont peu sensibles et que je vois que c' est pas une prise de poids importante, je vais laisser faire 290-291

A chaque fois au moment où j'ai tendance souvent à l'examen, je les fais monter sur la balance, etc 355-356

sinon effectivement pour certaines personnes je peux leur donner au moins des conseils euh, à leur demande, s'ils veulent vraiment des renseignements ou ou euh ..., ou autre pour, pour perdre du poids 444-445-446

Et donc là, je suis quasiment obligé de mettre mes, ma chemise en garantie, en leur disant que (rire) que effectivement on va essayer pour que ce ne soit pas le cas 388 à 390

VI. THEME 6 : PISTES D'AMELIORATION.

A. L'amour :

Mais elle est partie dans un trip, elle se retransforme, elle est en train de reperdre du poids malgré son traitement qu'elle prend réellement, tout ça pour l'amour 396-397

Donc peut-être que l'amour fait partie également, en plus de la marche, des thérapeutiques 398

B. Amélioration des traitements :

Et si on pouvait trouver des, des neuroleptiques de nouvelle génération en retard, ça serait pas mal 429-430

Bon alors après, y a toujours forcément le souhait d'avoir une nouvelle molécule miracle. Mais ça 609-610

Je recommanderais de ne plus utiliser les anciens neuroleptiques, mais dans ce cas là il faudra en inventer des nouveaux (rire) 600-601

Entre autres, euh, l'Haldol* à grosses doses, le Piportil*, euh c'est vrai que quand on a 15 ans d'expérience, on en a, on a vu beaucoup de gens dessous, y a encore des gens qui, qui ont des injections 601-602-603

Donc avant de le mettre euh, il faut quand même être sur qu'il s'agisse bien de ce, d'un problème important et qu'il faut bien le mettre 653-654

C. Réseau psychiatre-médecin généraliste :

Donc je vois, je peux pas améliorer le, ce réseau là. Le réseau est bien (*réseau psychiatre-médecin généraliste*) 590-591

Euh, par contre, euh oui effectivement peut-être quand même, bon comme tu le disais décrocher facilement le téléphone euh, bien connaître les psychiatres euh, pas hésiter à les appeler ou à leur faire part de nos craintes ou, ou de voir avec eux comment est-ce que l'on pourrait euh, on pourrait prendre en charge le problème d'une façon un petit peu euh cohérente 605 à 609

D. Dialogue :

Et puis, ben toujours avoir un bon dialogue avec son patient, essayer d'avoir un bon dialogue avec son patient pour pouvoir faire ce que je disais tout à l'heure : la balance en, en lui donnant les avantages, les inconvénients, en lui donnant les tenants et les aboutissants des problèmes 655-656-657-658

et puis d'être ouvert à ces interrogations parce qu'effectivement c'est pas toujours immédiat lorsqu'ils vont nous parler, de leurs effets secondaires, mais si on est, si on reste déjà en dialogue avec eux, si on accepte de les, d'être ouvert chez ceux qui sont équilibrés, je pense qu'on peut faire pas mal de choses 658-659-660-661

E. Hésitations :

Sinon, je fais confiance à mes, mes collègues, donc je ne donne pas de recommandations (rire) 603-604

je suis aussi un petit peu sèche là-dessus 605

voilà mais je ne donnerais pas de conseils euh.... 615-616

ANNEXE IV : MATERIEL NON UTILISE, OBSERVATIONS ET INTERVENTIONS DU MODERATEUR

MATERIEL NON UTILISE :

Silence 23

pour des raisons historiques que je ne vais pas développer pour ne pas rallonger, mais enfin ça fait 35 ans que je pratique ça, comme ça 34-35-36

Et quand je, quand je pense là, j'essaye de visualiser, et 57-58

Brouhaha 74

Ah ben ça change tout alors 75

Brouhaha 77

Brouhaha 79

non parce que la question : tout le monde disait, parlait du poids, alors que j'ai, j'ai pas eu l'impression qu'on nous a demandé quoi que ce soit vis à vis du poids pour l'instant 81-82

ah bon ... 85

Donc 2^{ème} tour. 87

Rires. 88

Parmi ces derniers, euh, ... 94

euh, donc 2^{ème} tour également 98

moi je suis tout à fait d'accord avec ce qui vient d'être dit 111

C'est pas du tout la même mani 114

euh (rire) c'est pas plus tard que la semaine dernière 129-130

Murmure 160

oui et non, parce que 161

Dans les anti-dépresseurs effectivement, c'est extrê... 169

oui, oui, oui 181

Silence 182

Silence 184

Donc, je commence par la 2^{ème} question.... 190

Euh ... et puis donc comment ils l'expriment ? 191

Euh ... Ca va être euh ... qu'ils, 191-192

alors, comment dire ? 207

donc, euh, sauf avec un anti-dépresseur dont je ne dirais pas le nom parce que je ne connais pas le nom (rire) ... pharmaceutique donc je ne veux pas faire de mauvaise publicité... 208-209-210

voilà 219

Euh, pfff... 224

Ou 236

Euh, on avance souvent ... 258

ah oui, c'est après. Après. D'accord 260

Enfin je trouve qu'on a plus de ... 266

Donc, en fait je ne suis ... 268

Mais euh, c'est ..., c'est vrai que je su... 268

Je sais pas si vous avez eu ce genre de choses, moi j'en ai eu à plusieurs fois 282-283

Pour ce qui est euh de savoir si ça me gêne ou si ça gêne plus les patients 287-288
parce que je suis quand même obligé de penser et ça malheureusement, bon c'est,
c'est mon âge et le temps que j'ai passé là-dedans 315-316

Moi, je le ressens plutôt comme ça 334

Voilà 337

Mais bon, je, on arrive pas forcément à faire un listing de ses patients d'un, d'un
coup d'un seul 341-342

En ce qui me concerne moi, euh, ben effectivement, comme Marie le disait tout à
l'heure 358-359

Moi, je suis toujours quand même, je, j'ai pas encore beaucoup beaucoup
d'ancienneté, mais j'ai quand même, et puis 372-373

...remarque : euh, euh en refaisant le listing de mes patients ou patientes
psychotiques, j'en ai une actuellement qui est pourtant traitée de manière
complètement égale et qui a passé des vacances en Tunisie euh récemment. Elle a
été hospitalisée pour un problème purement somatique, et elle est complètement
tombée amoureuse d'un médecin Tunisien. Alors je sais pas, j'ai peur de la
décompensation 392 à 396

C'est tout 402-403

moi je voulais dire comme mon collègue, euh ..., qui a une cravate, je ne connais
pas son nom ... 404-405

Voilà 411

oui, moi je dirais un peu l'inverse 412

Euh ... Je prends le cas d'un jeune homme là que j'ai sous la ..., que j'ai en tête
412-413

moi je vais refaire une petite remarque auquel je viens de penser 419

Effectivement, il y a quand même ... 419-420

ça rejoint un peu à ce que je disais tout à l'heure, effectivement, (rire) j'ai débordé sur
la question 438-439

voilà, donc euh, voilà 441

Voilà, si on peut, je peux aller faire simple 443-444

Bon il y a, euh ... 446

fff ... Pas facile, hein 455

Euh, c'est, ... (se racle la gorge) 455-456

et euh, et c'est... 456

Voilà 460

Alors je, je suis désolé vis à vis de, de Mr EB, mais 462-463

moi je ne suis pas tout à faire d'accord avec mon collègue de gauche, non plus,
parce que 470

Je sais pas 473

Enfin, j'ai pas assez d'expérience en sans doute derrière 473

Et puis voilà hein 476

question difficile 477

Donc on met ça dans la balance d'un côté 485

Si on prend trop de poids, quel est le problème qui va se poser ? 489-490

Quels sont les problèmes ? Comm... est-ce qu'on peut modifier ? Qu'est-ce qu'on
peut modifier ? Comment on peut modifier ? 490-491

Euh c'est encore totalement autre chose 493-494

Ca c'est clair 501

bon ben pour moi, je peux dire, enfin si je me réfère (rire) au dernier cas que j'ai en
tête, euh, que 502-503

parce que c'est pas toujours euh 504
 Alors c'est vrai aussi que quelquefois je me suis aperçue, enfin je me retranche souvent sur le fait, avec ces patients, de 504-505
 C'est-à-dire que je leur d... 506
 Et cette dame dont je parlais tout à l'heure, la semaine dernière, ... pour laquelle 508-509
 Mais n'empêche que bon euh 521
 mais là en l'occurrence, elle a..... 522
 Et puis mon, ma ... 523
 Voilà 531
 donc euh, enfin moi, je suis comme pas mal de mes collègues 565
 Silence 596
 je passe mon tour (rire) 598
 euh je vais peut-être passer mon tour 600
 oui ben moi aussi, je redirais à peu près la même chose que vous 611
 (rire) non ben je suis pas marcheuse professionnelle, non 619
 euh, oui, ça, pratiquement, enfin, même si c'est pas verbalisé sous cette faç...sous cette, de cette manière-là, c'est euh 633-634
 Et c'est très amusant de voir que quelquefois, y a des... 642
 alors en matière de surpoids, comme ça, (rire) ça me vient pas trop à l'idée, ... 642-643
 Ca je crois c'est quand même quelque chose d'important, il faut y penser 654-655
 oui, moi, moi je crois que ... 670
 Bon ça, pourquoi pas ? 667
 Et euh, moi, j'ai tendance à dire que euh, indépendamment du fait que 679
 Et je crois que c'est là le problème 709-710
 bien, (raclement de gorge), c'est pas un cadeau de passer après mon, mon confrère. Je crois que tout a été dit 711-712
 Voilà 715
 bon ben moi je suis en dernier(rire) 716
 J'avais quand même des petites notes, alors effectivement au fur et à mesure, ça été euh, ... euh, soumis 716-717
 Parce que bon 721
 C'est vrai que, pour être passé, alors j'ai moins d'ancienneté que, que MM, mais j'ai quand même des souvenirs de, notamment de, de mon stage interné ici à l'hôpital Sud à l'époque où il y avait encore euh les vieux bâtiments de chroniques euh quasiment euh avec le, le caniveau au milieu, enfin etc. J'ai, j'ai connu ça vraiment euh dans toute, dans leur toute fin. Et euh, je me rappelle d'un, d'un des malades, donc ceux qu'on ne voit jamais en ville parce que ceux-là ils, ils, ils sont, ne sortent jamais plus de l'hôpital, c'est des gens qui sont restés enfermés à vie, qui était effectivement le, le, le fou euh avec le, le chapeau de Napoléon, vraiment le ... typique, et et je me rappelle il était vraiment complètement dans son délire permanent, en permanence, malgré les traitements, et euh ... un jour ils avaient sorti un nouveau médicament à l'époque, qui maintenant doit être complètement dépassé, on lui avait donné et pendant 3 ou 4 jours, il... on avait pu conversé de manière complètement normale avec même du recul par rapport à sa maladie, ça avait été étonnant, et puis au 4^{ème} jour il avait commencé à replonger, puis le 5^{ème} jour il était à nouveau Napoléon. Et c'est vrai que, euh ces, ces médicaments ne sont plus, pour, pour lui c'était effectivement, c'était foutu 725 à 738
 Ceci étant dit, puisqu'il faut faire des propositions 741-742

Je pense que ce ne serait pas complètement inutile 760
Voilà 765
oui, je sais pas ... 769

PRESENTATION ET INTERVENTIONS DU MODERATEUR :

Sont présents : JYD, FAM, MM, MJG, EB, MG, SV, CV, DD. La modération est assurée par Pierre LE MAUFF et l'observation par Catherine LE PAPE et Ronan FEVRIER.

L'objet de la, de ce FOCUS GROUP est de recueillir les représentations et les ... impressions des médecins généralistes sur l'interaction entre prise de psychotropes et surpoids. Nous considérons comme psychotropes les médicaments suivants :

- les anti-psychotiques récents,
- les neuroleptiques,
- et les thymorégulateurs.

Sont exclus, les hypnotiques et les benzodiazépines.

Le FOCUS GROUP est articulé autour de 4 questions.

La première question : avez-vous des patients sous psychotropes ? . Pouvez-estimer grossièrement la proportion, et pouvez-vous nous donner votre sentiment sur ceux qui ont un surpoids lié à ce traitement ? . Donc, c'est une question générale de type épidémiologique sur vos impressions, en fait, hein. On va commencer par la gauche 1 à 16

de patients dans ta clientèle 20

C'est une impression, on ne demande pas une vérité scientifique hein, on est bien d'accord 22

Très peu, peu, tu peux dire, tu peux dire comme ça 24

Bon, alors la thésarde me dit qu'on inclut les anti-dépresseurs dans... 73

Alors on refait un tour 76

on refait un tour 78

vas-y, vas-y 80

si, c'était savoir si vous estimiez que parmi ces gens qui prenaient donc ces, ces psychotropes, il y avait un problème de poids, et est-ce que pouviez l'estimer à peu près 83-84

On va refaire un tour 86

pas d'autre remarque ? . Donc ce qu'il apparaît à la suite de, de, de ce questionnement quand même, c'est qu'il a des situations qui sont quand même un petit peu hétérogènes dans, dans ce que vous dites. Ce que vous dites à peu près tous c'est que les, les anti-psychotiques et les traitements, il y a, il y a deux éléments qui font qu'il y a quand même une prise de poids, c'est le, le, les types de médicaments, donc c'est assez constant chez, pour les anti-psychotiques et pour les traitements au long cours. Ce que j'ai entendu aussi c'est que c'est beaucoup plus hétérogène pour les anti-dépresseurs, euh, qu'on voit de tout et qu'en plus il y a un problème de durée avec les anti-dépresseurs, c'est-à-dire qu'on les met pas forcément au long cours. Euh, ..., voilà ce que l'on peut dire de façon assez schématique. Est-ce que ça représente à peu près ce que vous avez dit, est-ce vous vous y retrouvez ou pas ? 150 à 159

Autre commentaire ? 175

Ca a été signalé à plusieurs reprises, tu fais bien de le souligner 180

autre commentaire ? 183

Bien je vous propose de passer à la 2^{ème} question. Donc la 2^{ème} question, j'aimerais que vous vous remettiez en situation, pour que vous nous restituiez euh quelles sont les doléances que vos patients expriment quant à leur poids, hein?. D'une part, comment ils expriment ça ?. Et deuxièmement, est-ce que c'est un problème pour eux , ou est-ce c'est plutôt un problème pour vous ?. ... On va commencer par l'autre côté 185 à 189

attends, je vais, je vais t'arrêter tout de suite parce que la prise en charge c'est après 259

Changement de face de la cassette 391

Marc 406

bien, et ben on va faire la transition avec la 3^{ème} question. Euh, donc, j'ai bien entendu que vous aviez des difficultés parce qu'en général vous n'étiez pas euh, les personnes qui avaient initié les traitements, et quand vous aviez cette doléance par rapport au poids, vous étiez un petit peu gênés, mais malgré tout j'aimerais que vous me livriez vos, votre façon de faire face à toute cette prise de poids, c'est-à-dire vous êtes obligés de garder le « traitement » entre guillemets. Donc en attendant la négociation, peut-être, éventuelle, avec votre psychiatre référent, qu'est-ce que vous mettez en place comme stratégie pour faire face à ce problème ?. ...JYD ? 431 à 437 tu n'es pas obligé de te répéter, hein 440

Merci. Donc en terme de conclusion, je vais vous demander de, de vous projeter un petit peu et de, de nous faire des propositions, hein, euh d'amélioration de la situation, ce que vous envisagez comme propositions pour améliorer, c'est sûr il y a quelques-unes qui ont été euh, qui ont été déjà énoncées, hein, d'améliorer la coordination avec le psychiatre, de renforcer la confiance dans le traitement, etc....Enfin bon. Qu'est-ce que vous voyez comme amélioration possible, pouvant aller justement à la prévention ?. On a aussi entendu tout à l'heure là des, peut-être changer le type de médicaments ?, inventer des nouvelles thérapeutiques ?. Enfin bon, vous avez libre choix ... de votre réflexion 580 à 587

alors je, je, je me suis peut-être mal exprimé. Euh, si t'avais des, des, des recommandations de bonne pratique, si tu veux, pour essayer de, d'améliorer ce problème de, de prise de poids, qu'est-ce que tu ferais comme recommandations ... à tes autres confrères professionnels ? 592 à 595

Si tu penses à rien, tu peux passer ton tour et puis attendre 597

Voilà 599

bon, toi qui est une marcheuse professionnelle, tu recommanderais pas à tes patients de marcher, par exemple ? 617-618

donc tu lui as dit, enfin tu viens de dire là: « lui demander sa solution », c'est quelque chose que tu fais systématiquement ou pas ? Quelles solutions il envisage ? 631-632 MM, tu voulais ... 766

je vous remercie. Alors j'ai été un mauvais modérateur parce que normalement on doit être rigide sur les horaires et tout. Mais c'était totalement passionnant, et puis on est 8, il faut quand même laisser au temps de, le temps à chacun de s'exprimer. En tout cas, en cas de modérateur je vous remercie, vous avez été d'une correction absolument parfaite, je pense que pour notre thésarde ça va être bien parce qu'il n'y aura pas trop de, de brouillage au point de vue écoute hein. Euh, si on a choisi ce sujet, vous vous doutez bien c'est qu'effectivement y a à peu près rien d'écrit sur le sujet, y a pas de référentiel, y a rien, donc c'est un travail exploratoire effectivement, hein, c'est à dire qu'on va partir de ce que vous avez vécu, de votre propre expérience, on vous prend comme experts en fait et on fait un recueil d'expertises différentes. Voilà. C'est ça la recherche qualitative et à partir de ça y a probablement

des tendances qui vont ressortir et après on pourrait faire des travaux un peu plus spécifiques avec d'autres outils. Merci beaucoup de votre participation 781 à 792

OBSERVATIONS :

MJG pas d'accord 31
MJG d'accord 40
les autres acquiescent de la tête 178-179
2 à 3 personnes acquiescent 774
MM pas d'accord 721
JYD fait un mouvement de la main, comme pour nuancer le propos 243
SV acquiesce 251
MJG acquiesce 59
rires 403
les autres approuvent de la tête 201
2 sourires désapprobateurs 465-466
MJG pas d'accord 350
3 personnes acquiescent 422
plusieurs personnes du groupe font oui de la tête 168-169
MM + MG + CV d'accord 375
MM incrédule voire ironique, MG d'accord entre 501 et 502
MG approuve 690-691
approbation de 5 personnes 399
surprise générale entre 16 et 17
SV hoche la tête pendant que CV parle entre 219 et 220
CV acquiesce pendant que MG parle entre 258 et 259
MG hausse les sourcils entre 327 et 328
2 personnes confirment de la tête 455
MM fataliste entre 531 et 532

RESUME

L'intérêt porté au corps des personnes souffrant de pathologies mentales est récent. Depuis une vingtaine d'années, le nombre de travaux sur l'association entre troubles mentaux et affections organiques est croissant. En particulier, on retrouve une surreprésentation du surpoids et de l'obésité chez ces patients, avec leurs conséquences sur la morbi-mortalité, notamment cardio-vasculaire.

Parmi les causes de cette surcharge pondérale, interviennent des facteurs liés à la maladie psychiatrique, et d'autres liés aux traitements psychotropes. En effet, les traitements, notamment antipsychotiques et thymorégulateurs, sont impliqués, pour partie, dans la prise de poids. Les mécanismes sont incomplètement élucidés, mais feraient intervenir les neurotransmetteurs, les hormones, la leptine, le tumor necrosis factor (TNF- α), et l'insuline, selon des schémas complexes de régulation.

Nous nous sommes intéressés à l'expérience professionnelle d'un groupe de médecins généralistes concernant cette problématique, par le biais d'un focus group. Il en ressort que les médecins interrogés sont conscients du problème, mais un peu démunis au niveau des solutions à proposer.

OVERWEIGHT AND OBESITY IN MENTAL HEALTH : EPIDEMIOLOGY, PHYSIOPATHOLOGY, AND HOW DO GENERAL PRACTITIONERS MANAGE IT

The concern for the body of people suffering from mental disease is quite recent. During the last twenty years the number of studies about the relation between mental disorder and organic diseases has been increasing. Particularly, we can notice a number, above the average, of cases of overweight and obesity among the patients, with consequences on morbidity and mortality, especially because cardio-vascular diseases.

Among the causes of this overweight, we can find reasons related to the psychiatric disease, and others coming from the psychotic treatments. Indeed, the treatments are involved, to a certain extent, in the process of taking on weight, especially the antipsychotics and lithium. The way it works is not completely explained, but the idea is that it depends on the interaction of neurotransmitters, hormones, leptin, tumor necrosis factor α (TNF- α) and insulin, according to a complicated regulation scheme.

We took interest in the professional experience of general practitioners, concerning this question, by means of a focus group. The conclusion is that the doctors are conscious of the problem, but they don't know how to cope with it .

MOTS CLES

Obésité
Surpoids
Syndrome métabolique
Psychotropes
Antipsychotiques
Neuroleptiques
Antidépresseurs
Thymorégulateurs
Focus group
Médecine générale

KEY WORDS

Overweight
Obesity
Metabolic syndrom
Psychotropic drugs
Antipsychotic
Neuroleptics
Antidepressant
Lithium
Anticonvulsant
Focus group
General medicine