



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

Mention : Psychiatrie et santé mentale

Le dépistage des troubles métaboliques chez des personnes souffrant de schizophrénie lors du parcours de santé : la place d'un(e) infirmier(e) de pratique avancée en centre médico-psychologique

Présentée et soutenue publiquement le 06/07/2022 à 11h
au Pôle Formation
par **Pierre-Charlie BOUCHET**

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Enseignant infirmier :

Madame Séverine BOUKLATA

Directeur de mémoire :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

REMERCIEMENTS

Je remercie l'ensemble des enseignants du DE IPA, ainsi que les membres du comité de pilotage pour leur investissement, qui a permis de rendre concrète cette formation d'infirmier en pratique avancée à Lille.

Ces 2 années m'ont énormément apporté sur le plan personnel, et culturel.

Je remercie l'ensemble de mes collègues de promotion, sympathiques et compétents. Le collectif et l'entraide ont facilité les moments difficiles.

Je remercie ma directrice de mémoire, Madame Le Docteur Sabine BAYEN pour son accompagnement éclairant, sa bienveillance et sa disponibilité.

Je remercie le centre hospitalier George Sand, où je travaille, qui m'a permis de suivre cette formation dans le cadre de la formation continue, ce qui est une chance.

Je remercie ma compagne Cécilia, qui m'a soutenu durant ces 2 années, et qui m'a permis de consacrer le plus de temps possible aux différents enseignements. Je remercie aussi nos 2 filles qui m'ont apporté beaucoup de bonheur et de courage, Andréa et Alix, qui est née le 22.02.2022.

Enfin, je remercie ma maman, qui a tout fait pour moi, et qui nous a malheureusement quitté trop tôt. Je pense très fort à toi, maman.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE

INTRODUCTION GENERALE

I. INTRODUCTION	1
A. SITUATION D'APPEL.....	1
B. LA SCHIZOPHRENIE.....	5
C. LES ANTIPSYCHOTIQUES.....	12
D. ASG ET TROUBLES METABOLIQUES.....	14
E. LE SYNDROME METABOLIQUE.....	21
F. LES TROUBLES METABOLIQUES : RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE.....	23
G. COMPLEXITE DES SITUATIONS ET NECESSITE D'UN TRAVAIL EN RESEAU.....	24
H. LA HAS ET LA CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS.....	25
I. L'INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCEE.....	25
J. PROBLEMATIQUE.....	27
II. METHODE	28
A. NATURE DE L'ETUDE.....	28
B. POPULATION ETUDIEE :.....	28
C. RECUEIL DES DONNEES :.....	28
D. L'INTERVENTION : INFORMER AUTOUR DES TROUBLES METABOLIQUES.....	29
E. TRAITEMENT DES DONNEES :.....	30
III. RESULTATS	31
A. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION :.....	31
B. NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN SOINS DE SANTE MENTALE SUR LES 12 DERNIERS MOIS ET TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE.....	31
C. PRESENCE D'UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX POUR LE DIABETE ET LA DYSLIPIDEMIE.....	32
D. DEPISTAGE DU SYNDROME METABOLIQUE AU SEIN DU CMP.....	33
E. TAUX DE DECLARATION DU MEDECIN TRAITANT ET PRESENCE D'ECHANGE ENTRE LE CMP ET LA MEDECINE DE VILLE.....	35
F. IMPACT DE LA SENSIBILISATION AU SYNDROME METABOLIQUE SUR LES 6 INFIRMIERS DU CMP.....	35
G. COMPARAISON ENTRE LES VALEURS RECUEILLIES POUR LES 19 PERSONNES AYANT BENEFICIE DE L'INTEGRALITE DES CONTROLES ET LES NORMES DE LA NCEP-ATP ET DE L'OMS.....	36
IV. DISCUSSION	37
A. UN DEPISTAGE DES TROUBLES METABOLIQUES PARTIEL SUR LE CMP.....	37
B. LE SUIVI PAR UN MEDECIN TRAITANT.....	39
C. UNE TENDANCE AU CLOISONNEMENT ENTRE MEDECINE DE VILLE ET HOPITAL PSYCHIATRIQUE.....	41
D. UNE INFORMATION DE L'EQUIPE INFIRMIERE DU CMP AUX TROUBLES METABOLIQUES A PERMIS D'AUGMENTER LE DEPISTAGE DE TROUBLES METABOLIQUES.....	41
E. FREQUENCE DES TROUBLES METABOLIQUES DEPISTES PAR LES INFIRMIERS DU CMP.....	44

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE

- **IPA** : Infirmier en pratique avancée
- **CMP** : Centre médico-psychologique
- **VAD** : Visite à domicile
- **UNAFAM** : Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
- **AAH** : Allocation adulte handicapé

- **SPDRE** : Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat.
- **MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées
- **CRP** : centre de rééducation professionnelle
- **GEM** : Groupe d'entraide mutuelle
- **RQTH** : Reconnaissance de travailleur handicapé
- **IMC** : Indice de masse corporelle
- **NFS** : Numération formule sanguine
- **ECG** : Electrocardiogramme
- **FA** : Fibrillation auriculaire
- **IRDES** : Institut régional des données économiques et de santé
- **DALY** : Disability-Adjusted Life Year (« *espérance de vie diminuée de l'incapacité* »)
- **APG** : Antipsychotique de première génération
- **ASG** : Antipsychotique de seconde génération
- **MCV** : Maladie cardiovasculaire
- **HbA1c** : Hémoglobine glyquée
- **HAS** : Haute autorité de la santé
- **EAL** : Exploration des anomalies lipidiques
- **IDF** : International Diabetes Federation
- **NCEP-ATP** : National Cholesterol Education Program, Adult treatment program
- **HDL** : *high-density lipoprotein*
- **TG** : Triglycérides
- **CPTS** : Communautés professionnelles territoriales de santé
- **PTSM** : Projet territorial de santé mentale
- **CLSM** : Conseils locaux de santé mentale
- **IQSS** : Indicateur de qualité et de sécurité des soins
- **PA** : Pression artérielle
- **ESAT** : Etablissement ou service d'aide par le travail
- **HBM** : Health belief model (« *modèle de croyance en santé* »)

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Une situation vécue lors d'un stage en CMP m'a interpellé. Il s'agissait d'un patient de 30ans diagnostiqué schizophrène, suivi par des infirmiers dans le cadre de visites à domicile prescrites. Un accompagnement du CMP lui avait permis de cheminer vers une acceptation de sa maladie et de ses traitements, et vers une réhabilitation socio-professionnelle. Le point qui m'a interpellé a été sa corpulence, et l'absence de documentation de cette donnée dans son dossier médical du CMP. Parallèlement, ce patient qui avait déclaré un médecin ne le consultait qu'exceptionnellement, car il n'identifiait pas de besoins de suivi particuliers. Dans cette situation, le professionnel infirmier, qui voyait 2 fois par mois le patient, et qui avait développé une relation de confiance avec ce patient me semblait être en 1^{ère} ligne pour effectuer des actions de dépistage des troubles métaboliques, et le cas échéant, initier des mesures hygiéno-diététiques, et faire remonter l'information au psychiatre ainsi qu'au médecin généraliste traitant.

Les personnes ayant une schizophrénie vivent en moyenne 20 ans de moins que la population générale¹. Les causes de cette surmortalité ont une origine cardiovasculaire dans plus de la moitié des cas. Si l'hygiène de vie de cette population est souvent vectrice de facteurs de risque cardiovasculaires, les traitements antipsychotiques de seconde génération favorisent eux aussi de nombreux troubles métaboliques : prise de poids, diabète de type 2, dyslipidémie, qui sont autant de facteurs de risques cardiovasculaires.

Le dépistage de ces troubles métaboliques tout au long du parcours de santé revêt une importance particulière, afin d'initier des actions de prévention et de promotion de la santé de façon précoce.

Paradoxalement, les personnes diagnostiquées schizophrènes accèdent moins aux soins somatiques que la population générale.

Ma question principale a été d'identifier comment un infirmier de pratique avancée en CMP peut contribuer au dépistage des troubles métaboliques chez des personnes diagnostiquées schizophrènes.

J'ai émis l'hypothèse qu'une information de ces infirmiers du CMP aux troubles métaboliques les inciterait à effectuer plus d'actions de dépistages auprès de personnes schizophrènes (surveillance du poids, de la taille, de l'IMC et du périmètre abdominal).

Une analyse de pratique rétrospective sur dossiers médicaux, avec une méthode interventionnelle a été choisie pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

I. Introduction

A. Situation d'appel

Dans le cadre de ma 2^e année de formation menant au diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA), j'effectue mon stage dans un centre médico psychologique (CMP). Celui-ci couvre un secteur essentiellement rural, où la démographie médicale y est inférieure à la moyenne nationale^I.

J'ai été interpellé par la situation de François^{II}, souffrant de schizophrénie.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui est entré dans la maladie de façon brutale alors qu'il avait 21 ans.

Il bénéficie d'une prise en charge par le CMP à travers un suivi trimestriel avec son psychiatre référent et des visites à domicile (VAD) hebdomadaires réalisées par les infirmier(e)s.

1. Données biographiques

François est célibataire, n'a pas d'enfants. Il est fils unique et habite dans un logement indépendant, situé dans le centre d'un village de 700 habitants. Ses parents habitent à moins de 5 minutes à pied et ont des contacts réguliers avec leur fils. Une relation de partenariat avec le CMP et l'adhésion à l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) les ont aidés à investir pleinement leur rôle d'aidant.

François bénéficie d'une mesure de protection juridique (curatelle simple) et a pour ressource l'AAH (Allocation adulte handicapé).

2. Anamnèse

François suivait une scolarité brillante en 3^e année de licence de droit lorsqu'il a vécu une rupture sentimentale très douloureuse.

Peu de temps après, il a présenté un syndrome d'automatisme mental, ainsi qu'un délire de persécution, avec des mécanismes interprétatifs. L'adhésion à ce délire était forte et la participation thymique majeure. Suite à des troubles sur la voie publique (François invectivait

^I 5,9 généralistes pour 10 000 habitants contre 8,6 pour 10 000 habitants en France, selon Cartosanté -

<https://cartosante.atlasante.fr/>

^{II} Prénom modifié

des passants et se montrait menaçant) une hospitalisation sous contrainte s'est mise en place (SPDRE^{III}).

Son parcours de santé en psychiatrie a alors compté de nombreuses hospitalisations dans des contextes de ruptures de traitement.

Il y a 2 ans, devant une résistance aux antipsychotiques de seconde génération (Rispéridone et Aripiprazole), son psychiatre référent a instauré la Clozapine lors d'une hospitalisation. Celle-ci a permis une nette amélioration clinique, avec abrasion du délire. Des visites à domicile hebdomadaires par les infirmiers du CMP lui ont été prescrites lors de sa sortie. Basées sur une approche psycho-éducative, elles ont contribué à une avancée significative vers la connaissance et l'acceptation de la maladie. Ses parents ont été associés à cette démarche et ils ont pu cheminer vers une meilleure compréhension et acceptation de la maladie de leur fils, tout en développant des stratégies relationnelles plus adéquates.

Ces différents axes de travail ont permis une amélioration de l'insight et l'instauration d'une nouvelle dynamique : François a retrouvé espoir en l'avenir et a travaillé un projet professionnel avec l'ensemble des acteurs du CMP (psychiatre, infirmiers, assistante sociale). Il a accepté de demander la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) auprès de la MDPH^{IV}. Après son obtention, il a été orienté vers un CRP^V, où il a pu choisir une formation correspondant à ses envies et à ses aptitudes (il suivra dès septembre prochain une formation de niveau bac +2 pour devenir webdesigner).

Il fréquente un GEM^{VI} depuis 1 an. Il y est devenu adhérent et s'est constitué un tissu social. Il s'est également investi dans la vie de l'association.

3. Récit

Je rencontrais François pour la 1^{ère} fois dans le cadre d'une visite à domicile, prescrite par son médecin psychiatre.

Les objectifs de cette visite sont d'entretenir la relation de confiance, de réaliser une évaluation de la clinique, ainsi que de son environnement de vie. François fait également son pilulier pour les 15 jours suivant, ce qui constitue une médiation pour l'échange ainsi que l'évaluation clinique.

^{III} SPDRE : Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat.

^{IV} MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

^V CRP : centre de rééducation professionnelle

^{VI} GEM : Groupe d'entraide mutuelle. Il s'agit d'une association pour patients souffrant de troubles psychiques, basée sur l'entraide mutuelle, favorisant l'insertion sociale et la citoyenneté.

Je me présente, puis introduit le métier d'IPA par des explications simples. François n'avait pas encore entendu parler de ce nouveau métier. Il est intéressé et me pose plusieurs questions pertinentes.

Le contact est aisé, le discours est fluide, construit.

Il décrit son expérience vécue actuellement : il se sent bien physiquement, psychiquement. Il a des amis et des projets : il me parle avec enthousiasme de sa future formation. Il exprime cependant avec une certaine inquiétude sa crainte de l'échec, en lien avec des difficultés de concentration.

Il m'explique avoir appris à vivre avec sa maladie. Il en connaît les principaux syndromes (positifs, négatifs, désorganisation). Il dit « ne plus en subir les signes », hormis une « dissociation » qui apparaît quand il est fatigué ou qu'il y a trop de stimulus : trop de bruit, trop de monde.

L'entretien se déroule alors qu'il refait son pilulier, en toute autonomie. Il connaît la Clozapine, sa classe thérapeutique, son indication et sa surveillance biologique par rapport au « risque de chute des globules blancs » (agranulocytose). Il organise mensuellement le prélèvement du contrôle biologique prescrit par le psychiatre : il a planifié sur son agenda électronique un rappel mensuel quelques jours avant la date du prélèvement et appelle lui-même le cabinet infirmier libéral. Il a également développé des autos-compétences concernant l'analyse de ce résultat, qu'il compare aux normes mentionnées dans son carnet de Clozapine. Il fait par ailleurs signer ce carnet à la pharmacienne du village lors de chaque délivrance. Je constate le travail et le chemin parcouru par François, accompagné par l'ensemble de l'équipe du CMP.

Parallèlement, j'observe aussi que François est corpulent.

Je suis interpellé, car je n'avais pas trouvé de trace de cette donnée dans son dossier patient. Par ailleurs, je n'avais pas trouvé d'informations relatives à la prévention et au dépistage du syndrome métabolique.

Je suis particulièrement sensible à cet aspect, car j'ai été frappé par le constat suivant : les personnes souffrant de schizophrénie vivent 20 ans de moins que la population générale et parmi les causes principales de cette surmortalité, les maladies cardiovasculaires occupent la première place.

Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire, le syndrome métabolique- en tant qu'ensemble de facteurs de risque - occupe une place importante. La prévalence de ce syndrome augmente

fortement avec la prise de psychotropes et particulièrement avec certains neuroleptiques, dont la Clozapine.

Qu'en était-il alors du dépistage de ce syndrome métabolique lors de son parcours de santé ? quel(s) professionnel(s) de santé allait s'en charger ?

Après consultation de son dossier patient (informatique et papier), je relevais les points suivants :

- Les dernières valeurs de son poids et de son IMC étaient anciennes : elles dataient de sa dernière hospitalisation il y a 3 ans. Je retrouvais un IMC à 32, sans commentaires particuliers sur cette donnée.
- Un médecin généraliste traitant est identifié. Je ne retrouve pas de traces d'échanges formels ou informels avec lui (échange de courriers, appels téléphoniques).
- Le dernier ECG est daté d'il y a 3 ans, il est qualifié « dans les limites de la normale ».
- Au niveau du suivi biologique, je retrouve des bilans NFS mensuel (surveillance de la Clozapine^{VII}), et un bilan plus complet lors de cette hospitalisation 3 ans auparavant (NFS, ionogramme, bilan hépatique, fonction rénale), mais ne comprenant pas l'exploration de la glycémie (glycémie à jeun et hémoglobine glyquée) et l'exploration des anomalies lipidiques.

Sur la base de ces premiers éléments, je souhaitais recueillir des informations complémentaires auprès de François :

- Quand avait-il consulté pour la dernière fois son médecin généraliste traitant, pour quel(s) motifs et quels ont été les différents examens complémentaires dont il a bénéficié ?

François me répond qu'il est jeune et en bonne santé. Il ajoute qu'il n'est quasiment jamais malade. Il me dit avoir vu son médecin généraliste traitant pour la dernière fois il y a un peu plus d'un an, pour une gastroentérite. En ce qui concerne d'éventuels examens complémentaires, il n'en a pas souvenir.

A distance, je sollicitais un entretien avec chacun des principaux acteurs de son parcours de santé : son psychiatre référent, son médecin traitant et un infirmier du CMP. J'abordais la question du dépistage des troubles métaboliques avec chacun d'eux, et la relation médecine de ville-hôpital.

^{VII} La Clozapine comporte un risque d'agranulocytose, qui nécessite la surveillance mensuelle de la numération des leucocytes et des polynucléaires

Le médecin généraliste traitant m'informe qu'il a seulement vu François 1 seule fois sur les 24 derniers mois. Il me renvoie également qu'entre la médecine de ville et la psychiatrie il y a « un mur », et que c'est « étanche ». Il me demande ce qu'en pense son psychiatre et ce que l'on pourrait faire pour améliorer la communication.

Il ajoute que la surveillance des effets indésirables des antipsychotiques, et le dépistage d'éventuels troubles métaboliques relève du spécialiste de la schizophrénie.

Le psychiatre m'explique qu'il est souvent difficile de joindre un médecin généraliste, que la communication est insuffisante dans les deux sens. Par rapport au dépistage des troubles métaboliques, il me dit qu'ils devraient normalement être effectués par le médecin généraliste. Il exprime également qu'il faut trouver des axes d'amélioration. Il dispose d'un document de la HAS concernant la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques sévères : il m'invite à le lire et en fera de même afin que l'on puisse en discuter.

L'infirmier de son côté s'est montré surpris par ma question et m'a renvoyé que cela ne relevait pas du rôle infirmier au CMP, car la gestion du champ somatique relevait du champ de compétences du médecin généraliste. Concernant les relations médecine de ville – hôpital, il identifiait cette partie comme l'affaire des médecins.

Je développerai dans la suite de mon introduction les principales notions abordées dans cette situation.

B. La schizophrénie

La schizophrénie est une maladie mentale appartenant au champ des psychoses². Il s'agit d'un trouble sévère et chronique.

Elle survient dans la plupart des cas entre 15 et 25 ans². L'entrée dans la maladie est soit brutale avec un premier épisode psychotique inaugural, soit insidieuse avec une installation progressive des symptômes.

1. Rappel historique

Appelée démence précoce à la fin du XIXe siècle, le terme de schizophrénie est employé pour la 1^{ère} fois par le psychiatre Bleuer en 1908³ (étymologiquement « Esprit fractionné »). Il souligne que ce terme rend mieux compte de la perte d'unité psychique vécue par les personnes souffrant de ce trouble, au-delà de ses aspects déficitaires.

Au XXe siècle, le traitement de la maladie mentale sévère, dont la schizophrénie, sera essentiellement asilaire jusqu'au début des années 1960⁴ (les personnes sont mises à l'écart de la société dans des asiles).

Un mouvement de désinstitutionalisation⁵ voit le jour à cette période visant à traiter les malades dans la cité, au plus proche de leur famille. Il est porté par des psychiatres comme L. Bonnafé, F. Tosquelles. Il s'inscrit également dans le contexte de la découverte des neuroleptiques dans les années 1950 : traitement efficace contre les symptômes les plus invalidants de la psychose⁴ (délire, hallucinations).

Ce mouvement initie également le secteur, qui correspond à une aire géographique comprenant environ 70 000 personnes. Ce secteur répondra aux besoins en termes de santé mentale de cette population : une même équipe prendra en charge les patients afin d'assurer continuité et donc cohérence des soins.

L'offre hospitalière s'enrichit également de cliniques guidées par une nouvelle conception du soin : la psychothérapie institutionnelle. La grande nouveauté est de responsabiliser les personnes malades (essentiellement des personnes souffrant de schizophrénie), en leur permettant de retrouver un statut de sujet, ainsi qu'un sentiment d'efficacité. Cela passe notamment par une participation à toutes les tâches du quotidien (ménage, repas, lingerie), à une contribution à la gouvernance de la vie collective et à une participation active à des activités culturelles, de loisirs et sportives.

2. Epidémiologie

La schizophrénie touche environ 1% de la population, ce qui représente environ 700 000 personnes en France. Le sex-ratio est de 1,4 pour les hommes⁶.

La prévalence semble la même au sein de toutes les cultures, sociétés et catégories sociales.

Certains facteurs de vulnérabilité sont identifiés, comme avoir eu un parcours migratoire et vivre en milieu urbain⁷.

3. Tableau clinique

Le diagnostic est positif lorsque 2 des 3 syndromes suivants sont présents pendant une durée supérieure à 4 semaines et que les répercussions fonctionnelles sur les domaines socio-professionnels existent depuis plus de 6 mois⁸.

○ **Syndrome positif**

Il s'agit de la présence d'idées délirantes et d'hallucinations.

Les idées délirantes ont des thèmes (mystiques, persécution, grandeur, ...) et des mécanismes (interprétation, intuition, imagination, ...)

Les hallucinations sont des perceptions sans objet. Elles peuvent être auditives, visuelles, kinesthésiques.

- **Syndrome négatif**

C'est un appauvrissement de la vie psychique.

Au niveau affectif, la personne montre peu d'émotions, donne une impression de froideur, d'indifférence. Au niveau cognitif, le discours est pauvre, les réponses brèves, évasives.

Enfin au niveau comportemental, la personne est apragmatique (incapacité / difficulté à faire acte).

- **Syndrome de désorganisation**

Il y a perte de l'unité psychique.

Au niveau affectif, il y a présence d'ambivalence (2 sentiments opposés coexistent) et de discordance idéo-affective (le discours et les idées ne sont pas adaptés aux affects exprimés).

Au niveau cognitif, on retrouve des troubles du cours de la pensée, du langage et du raisonnement. Au niveau du comportement, il y a présence de maniérisme, de parakinésies (mouvements qui paraissent anormaux).

- **Ses différentes formes cliniques**

Différentes formes cliniques existent, marquées par la prédominance d'un syndrome par rapport aux autres. On retrouve la schizophrénie paranoïde, la schizophrénie désorganisées, la schizophrénie indifférenciée, la schizophrénie catatonique et la schizophrénie résiduelle. Certains auteurs parlent de la schizophrénie au pluriel, pensant qu'il s'agit « *d'un groupe hétérogène dont l'unité a été maintenue de façon artificielle* »⁹.

4. La place de la famille / des aidants

Ces dernières décennies ont abouti à un changement de paradigme où la famille passe « *d'un modèle pathologique à un modèle de compétence* »² : la famille qui pouvait être considérée comme la cause de la maladie devient désormais un partenaire du soin. Avant l'arrivée des neuroleptiques, l'hypothèse de l'origine familiale de la schizophrénie (liée à des interactions défailtantes empêchant le sujet de se constituer autonome, introduite par

Fromm-Reichmann en 1948¹⁰) a eu pour conséquence la mise à l'écart de la famille des soins et un vécu culpabilisant pour celle-ci.

Plus récemment, la famille est intégrée aux soins via des méthodes de psychoéducation. L'approche psycho-éducative et multifamiliale de W. Macfarlane¹¹ est une approche qui a été évaluée et validée scientifiquement : des études ont établi que son effet sur l'amplitude des rechutes est la 2^e intervention la plus efficace après les traitements médicamenteux.

La psychoéducation familiale est basée sur la transmission du savoir connu sur la maladie et les traitements médicamenteux aux aidants. Elle contribue à l'acceptation de la maladie par les familles et leur permet de développer des habiletés dans la gestion de leurs comportements, cognitions et émotions. Ces habiletés ont pour objectif de soutenir et de prévenir les rechutes de la personne malade.

Après une hospitalisation, plus de 50 % de personnes souffrant de schizophrénie retournent chez leur famille et dépendent de leur aide¹².

5. Etiologie et traitement

○ **Etiologie**

La cause de la schizophrénie est pour le moment inconnue. Plusieurs modèles explicatifs de l'origine de ce trouble psychique sévère existent.

Le modèle neurodéveloppemental¹³ postule qu'une atteinte précoce du cerveau (pré ou périnatale) serait à l'origine des troubles, qui s'exprimeraient plusieurs années après.

Le modèle stress-vulnérabilité¹⁴ postule que la maladie résulte de l'association de 2 éléments :

- Une vulnérabilité (innée : génétique et/ou acquise : liée à des facteurs environnementaux)
- Un élément stressor : provenant de l'individu lui-même (mécanismes biochimiques internes) ou de l'environnement (matériel, psychosocial, consommation de toxiques ...).

Chaque individu posséderait un seuil de vulnérabilité qui lui est propre. Par exemple, un individu dont ce seuil est bas pourrait développer une schizophrénie en rencontrant un élément stressor modéré.

○ **Traitement**

Le traitement médicamenteux a une place importante : les antipsychotiques de seconde génération sont indiqués en 1^{ère} intention (partie suivante). Cette prise en charge médicamenteuse ne peut se concevoir sans l'accompagnement global. Le modèle du rétablissement, qui a émergé au début des années 2000 est devenu une référence dans le soin aux personnes souffrant de schizophrénie¹⁵. Il rend compte des formes que prend cet accompagnement.

Selon M. Duprez (psychiatre), le rétablissement est « *l'ensemble des actions mises en œuvre auprès de personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie, leur indépendance dans la communauté*¹⁶ ».

Ses outils sont notamment la remédiation cognitive, le travail sur les habiletés sociales, l'éducation thérapeutique des patients et des familles.

L'ensemble de ces interventions est d'autant plus efficace que leur mise en œuvre est précoce. Le délai de psychose non traitée est actuellement de 2 ans. Un dépistage plus précoce constitue un enjeu majeur dans le traitement de ces maladies.

6. La stigmatisation et l'auto-stigmatisation

Les représentations de la société quant à la schizophrénie sont source de stigmatisation. La personne schizophrène est en effet considérée comme l'archétype de la folie. Les notions de « *dangerosité* », d'« *imprévisibilité* » et d'« *irresponsabilité* » sont principalement retrouvées dans la population générale concernant cette maladie¹⁷. La crainte de cette stigmatisation chez les personnes malades entraîne des comportements d'auto-stigmatisation et d'évitement des relations sociales.

Giordana¹⁸ décrit cette auto-stigmatisation comme un « *Phénomène de discrimination anticipée et évitée* ». Elle ajoute que « *le manque de tolérance sociétale de la schizophrénie affecte considérablement le bien-être et la qualité de vie des aidants-proches et des patients, qui finissent par intérioriser les stigmatisations qui pèsent sur eux. Ces attitudes et pensées péjoratives durement ancrées et cette intériorisation par les sujets, les amènent à ne pas se sentir concernés et considérés comme malade. Ils s'évertuent à se distancier de la pathologie pour enfuir plus ou moins consciemment une souffrance et une peur d'être stigmatisé* ».

Cela constitue un des freins à l'acceptation de la maladie et donc à l'alliance thérapeutique (acceptation des soins et des traitements médicamenteux ou non).

7. Espérance de vie et qualité de vie

Les personnes diagnostiquées schizophrènes ont une espérance de vie inférieure de 20 ans à celle de la population générale¹⁹. On retrouve dans la littérature que les causes de cette surmortalité sont liées à 60% à des pathologies somatiques, au 1^{er} rang desquelles les affections cardiovasculaires²⁰.

La mort par suicide est la 2^e cause de mortalité.

La qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie se voit impactée par ce trouble. Les symptômes de la maladie sont invalidants et nuisent à l'insertion socio-professionnelle. Peu sont en situation d'emploi rémunéré (12% selon Holley et Al²¹).

La schizophrénie est classée au 12^e rang / 310 des maladies entraînant le plus d'incapacité, à travers l'indicateur DALY²² (espérance de vie diminuée de l'incapacité).

8. Schizophrénie et soins somatiques

Cette diminution conséquente de l'espérance de vie interroge sur ses causes.

On retrouve dans la littérature un consensus sur celles-ci.

D'une part, dans l'hygiène de vie des personnes souffrant de schizophrénie, on retrouve fréquemment les notions de sédentarité, d'alimentation déséquilibrée, ainsi qu'un taux de comorbidité addictives élevé²³ (70% fument du tabac, 50% consomment du cannabis et 10 à 50% font un mésusage de l'alcool). L'ensemble de ces facteurs sont de nature à majorer le risque cardiovasculaire.

D'autre part, ils accèdent moins aux soins somatiques que la population générale. Si la situation de précarité financière ne favorise pas cet accès (même si l'ALD devrait permettre une dispense d'avance des frais), d'autres facteurs expliquent ce moindre accès, comme l'absence d'identification de besoins somatiques ou les difficultés engendrées par la symptomatologie de la maladie (liées à l'apragmatisme, au délire, aux troubles cognitifs ...). Cela peut alors rendre difficile l'initiative de la prise de rendez-vous, la planification, l'organisation nécessaire pour être présent à ce rendez-vous, le fait de patienter dans une salle d'attente avec des inconnus etc...

Également, l'ensemble des démarches nécessaires à la réalisation d'examen d'explorations peuvent être rendues difficiles pour ces mêmes motifs.

Enfin, les psychotropes et tout particulièrement certains antipsychotiques de seconde génération majorent fortement la prévalence de ce risque cardiovasculaire. Ils peuvent augmenter l'espace QT, ce qui favorise les torsades de pointe et peut conduire à la fibrillation auriculaire (FA). Ils engendrent également des troubles métaboliques, que l'on peut regrouper sous l'entité du syndrome métabolique.

Cette surmortalité liée à des pathologies cardiovasculaires serait donc liée à une augmentation des facteurs de risque liée à l'hygiène de vie (facteurs acquis, accessibles à la médecine préventive), aux traitements antipsychotiques (surtout certains de seconde génération, développés dans la partie suivante) et à un accès aux soins somatiques moindre.

Des études illustrent ce moindre accès soins somatiques :

- Les personnes souffrant de troubles psychiques sévères sont 2 fois plus nombreux qu'en population générale à ne pas déclarer de médecin traitant :

L'IRDES²⁴ (Institut régional des données économiques et de santé) nous indique qu'en 2012/2013, en France, 14,5% des personnes hospitalisées en psychiatrie pour des troubles sévères n'avaient pas de médecin traitant (avec d'importantes disparités territoriales, ils sont par exemple 25% à ne pas en déclarer dans le Loire et Cher). En population générale, 7% ne déclarent pas de médecin traitant. A titre de comparaison, les personnes souffrant de dépression et de troubles de l'humeur ne sont que 4% à ne pas en déclarer⁶.

- Les personnes souffrant de troubles psychiques sévères reçoivent un nombre d'actes de prévention limité :

L'IRDES relève également que 2 ans après une hospitalisation en psychiatrie, parmi cette population de personnes souffrant de troubles psychiques sévères :

- 44% ont eu au moins 3 actes de prévention classiques (hémogramme, glycémie et cholestérol).
- 15% ont eu au moins 3 actes de prévention complémentaire (dont ECG et bilan rénal).

C. Les Antipsychotiques

1. Les antipsychotiques de 1^{ère} et de 2^{nde} génération

La découverte des neuroleptiques date des années 1950 : la Chlorpromazine a été découverte en 1952 par Henri Laborit, médecin anesthésiste. Son indication initiale était de potentialiser l'anesthésie. Quelques mois plus tard, Hamon et coll. découvrent son effet sédatif dans la manie. Ce traitement médicamenteux, efficace contre les symptômes les plus invalidants de la psychose (délire, hallucinations), a contribué à l'émergence d'un mouvement de désinstitutionnalisation, visant à traiter les malades dans la cité, au plus près de leur famille²⁵.

Le terme de neuroleptiques a été choisi en 1955 à cause des effets indésirables neurologiques (extrapyramidaux) de ces neuroleptiques de première génération. De nouvelles molécules apparaissent dans les décennies suivantes (Clozapine, Olanzapine, Risperidone, ...), induisant beaucoup moins d'effets indésirables de type extrapyramidaux. Elles sont qualifiées de neuroleptiques de seconde génération.

L'appellation neuroleptique est alors remise en cause du fait de cette meilleure tolérance neurologique, le terme d'antipsychotique lui est préféré.

Nous parlerons d'antipsychotiques de première génération (APG) et d'antipsychotiques de seconde génération (ASG).

Les principales indications sont les troubles psychotiques et la schizophrénie. Certains ASG possèdent également des indications autres. La liste n'est pas exhaustive, mais nous retrouvons également des indications dans le cadre du traitement des troubles de l'humeur (bipolarité), de la dépression dans le cadre du trouble bipolaire (Quétiapine), ...

Les ASG sont indiqués en première intention dans le cadre du traitement des troubles psychotiques et de la schizophrénie. Le rapport bénéfice-risque est en leur faveur car ils sont mieux tolérés sur le plan neurologique, cognitif et au moins aussi efficaces que les APG sur les symptômes positifs de la maladie²⁶.

2. Les propriétés des antipsychotiques

Les antipsychotiques ont 3 principales propriétés, qui correspondent aux effets thérapeutiques recherchés :

- Une action sédatrice

Surtout recherchée en phase aigüe de la maladie, elle diminue l'agitation, l'angoisse.

- Une action anti-productive
Elle permet d’agir sur les symptômes positifs de la maladie.
- Une action anti-déficitaire
Qui permet de limiter les symptômes négatifs de la maladie.
Ce sont surtout les ASG qui ont une action sur cette symptomatologie négative.

Les APG ont des actions variables sur ces 3 grandes propriétés. Des classifications, comme celle de Simon, Puech et Lecrubier²⁷ les répartissent en fonction de leur efficacité sur ces 3 grandes propriétés. En ce qui concerne les ASG, leur classification est fonction de leur structure chimique.

3. Mode d’action des antipsychotiques

Les antipsychotiques agissent notamment sur les 4 voies dopaminergiques du cerveau (annexe 1) par un effet antagoniste des récepteurs dopaminergiques D2. L’action thérapeutique est liée à l’antagonisme dopaminergique au niveau de la voie mésolimbique. Cet antagonisme sur les 3 autres voies (mésocorticale, nigrostriée et tubéro-infundibulaire) est responsable des effets indésirables. Ce qui différencie les APG des ASG est l’action de ces derniers sur le système sérotoninergique : ils sont antagonistes des récepteurs sérotoninergiques 5-HT_{2A}. Le blocage de ces récepteurs permet d’augmenter la présence de dopamine. Selon les différentes voies dopaminergiques, c’est l’antagonisme dopaminergique ou sérotoninergique qui va dominer. En l’occurrence, chez les ASG, l’antagonisme dopaminergique domine dans la voie mésolimbique (responsable de l’effet thérapeutique) alors que l’antagonisme sérotoninergique domine dans les autres voies (d’où la diminution des effets indésirables – notamment extrapyramidaux – chez les ASG).

Le schéma en annexe 2 illustre ces différents modes d’action.

4. Principaux effets indésirables des ASG

- Effets neurologiques
Les principaux effets neurologiques sont les effets extrapyramidaux. Leur survenue est beaucoup plus fréquente avec les APG.
On retrouve :
 - Des dyskinésies aiguës, fréquentes en début de traitement (contractures musculaires de la bouche et de la face).

- Un syndrome parkinsonien (akinésie, rigidité de type plastiques, tremblement des extrémités).
- Une akathisie (impossibilité de rester en place).
- Des dyskinésies tardives, survenant plusieurs mois après le début du traitement, caractérisées par des mouvements incontrôlables, répétitifs.
- Effets neurovégétatifs
 - Effets adrénergiques, qui peuvent entraîner une tachycardie, une hypotension orthostatique et une sédation. Les APG entraînent ces effets de façon plus fréquentes.
 - Effets anticholinergiques. Ce sont essentiellement des troubles mnésiques, de l'attention et de l'humeur, ainsi qu'une constipation, une sécheresse buccale.
 - Effets histaminergiques. Ils sont responsables d'une prise de poids, d'une sédation. Encore une fois, les ASG induisent moins ces effets.
- Effets cardiaques
 - Ils peuvent allonger l'espace QT, ce qui favorise l'apparition de torsades de pointes, puis de fibrillation ventriculaire.
- Effets hématologiques
 - Une agranulocytose peut survenir. Celle-ci ne peut être provoquée que par la Clozapine (ASG), ainsi que par les phénothiazines (APG) à forte dose (Cyamémazine, Chlorpromazine, ...)
- Effets oculaires
 - On retrouve principalement des troubles de l'accommodation, ainsi qu'une sécheresse oculaire.
- Effets dermatologiques
 - On retrouve une photosensibilisation, ainsi que des réactions cutanées allergiques
- Effets métaboliques
Ces troubles seront développés dans la partie suivante.

D. ASG et troubles métaboliques

Ces troubles métaboliques sont :

- La prise de poids
- Le diabète
- La dyslipidémie

Ils sont principalement attribués aux ASG.

Le risque de développement de ces troubles métaboliques n'est pas identique à tous les antipsychotiques de seconde génération. L'association américaine du diabète a établi le « profil métabolique » des différents ASG, comme le montre le tableau suivant²⁸ (Tableau 1) :

Médicament	Gain de poids	Diabète sucré	Dyslipidémie
Clozapine	+++	+	+
Olanzapine	+++	+	+
Risperidone	++	V	V
Quétiapine	++	V	V
Aripiprazole (*)	+/-	-	-
Ziprasidone (*)	+/-	-	-
Amisulpride (**)	+/-	-	-

+ = risque accru

- = pas d'effet délétère

V = données variables dans la littérature

(*) sous réserve d'un nombre limité de données à long terme.

(**) non mentionné dans la Conférence de consensus, car non commercialisé aux États-Unis [Données selon la réf. 5].

Ainsi les ASG sont regroupés selon 3 catégories, en fonction du risque de survenue des troubles métaboliques :

- Risque élevé : Clozapine et Olanzapine
- Risque intermédiaire : Risperidone et Quétiapine
- Risque plus faible : Amisulpride et Aripiprazole

Si le choix des antipsychotiques est guidé par leur efficacité sur le plan psychiatrique, l'association américaine du diabète incite également les prescripteurs à tenir compte, en fonction du profil de risque métabolique du patient, du profil métabolique de l'antipsychotique.

Enfin, la polythérapie, qui consiste à associer plusieurs antipsychotiques entre eux majore l'incidence des troubles métaboliques. Une étude réalisée au Japon en 2007 sur 334 patients souffrant de schizophrénie²⁹, a montré que cette polythérapie était fréquente (32% des patients recevaient 2 antipsychotiques, 15% en recevaient 3) et que la survenue des troubles métaboliques était plus fréquente que dans le groupe traité par monothérapie (diabète : 33% vs 22% ; obésité abdominale 62% vs 44%).

1. Le diabète

- Définition du diabète et classification

On distingue principalement 2 grands types de diabète :

- Le diabète de type 1 : la destruction des cellules bêta du pancréas entraîne une carence en insuline.
- Le diabète de type 2 : le plus souvent lié à une insulino-résistance, qui s'accompagne d'une carence relative en insuline.

« Le diabète de type 2 est un trouble métabolique caractérisé par la présence d'une hyperglycémie attribuable à une réduction de la sécrétion d'insuline ou de l'action de l'insuline, ou les deux. L'hyperglycémie chronique liée au diabète est associée à des complications microvasculaires à long terme assez spécifiques touchant les yeux, les reins et les nerfs, ainsi qu'à un risque accru de maladie cardiovasculaire (MCV). Les critères diagnostiques du diabète sont fondés sur les seuils de glycémie associés aux maladies microvasculaires, la rétinopathie en particulier »³⁰.

Tableau 2 : les seuils diagnostics du diabète³¹

Diagnostic de diabète
Glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L
À jeun = aucun apport calorique depuis au moins 8 heures
ou
Taux d'HbA_{1c} $\geq 6,5$ % (chez les adultes)
Mesuré à l'aide d'un test normalisé et validé, en l'absence de facteurs compromettant la fiabilité du taux d'HbA _{1c} et non en cas de diabète de type 1 soupçonné (voir le texte)
ou
Glycémie 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose $\geq 11,1$ mmol/L (HGPO)
ou
Glycémie aléatoire $\geq 11,1$ mmol/L

7mmol /L équivaut à un taux de 1,26g/l. Une glycémie normale à jeun est comprise entre 0,7g/L et 1,10g/L. Une hémoglobine glyquée (HbA1c) est considérée normale quand elle est inférieure à 6% (fédération française des diabétiques). On parle de prédiabète pour un taux de glycémie à jeun compris entre 1,10g/L et 1,26g/L et pour une HbA1c comprise entre 6 et 6,4%. Ce stade de prédiabète expose à un risque élevé de développer un diabète et donc ses complications.

- Traitement du diabète de type 2 :

Dans le cas d'un diagnostic positif de diabète de type 2, la HAS propose des recommandations de bonne pratique ainsi que des stratégies du contrôle glycémique³² :

Dans l'article 1, il est précisé que « La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin ».

Le résultat de l'HbA1c est utilisé pour définir des objectifs glycémiques cibles : dans le cas général, cet objectif est <7% :

Tableaux 3 et 4 : Recommandations de la HAS concernant la détermination de l'objectif glycémique¹⁹.

Recommandation 2a

- B** Pour la plupart des patients diabétiques de type 2 :
- une cible d'HbA1c inférieure ou égale à 7 % est recommandée. Le traitement médicamenteux doit être instauré ou réévalué si l'HbA1c est supérieure à 7 %.

A titre d'exemple, dans un cas plus spécifique d'une personne sans antécédents cardio-vasculaires et dont l'espérance de vie est supérieure à 15 ans, cet objectif est <6,5% :

Recommandation 2b

- AE** Pour les patients diabétiques de type 2 :
- dont le diabète est nouvellement diagnostiqué,
 - ET dont l'espérance de vie est supérieure à 15 ans,
 - ET sans antécédent cardio-vasculaire,
- un objectif inférieur ou égal à 6,5 % est recommandé, sous réserve d'être atteint par la mise en œuvre ou le renforcement des mesures hygiéno-diététiques puis, en cas d'échec, par une monothérapie orale (cf. recommandation n° 16).

Concernant la stratégie pour obtenir le contrôle glycémique, le traitement de première intention n'est pas médicamenteux, il repose sur la mise en place / le renforcement des mesures hygiéno-diététiques. Cela représente souvent un bouleversement dans la vie, car les habitudes alimentaires sont souvent ancrées sur le plan culturel, social et sont associées au plaisir – et la maladie chronique impose souvent de les modifier durablement.

Pour atteindre la cible de l'HbA1c, l'éducation thérapeutique est identifiée comme un moyen pour accompagner la personne diabétique dans ce changement. Selon l'OMS, « *l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* ».

En cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques, un traitement médicamenteux est mis en place par le médecin généraliste : un antidiabétique oral. La metformine est recommandée en première intention dans le cas général.

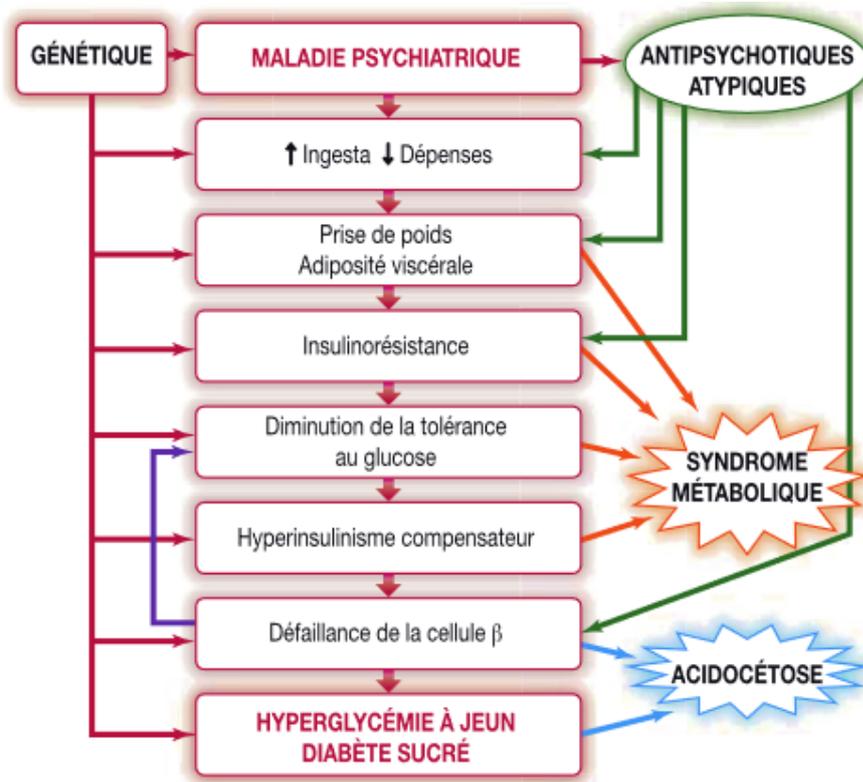
- ASG et diabète de type 2 :

Les ASG augmentent l'incidence du diabète de type 2.

Les mécanismes physiopathologiques semblent impliquer deux problématiques distinctes, liées aux antipsychotiques de 2^{ème} génération³³ :

- Une première liée à la prise de poids
- Une seconde, indépendante de la 1^{ère}, qui entraînerait un effet négatif sur la sensibilité à l'insuline et sur l'insulinosécrétion, ne permettant pas de compenser une insulino-résistance très souvent présente.

Tableau 5 : Illustration des mécanismes d'actions favorisant l'apparition d'un diabète de type 2 chez les personnes traitées par certains antipsychotiques atypiques³⁴.



L'étude américaine CATIE³⁵ a révélé que, chez les patients souffrants de schizophrénie et traités par ASG, 38 % des diabètes, 62 % des hypertensions et 88 % des dyslipidémies n'étaient pas traités.

L'étude Henderson et al.³⁶ portant sur 80 patients traités 5 ans par Clozapine a montré que 37% des patients ont développé un diabète (âge moyen 36 ans).

Compte tenu de l'incidence du diabète et du diabète non traité au sein de cette population, son dépistage, ainsi que la promotion des mesures hygiéno-diététiques revêtent une importance particulière.

2. La prise de poids

- Définition de l'obésité

L'obésité est mesurée par l'IMC (Indice de masse corporelle). Cet indice se calculant par le poids / taille au carré est exprimé en kg/m².

Il est fréquemment utilisé pour estimer le surpoids et l'obésité de l'adulte.

Tableau 6 : définition de la corpulence normale, du surpoids et de l'obésité en fonction de l'IMC selon l'OMS³⁷

IMC ≤ 18,5	Dénutrition
18,5 ≤ IMC < 25	Corpulence normale
25 ≤ IMC < 30	Surpoids
30 ≤ IMC < 35	Obésité modérée
35 ≤ IMC < 40	Obésité sévère
IMC ≥ 40	Obésité morbide ou massive

L'obésité et le surpoids sont des facteurs de risque cardiovasculaire :

- Le risque de développer un diabète augmente avec l'IMC. Celui-ci est multiplié par 3 en cas de surpoids et par 18 en cas d'obésité sévère³⁸.
- Le risque d'hypertension augmente de la même façon : il est multiplié par 1,6 pour les personnes en surpoids et entre 2,5 et 3,2 pour une obésité modérée³⁸.
- Ils augmentent les taux de triglycérides et diminuent les taux de HDL-cholestérol³⁹.

L'obésité abdominale est une autre mesure de l'obésité. Elle n'est pas toujours associée à une obésité glutéale, mais souvent à une intolérance au glucose⁴⁰. Le périmètre abdominal est un des critères du syndrome métabolique, qui sera vu dans la partie suivante.

Une étude de 2019⁴¹ sur la prévalence de l'obésité et du surpoids chez une population de 373 patients diagnostiqués schizophrènes a retrouvé une prévalence de l'obésité 1,5 à 2 fois

supérieure à celle de la population générale. La prévalence de l'obésité était de 22,8%, celle du surpoids de 38,6% et celle de l'obésité abdominale de 57,9%.

- Relation entre ASG et prise de poids

La méta analyse de Tek et al.⁴² regroupant 28 études, a démontré que des personnes traitées par antipsychotiques ont vu leur poids augmenter sous traitement neuroleptique :

- Sur du court terme (moins de 12 semaines) : de 3,2kg en moyenne. L'IMC augmentant de 1,4 point.
- Sur du long terme (entre 13 et 52 semaines) : de 5,3kg en moyenne, avec un IMC majoré de 1,9 point.

Ces chiffres cachent des disparités importantes entre les antipsychotiques. Sur la période long terme, la Clozapine est responsable d'une augmentation moyenne de 7,2kg, l'Olanzapine d'une augmentation de 9,4kg. La Quetiapine, la Risperidone, ainsi que l'Halopéridol (APG) sont eux responsables d'une augmentation de poids comprise entre 3 et 5kg, tandis que l'Amisulpride et l'Aripiprazole entraînent un gain de poids moyen entre 1 et 1,5kg.

La prise de poids serait liée à une augmentation de l'appétit. Les mécanismes sous-jacents sont encore mal connus, mais seraient en lien avec des hormones et neuromédiateurs régulant l'appétit⁴³. De plus, la prise de poids nuit à l'observance du traitement antipsychotique⁴⁴.

3. La dyslipidémie :

« Une dyslipidémie se définit par une élévation du cholestérol plasmatique, des triglycérides (TG) ou par un taux de cholestérol HDL (high-density lipoprotein) bas, anomalies contribuant à l'apparition de l'athérosclérose. Les causes sont primitives (génétiques) ou secondaires. Le diagnostic repose sur le dosage des taux plasmatiques de cholestérol total, de triglycérides et des différentes lipoprotéines »⁴⁵.

Les troubles lipidiques sont essentiellement liés à l'Olanzapine, ainsi qu'à la Clozapine⁴⁶. La dyslipidémie est également un facteur de risque cardiovasculaire. Son traitement repose sur des mesures hygiéno-diététiques dans un premier temps, et si échec, par un traitement médicamenteux introduit par le médecin généraliste (de la classe des statines).

E. Le syndrome métabolique

1. Définition

Le syndrome métabolique est constitué par un ensemble de facteurs de risque cardiovasculaire. Son diagnostic positif permet de sensibiliser la personne sur le risque de développement d'un diabète et/ou de complications cardiovasculaires.

Ce diagnostic positif repose sur le relevé de mesures anthropométriques :

- Le périmètre abdominal
- La pression artérielle

Ainsi que sur la présence d'anomalies biologiques :

- Hypertriglycéridémie et insuffisance de l'HDL cholestérol
- Anomalies de la glycémie à jeun.

Tableau 7 : Définition du syndrome métabolique du NCEP – ATP III (National Cholesterol Education Program, Adult treatment program) et de l'IDF (International Diabetes Federation)

	NCEP-ATP III	IDF
Périmètre abdominal <i>(normes concernant les personnes d'origine ethnique caucasienne)</i>	>102cm pour les hommes >88cm pour les femmes	>=94cm pour les hommes >=90cm pour les femmes Ou IMC > 30.
Triglycérides (Hypertriglycéridémie)	>150mg/dL	>150mg/dL Ou traitement hypolipémiant
HDL-Cholestérol (Insuffisance d'HDL)	<40mg/dL pour les hommes <50mg/dL pour les femmes	<40mg/dL pour les hommes <50mg/dL pour les femmes Ou traitement hypolipémiant
Pression artérielle	Systole >130mmHg Diastole >85mmHg	Systole >130mmHg Diastole >85mmHg Ou HTA traitée
Glycémie à jeun	>110mg/dL	>100mg/dL
Diagnostic positif	Présence d'au moins 3 critères sur 5	Critère périmètre abdominal + 2 autres critères

Selon la définition choisie, l'incidence du syndrome métabolique varie fortement. Le risque cardiovasculaire augmentant en parallèle de ces différentes valeurs, la définition de l'IDF a pour résultat de favoriser une prise en charge plus précoce. La définition de la NCEP-ATP III est la plus utilisée dans les études d'incidence. L'ensemble des données présentées ici concernant l'incidence du syndrome métabolique utilisent donc cette définition.

2. Etiologie et prévalence

Fréquent au sein de la population générale, la prévalence du syndrome métabolique est de 11,8% chez les hommes, et de 7,6% chez les femmes⁴⁷, il l'est encore plus au sein d'une population diagnostiquée schizophrène : 38% pour les hommes et 51% pour les femmes⁴⁸. L'hygiène de vie des personnes souffrant de schizophrénie (sédentarité, alimentation déséquilibrée), ainsi que les neuroleptiques atypiques (et encore plus leur polythérapie) expliqueraient cette prévalence importante⁴⁹.

3. La prise en compte du syndrome métabolique

Les troubles métaboliques pourraient être plus pris en compte chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Une étude française⁵⁰ a mis en avant que, sur un total de 382 psychiatres suivant 2.222 patients, 58% des psychiatres étaient vigilants en ce qui concerne le poids de leurs patients, 38 % pour la tension artérielle, 25 % pour les antécédents familiaux de maladie coronaire précoce, 14 % pour la glycémie, 12 % pour les TG, 10 % pour le HDL-C et 6 % pour le tour de taille.

4. Des recommandations sur le dépistage des troubles métaboliques où il n'y a pas toujours consensus sur le professionnel chargé de ce dépistage

- Des recommandations européennes de 2009⁵¹ mettent en avant que le psychiatre est le mieux placé pour initier et coordonner ce suivi et affirment la nécessité d'amorcer une coopération et un partage des soins. En cas d'anomalies métaboliques avérées, le suivi revient au médecin traitant.
- La charte de partenariat « médecine générale-psychiatrie de secteur » du 20 mars 2014 (annexe 3) attribue la surveillance des traitements et de leurs effets indésirables au médecin généraliste.
- Les recommandations de la fédération française de psychiatrie⁵² ne statuent pas directement et proposent une concertation entre médecin psychiatre et médecin généraliste au cas par cas afin qu'ils déterminent eux-mêmes leurs rôles.

F. Les troubles métaboliques : recommandations de prise en charge

La fédération française de psychiatrie a établi des recommandations en 2015⁵³ concernant la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques sévère (schizophrénie et bipolarité). Le dépistage des troubles métaboliques en ambulatoire a une place importante. Ces recommandations ont obtenu le label de la HAS (Haute autorité de santé).

Son dépistage repose sur la surveillance régulière des différents troubles métaboliques. Les paramètres anthropomorphiques suivant doivent être surveillés (ce sont les mêmes que ceux utilisés dans le dépistage du syndrome métabolique, auxquels s'ajoutent le poids et l'IMC) :

- Pression artérielle
- Poids et IMC
- Périmètre abdominal

Ainsi que les valeurs biologiques :

- De la glycémie et de l'hémoglobine glyquée (Hb1Ac)
- Des lipides (Cholestérol total, triglycérides, HDL-C, LDL-C à travers un bilan explorant les anomalies lipidiques : EAL)

Les antécédents familiaux concernant les divers facteurs de risque cardiovasculaire doivent être recherchés et l'hygiène de vie évaluée.

La fréquence de ces surveillances est établie « à minima » selon les recommandations du tableau suivant. Elles peuvent être plus rapprochées en fonction du profil de risque métabolique du patient.

Tableau 8 : Recommandations de suivi concernant la prise en charge somatique de patients souffrant de troubles psychiques sévères⁴¹.

Tableau 2 : Recommandations de suivi (a)

	To	Semaine 4	Semaine 8	Semaine 12	Trimes-trielle	Annuelle
Histoire personnelle/familiale	X					X
Poids et IMC	X	X	X	X	X	
Périmètre abdominal	X	X				X
Glycémie à jeun	X			X		X
Evaluation d'une anomalie lipidique	X			X		X
ECG (b)	X	X				X
Pression artérielle	X			X		X

- a- La fréquence des intervalles peut-être plus rapprochée en fonction des données cliniques
b- Un ECG initial de base est recommandé et le contrôle dépend des facteurs primaires de risque cardio-vasculaire.

Ainsi, pour des personnes souffrant de troubles psychiques sévères en ambulatoire, la surveillance de l'ensemble des éléments ci-dessus doit être à minima annuelle, à l'exception du suivi du poids et l'IMC, qui doit être trimestrielle. Se basant sur les constats d'une diminution de l'espérance ainsi que de la qualité de vie des patients souffrant de troubles psychiques sévères, elle souligne la complexité des parcours (multiples intervenants) et la nécessité d'un travail en réseau. Un autre axe de travail évoqué concerne le besoin de formation des différents intervenants des parcours de santé concernant notamment la schizophrénie et ses spécificités, le syndrome métabolique (dépistage), ainsi que l'impact des différents antipsychotiques sur ces troubles.

G. Complexité des situations et nécessité d'un travail en réseau

1. Complexité d'une situation

Selon la Haute Autorité de la Santé⁵⁴,

« Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé ».

La loi de modernisation de notre système de santé⁵⁵ définit un parcours de santé comme complexe *« lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux ».*

Dans le cadre du suivi ambulatoire au CMP de personnes souffrant de schizophrénie, la question du dépistage des troubles métaboliques fait nécessairement intervenir à minima plusieurs professionnels de santé, de différents secteurs (médecine de ville et hôpital psychiatrique) et implique leur communication. De plus, des facteurs inhérents à la maladie sont susceptibles de perturber cette prise en charge (difficultés d'accès aux soins somatiques, absence de demande concernant ces soins).

2. Tendances au cloisonnement : nécessité d'un travail en réseau et création des CPTS et des CLSM

Selon la définition du réseau de Bercot et De Conick⁵⁶, *« l'organisation des réseaux est fondée sur la coopération et la coordination entre acteurs relevant de disciplines et structures ».*

différentes, elle donne un sens nouveau à l'exercice professionnel [...] Se tisse alors une cohérence qui a pour motivation la prise en charge globale de la personne ».

Le rapport Laforcade de 2016 sur la santé mentale souligne une tendance au cloisonnement entre l'offre de soins primaire et l'offre spécialisée⁵⁷, représentant un obstacle à la continuité des parcours de soins et propose des mesures pour favoriser une meilleure coordination entre médecine de ville et psychiatres, à travers notamment la mise en relation des différents acteurs d'un territoire. La création des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) constitue une réponse concrète à ce besoin de décloisonnement.

Le décret relatif au PTSM⁵⁸ (Projet territorial de santé mentale) met en perspective l'importance de l'accès aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles psychiques et d'une coordination étroite entre généralistes et professionnels de santé de psychiatrie et crée à l'échelle locale les CLSM (conseils locaux de santé mentale), qui regroupent l'ensemble des acteurs du parcours santé (sanitaire, médico-social et social) afin de trouver des solutions adaptées à chaque problématique locale.

H. La HAS et la certification des établissements

La dernière certification HAS (septembre 2021) identifie un critère concernant les soins somatiques et la santé mentale en psychiatrie ambulatoire. Ce critère est classé IQSS : Indicateur de qualité et de sécurité des soins.

- 3.1 – 04 (IQSS : Indicateur de qualité et de sécurité des soins) : l'établissement a mis en place des modalités de coopération entre les services de psychiatrie ambulatoire et la médecine de ville.

La HAS a également ouvert en 2021 une campagne nationale de recueil⁵⁹ des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur le secteur ambulatoire. L'un des 3 indicateurs est la vigilance sur l'état cardio-vasculaire et le suivi métabolique des patients adultes. Sur une phase de test auprès de 72 établissements en 2019, le score moyen pour le secteur ambulatoire était de 10,5/100 et 25% des établissements ont obtenu un score inférieur à 5%⁶⁰.

I. L'infirmier de pratique avancée

Dans le cadre du dépistage, mais aussi du suivi des troubles métaboliques de personnes souffrant de schizophrénie prises en charge par un CMP, un infirmier en pratique avancée peut avoir un rôle à plusieurs niveaux et peut contribuer à une organisation cohérente des parcours

de santé avec le médecin traitant, le psychiatre et l'équipe du CMP, ainsi que les partenaires sociaux et médico-sociaux :

- En créant du lien avec chacun et en alertant sur la nécessité de définir les rôles tout en développant un champ de compétence commun, il peut contribuer à la coordination du parcours de santé défini par le médecin traitant, et s'assurer dans le cas mentionné que le suivi est effectif, et que les réponses apportées sont cohérentes. Cette fonction peut s'apparenter à celle d'un « case manager » (gestionnaire cas), fonction qui se développe pour fluidifier les parcours de santé complexes.
- En évaluant les pratiques professionnelles des infirmiers en psychiatrie ambulatoire, il peut mettre en place des actions d'amélioration de celles-ci : en sensibilisant par exemple les professionnels infirmiers du CMP, qui sont en 1^{ère} ligne, sur les troubles métaboliques et leur dépistage à travers des mesures simples (Pression artérielle : PA / périmètre abdominal / poids / IMC). Cela s'inscrit dans le cadre de l'Art. R. 4301-7 du décret du 18.07.2018 :
« Au sein de l'équipe, l'infirmier exerçant en pratique avancée contribue à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières et à leur amélioration ainsi qu'à la diffusion de données probantes et à leur appropriation ».
« Il participe à l'évaluation des besoins en formation de l'équipe et à l'élaboration des actions de formation ».
« Il contribue à la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier ».
- En concevant et en mettant en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé, basées sur le vécu et les besoins exprimés des personnes. Actions qui associeront idéalement la famille et/ ou les aidants ainsi que d'éventuels partenaires sociaux et/ou médico-sociaux.

La bonne conduite de l'ensemble de ces actions fait également appel aux compétences de leadership, de créativité de l'infirmier en pratique avancée et requièrent une autonomie professionnelle.

Enfin, dans le cadre d'une maladie chronique comme la schizophrénie, et si les troubles sont stabilisés, une prise en charge en relai du suivi du psychiatre est possible – sur orientation de ce dernier et après accord de la personne.

Un IPA peut, en plus des actions mentionnées plus haut, dans le cadre du suivi paraclinique de la maladie assurer le dépistage et le suivi des troubles métaboliques :

- Lors d'une consultation trimestrielle : contrôler le poids, la pression artérielle, mesurer le périmètre abdominal.
- Prescrire les examens de biologie pour rechercher une dyslipidémie (EAL), ainsi qu'un diabète (Glycémie à jeun et EAL)
- Analyser l'ensemble de ces résultats et formuler une conclusion clinique et le cas échéant orienter vers le médecin traitant (Courrier / Appel téléphonique).

J. Problématique

Nous avons vu que la schizophrénie est un trouble sévère, invalidant. L'espérance de vie des personnes souffrant de cette maladie est fortement diminuée par rapport à la population et leur qualité de vie est moindre. Les maladies cardiovasculaires sont une des causes majeures de cette surmortalité.

Le dépistage des troubles métaboliques est un aspect parfois occulté dans leur parcours de santé. Il a été identifié plusieurs facteurs pouvant être responsables de ce constat :

- La personne souffrant de schizophrénie peut ne pas percevoir de besoins en termes de soins somatiques / ou les considère comme secondaires : elle ne formule donc pas de demande et ne consulte pas son médecin traitant.
- Il n'y a parfois pas de médecin traitant déclaré (15% vs 7% en population générale).
- Il peut ne pas toujours y avoir de consensus sur le professionnel chargé de la prévention et du dépistage de ces troubles.
- Médecine de ville et psychiatrie communiquent parfois insuffisamment et peuvent concevoir leur façon de travailler ensemble de façon pluridisciplinaire et non interdisciplinaire.

Ma problématique est : « *Comment un infirmier de pratique avancée en CMP peut-il contribuer au dépistage des troubles métaboliques chez des personnes souffrant de schizophrénie ?* »

Mon hypothèse est la suivante :

- Les infirmiers du CMP tendraient à effectuer plus d'actions de prévention et de dépistage du syndrome métabolique s'ils y étaient sensibilisés par un infirmier de pratique avancée.

Ma question de recherche est :

- Est-ce qu'une information simple réalisée par un IPA sur les troubles métaboliques et destinée aux infirmiers du CMP les incite à mener plus d'actions de dépistage des troubles métaboliques auprès de patients diagnostiqués schizophrène ?

II. Méthode

A. Nature de l'étude

Il s'agit d'une analyse de pratique rétrospective sur dossiers médicaux du centre hospitalier psychiatrique afin d'évaluer la prise en compte des troubles métaboliques par les infirmiers et psychiatres du CMP, avec une méthode monocentrique interventionnelle ne concernant que les pratiques des infirmiers du CMP.

B. Population étudiée :

Critères d'inclusion :

- Personne adulte et diagnostiquée schizophrène.
- Personne bénéficiant d'au moins un neuroleptique de seconde génération (ASG).
- Personne suivie par le CMP depuis une durée minimale de 1 an et ayant eu au cours de la dernière année :
 - Au moins 4 consultations avec le médecin psychiatre
 - Un suivi à minima mensuel par les infirmiers du CMP, comprenant un des actes suivants :
 - Entretien de soutien
 - Action à visée psychoéducatives
 - Injection d'antipsychotique à action retard
 - Visites à domicile

C. Recueil des données :

L'objectif était d'évaluer dans un premier temps, à partir des dossiers médicaux, les pratiques concernant le dépistage des troubles métaboliques.

Les données recueillies étaient les paramètres ou examens suivants :

- Le poids
- L'IMC

- La pression artérielle
- Le périmètre abdominal
- Une glycémie à jeun (biologie)
- Une hémoglobine glyquée (biologie)
- Une exploration des anomalies lipidiques (biologie)

- Les données étaient considérées comme présentes si elles étaient retrouvées sur une période comprise entre 1 an avant leur recueil et le jour de leur recueil. Elles ont également été considérées comme présentes si une mention dans le dossier informe de leur suivi par un médecin généraliste traitant.

- Les données biographiques des patients ont également été recueillies :
 - Le genre
 - L'âge
 - La présence de l'identification d'un aidant
 - La présence ou l'absence d'une mesure de protection juridique

- Ainsi que celles concernant leur traitement médicamenteux :
 - Dénomination de l'ASG prescrit
 - Nombre d'antipsychotiques prescrits
 - Présence d'un traitement par antidiabétique oral ou par insuline
 - Présence d'un traitement hypolipémiant

- Des données concernant le nombre d'éventuelles hospitalisations en psychiatrie sur les 12 derniers mois ont été aussi recherchées.

- Les liens (formels ou informels) avec le médecin traitant ont également été recherchés :
 - Présence de courrier
 - Mention de contact téléphonique ou de rencontre

D. L'intervention : informer autour des troubles métaboliques

- 6 infirmiers travaillant au CMP ont été sensibilisés aux troubles métaboliques par un infirmier de pratique avancée.

L'impact de cette intervention sur le dépistage des troubles métaboliques par le personnel infirmier a été mesuré 2 mois après l'intervention en mesurant la présence des paramètres « Poids / IMC / Pression artérielle / Périmètre abdominal » dans les dossiers médicaux avant et après :

- L'intervention a duré 30 minutes et s'est déroulée de la façon suivante :
 - Brainstorming sur les troubles métaboliques
 - Définition de ces troubles et de leurs principales causes
 - Explication du lien entre ces troubles et la diminution de l'espérance de vie
 - Explication de l'intérêt d'une approche interdisciplinaire coordonnée dans la prise en charge de ces troubles et du rôle que peut avoir l'infirmier du CMP dans ce dépistage, avec la mesure et l'évaluation :
 - Du poids
 - De l'IMC
 - Du périmètre abdominal
 - De la pression artérielle

 - Le message clef est résumé par une affiche qui a été réalisée pour l'occasion et qui résume le dépistage par des pictogrammes : une balance, un mètre ruban et un tensiomètre.

Cette intervention a été complétée par la demande d'achat d'un mètre ruban, qui n'était pas présent dans l'infirmierie du CMP

E. Traitement des données :

Les données ont été anonymisées avant leur analyse. Les variables quantitatives sont exprimées sous forme de moyenne ou de pourcentage.

Afin de faciliter leur traitement, elles ont été exportées anonymement sur le logiciel « Limesurvey⁶¹ ».

III. Résultats

A. Caractéristiques socio-démographiques de la population :

- 26 patients sont inclus dans l'enquête, ci-dessous leurs caractéristiques socio-démographiques (Tableau 9)

Caractéristiques socio-démographiques n=26	
Genre (H/F)	18/8 (69/31%)
Âge moyen (range, écart type)	48,8ans (23-72, 13,7)
Mesure de protection juridique	22 (85%)
En situation d'emploi (patients de moins de 60 ans – n=19). Dont :	4 (21%)
Travailleur ESAT	1
Milieu normal + RQTH	2
Milieu normal sans RQTH	1
Consentement aux soins	
Soins libres	22 (85%)
Programme de soins (absence de consentement)	4 (15%)
Aidant identifié dans dossier médical	7 (27%)

B. Nombre d'hospitalisations en soins de santé mentale sur les 12 derniers mois et traitement antipsychotique

- 17 patients n'ont pas été hospitalisés sur les 12 derniers mois (65%).
9 (35%) ont donc bénéficié d'une hospitalisation. Parmi ces 9 patients, 7 ont été hospitalisés au moins 2 fois.
- Concernant le traitement antipsychotique, plus de la moitié des patients bénéficient d'une polythérapie (au moins 2 antipsychotiques de 1^{ère} et ou de 2^{nde} génération). Comme nous l'avons vu précédemment, cette polythérapie augmente l'incidence des troubles métaboliques.
Pour rappel, tous les patients bénéficient d'au moins 1 antipsychotique de seconde génération (critère d'inclusion).

Tableau 10 : Nombre d'hospitalisations en soins de santé mentale sur les 12 derniers mois et traitement antipsychotiques

Traitement antipsychotique n=26		
Monothérapie		12 (46%)
Polythérapie (<i>détail ci-dessous</i>)		14 (54%)
	2 antipsychotiques (1 ASG + 1 APG)	10 (38%)
	3 antipsychotiques (2 APG + 1 ASG)	3 (11%)
	3 Antipsychotiques (1 APG +2 ASG)	1 (4%)
Patients bénéficiant d'une forme injectable à action prolongée (<i>détail ci-dessous</i>)		18 (69%)
	Haldol décanoas (APG)	5 (19%)
	Risperdal consta (ASG)	6 (23%)
	Xeplion (ASG)	7 (27%)
Traitement antipsychotique selon son profil de risque métabolique		
	Risque important (<i>Clozapine et Olanzapine</i>)	8 (31%)
	Risque intermédiaire (<i>Risperidone/ Risperdal Consta et Quétiapine/ Xeplion</i>)	16 (61%)
	Risque faible (<i>Amisulpride et Aripiprazole</i>)	1 (8%)

C. Présence d'un traitement médicamenteux pour le diabète et la dyslipidémie

1 patient bénéficiait d'un traitement par statine (présence d'un courrier du médecin l'informant et expliquant qu'il assurait ce suivi).

1 patient bénéficiait d'un traitement par statine ainsi que d'un antidiabétique oral (présence d'un courrier du médecin l'informant et expliquant qu'il assurait ce suivi).

Ces 2 patients représentent 8% de l'ensemble.

D. Dépistage du syndrome métabolique au sein du CMP

Ci-dessous les paramètres retrouvés dans les dossiers médicaux lors des 12 derniers mois (Tableau 11)

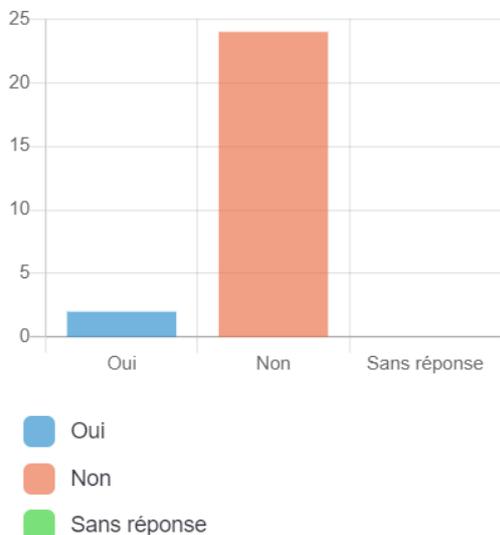
Dépistage du syndrome métabolique au sein du CH psychiatrique n=26	
Pression artérielle	25 (96%)
Pression artérielle trimestrielle	18 (69%)
Poids	9 (39%)
IMC	9 (39%)
Périmètre abdominal	0
Mention du suivi des paramètres par le médecin traitant	2 (8%)

Le détail de ces résultats nous indique que :

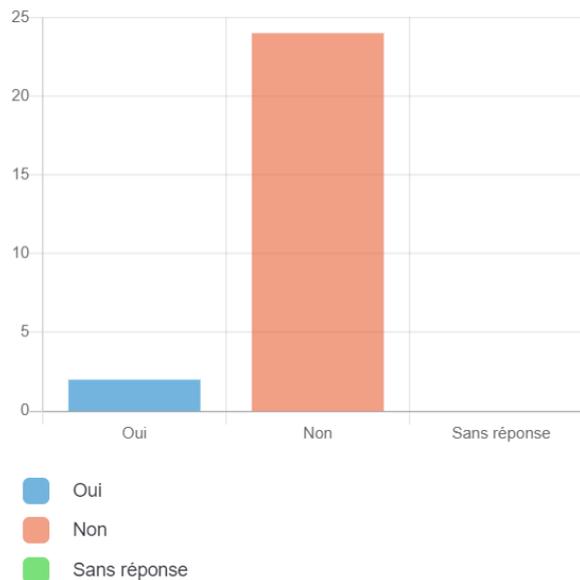
- Les 9 patients ayant été hospitalisés au moins 1 fois sur les 12 derniers mois, ont tous eu un contrôle de la pression artérielle, du poids, ainsi que de l'IMC.
- Les 17 patients restants, non hospitalisés et exclusivement suivis par le CMP ont tous eu une surveillance des chiffres tensionnels annuelle, mais n'ont pas bénéficié des autres contrôles.
- 18 patients au total ont bénéficié d'une surveillance des chiffres tensionnels à minima trimestrielle : il s'agit des 18 patients traités par injection de neuroleptiques à action retard, dont la fréquence d'administration varie entre 14 et 28 jours.

Enfin, ci-dessous les résultats concernant la présence d'un bilan sang « glycémie + Hb1Ac » et « EAL » dans les dossiers médicaux lors des 12 derniers mois. Cette présence est validée quand leur suivi par un médecin traitant est mentionné (Tableau 12).

Présence sur les 12 derniers mois - dans le dossier de soin de l'hôpital psychiatrique - d'un contrôle de la glycémie à jeun et d'une HbA1c - ou mention de son suivi par le médecin traitant



Présence sur les 12 derniers - dans le dossier de soin de l'hôpital psychiatrique - mois d'un contrôle d'une anomalie lipidique (EAL) - ou mention de son suivi par le médecin traitant

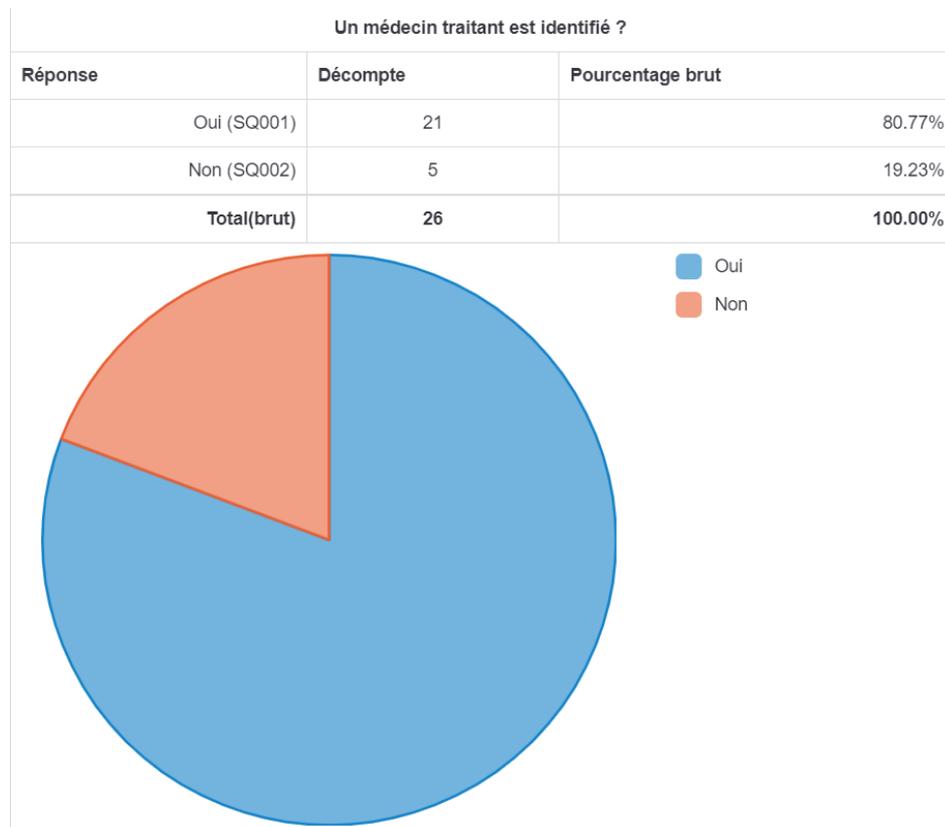


Les 2 patients ayant bénéficié de ces 2 contrôles sont les 2 mêmes, ils ont été prescrits par le médecin traitant, qui en a informé le psychiatre par courrier. Ces courriers mentionnaient anomalies biologiques et l'instauration de traitement antidiabétique oral pour l'un et d'un traitement hypolipémiant pour les 2 autres.

Il est à noter que l'on retrouve dans les dossiers médicaux un bilan sanguin réalisé pour 9 patients lors des 12 derniers mois. Il s'agit des 9 patients ayant bénéficié d'au moins une hospitalisation sur cette période. Ces bilans ne comprenaient pas l'exploration des anomalies lipidiques et de la glycémie.

E. Taux de déclaration du médecin traitant et présence d'échange entre le CMP et la médecine de ville

Tableau 13 : Taux de déclaration d'un médecin traitant



Il a été remarqué que les patients ayant un aidant identifié dans le dossier médical (n=7) bénéficiaient tous d'un médecin généraliste traitant.

Également, les 9 patients à avoir été hospitalisés au moins 1 fois sur les 12 derniers mois sont 8 sur 9 à en avoir déclaré un (89%).

Concernant les échanges entre CMP et médecine de ville, des courriers et la mention dans les dossiers d'échanges (appels téléphoniques, réunions) ont été recherchés. Seuls les échanges mentionnant les troubles métaboliques ont été retenus.

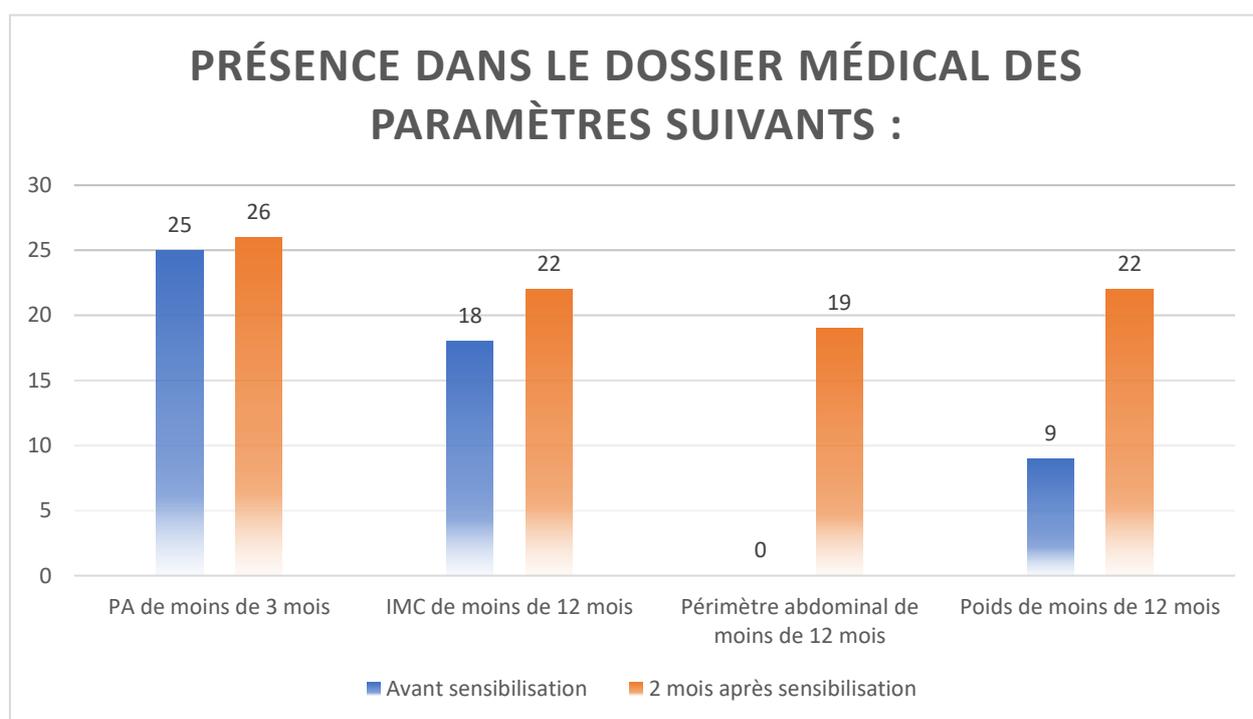
2 courriers écrits par un même médecin traitant au psychiatre du CMP ont été retrouvés.

F. Impact de la sensibilisation au syndrome métabolique sur les 6 infirmiers du CMP

L'impact de cette information a été mesurée 2 mois après l'intervention par la présence ou non des paramètres « poids / taille / IMC / périmètre abdominal » (Tableau 14)

2 mois après la sensibilisation, on retrouve dans le dossier médical du centre hospitalier psychiatrique :

	Décompte	Pourcentage brut
Une valeur de la PA datant de moins de 2 mois (SQ001)	26	100.00%
Une valeur de la taille datant de moins de 2 mois (SQ002)	22	84.62%
Une valeur de l'IMC datant de moins de 2 mois (SQ003)	22	84.62%
Une valeur du périmètre abdominal datant de moins de 2 mois (SQ004)	19	73.08%
Une valeur du poids datant de moins de 2 mois (SQ005)	22	84.62%



L'intervention a permis une augmentation significative du dépistage des troubles métaboliques pouvant être contrôlés par un infirmier.

19 personnes sur 26 (73%) ont pu bénéficier de l'ensemble de ces contrôles après l'information, alors qu'avant cette dernière, aucun n'avait l'ensemble de ces 4 contrôles et 9 (35%) en avaient eu 3 sur 4.

G. Comparaison entre les valeurs recueillies pour les 19 personnes ayant bénéficié de l'intégralité des contrôles et les normes de la NCEP-ATP et de l'OMS

En comparant les valeurs recueillies concernant ces 4 paramètres avec les normes du NCEP-ATP III, les résultats suivants sont obtenus dans le tableau 15 (n=19 : personnes ayant bénéficié des 4 contrôles) :

Paramètre contrôlé	Normes OMS		Normes NCEP-ATP III	
	Valeur de la norme	Nombre et % de mesures supérieures aux normes	Valeur de la norme	Nbre et % de mesures supérieures aux normes
PA			<130/85	7 patients (37%)
Périmètre abdominal			<102cm (H) <88cm (F)	10 patients (53%) ont une obésité abdominale
IMC	Comprise entre 18 et 25	5 patients (24%) ont un IMC entre 25 et 30 (surpoids) 6 patients (32%) ont un IMC >30 (obésité)		

IV. Discussion

A. Un dépistage des troubles métaboliques partiel sur le CMP

L'analyse des dossiers médicaux confirme un dépistage des troubles métaboliques limité pour la population concernée.

Elle a montré que la plupart des patients se rendaient au CMP pour l'administration d'une injection d'antipsychotique à action retard, et que seule la pression artérielle était surveillée. Les patients bénéficiant d'une surveillance du poids, de la taille, et de l'IMC sont ceux qui ont été hospitalisés lors de l'année précédente. Cet échantillon de patient n'a pas bénéficié de bilan biologique EAL / glycémie à jeun / Hb1Ac (mais systématiquement d'un bilan sanguin d'entrée ne les comprenant pas).

Sur ce CMP, cet aspect de dépistage des troubles métaboliques semble être attribué à un champ de compétence relevant de la médecine générale, et non de la psychiatrie.

On ne retrouve cependant pas d'informations confirmant qu'un médecin généraliste effectue ces dépistages, hormis pour 2 patients.

En l'absence de données concernant la présence ou l'absence de dépistage des troubles métaboliques par un médecin généraliste, il ne peut pas être conclu que ces données confirment celles retrouvées dans la littérature rapportant que chez « *les patients souffrants de schizophrénie et traités par ASG, 38 % des diabètes, 62 % des hypertension et 88 % des dyslipidémies ne sont pas traités* » (étude CATIE²⁵).

Cependant, si faute de données suffisantes elles ne peuvent pas les confirmer, les résultats ne sont pas incompatibles avec celles-ci.

L'étude comporte néanmoins plusieurs biais, liés à son faible échantillon, mais aussi à sa méthodologie :

- La méthodologie n'a pas recherché des actions de promotion de la santé (alimentation, activité physique) qui s'inscrivent elles-aussi dans une prévention primaire de ces troubles métaboliques.
- De plus, si des données comme le poids, et l'IMC ne sont pas renseignées dans le dossier médical, cela ne veut pas toujours dire qu'elles ne sont pas recherchées. L'équipe infirmière comptait 3 infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) sur 6 infirmiers, qui ont travaillé de longues années avec une « culture de l'oralité », et qui expriment une réticence / des difficultés vis-à-vis de l'outil informatique.
- Dans certains cas où le patient est suffisamment renseigné sur son suivi, on peut imaginer que les informations puissent être demandées et renseignées oralement.

La transition du paradigme de la psychiatrie vers la santé mentale a été initiée en 2016, ce qui est récent. L'idée est de sortir en partie de la conception que la psychiatrie ne s'occupe que des troubles mentaux, pour élargir son champ à celui de la santé mentale. Santé mentale qui ne s'arrête pas à l'absence de troubles mentaux, mais qui englobe la santé dans ses aspects physique.

Ce champ de la santé mentale est par ailleurs l'affaire de l'ensemble des professionnels de santé, qui doivent pour cela développer une façon de travailler ensemble interdisciplinaire.

L'action de sensibilisation menée s'inscrit dans ce cadre, et semble répondre à un besoin.

B. Le suivi par un médecin traitant

➤ Un taux de non déclaration de médecin traitant élevé

5 patients (21%) n'avaient pas déclaré un médecin traitant. Ce taux de non déclaration élevé est cependant à mettre en perspective avec les spécificités du territoire où s'est déroulée l'étude. Pour rappel, en France, ce taux de non déclaration en population générale est de 7% et de 14% pour les personnes souffrant de troubles psychiques sévères (schizophrénie et bipolarité)⁶².

Dans le département concerné par l'étude, ce taux est de 25% pour la population générale⁴⁶. Parallèlement à ce taux particulièrement élevé, la densité de médecins généralistes dans ce département était de 69 pour 100 000 habitants en 2019, alors que la moyenne nationale était de 159 pour 100 000 habitants⁶³.

Les personnes de l'étude ne déclarent donc pas « *2 fois moins souvent un médecin traitant qu'en population générale* », mais au contraire en déclarent un plus souvent que la population générale. Les résultats de l'étude ne sont pas ceux trouvés dans la littérature. Cependant, l'étude comporte plusieurs biais : l'échantillon est faible, et la population concernée par l'étude n'est pas forcément représentative des personnes souffrant de schizophrénie sur l'ensemble du département. Il s'agit en effet de personnes exclusivement traitées par ASG, et suivies régulièrement par la psychiatrie ambulatoire. Les personnes suivies en psychiatrie libérale, en médecine de ville, traitées par APG, ou en rupture de soins en sont exclues.

Il a été remarqué que sur les 5 patients ne déclarant pas de médecin traitant, 4 sont dans la suivante : ils ne déclarent pas d'aidant, et n'ont pas été hospitalisés sur les 12 derniers mois. Sur la base des dossiers médicaux, ces patients sont donc suivis exclusivement par le secteur ambulatoire.

Ce besoin identifié doit faire l'objet d'une sensibilisation auprès des équipes du secteur ambulatoire, afin d'apporter une réponse individualisée à chaque patient ne déclarant pas un médecin traitant.

En cas de difficulté à trouver un médecin traitant, compte tenu de la faible densité liée au territoire, la CPTS peut être sollicitée. Cette démarche peut être initiée par un infirmier de pratique avancée.

- La présence d'un proche aidant et d'une hospitalisation lors des 12 derniers mois comme facteurs favorisant l'accès aux soins somatiques

L'hospitalisation en psychiatrie lors des 12 derniers mois et la présence d'un aidant sont 2 facteurs favorisant la déclaration d'un médecin traitant. En effet, les 7 patients ayant un aidant identifié déclarent tous un médecin traitant (100%), et les 9 patients à avoir été hospitalisés au moins 1 fois sur les 12 derniers mois sont 8 sur 9 à en avoir déclaré un (89%). Cela pourrait s'expliquer par le fait que la présence d'un proche particulièrement motivé et sensible à la santé physique de la personne souffrant de schizophrénie permet un accompagnement dans les démarches nécessaires pour trouver un médecin traitant. La présence d'une assistance sociale dans les services intra-hospitalier pourrait expliquer ce taux de déclaration de médecin traitant plus élevé, car elle peut accompagner la personne dans ces démarches.

La recherche systématique d'un proche aidant, la prise de contact avec lui et son accompagnement à travers des actions de psychoéducation pour qu'il comprenne et gère mieux la maladie doit donc être favorisée.

Un infirmier de pratique avancée, à partir de ce besoin identifié, peut également sensibiliser les équipes infirmières du CMP en ce sens. L'accord de la personne malade devant être recherché au préalable.

Ces données comportent également des biais. En plus de ceux évoqués ci-dessus, il est possible que la personne ait un proche aidant, et que celui-ci ne soit pas identifié dans le dossier de soins. De plus, le profil du proche aidant, la nature de l'accompagnement dont il a bénéficié par la psychiatrie ambulatoire, le fait qu'il soit adhérent ou non d'une association de famille de personnes malades seraient des données manquantes.

C. Une tendance au cloisonnement entre médecine de ville et hôpital psychiatrique

Sur l'ensemble de l'analyse des 26 dossiers médicaux, la recherche de courriers entre médecins généralistes et psychiatres, et/ou d'échanges entre eux mentionnés dans les dossiers (appels téléphoniques, réunion), 2 courriers ont été retrouvés, adressés par le médecin traitant au psychiatre. Ces courriers informaient le psychiatre d'anomalies lipidiques, et glycémiques. Ces échanges recherchés ne concernaient que la thématique des troubles métaboliques, mais compte tenu du faible nombre d'échanges retrouvés, l'hypothèse selon laquelle médecine de ville et hôpital tendent à travailler ensemble de façon pluridisciplinaire est confirmée. La tendance au cloisonnement évoquée par le rapport Laforcade en première partie tend donc à être confirmée.

Cependant, le faible échantillon concerné par l'étude, et la possibilité d'échanges informels non tracés dans le dossier sont des biais qu'il faut considérer.

L'enjeu est de passer d'une façon de travailler ensemble pluridisciplinaire (juxtaposition de professionnels de santé exerçant dans des champs spécifiques, concentrés sur leur discipline, et communiquant peu) à une approche interdisciplinaire, où un champ commun de compétence se met en place.

Si nous transposons cette façon de travailler interdisciplinaire à la question du dépistage des troubles métaboliques au CMP, nous pouvons imaginer que les infirmiers développent des compétences pour dépister et analyser certains troubles métaboliques, qu'ils les tracent, les communiquent au psychiatre et à l'IPA. La psychiatrie pourrait également communiquer au médecin généraliste des informations sur la clinique présentée par le patient, et sur d'éventuelles modalités d'entrer en relation spécifiques à la personne.

D. Une information de l'équipe infirmière du CMP aux troubles métaboliques a permis d'augmenter le dépistage de troubles métaboliques

L'hypothèse de ce travail a été confirmée. Une sensibilisation aux troubles métaboliques auprès d'infirmiers du CMP a permis d'augmenter leurs actions de dépistage. L'intérêt de ces dépistages est majeur car les infirmiers sont les professionnels qui sont le plus fréquemment en contact avec cette population.

La présence d'une relation de confiance entre infirmiers et personnes souffrant de schizophrénie a facilité ces différents actes, et il n'y a eu aucun refus de la part des patients.

La présence d'éventuelles anomalies a permis d'initier un message en faveur d'actions de promotion de la santé, sur les thématiques de l'équilibre alimentaire ainsi que de l'activité physique.

L'enjeu est désormais d'apporter une réponse coordonnée et suivie aux différents troubles métaboliques rencontrés. Un infirmier en pratique avancée à toute sa place dans la contribution à cette réponse coordonnée, et peut apporter une plus-value au parcours de santé des personnes souffrant de schizophrénie.

L'exemple suivant d'un patient inclus dans l'étude, sans médecin traitant, traité par clozapine peut illustrer cette plus-value à travers une contribution à une réponse coordonnée. Sensibilisés par l'infirmier de pratique avancée à l'enjeu du dépistage de troubles métaboliques, un infirmier du CMP a contrôlé le périmètre abdominal et de l'IMC lorsqu'il rencontrait ce patient pour son injection d'antipsychotique à action retard. Ces contrôles ont permis d'objectiver une obésité abdominale (périmètre abdominal 107cm), ainsi qu'une obésité de type I (IMC 30) et l'infirmier de pratique avancée de faire remonter au psychiatre ces informations. L'obésité abdominale et le surpoids pouvant faire suspecter une intolérance au glucose ainsi que des anomalies du bilan lipidique, le psychiatre a prescrit un contrôle biologique qui a confirmé une intolérance au glucose (1,20g/l et 1,24/l au 2^e contrôle) ainsi que des anomalies lipidiques (hypertriglycémie).

Ce patient chez qui les symptômes négatifs étaient particulièrement présents (apragmatisme, repli) a donné son accord pour être accompagné chez un médecin traitant par l'infirmier de pratique avancée. Ce médecin a accepté de devenir son médecin traitant.

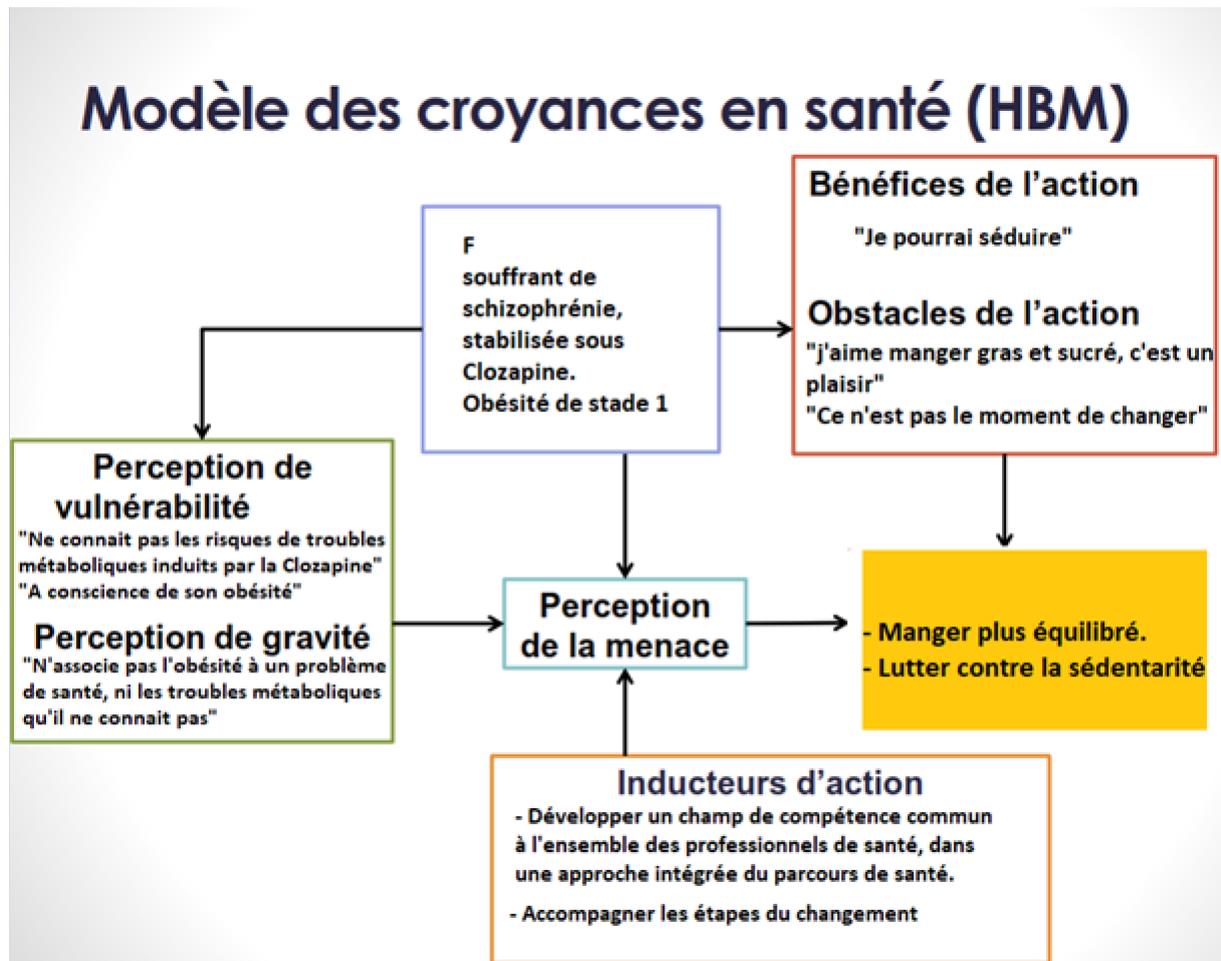
Le médecin traitant a décidé de mettre en place des mesures hygiéno-diététiques, et d'effectuer un nouveau contrôle biologique dans 3 mois.

L'infirmier en pratique avancée a proposé l'utilisation du modèle de croyance en santé HBM (Health Belief Model)⁶⁴ comme support commun afin de travailler sur ces mesures hygiéno-diététiques.

Baser sa pratique sur un modèle de compréhension des comportements tel que le Health belief model permet d'identifier les facteurs sur lesquels les professionnels peuvent intervenir collectivement et facilite une approche intégrée de la coordination du parcours de santé.

Pour ce patient, concernant l'exemple de l'obésité, le travail peut porter sur les obstacles perçus au changement, mais aussi sur l'information concernant l'obésité (facteur de risque cardiovasculaire) et la gravité perçue par le patient.

Tableau 16 : Modèle des croyances en santé appliqué à un patient inclus dans l'étude, souffrant d'obésité de type I.



L'information concernant l'obésité et donc sa perception de la gravité ont été travaillées par l'infirmier de pratique avec une approche psycho-éducative (élaboration d'un diagnostic éducatif et définition commune d'objectifs).

Après l'inventaire des ressources offertes par l'hôpital, le psychiatre a prescrit un atelier cuisine une fois par semaine, où l'objectif principal est de réaliser un menu équilibré, et de montrer que l'on peut associer équilibre alimentaire et plaisir gustatif.

Enfin, l'infirmier de pratique avancée a rencontré l'assistante de vie sociale qui intervient au domicile du patient 4h par semaine pour l'accompagner dans ses courses et son ménage. Elle a été informée de ce qui est travaillé actuellement, de l'enjeu, et de la place qu'elle peut avoir. L'infirmier de pratique avancée a également recherché un aidant, avec l'accord du patient. Il a pris contact avec la tante du patient, et l'a informé du travail mené. La curatrice a aussi été informée.

Le psychiatre a prescrit une visite à domicile hebdomadaire par les infirmiers du CMP afin d'évaluer le changement et de réajuster les actions menées si besoin.

Dans cette situation, l'infirmier de pratique avancée est un maillon supplémentaire au parcours de santé, contribuant à la coordination du parcours de santé et au suivi des actions mises en place. Une action de recherche a permis d'identifier des besoins, et de contribuer à la formation de ses pairs infirmiers.

Par ailleurs, le psychiatre, au préalable sur la réserve concernant la fonction d'un IPA a pu mieux comprendre son rôle, et a exprimé son intérêt pour confier le suivi de ce patient à l'IPA en relais du suivi médical psychiatrique – cela lui permettant de consacrer plus de temps à des situations de soins aigues.

E. Fréquence des troubles métaboliques dépistés par les infirmiers du CMP

Pour rappel, la fréquence de ces troubles était la suivante :

- 7 patients (37%) avaient une tension supérieure aux normes. Les normes sont de la NCEP-ATP III sont <130/85mmHg. On parle d'hypertension pour une valeur >140/90mmHg au cabinet médical, et 135/85mmHg en auto-mesures à domicile (HAS⁵⁵).

De plus les conditions de mesures optimales (être au repos depuis 10 minutes) n'ont pas forcément pu être respectées, et l'effet blouse blanche est susceptible de majorer les chiffres tensionnels.

- 10 patients (53%) étaient en situation d'obésité abdominale. Ce chiffre est élevé, mais légèrement inférieur aux données trouvées dans la littérature en 1^{ère} partie (58%). Cette obésité abdominale peut faire suspecter une intolérance au glucose.
- 5 patients (24%) sont en surpoids et 6 patients (32%) sont obèses. Ces chiffres sont élevés, mais différent de l'étude mentionnée en 1^{ère} partie qui retrouvait 39% de personnes en surpoids, et 23% en situation d'obésité.

Ces dépistages simples à réaliser mettent en lumière que plus de la moitié de la population de l'étude présente des facteurs de risques cardiovasculaires. Ces données doivent être complétées par des dépistages biologiques.

Un lien paraît indispensable entre médecine de ville et CMP pour que cette prise en charge soit la plus adaptée. Les mesures incitant à une modification de l'hygiène doivent être individualisées en fonction des spécificités de la maladie mentale, et des croyances en santé de la personne.

CONCLUSION

Le dépistage des troubles métaboliques des personnes souffrant de schizophrénie est un enjeu important qui peut contribuer à réduire les inégalités de santé de cette population. L'étude a montré qu'un IPA peut contribuer à ces dépistages en sensibilisant ses pairs infirmiers aux troubles métaboliques, et à leur impact sur cette surmortalité.

Par ailleurs, les parcours de santé des personnes diagnostiquées schizophrènes, souvent complexes, nécessitent une approche du travailler ensemble interdisciplinaire. Un IPA peut dans le cadre de ses missions contribuer au lien ville-hôpital, s'assurer du dépistage effectif des troubles métaboliques chez ces patients schizophrènes, et s'assurer d'une réponse adéquate en cas d'anomalies (orientation vers le médecin traitant, mise en place de mesures hygiéno-diététiques individualisées et évaluation).

Un outil simple comme le modèle de croyance en santé HBM pourrait être un moyen fonctionnel permettant de développer un champ de compétence commun autour de ce message de prévention.

Bien que ce n'était pas l'objectif de l'étude, la dynamique créée a incité le psychiatre à plus de vigilance à ces différents troubles métaboliques, à se mettre en rapport avec ses collègues généralistes, et à prescrire si besoin les contrôles biologiques nécessaires.

Il aurait été intéressant de compléter les données de l'étude avec le recueil anonyme de ces mêmes données chez les médecins traitants des patients, afin d'avoir une vue plus objective sur le dépistage des troubles métaboliques dans leur parcours de santé. Ce recueil et son analyse n'étaient cependant pas réalisables sur le temps disponible pour la rédaction de ce mémoire.

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ HJORTHØJ, Carsten, STÜRUP, Anne Emilie, MCGRATH, John J, et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* [en ligne]. Avril 2017, Vol. 4, n° 4, p. 295-301. DOI 10.1016/S2215-0366(17)30078-0.
- ² BOURGEOIS, Marc-Louis. *Les schizophrénies*. [S. l.] : Presses Universitaires de France, 2017. ISBN 978-2-13-078948-2.
- ³ BOTTÉRO, Alain. Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique* [en ligne]. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2010, Vol. 86, n° 5, p. 391-403. DOI 10.3917/inpsy.8605.0391.
- ⁴ SEUIL, Editions. *Un monde de fous, Patrick Coupechoux, ...* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 12 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.seuil.com/ouvrage/un-monde-de-fous-patrick-coupechoux/9782757836644>.
- ⁵ LOPEZ, A et TURAN PELLETIER, G. *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*. [en ligne]. [S. l.] : [s. n.], [s. d.]. [Consulté le 15 février 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651>.
- ⁶ DOUKI DEDIEU, Saïda, OUALI, Utta et NACEF, Fathy. 18. Schizophrénie et genre. Dans : *Pathologies schizophréniques* [en ligne]. Cachan : Lavoisier, 2012, p. 199-205. [Consulté le 12 juin 2022]. ISBN 978-2-257-22610-5. DOI 10.3917/lav.daler.2012.01.0199.
- ⁷ SÖDERSTRÖM, Ola. Densité urbaine et psychose: est-ce que vivre en ville rend schizophrène? *Revue Médicale Suisse* [en ligne]. Janvier 2013. [Consulté le 12 juin 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.academia.edu/5863207/Densit%C3%A9_urbaine_et_psychose_est_ce_que_vivre_en_ville_rend_schizophr%C3%A8ne.
- ⁸ MASSON, Elsevier. Clinique de la schizophrénie. Dans : *EM-Consulte* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 12 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.em-consulte.com/article/737505/clinique-de-la-schizophrénie>.
- ⁹ BOURGEOIS, Marc-Louis. *Introduction*. 7e éd. [en ligne]. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France, 2014, p. 3-10. [Consulté le 12 juin 2022]. ISBN 978-2-13-062654-1. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/les-schizophrénies--9782130626541-p-3.htm>.
- ¹⁰ FULFORD, K.W.M, PEILE, E. et CARROLL, H. *Essential Values-based Practice : Clinical stories linking science with people*. [S. l.] : Cambridge : Cambridge University Press, 2012.
- ¹¹ MIERMONT, Jacques. L'approche psycho-éducationnelle et multifamiliale de William R. MacFarlane. *Thérapie Familiale*. 2002, Vol. 23, n° 2, p. 105-120. Bibliographie_available: 1Cairndomain: www.cairn.infoCite Par_available: 1publisher: Médecine & Hygiène.
- ¹² CHAN, Sally Wai-chi. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* [en ligne]. Octobre 2011, Vol. 25, n° 5, p. 339-349. DOI 10.1016/j.apnu.2011.03.008.
- ¹³ GEORGIEFF, Nicolas et FRANCK, Nicolas. Hypothèses neurodéveloppementales de la schizophrénie. *La Revue du praticien*. Janvier 2002.
- ¹⁴ REY, Romain et D'AMATO, Thierry. 36. *Modèle stress-vulnérabilité/ gène-environnement*. [S. l.] : Lavoisier, 2019. [Consulté le 28 mai 2022]. ISBN 978-2-257-20739-5. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/les-schizophrénies--9782257207395-page-243.htm>. Bibliographie_available: 0Cairndomain: www.cairn.infoCite Par_available: 0page: 243-251container-title: Les schizophrénies.
- ¹⁵ FRANCK, Nicolas. Principes et outils de la réhabilitation psychosociale/Principles and tools of psychosocial rehabilitation. *Annales médico psychologiques* [en ligne]. Elsevier B.V, 2021, Vol. 179, n° 10, p. 953-. DOI 10.1016/j.amp.2021.10.002.
- ¹⁶ Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique* [en ligne]. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008, Vol. 84, n° 10, p. 907-912. DOI 10.3917/inpsy.8410.0907.
- ¹⁷ CRISP, A. H., GELDER, M. G., RIX, S., et al. Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* [en ligne]. Juillet 2000, Vol. 177, p. 4-7. DOI 10.1192/bjp.177.1.4.

¹⁸ GIORDANA, Jean-Yves. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale: CPNLF*. 1re édition. Paris : Elsevier Masson, 9 juin 2010. ISBN 978-2-294-71204-3.

¹⁹ HJORTHØJ, Carsten, STÜRUP, Anne Emilie, MCGRATH, John J, et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* [en ligne]. Avril 2017, Vol. 4, n° 4, p. 295-301. DOI 10.1016/S2215-0366(17)30078-0.

²⁰ HOANG, U., GOLDACRE, M. J. et STEWART, R. Avoidable mortality in people with schizophrenia or bipolar disorder in England. *Acta psychiatrica Scandinavica* [en ligne]. Hoang U, Goldacre MJ, Stewart R. Avoidable mortality in people with schizophrenia or bipolar disorder in England. Oxford : Blackwell Publishing Ltd, 2013, Vol. 127, n° 3, p. 195-201. DOI 10.1111/acps.12045.

²¹ HOLLEY, Heather L., HODGES, Phyllis et JEFFERS, Betty. Moving psychiatric patients from hospital to community: Views of patients, providers, and families. *Psychiatric Services* [en ligne]. US : American Psychiatric Assn, 1998, Vol. 49, n° 4, p. 513-517. DOI 10.1176/ps.49.4.513.

²² CHARLSON, Fiona J, FERRARI, Alize J, SANTOMAURO, Damian F, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin* [en ligne]. Octobre 2018, Vol. 44, n° 6, p. 1195-1203. DOI 10.1093/schbul/sby058.

²³ THOMAS, Pierre, AMAD, Ali et FOVET, Thomas. *Schizophrenia and addictions: dangerous links*. Vol. 42 [en ligne]. Elsevier Masson, 2016. DOI 10.1016/S0013-7006(16)30218-4.

²⁴ COLDEFY, Magali et GANDRÉ, Coralie. *Atlas de la santé mentale en France* [en ligne]. IRDES, [s. d.], p. 90, 92, 94. [Consulté le 8 décembre 2021] Disponible à l'adresse : <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>.

²⁵ LOPEZ, A et TURAN PELLETIER, G. *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*. [en ligne]. [S. l.] : [s. n.], [s. d.]. [Consulté le 15 février 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651>.

²⁶ SCHEEN, A. J., VAN WINKEL, R. et DE HERT, M. A. Traitements neuroleptiques et troubles métaboliques. *Médecine des Maladies Métaboliques* [en ligne]. Décembre 2008, Vol. 2, n° 6, p. 593-599. DOI 10.1016/S1957-2557(08)74923-X.

²⁷ SIMON, P., LECRUBIER, Y. et PUECH, A. J. Classification des neuroleptiques. *La Revue du praticien*. Global Média Santé, Mars 1984, Vol. 34, n° 13, p. 589-90, 593.

²⁸ *Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes / Diabetes Care / American Diabetes Association* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 14 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://diabetesjournals.org/care/article/27/2/596/28450/Consensus-Development-Conference-on-Antipsychotic>.

²⁹ MISAWA, Fuminari, SHIMIZU, Keiko, FUJII, Yasuo, et al. Is antipsychotic polypharmacy associated with metabolic syndrome even after adjustment for lifestyle effects?: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [en ligne]. Juillet 2011, Vol. 11, p. 118. DOI 10.1186/1471-244X-11-118.

³⁰ PUNTHAKEE, Zubin, GOLDENBERG, Ronald et KATZ, Pamela. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome. *Canadian Journal of Diabetes* [en ligne]. Avril 2018, Vol. 42, p. S10-S15. DOI 10.1016/j.cjcd.2017.10.003.

³¹ PUNTHAKEE, Zubin, GOLDENBERG, Ronald et KATZ, Pamela. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome. *Canadian Journal of Diabetes* [en ligne]. Avril 2018, Vol. 42, p. S10-S15. DOI 10.1016/j.cjcd.2017.10.003.

-
- ³² Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Dans : *Haute Autorité de Santé* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 29 mai 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1022476/fr/strategie-medicamenteuse-du-controle-glycemique-du-diabete-de-type-2.
- ³³ SCHEEN, A. J., VAN WINKEL, R. et DE HERT, M. A. Traitements neuroleptiques et troubles métaboliques. *Médecine des Maladies Métaboliques* [en ligne]. Décembre 2008, Vol. 2, n° 6, p. 593-599. DOI 10.1016/S1957-2557(08)74923-X.
- ³⁴ SCHEEN, A. J., VAN WINKEL, R. et DE HERT, M. A. Traitements neuroleptiques et troubles métaboliques. *Médecine des Maladies Métaboliques* [en ligne]. Décembre 2008, Vol. 2, n° 6, p. 593-599. DOI 10.1016/S1957-2557(08)74923-X.
- ³⁵ MCEVOY, Joseph P., MEYER, Jonathan M., GOFF, Donald C., et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: Baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia Research* [en ligne]. Décembre 2005, Vol. 80, n° 1, p. 19-32. DOI 10.1016/j.schres.2005.07.014.
- ³⁶ HENDERSON, D. C., CAGLIERO, E., GRAY, C., et al. Clozapine, diabetes mellitus, weight gain, and lipid abnormalities: A five-year naturalistic study. *The American Journal of Psychiatry* [en ligne]. Juin 2000, Vol. 157, n° 6, p. 975-981. DOI 10.1176/appi.ajp.157.6.975.
- ³⁷ *Qu'est-ce que l'obésité ? | AP-HM* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 6 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <http://fr.ap-hm.fr/site/cso-paca-ouest/obesite/definition>.
- ³⁸ MUST, A., SPADANO, J., COAKLEY, E. H., et al. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA* [en ligne]. Octobre 1999, Vol. 282, n° 16, p. 1523-1529. DOI 10.1001/jama.282.16.1523.
- ³⁹ Syndrome métabolique : syndrome fourre-tout des patients obèses ou entité spécifique ? Quel traitement : hygiène de vie ou polypill ? Dans : *Revue Médicale Suisse* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 29 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-143/syndrome-metabolique-syndrome-fourre-tout-des-patients-obeses-ou-entite-specifique-quel-traitement-hygiene-de-vie-ou-polypill>.
- ⁴⁰ Syndrome métabolique : syndrome fourre-tout des patients obèses ou entité spécifique ? Quel traitement : hygiène de vie ou polypill ? Dans : *Revue Médicale Suisse* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 29 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-143/syndrome-metabolique-syndrome-fourre-tout-des-patients-obeses-ou-entite-specifique-quel-traitement-hygiene-de-vie-ou-polypill>.
- ⁴¹ MASSON, Elsevier. Prévalence de l'obésité au sein d'une population de schizophrènes suivis dans l'Algérois ? Dans : *EM-Consulte* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 7 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.em-consulte.com/article/1368112/prevalence-de-l-obesite-au-sein-d-une-population-d>.
- ⁴² TEK, Cenk, KUCUKGONCU, Suat, GULOKSUZ, Sinan, et al. Antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis patients: a meta-analysis of differential effects of antipsychotic medications. *Early Intervention in Psychiatry* [en ligne]. 2016, Vol. 10, n° 3, p. 193-202. DOI 10.1111/eip.12251.
- ⁴³ SCHEEN, A. J., VAN WINKEL, R. et DE HERT, M. A. Traitements neuroleptiques et troubles métaboliques. *Médecine des Maladies Métaboliques* [en ligne]. Décembre 2008, Vol. 2, n° 6, p. 593-599. DOI 10.1016/S1957-2557(08)74923-X.
- ⁴⁴ GIGNOUX-FROMENT, F., DE MONTLEAU, F., SARAVANE, D., et al. Évaluation de la prescription d'antipsychotiques en médecine générale : conséquences métaboliques. *L'Encéphale* [en ligne]. Décembre 2012, Vol. 38, n° 6, p. 453-459. DOI 10.1016/j.encep.2011.12.006.
- ⁴⁵ Dyslipidémie - Troubles endocriniens et métaboliques. Dans : *Édition professionnelle du Manuel MSD* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 16 mai 2022]. Disponible à l'adresse :

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-endocriniens-et-m%C3%A9taboliques/dyslipid%C3%A9mies/dyslipid%C3%A9mie>.

⁴⁶ NEWCOMER, John W. Metabolic risk during antipsychotic treatment. *Clinical Therapeutics* [en ligne]. Elsevier, Décembre 2004, Vol. 26, n° 12, p. 1936-1946. DOI 10.1016/j.clinthera.2004.12.003.

⁴⁷ GUIZE, Louis, THOMAS, Frédérique, PANNIER, Bruno, et al. Syndrome métabolique: prévalence, marqueurs de risque associés et mortalité dans une population française de 62 000 sujets. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* [en ligne]. 2006, Vol. 190, n° 3, p. 685-700. DOI 10.1016/S0001-4079(19)33302-3.

⁴⁸ MCEVOY, Joseph P., MEYER, Jonathan M., GOFF, Donald C., et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: Baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia Research* [en ligne]. Décembre 2005, Vol. 80, n° 1, p. 19-32. DOI 10.1016/j.schres.2005.07.014.

⁴⁹ SCHEEN, A. J., VAN WINKEL, R. et DE HERT, M. A. Traitements neuroleptiques et troubles métaboliques. *Médecine des Maladies Métaboliques* [en ligne]. Décembre 2008, Vol. 2, n° 6, p. 593-599. DOI 10.1016/S1957-2557(08)74923-X.

⁵⁰ ROUILLON, F., VAN GANSE, E., VEKHOFF, P., et al. Niveau de vigilance des psychiatres pour les facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients schizophrènes. *Encéphale* [en ligne]. Elsevier Masson SAS, 2015, Vol. 41, n° 1, p. 70-77. DOI 10.1016/j.encep.2014.12.003.

⁵¹ SCHEEN, André, GILLAIN, Benoit et DE HERT, Marc. Maladie cardiovasculaire et diabète chez les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère 1ère partie: Epidémiologie et influence des médicaments psychotropes. *Médecine des maladies métaboliques* [en ligne]. Masson, 2010, Vol. 4, p. 93-102. DOI 10.1016/s1957-2557(10)70021-3.

⁵² Label de la HAS - Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Dans : *Haute Autorité de Santé* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 19 avril 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique.

⁵³ Label de la HAS - Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Dans : *Haute Autorité de Santé* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 19 avril 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique.

⁵⁴ Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. Dans : *Haute Autorité de Santé* [en ligne]. septembre 2018. [Consulté le 18 avril 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration.

⁵⁵ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 26 janvier 2016.

⁵⁶ BERCOT, Régine. *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?* [S. l.] : L'Harmattan, 2006. [Consulté le 18 mai 2022]. Disponible à l'adresse : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00136014>.

⁵⁷ LAFORCADE, Michel. *RAPPORT RELATIF À LA SANTÉ MENTALE*. [s. d.], p. 190.

⁵⁸ Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. 27 juillet 2017, p. Art 3224-7.

⁵⁹ IQSS 2021 transversaux - secteur PSY périmètre « ambulatoire » : campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Dans : *Haute Autorité de Santé* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 8 décembre 2021]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168693/fr/iqss-2021-transversaux-secteur-psy-perimetre-ambulatoire-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins.

⁶⁰ *fiche_descriptive_psy_sa_vigilance.pdf* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 8 décembre 2021]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/fiche_descriptive_psy_sa_vigilance.pdf.

⁶¹ *Accueil - LimeSurvey - Easy online survey tool* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 6 juin 2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.limesurvey.org/fr/>.

⁶² COLDEFY, Magali et GANDRÉ, Coralie. *Atlas de la santé mentale en France* [en ligne]. IRDES, [s. d.]. Disponible à l'adresse : <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>.

⁶³ *CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques* [en ligne]. [s. d.].

[Consulté le 4 juin 2022]. Disponible à l'adresse :

https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=291389,6824639,831958,343485&c=indicator&f=B&i=gene_popage.eft&i2=offre_ps.dens_g&s=2021&s2=2021&view=map5.

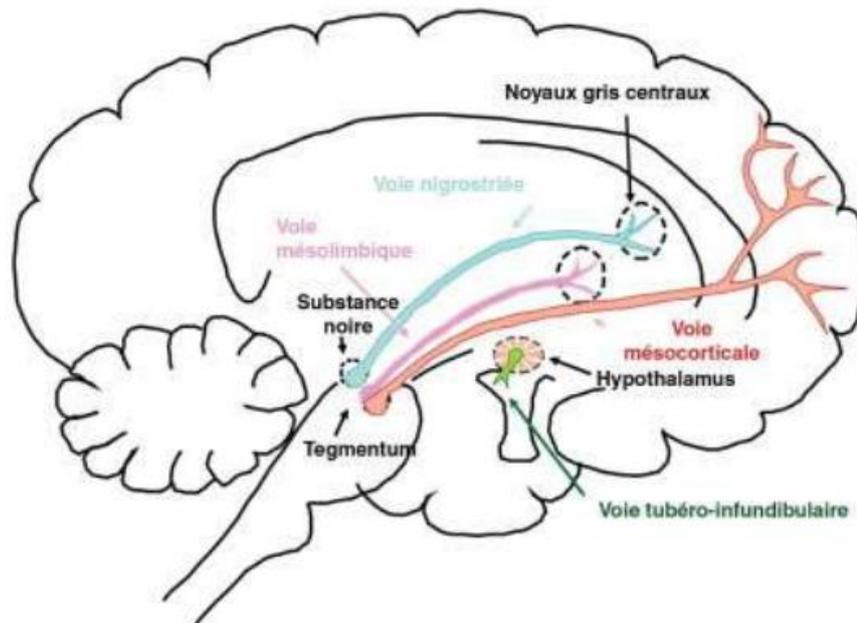
⁶⁴ CHAMPION, Victoria L. et SKINNER, Celette Sugg. The health belief model. Dans : *Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 4th ed.* San Francisco, CA, US : Jossey-Bass, 2008, p. 45-65. ISBN 978-0-7879-9614-7.

⁵⁵ Hypertension artérielle – Des outils pour une prise en charge optimale. Dans : *Haute Autorité de Santé* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 7 juin 2022]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974311/en/hypertension-arterielle-des-outils-pour-une-prise-en-charge-optimale.

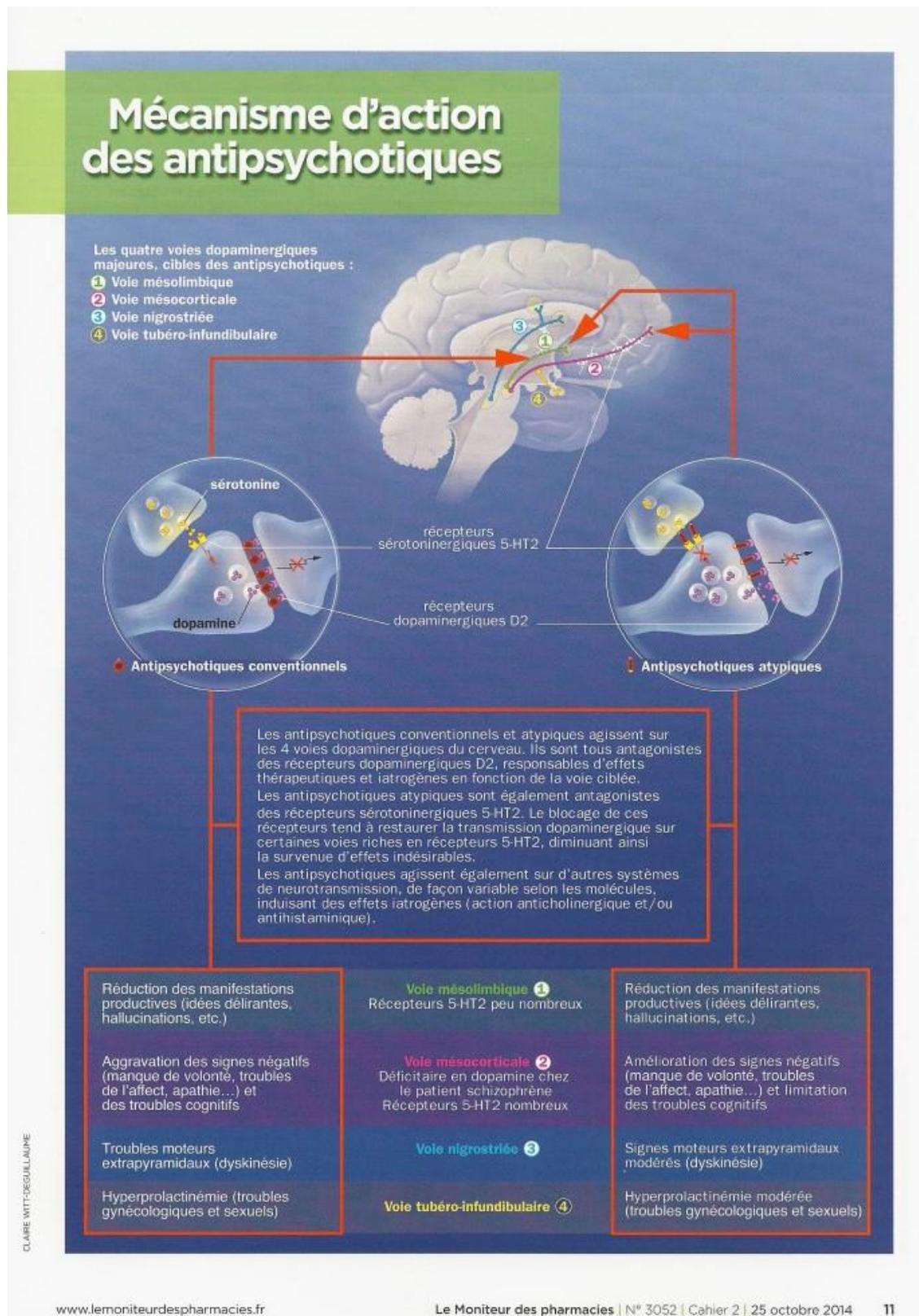
TABLE

- Tableau 1 : le « profil métabolique » des différents ASG¹⁸.
- Tableau 2 : le diagnostic de diabète¹⁷
- Tableaux 3 et 4 : Recommandations de la HAS concernant la détermination de l'objectif glycémique¹⁹.
- Tableau 5 : Illustration des mécanismes d'actions favorisant l'apparition d'un diabète de type 2 chez les personnes traitées par certains antipsychotiques atypiques⁶⁴.
- Tableau 6 : définition de la corpulence normale, du surpoids et de l'obésité en fonction de l'IMC selon l'OMS⁶⁴.
- Tableau 7 : Définition du syndrome métabolique du NCEP – ATP III (National Cholesterol Education Program, Adult treatment program) et de l'IDF (International Diabetes Federation)
- Tableau 8 : Recommandations de suivi concernant la prise en charge somatique de patients souffrant de troubles psychiques sévères⁴¹.
- Tableau 9 : caractéristiques sociodémographiques de la population de l'étude.
- Tableau 10 : Nombre d'hospitalisations en soins de santé mentale sur les 12 derniers mois et traitement antipsychotiques.
- Tableau 11 : fréquence des paramètres suivants retrouvée dans les dossiers médicaux lors des 12 derniers mois
- Tableau 12 : résultats concernant la présence d'un bilan sang « glycémie + Hb1Ac » ainsi que « EAL » dans les dossiers médicaux lors des 12 derniers mois.
- Tableau 13 : Taux de déclaration d'un médecin traitant
- Tableau 14 : Comparaison entre les valeurs recueillies pour les 19 personnes ayant bénéficié de l'intégralité des contrôles et les normes de la NCEP-ATP et de l'OMS
- Tableau 15 : Impact de la sensibilisation des infirmiers du CMP aux troubles métaboliques, mesurée 2 mois après l'intervention par la présence ou non dans les dossiers médicaux de la PA, du poids, de l'IMC et du périmètre abdominal.
- Tableau 16 : Modèle des croyances en santé appliqué à un patient inclus dans l'étude, souffrant d'obésité de type I.

Annexe 1 : Les voies dopaminergiques(Source : FRANCK, Nicolas, FROMAGER, Fabien et THIBAUT, Florence. *Prescrire les antipsychotiques ; propriétés et modalités d'évaluation*. [S. l.] : Elsevier Masson, [s. d.]. 2015 : 25-54)



Annexe 2 : Mécanisme d'action des antipsychotiques (Source : WITT-DEGUILLAUME, Claire. Mécanisme d'action des antipsychotiques. *Le Moniteur des pharmaciens*. Octobre 2014, n° 3052, p. 11.)



Annexe 3 : Charte de partenariat médecine générale – psychiatrie de secteur
(Source : *Mise en œuvre de la Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur - Ministère des Solidarités et de la Santé* [en ligne]. [s. d.].
[Consulté le 12 mars 2022]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/mise-en-oeuvre-de-la-charte-de-partenariat-medecine-generale-et-psychiatrie-de-419268>.)

Charte de partenariat

Médecine générale & Psychiatrie de secteur

Pour mieux répondre aux besoins des patients dans le domaine de psychiatrie et de la santé mentale et compte tenu des enjeux des soins aux personnes et de santé publique, le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés souhaitent améliorer le partenariat entre médecins généralistes traitants et psychiatres de secteur. Afin d'assurer une meilleure coordination des soins, ils s'accordent sur les points suivants :

- 1 Le psychiatre de secteur, dans la perspective d'une prise en charge coordonnée du patient, notamment sur le plan somatique, **s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant** pour chacun de ses patients.
- 2 Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de **comorbidités somatiques et psychiatriques**. Le psychiatre de secteur propose, s'il y a lieu, le traitement chimiothérapeutique au médecin généraliste traitant, qui en réalise alors principalement la prescription, eu égard à sa connaissance globale de l'état clinique du patient.
- 3 Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant **un accès téléphonique direct** à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque.
- 4 La **transmission d'information** de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement de ses modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable.
- 5 Le médecin généraliste traitant est informé systématiquement et dans les délais les meilleurs, **des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé de son patient, tant à son entrée qu'à sa sortie**. Sa connaissance du traitement de sortie mais aussi des conditions du retour à domicile, en particulier en cas d'interventions dans le champ sanitaire ou social dans le lieu de vie, en fonction des ressources du territoire, est de nature à assurer une meilleure coordination du parcours de soin.
- 6 Pour les patients relevant de la patientèle du médecin généraliste traitant, cette coopération entre soignants facilite **l'action du médecin généraliste traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile par l'équipe du secteur psychiatrique**. Le médecin généraliste traitant intervient notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement.
- 7 Le médecin généraliste traitant et le psychiatre du secteur référent assurent la **coordination des interventions au domicile** concernant les équipes pluri professionnelles impliquées dans les soins, l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille.
- 8 **La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles**. Les stages universitaires doivent être l'occasion d'échanges réciproques dans les secteurs ou les cabinets des maîtres de stage des universités.

La mise en œuvre de ces principes participe au développement d'espaces d'échanges communs entre médecine générale et psychiatrie publique. Elle doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.

le 20 mars 2014

Dr Christian Müller
Président
Conférence Nationale des Présidents de CME
de Centres Hospitaliers Spécialisés



Pr Pierre Louis Druais
Président
Collège de la Médecine Générale



TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE

GLOSSAIRE

INTRODUCTION GENERALE

I. INTRODUCTION	1
A. SITUATION D'APPEL	1
1. Données biographiques	1
2. Anamnèse.....	1
3. Récit.....	2
B. LA SCHIZOPHRENIE	5
1. Rappel historique.....	5
2. Epidémiologie.....	6
3. Tableau clinique	7
4. La place de la famille / des aidants	8
5. Etiologie et traitement	8
6. La stigmatisation et l'auto-stigmatisation	9
7. Espérance de vie et qualité de vie.....	10
8. Schizophrénie et soins somatiques.....	10
C. LES ANTIPSYCHOTIQUES	12
1. Les antipsychotiques de 1 ^{ère} et de 2 ^{nde} génération	12
2. Les propriétés des antipsychotiques	13
3. Mode d'action des antipsychotiques.....	13
4. Principaux effets indésirables des ASG	13
D. ASG ET TROUBLES METABOLIQUES	15
1. Le diabète	16
2. La prise de poids.....	19
3. La dyslipidémie :	20
E. LE SYNDROME METABOLIQUE.....	21
1. Définition.....	21
2. Etiologie et prévalence	22
3. La prise en compte du syndrome métabolique.....	22
4. Des recommandations sur le dépistage des troubles métaboliques où il n'y a pas toujours consensus sur le professionnel chargé de ce dépistage	22
F. LES TROUBLES METABOLIQUES : RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE.....	23
G. COMPLEXITE DES SITUATIONS ET NECESSITE D'UN TRAVAIL EN RESEAU	24
1. Complexité d'une situation	24
2. Tendance au cloisonnement : nécessité d'un travail en réseau et création des CPTS et des CLSM ...	25
H. LA HAS ET LA CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS	25
I. L'INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCEE	26
J. PROBLEMATIQUE	27
II. METHODE.....	28
A. NATURE DE L'ETUDE	28
B. POPULATION ETUDIEE :	28
C. RECUEIL DES DONNEES :	29
D. L'INTERVENTION : INFORMER AUTOUR DES TROUBLES METABOLIQUES	30
E. TRAITEMENT DES DONNEES :	31

III.	RESULTATS.....	31
A.	CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION :.....	31
B.	NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN SOINS DE SANTE MENTALE SUR LES 12 DERNIERS MOIS ET TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE	31
C.	PRESENCE D'UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX POUR LE DIABETE ET LA DYSLIPIDEMIE	33
D.	DEPISTAGE DU SYNDROME METABOLIQUE AU SEIN DU CMP	33
E.	TAUX DE DECLARATION DU MEDECIN TRAITANT ET PRESENCE D'ECHANGE ENTRE LE CMP ET LA MEDECINE DE VILLE.....	34
F.	IMPACT DE LA SENSIBILISATION AU SYNDROME METABOLIQUE SUR LES 6 INFIRMIERS DU CMP	35
G.	COMPARAISON ENTRE LES VALEURS RECUEILLIES POUR LES 19 PERSONNES AYANT BENEFICIE DE L'INTEGRALITE DES CONTROLES ET LES NORMES DE LA NCEP-ATP ET DE L'OMS	36
IV.	DISCUSSION	37
A.	UN DEPISTAGE DES TROUBLES METABOLIQUES PARTIEL SUR LE CMP	37
B.	LE SUIVI PAR UN MEDECIN TRAITANT	39
C.	UNE TENDANCE AU CLOISONNEMENT ENTRE MEDECINE DE VILLE ET HOPITAL PSYCHIATRIQUE	41
D.	UNE INFORMATION DE L'EQUIPE INFIRMIERE DU CMP AUX TROUBLES METABOLIQUES A PERMIS D'AUGMENTER LE DEPISTAGE DE TROUBLES METABOLIQUES	41
E.	FREQUENCE DES TROUBLES METABOLIQUES DEPISTES PAR LES INFIRMIERS DU CMP	44

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE

TABLE DES MATIERES

AUTEUR : Nom : BOUCHET

Prénom : Pierre-Charlie

Date de soutenance : 06/07/2022 à 11h

Titre du mémoire : Dépistage des troubles métaboliques chez des personnes souffrant de schizophrénie lors du parcours de santé : la place d'un(e) infirmier(e) de pratique avancée en centre médico-psychologique.

Mots-clés libres : Schizophrénie ; troubles métaboliques ; syndromes métaboliques ; dépistage ; parcours de santé ; infirmier de pratique avancée

Résumé : Les personnes souffrant de schizophrénie vivent en moyenne 20 ans de moins que la population générale. Les causes de cette surmortalité ont une origine cardiovasculaire dans plus de la moitié des cas. Si l'hygiène de vie de cette population est souvent vectrice de facteurs de risque cardiovasculaires, les traitements antipsychotiques de seconde génération favorisent eux aussi de nombreux troubles métaboliques : prise de poids, diabète de type 2, dyslipidémie, qui sont autant de facteurs de risques cardiovasculaires.

Le dépistage de ces troubles métaboliques tout au long du parcours de santé revêt donc une importance particulière, afin d'initier des actions de prévention et de promotion de la santé de façon précoce.

Paradoxalement, les personnes diagnostiquées schizophrènes accèdent moins aux soins somatiques que la population générale.

Les infirmiers des CMP occupent souvent une place importante dans le parcours de santé de ces personnes, de par la fréquence des suivis infirmiers, et par la relation de confiance qui s'est souvent construite au fil du temps.

Mon hypothèse est qu'une sensibilisation de ces infirmiers de CMP aux troubles métaboliques les inciterait à effectuer plus d'actions de dépistages auprès de patients schizophrènes (surveillance du poids, de la taille, de l'IMC et du périmètre abdominal).

Une enquête rétrospective sur dossiers médicaux du CMP avec une méthodologie interventionnelle est utilisée pour répondre à cette hypothèse.

Une intervention sous forme d'information brève sur les troubles métaboliques a été réalisée auprès des 6 infirmiers du CMP, et son impact sur leurs actions de dépistages a été mesurée 2 mois après.

Les résultats ont montré une augmentation des actions de dépistage par ces professionnels, et ont permis d'amorcer des actions de promotion de la santé, ainsi que des liens avec les médecins traitants.

Résumé en anglais : People with schizophrenia live on average 20 years less than the general population. The causes of this excess mortality are cardiovascular in more than half of the cases. If the lifestyle of this population is often a vector of cardiovascular risk factors, second generation antipsychotic treatments also favour numerous metabolic disorders: weight gain, type 2 diabetes, dyslipidemia, which are all cardiovascular risk factors.

Screening for these metabolic disorders throughout the health care process is therefore particularly important, in order to initiate prevention and health promotion actions at an early stage.

Paradoxically, people diagnosed with schizophrenia have less access to somatic care than the general population.

CMP nurses often play an important role in the health care of these people, due to the frequency of nursing follow-up and the relationship of trust that has often been built up over time.

My hypothesis is that raising the awareness of these CMP nurses to metabolic disorders would encourage them to carry out more screening actions with schizophrenic patients (monitoring of weight, height, BMI and abdominal perimeter).

A retrospective survey of CMP medical records with an interventional methodology is used to address this hypothesis.

An intervention in the form of brief information on metabolic disorders was carried out with the 6 CMP nurses, and its impact on their screening actions was measured 2 months later.

The results showed an increase in screening actions by these professionals, and made it possible to initiate health promotion actions, as well as links with the treating physicians.

Directeur de mémoire : Madame le Docteur Sabine BAYEN