



UNIVERSITÉ DE LILLE

DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

MENTION : Psychiatrie et Santé Mentale

État des lieux des traitements correcteurs anticholinergiques prescrits aux patients atteints de schizophrénie au sein des Centres Médico-Psychologiques des secteurs 28G01, G02, G03 et G06.

Présenté et soutenu publiquement le 01/07/2024 à Lille à 14h (département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par **Allan DHEILLY**

JURY :

Président du jury : Professeur François PUISIEUX

Directrice de mémoire : Docteur Justine MINEAU

Tuteur pédagogique : Madame Véronique KOZLOWSKI

Le 01/07/2024

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

Remerciements :

Dans un premier temps, je tiens à remercier le Docteur Mineau, pour son accompagnement en qualité de Directrice de mémoire mais aussi pour son rôle de tuteur de stage lors de ma première année de formation.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble du corps enseignant de la formation du Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée de la Faculté de Médecine Henri Warembourg de Lille. Merci pour l'attachement à faire évoluer et dynamiser la pratique infirmière.

Merci également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils portent à ce travail et pour s'être rendus disponibles le jour de la soutenance.

À tous les collègues de l'Hôpital de Jour « La Parenthèse » pour le soutien apporté dans la période de rédaction de ce mémoire. Et tout particulièrement à Monsieur Bartkowiak, Cadre de Santé, pour son aide précieuse. À très vite.

Merci à toi, Cheffe Ludivine, pour le soutien sans réserve, notamment dans les moments de doutes. Après tout, Nogent n'est pas si loin par téléphone.

Merci à l'ensemble des professionnels des Centres Médico-Psychologiques du Centre Hospitalier Spécialisé Henri EY pour le temps accordé aux questionnaires.

Merci à toi, Laetitia, pour ta patience et ton aide pendant ces deux années de formation.

Et enfin, merci aux amis, qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire. Que ce soit par la relecture, les conseils ou les encouragements.

Avertissement :

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Note au lecteur :

Afin d'éviter la multitude de termes qui pourrait perturber la compréhension de ce travail et pour faciliter la lecture, les termes « neuroleptique, neuroleptique conventionnel ou neuroleptique de première génération » seront remplacés, sauf dans les cas de citations, par : antipsychotique typique. Les termes « neuroleptique non conventionnel ou neuroleptique de deuxième génération » seront remplacés par : antipsychotique atypique. Lorsque le terme « antipsychotique » est utilisé seul, il regroupe les deux types : typiques et atypiques.

Dans ce travail, le métier d'infirmière sera employé exclusivement au féminin puisqu'il est représenté majoritairement par des femmes. Ceci a aussi pour but de faciliter la lecture.

Sommaire :

Glossaire

Introduction générale :	1
Introduction conceptuelle :	2
1/ La schizophrénie :.....	2
2/ Les traitements antipsychotiques :.....	4
3/ Les traitements correcteurs anticholinergiques :	11
4/ Problématiques, hypothèses de recherche et formulation des questions de recherche : ..	14
Méthode :.....	16
1/ Nature de l'étude :	16
2/ Première partie :	16
3/ Seconde partie :	20
Résultats :	23
1/ Première partie :	23
2/ Seconde partie :	28
Analyse :.....	33
1/ Première partie :	33
2/ Seconde partie :	37
Discussion :	39
1/ Objectifs et validation des hypothèses :	39
2/ Points forts, limites et biais de l'étude :	41
3/ Projection dans la pratique avancée :	43
Conclusion :.....	45
Bibliographie	
Table des figures	
Table des matières	
Annexes	

Glossaire :

AESP : Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique

AIMS : *Abnormal Involuntary Movement Scale*

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

APA : *American Psychiatric Association*

APP : Analyse de Pratiques Professionnelles

BAS : *Barnes Akathisia Scale*

CdS : Cadre de Santé

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

DIM : Département d'Information Médicale

DPO : *Data Protection Officer* → Délégué à la Protection des Données

DSI : Direction des Soins Infirmiers

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual (of Mental Disorders)*

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESRS : *Extrapyramidal Symptom Rating Scale*

FFCSdS : Faisant Fonction Cadre Supérieur de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

ISP : Infirmière de Secteur Psychiatrique

LP : Libération Prolongée

NIP : Numéro d'Identité Patient

OMÉDIT : Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSM : Psychiatrie et Santé Mentale

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

SAS : *Simpson Angus Scale*

THC : Tétrahydrocannabinol

Introduction générale :

Aujourd'hui, le volet médicamenteux a pris une place centrale dans la prise en soins des patients souffrant d'une affection psychiatrique. En effet, depuis 1952, avec la commercialisation de la Chlorpromazine, la psychiatrie s'est progressivement modernisée en incorporant notamment la psychopharmacologie.

L'idée d'un mémoire de fin d'études autour de la psychopharmacologie émane de mes dix années d'expérience en tant qu'Infirmier Diplômé d'État (IDE) au sein de services de soins de psychiatrie adulte.

Durant ces années d'exercice, j'ai pu constater que la majorité des usagers présentant une psychose, et plus particulièrement une schizophrénie, était traitée par antipsychotiques typiques et antipsychotiques atypiques. Ces mêmes usagers développaient régulièrement des syndromes extrapyramidaux induits par les antipsychotiques. Ils bénéficiaient alors d'un traitement correcteur anticholinergique type Bipéridène chlorhydrate quatre milligrammes Libération Prolongée (LP) (Akineton®), Tropatépine chlorhydrate cinq et dix milligrammes (Lepticur®) ou Trihexyphénidyle chlorhydrate deux ou cinq milligrammes (Artane®) et en Libération Prolongée au même dosage (Parkinane®). Au cours de cette période, je ne m'étais pas réellement interrogé sur la pertinence de la prescription de ces produits. À ce moment, dans mes représentations de soignant, ce type de traitement médicamenteux était obligatoire compte tenu des effets indésirables tels que les dystonies aiguës induites par les antipsychotiques. De plus, évoluant dans une unité d'hospitalisation, les dosages en traitements antipsychotiques sont généralement plus importants le temps de la phase aiguë de la maladie. L'apparition de syndromes extrapyramidaux étant souvent dose d'antipsychotique dépendante, il me paraissait donc tout à fait normal que les traitements correcteurs anticholinergiques soient usités, reliant ce médicament à une certaine forme de banalité : prescription d'antipsychotique égale mise en place d'un correcteur anticholinergique.

C'est au cours de mon stage de première année en tant qu'étudiant Infirmier en Pratique Avancée (IPA) au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) que j'ai commencé à m'intéresser de plus près à ce type de traitement. Alors que j'avais pour habitude d'accompagner des usagers en décompensation psychotique avec des traitements en

conséquence, je les voyais à présent stabilisés, avec des dosages en antipsychotiques révisés, minorés par rapport à la prise en soins en intra-hospitalier. Cependant, sur l'ordonnance, le traitement correcteur anticholinergique avait tendance à rester. Je me suis alors questionné sur les modalités de maintien de ce traitement.

Introduction conceptuelle :

Afin de pouvoir apprécier le contenu de ce travail de recherche, il est important d'apporter les fondamentaux nécessaires à sa compréhension. Seront abordés dans les chapitres ci-dessous : la schizophrénie, les traitements antipsychotiques et les traitements correcteurs anticholinergiques. Un rappel sur les voies dopaminergiques sera effectué dans la partie sur les antipsychotiques. Ce chapitre se terminera sur les hypothèses et questions de recherches.

1/ La schizophrénie :

Étymologie :

C'est au psychiatre suisse Eugen Bleuler, le 24 avril 1908, que l'on devra le terme de schizophrénie venant du grec « σχίζω » évoquant la scission, le fractionnement, et « φρήν » relatif à l'esprit. Il renversera le concept de démence précoce introduit quelques années auparavant par le psychiatre allemand Emil Kraepelin [1].

Définition :

La plupart des définitions formelles que j'ai pu trouver me semblant incomplètes ou stigmatisantes, je me permets humblement d'y substituer une définition plus personnelle inspirée des différentes sources consultées. Ainsi, la schizophrénie est une pathologie mentale chronique et évolutive, d'émergence souvent précoce, avec une apparition des premiers symptômes généralement entre 15 et 25 ans. La symptomatologie se décline en trois syndromes : positifs, négatifs et de désorganisation et ce, sans que ces symptômes ne puissent être expliqués par toutes autres affections médicales ou causes toxiques.

L'OMS classe la schizophrénie dans les dix pathologies les plus invalidantes [2].

Épidémiologie :

En 2022, selon l’OMS, « la schizophrénie est un trouble mental grave dont sont atteintes environ 24 millions de personnes, soit une sur 300, dans le monde. Soit 0.32% de la population. » [3]. L’INSERM donne une interprétation légèrement différente avec une estimation entre 0,7 et 1% de la population mondiale, soit environ 600000 personnes en France [4].

Sémiologie :

Selon l’Association pour l’Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique (AESP), la schizophrénie se caractérise par trois grands syndromes [5] :

- Le syndrome positif : regroupe les idées délirantes et les hallucinations.

Les idées délirantes se divisent en thèmes (filiation, grandeur, mystique, persécution...) et se subdivisent en mécanismes (interprétatifs, imaginatifs, intuitifs...). Elles s’apprécient par leurs organisations qui peuvent être systématisées ou non systématisées.

Les hallucinations qui se définissent par « une perception fausse qui ne correspond pas à un objet extérieur réel » [6] peuvent toucher les cinq sens :

- Les hallucinations auditives qui arrivent en tête de liste et sont présentes chez 50% des patients.
- Les hallucinations visuelles, présentes chez 30% des patients.
- Les hallucinations kinesthésiques, présentes chez 5% des patients.
- Les hallucinations olfactives et gustatives, formes plus rares.

Mais elles peuvent aussi porter sur des perceptions plus internes avec des sensations de modification du corps, d’être traversé par des objets ou bien de possession démoniaque ou animale : on parlera alors d’hallucinations cénesthésiques [7].

- Le syndrome négatif : regroupe les signes cliniques de l’appauvrissement progressif de la psyché.

On y retrouve l’apragmatisme, l’aboulie, l’émoussement des affects, la pauvreté du discours, un manque d’élaboration, un retrait social...

➤ Le syndrome de désorganisation :

Il peut impacter trois plans : affectif, cognitif et comportemental.

Il se traduit par une discordance idéo-affective et comportementale. La désorganisation se manifeste par un contact froid, une bizarrerie, un discours incompréhensible, une ambivalence, un illogisme et un maniérisme gestuel avec des parakinésies.

Selon la cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (cf. : annexe 1), le diagnostic se réalise, entre autres, sur la base « d'au moins deux symptômes du critère A (idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs) et doivent être présents dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois ou plus. Au moins un de ces symptômes doit être la présence claire d'idées délirantes (critère A1), d'hallucinations (critère A2) ou d'une désorganisation du discours (critère A3). » [8]. L'ensemble de la symptomatologie doit être présent sur une durée minimum de six mois.

Étiologie :

Selon l'OMS, « la recherche n'a pas mis en évidence de cause unique de la schizophrénie. On pense qu'elle peut avoir pour origine une interaction entre des gènes et un certain nombre de facteurs environnementaux. Des facteurs psychosociaux peuvent également influencer sur la survenue et l'évolution de la schizophrénie. Une forte consommation de cannabis est associée à un risque élevé de schizophrénie. » [3]. L'ensemble des travaux actuels font consensus, comme ceux de l'INSERM qui suggèrent qu'il existe une vulnérabilité génétique mais qu'elle n'est pas à elle seule responsable de l'apparition de la maladie (consommation de THC, stress biologique, hygiène de vie...) [9].

2/ Les traitements antipsychotiques :

Généralités :

La commercialisation de la Chlorpromazine en 1952 va amorcer un tournant majeur dans la prise en soins des patients atteints de schizophrénie. Au début de l'avènement de la psychopharmacologie, le terme « neuroleptique » fut employé par deux psychiatres français en

1957, Jean Delay et Pierre Deniker. Un traitement était alors classé comme étant un neuroleptique suivant les critères suivants [10] :

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice.
- Diminution de l'agressivité et de l'agitation.
- Réduction des psychoses.
- Production d'effets neurologiques et végétatifs.
- Action sous corticale dominante.

On peut constater que le quatrième critère implique que pour être classé comme un neuroleptique, il faut que le traitement induise un syndrome extrapyramidal. Décrit aujourd'hui comme un effet indésirable, il convient de les éviter au maximum, notamment via l'utilisation des antipsychotiques atypiques, moins pourvoyeurs de syndromes extrapyramidaux.

	1 ^{ère} génération	2 ^{ème} génération
Sédatifs	Chlorpromazine (Largactil™), Cyamemazine (Tercian™)	Loxapine (Loxapac™)
Incisifs	Haloperidol (Haldol™), Zuclophenthixol (Clopixol™)	Risperidone (Risperdal™), Olanzapine (Zyprexa™), Aripiprazol (Abilify™), Quetiapine (Xeroquel™), Clozapine (Leponex™), Amisulpride (Solian™)

Figure 1: Liste des principaux antipsychotiques utilisés en France [11]

Les modes d'action :

Il faudra attendre 1963 avec les travaux du neurobiologiste suédois Arvid Carlsson, pour découvrir les propriétés anti dopaminergiques des neuroleptiques et dresser des hypothèses physiopathologiques plus solides sur les mécanismes neurologiques de la schizophrénie [12].

L'ensemble des antipsychotiques, qu'ils soient typiques ou atypiques sont des antagonistes des récepteurs dopaminergiques D2 hormis l'aripiprazole qui possède un profil pharmacologique différent en étant un agoniste partiel des récepteurs à la dopamine D2. Ces récepteurs dopaminergiques sont présents dans les quatre voies dopaminergiques citées ci-dessous. Le blocage de ces voies, par l'introduction d'antipsychotiques, va induire les effets thérapeutiques recherchés mais également produire des effets indésirables que le prescripteur devra considérer. Les antipsychotiques possèdent aussi d'autres propriétés qui agissent sur d'autres systèmes comme le système sérotoninergique par exemple mais ils ne seront pas décrits dans ce travail.

Afin de mieux comprendre les modes d'action des antipsychotiques, il convient de faire un point de neurologie sur les voies dopaminergiques.

Il existe quatre voies dopaminergiques pour exercer l'action antagoniste des antipsychotiques :

- La voie méso- limbique
- La voie nigro- striée
- La voie méso- corticale
- La voie tubéro- infundibulaire

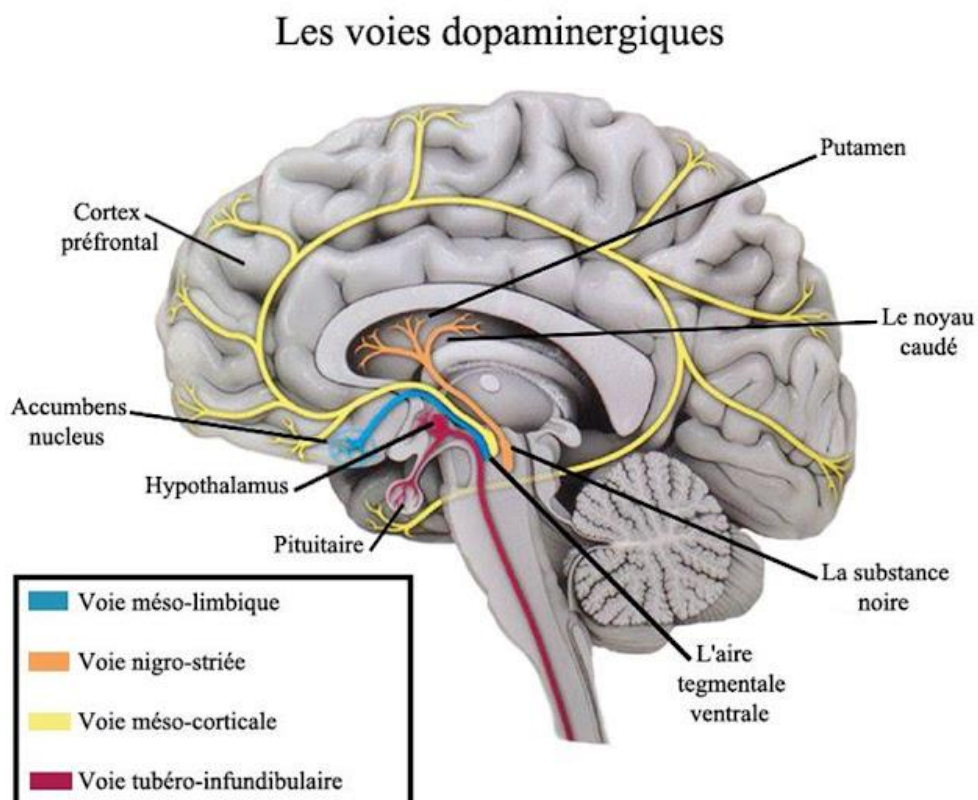


Figure 2: Les voies dopaminergiques [13]

La voie méso- limbique :

C'est la voie dopaminergique qui concerne l'apparition des symptômes positifs tels que les délires et les hallucinations chez les patients atteints de schizophrénie. En effet, un dérèglement entraînant une augmentation de la libération de la dopamine dans cette voie serait responsable de la symptomatologie psychotique suscitée. À l'inverse, les traitements anti dopaminergiques, dont font partie les antipsychotiques, bloquent les récepteurs à la dopamine D2 et permettent une diminution, voire une abolition de ces symptômes. L'effet des antipsychotiques, dont l'action a été présentée ci-dessus, serait donc recherché pour bloquer cette voie et contrecarrer l'excès dopaminergique responsable des symptômes positifs [14].

La voie nigro-striée :

La voie nigro-striée est impliquée dans le contrôle des mouvements. Tout comme dans la voie méso- limbique, des récepteurs à la dopamine D2 sont aussi présents sur cette voie. Les antipsychotiques étant des antagonistes dopaminergiques, ils vont aussi bloquer les récepteurs D2 de la voie nigro-striée. Ce qui, au-delà d'un certain seuil, a pour conséquences de provoquer des syndromes extrapyramidaux qui seront décrits *in-extenso* dans leur propre partie [15].

À noter qu'une occupation de plus de **80%** des récepteurs D2 dans le striatum de la voie nigro-striée entraîne un syndrome extrapyramidal [16].

Les antipsychotiques typiques impactent davantage cette voie par rapport aux antipsychotiques atypiques qui sont pour certains, des antagonistes partiels des récepteurs à la dopamine D2.

La voie méso-corticale :

La voie méso-corticale est impliquée dans les capacités mnésiques et attentionnelles. Une hypoactivité dopaminergique de cette voie, chez les personnes atteintes de schizophrénie, entraînerait la symptomatologie négative en plus des déficits exécutifs et attentionnels. Cette hypoactivité pourrait être augmentée par la prise d'antipsychotiques typiques bloquant les récepteurs à la dopamine D2 dans cette voie. Les antipsychotiques atypiques, par le biais de leur effet antagoniste d'un autre type de récepteurs, les récepteurs 5-HT₂, diminueraient l'antagonisme des récepteurs D2 et permettraient de limiter ce déclin cognitif [17].

La voie tubéro-infundibulaire :

La voie tubéro-infundibulaire est impactée par l'effet inhibiteur de la prolactine au niveau de l'hypophyse, créé par le mécanisme antagoniste des récepteurs à la dopamine D2 des antipsychotiques. La conséquence se manifeste par une hyperprolactinémie dont on peut retrouver, entre autres, les symptômes suivants :

- Dysfonctionnement érectile chez l'homme.
- Aménorrhée chez la femme.
- Galactorrhée chez l'homme et la femme.
- Baisse de la libido chez l'homme et la femme.
- Infertilité chez l'homme et la femme.

Les antipsychotiques atypiques, ayant des effets antagonistes des récepteurs 5-HT₂, contiennent ainsi les effets antagonistes des récepteurs à la dopamine D2 et limitent les risques d'hyperprolactinémie [17].

Les effets indésirables :

Dans cette rubrique, l'accent sera mis sur les syndromes extrapyramidaux, qui sont au centre de cette étude, plutôt que sur le reste des effets indésirables comme les troubles métaboliques (hyperlipidémie, prise de poids...) ou les troubles cardiologiques (allongement du QTc) qui seront simplement abordés dans le tableau ci-dessous :

PROFIL	NEUROLEPTIQUES		FORMES			EFFETS SECONDAIRES					
	DCI	Spécialité	BUV	INJ	LP	↗Poids	Sédation	SEP	Antichol	↘TA	↗QTc
ANTIPSYCHOTIQUES NEUROLEPTIQUES ATYPIQUES DE SECONDE GÉNÉRATION	Aripiprazole	ABILIFY®	-	+	+	-	+	++	+	+	++
	Clozapine	LEPONEX®	-	-	-	++++	++++	+	++++	+++	++
	Lurasidone	LATUDA®	-	-	-	+	++	++	+	++	++
	Olanzapine	ZYPREXA®	-	+	+	++++	+++	++	+++	+	++
	Quétiapine	XEROQUEL®	-	-	-	+++	++++	+	+++	+++	++
	Rispéridone	RISPERDAL®	+	-	+	++	++	+++	+	++	++
	Amisulpride	SOLIAN®	+	+	-	+	++	++	+	+	++
	Sulpiride	DOGMATIL®	+	-	-	+	+	++	+	+	++++
	Tiapride	TIAPRIDAL®	+	+	-	++	+++	++	+	++	+++
	Loxapine	LOXAPAC®	+	+	-	+	+++	+++	++	++	+
NEUROLEPTIQUES CLASSIQUES TYPIQUES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION	Cyamémazine	TERCIAN®	+	+	-	+++	+++	++	+++	+++	+++
	Chlorpromazine	LARGACTIL®	+	+	-	+++	+++	+++	++	+++	++++
	Lévomépromazine	NOZINAN®	+	+	-	+++	+++	++	+++	++++	+++
	Flupentixol	FLUANXOL®	+	+	+	++	++	++++	+	++	++
	Zuclophentixol	CLOPIXOL®	+	+	+	++	+++	+++	++	+++	++
	Halopéridol	HALDOL®	+	+	+	+	++	++++	+	++	++++
	Pimozide	ORAP®	-	-	-	+	++	++++	++	+	++++
	Penfluridol	SEMAP®	-	-	+	+	+	+++	+	++	++

Figure 3: Effets secondaires des antipsychotiques typiques et atypiques [18]

Lorsque l'on parle de syndromes extrapyramidaux, il est important de les identifier et de les définir : nous retrouverons les dystonies aiguës, le syndrome parkinsonien, l'akathisie et les dyskinésies tardives.

- Les dystonies aiguës : Contractures musculaires, souvent localisées sur la sphère bucco-faciale (mâchoire, langue, yeux...), membres supérieurs et inférieurs et autres parties du corps.
- Le syndrome parkinsonien : Hypertonie musculaire, tremblements et difficulté à initier des mouvements (akinésie).
- L'akathisie : Sentiment de tension interne, d'impatience, avec une incapacité variable à tenir en place et plus ou moins une agitation.
- Les dyskinésies tardives : Mouvements anormaux involontaires et répétitifs à prédominance bucco-faciale.

Ces syndromes extrapyramidaux sont dus à un déséquilibre entre la dopamine et l'acétylcholine. Synthétiquement, voici le mécanisme [19] :

- La dopamine freine normalement la libération d'acétylcholine.
- Les antipsychotiques bloquent les récepteurs dopaminergiques, ce qui peut lever ce frein et entraîner une libération excessive d'acétylcholine.
- Ce déséquilibre entre la dopamine et l'acétylcholine peut causer des mouvements involontaires.

De façon préférentielle, il faudra se diriger vers l'utilisation des antipsychotiques atypiques qui peuvent limiter les syndromes extrapyramidaux :

- Ils le font en bloquant à la fois les récepteurs dopaminergiques et cholinergiques.
- Les récepteurs cholinergiques sont impliqués dans la libération d'acétylcholine.
- En bloquant ces récepteurs, ces antipsychotiques peuvent donc limiter la surstimulation cholinergique et le risque d'effets extrapyramidaux.

Selon l'avis de la commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) du 1 février 2012 sur la spécialité Artane® [20], les syndromes extrapyramidaux induits par les antipsychotiques impactent la qualité de vie des usagers et constituent un facteur non négligeable de non observance. Selon une étude, ils **seraient impliqués dans la non-observance du traitement chez 35% des sujets atteints de schizophrénie** [21].

Il convient alors de considérer ces syndromes extrapyramidaux et d'agir en conséquence, ce que nous verrons postérieurement dans la partie concernant les recommandations des traitements correcteurs anticholinergiques.

De manière générale, la survenue de dystonies aiguës ou de syndrome parkinsonien se fait après quelques jours ou dans les premières semaines après l'introduction d'un traitement antipsychotique et est très variable suivant les usagers, leur sensibilité, leurs antécédents et le profil pharmacologique de l'antipsychotique employé. En effet, nous avons pu voir précédemment que les propriétés pharmacologiques intrinsèques des antipsychotiques sont différentes selon la classe utilisée : les antipsychotiques typiques étant davantage pourvoyeurs de syndromes extrapyramidaux versus les antipsychotiques atypiques, généralement moins pourvoyeurs de syndromes extrapyramidaux. La survenue d'effets indésirables tels que les syndromes extrapyramidaux est aussi dose d'antipsychotiques dépendante.

Docteur Koola, psychiatre américain, rapporte qu'une réduction de 10% de la posologie en antipsychotique suffirait à limiter la survenue de syndromes extrapyramidaux. Les antipsychotiques seraient efficaces avec une occupation de 65% des récepteurs dopaminergiques D2 [22].

L'avis de la commission de la transparence de la HAS du 16 mars 2005 concernant la spécialité Lepticur® indique que **25 à 50% des usagers développeraient un syndrome extrapyramidal au cours du traitement** [23].

Afin de ne pas se limiter à l'observation clinique, plusieurs échelles de mesure des syndromes extrapyramidaux existent et peuvent affiner et étayer les constatations des professionnels. En voici plusieurs :

- L'échelle de mouvements involontaires anormaux (*Abnormal Involuntary Movement Scale - AIMS*), centrée sur les dyskinésies tardives.
- L'échelle de Simpson Angus (*Simpson Angus Scale - SAS*), centrée sur l'évaluation du syndrome parkinsonien induit par les antipsychotiques.
- L'échelle d'akathisie de Barnes (*Barnes Akathisia Scale - BAS*), qui permet, comme son nom l'indique, d'évaluer l'akathisie.
- L'échelle de classement des symptômes extrapyramidaux (*Extrapyramidal Symptom Rating Scale – ESRS*), qui permet d'évaluer l'ensemble des composantes des syndromes extrapyramidaux qui ont été détaillés ci-dessus.

L'échelle ESRS sera à privilégier car elle a comme avantage majeur d'évaluer tous les types de symptômes extrapyramidaux (cf. : annexe 2). C'est aussi la seule échelle qui évalue la présence de dystonies aiguës [24].

3/ Les traitements correcteurs anticholinergiques :

Généralités :

En France, les molécules de traitement correcteur anticholinergique, dont l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) est indiquée pour traiter les syndromes extrapyramidaux induits par les antipsychotiques, sont au nombre de trois :

- Biperidène chlorhydrate quatre milligrammes LP (Akineton®).
- Tropatépine chlorhydrate cinq milligrammes et dix milligrammes (Lepticur®).
- Trihexyphénidyle chlorhydrate deux milligrammes et cinq milligrammes (Artane®) et sous forme LP deux milligrammes et cinq milligrammes (Parkinane®).

Dans ce travail, la forme injectable ne sera pas abordée car elle n'est généralement pas utilisée au cours des prises en soins ambulatoires.

Les modes d'action :

Les traitements correcteurs anticholinergiques sont une classe de médicaments qui bloquent l'action de l'acétylcholine. Comme nous avons pu le voir précédemment, les récepteurs cholinergiques sont impliqués dans la libération d'acétylcholine. En bloquant ces récepteurs, les traitements correcteurs anticholinergiques peuvent donc limiter la surstimulation cholinergique et de ce fait, participent à contrecarrer les syndromes extrapyramidaux [25].

Les effets indésirables :

Les correcteurs anticholinergiques, bien qu'efficaces dans le traitement de certaines composantes des syndromes extrapyramidaux, peuvent présenter des effets indésirables importants, tant au niveau périphérique que central.

Effets indésirables centraux :

- Confusion
- Troubles mnésiques
- Hallucinations
- Somnolence
- Augmentation du risque de chute

Effets indésirables périphériques :

- Hyposialorrhée
- Constipation
- Troubles de la vision
- Tachycardie
- Rétention urinaire

Ces effets indésirables sont d'autant plus importants qu'ils sont cumulatifs et dose dépendante. De plus, chez les patients atteints de schizophrénie, les correcteurs anticholinergiques peuvent entraîner une altération des fonctions cognitives à long terme. La prise au long cours favoriserait en effet l'apparition de pathologies neurodégénératives telle que la maladie d'Alzheimer [26].

Les recommandations :

Selon l'avis de la commission de la transparence de la HAS du 16 mars 2005 concernant la spécialité Lepticur® [23], « il n'y a pas lieu d'administrer d'emblée à titre préventif les correcteurs anticholinergiques lors de la mise en route d'un traitement neuroleptique sauf chez les patients à risque (personnes âgées, antécédents de syndrome parkinsonien...). En cas de survenue d'effets indésirables précoces liés au traitement neuroleptique, une réduction de la dose de neuroleptique peut alors être proposée mais pour de nombreux patients ne sera pas envisageable à ce stade de traitement. [...] La durée du traitement sera adaptée en fonction de la réponse : une réduction de la dose ou un arrêt progressif peut être proposé si le patient ne présente plus de symptômes extrapyramidaux après une quinzaine de jours de traitement. Il pourra être réintroduit en cas de réapparition des symptômes.

L'administration d'anticholinergiques expose au risque de survenue de nouveaux effets indésirables liés à ce médicament. Il n'est pas recommandé d'utiliser les anticholinergiques dans le traitement des symptômes extrapyramidaux tardifs, survenant après plusieurs mois ou années de traitement par neuroleptiques. » L'avis de la commission de la transparence de la HAS du 20 mai 2015 n'a pas apporté d'autres éléments notables [27].

Selon la conférence de consensus française de 1994, seul 10 à 20% des usagers sous traitement antipsychotique ont besoin d'un traitement correcteur anticholinergique [28].

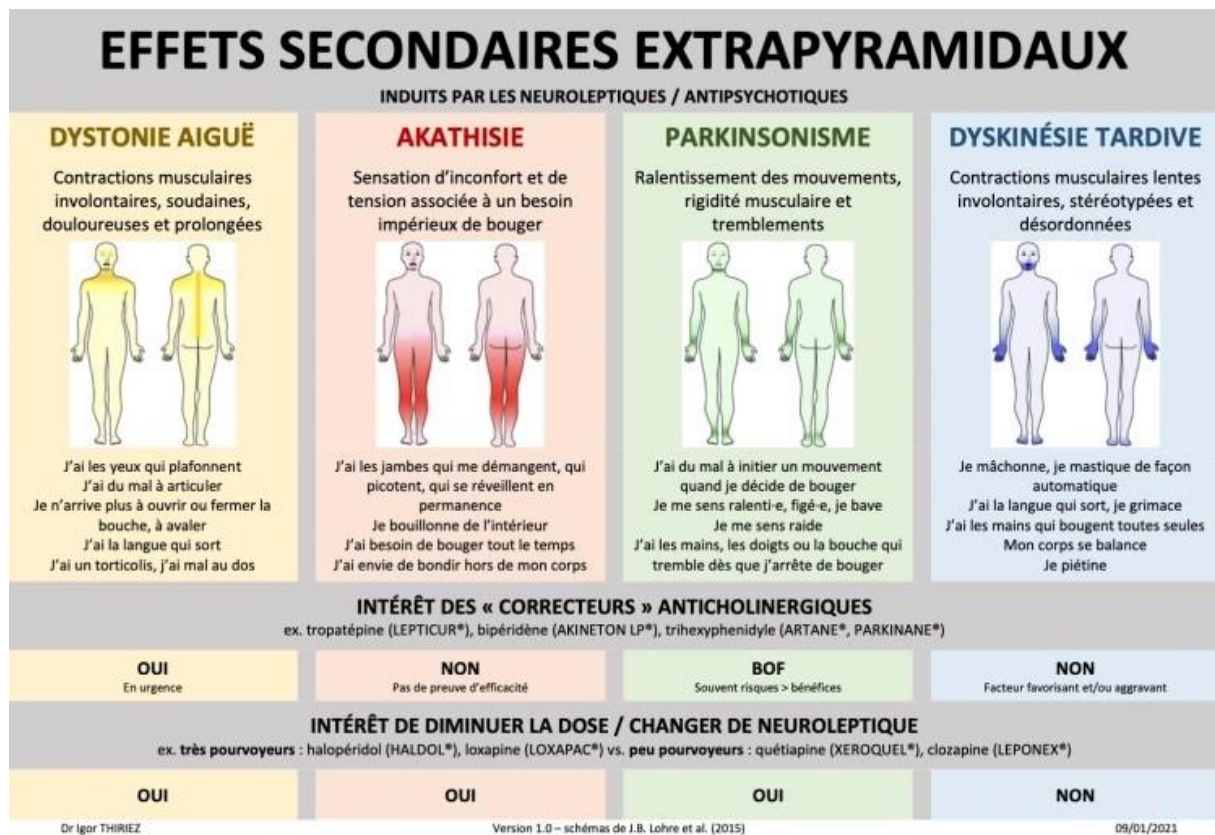


Figure 4: Les effets secondaires extrapyramidaux, définitions et conduites à tenir [29]

On peut voir sur la figure ci-dessus une synthèse des recommandations pour contrer les syndromes extrapyramidaux.

On constate notamment que les traitements correcteurs anticholinergiques ne sont pas indiqués dans les cas d'akathisies et de dyskinésies tardives. Ils ont cependant un intérêt certain dans les dystonies aiguës. Davantage de nuance est apportée dans les cas de syndromes parkinsoniens, avec une recherche plus poussée envers une balance bénéfices / risques favorable.

Dans la presque totalité des cas, il est recommandé de diminuer le dosage de l'antipsychotique et si le syndrome extrapyramidal perdure, d'effectuer un changement d'antipsychotique. Dans ce tableau, l'intérêt de diminuer la dose ou de changer d'antipsychotique n'est pas recommandé dans le cas de dyskinésies tardives. D'autres travaux suggèrent l'inverse, notamment par l'introduction de clozapine.

Dans les grandes lignes, ce tableau se rapproche des recommandations internationales qui sont les suivantes : « En première intention, la baisse de la posologie de l'antipsychotique à l'origine du syndrome extrapyramidal ou la substitution par un antipsychotique au potentiel d'effets secondaires inférieur est préconisée. En deuxième intention, l'introduction d'un antiparkinsonien est recommandée. » [26].

L'*American Psychiatric Association* (APA) préconise en premier lieu de diminuer la posologie de l'antipsychotique responsable du syndrome extrapyramidal, de changer d'antipsychotique dans un deuxième temps et seulement en dernier recours, dans le cas d'une persistance du syndrome extrapyramidal, de traiter avec un correcteur anticholinergique.

Dans les cas d'akathisie, l'APA suggère la même conduite à tenir sur les étapes une et deux et propose en dernier recours l'introduction d'une benzodiazépine ou de Béta-bloquants [30].

Les différents travaux et instances internationales suivants font consensus avec les propos rapportés ci-dessus :

- *International Psychopharmacology Algorithm Project.*
- *The schizophrenia Patient Outcome Research Team - treatment recommandation - 2003 et 2009.*
- *Texas Implementation Medication Algorithm – Schizophrenia algorithm – 2003.*
- *National Institute for Clinical Excellence - 2002 et 2010.*

4/ Problématiques, hypothèses de recherche et formulation des questions de recherche :

Ci-dessus, nous avons pu constater l'importance de l'utilisation des antipsychotiques chez les patients atteints de schizophrénie et l'impact des effets indésirables tels que les syndromes extrapyramidaux. Ont été également abordés les effets positifs mais parfois délétères de l'utilisation des traitements correcteurs anticholinergiques.

De manière générale, plusieurs études dont une méta-analyse de 2012 ont conclu que le nombre de médicaments prescrits était corrélé à l'inobservance thérapeutique chez les patients atteints de schizophrénie [31].

De plus, la littérature précise que : « Les troubles extrapyramidaux pouvant diminuer voire disparaître au bout de quelques semaines ou mois, une réévaluation est nécessaire. Le constat est que ces traitements sont souvent prescrits au long cours sans réévaluation. » [32].

Il apparaît donc important de ne pas seulement réévaluer les traitements antipsychotiques, mais aussi l'ensemble des traitements « annexes », dont les traitements correcteurs anticholinergiques font partie, qui ont eux aussi, un impact sur la qualité de vie des usagers et le pronostic global à long terme.

Dans ma pratique, en tant qu'étudiant IPA, les traitements correcteurs anticholinergiques, m'ont paru d'une utilisation plus systématique que ce que les recommandations suggèrent.

Il paraît alors nécessaire, de se demander si les traitements correcteurs anticholinergiques ne sont pas, comme dans mes propres représentations antérieures, tombés dans une certaine banalité de la part du corps médical ? Les causes pourraient-elles être liées à un manque de formation et/ou de temps ?

Ainsi, comment l'IPA peut s'inscrire, d'une part auprès des psychiatres, dans un but de rationaliser l'ordonnance et d'autre part, auprès des infirmières, dans l'aide au repérage des syndromes extrapyramidaux ? Ce qui, nous l'espérons, permettrait de diminuer les risques à long terme pour les patients mais aussi de limiter les risques de non-observance thérapeutique et donc, de nouvelles décompensations.

Il convient alors de vérifier si mes impressions sont le reflet de la réalité sur le terrain par le biais d'une étude. Pouvons-nous observer une sur-prescription des traitements correcteurs anticholinergiques au sein du Centre Hospitalier dans lequel j'exerce ?

- ❖ Hypothèse principale : Les traitements correcteurs anticholinergiques sont davantage prescrits par rapport aux recommandations en vigueur.
- ❖ Question de recherche principale : Les traitements correcteurs anticholinergiques sont-ils davantage prescrits par rapport aux recommandations ?
- ❖ Critère de jugement principal : Pourcentage de la prescription de correcteurs anticholinergiques dans les CMP ciblés par rapport aux recommandations en vigueur.

- ❖ Hypothèse secondaire : Les recommandations en matière de traitements correcteurs anticholinergiques sont méconnues, ce qui limite leur réévaluation.
- ❖ Question de recherche secondaire : Les professionnels de santé manquent-ils de connaissances face aux traitements correcteurs anticholinergiques ?
- ❖ Critère de jugement secondaire : Écarts entre les connaissances des psychiatres et des IDE exerçants dans les CMP ciblés sur les traitements correcteurs anticholinergiques et les syndromes extrapyramidaux face au consensus scientifique actuel.

Méthode :

1/ Nature de l'étude :

Afin de répondre à mes questions de recherche, je décide de faire une étude quantitative :

- Une recherche quantitative rétrospective monocentrique, par le biais d'un audit des prescriptions des traitements correcteurs anticholinergiques en association avec des antipsychotiques, auprès de patients atteints de schizophrénie suivis en Centre Médico-Psychologique.

Et de compléter cette étude avec :

- Une enquête de pratiques prospective auprès des psychiatres et des IDE exerçant en Centre Médico-Psychologique, sur les connaissances générales en matière de traitements anticholinergiques et sur la recherche des symptômes extrapyramidaux chez les patients qu'ils ont en soins.

2/ Première partie :

Cette première partie a pour but de répondre à la question de recherche principale, à savoir : Les traitements correcteurs anticholinergiques sont-ils davantage prescrits par rapport aux recommandations ?

A/ Mode de recueil des données et outils :

La liste des sujets de l'étude a été réalisée avec le Département d'Information Médicale (DIM) du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Henri EY selon les critères d'inclusion qui seront présentés ci-après. Un tableur Excel® a été envoyé au chercheur incluant le Numéro d'Identité Patient (NIP), les trois premières lettres du nom, les trois premières lettres du prénom et la date de naissance. Un total de 450 dossiers est ressorti. Le chercheur a effectué le recueil des données dossier par dossier sur le logiciel Cariatides®, directement sur site pour une protection des données optimale. Un nouveau tableur Excel® a été créé avec une table de correspondance afin d'anonymiser immédiatement les sujets de l'étude.

B/ Population étudiée :

La population étudiée s'est faite sur la base des critères d'inclusion et de non inclusion ci-dessous :

Critères d'inclusion :

- Sujets (hommes et femmes) âgés de dix-huit ans à soixante-cinq ans.
- Sujets atteints de schizophrénie (le codage dans le logiciel Cariatides® étant paramétré sur la base de la dixième édition de Classification Internationale des Maladies (CIM-10), le codage de schizophrénie F20 est recherché).
- Sujets pris en soins dans les CMP ciblés et ayant eu un minimum de deux consultations médicales sur la période étudiée.
- Présence d'un minimum de deux prescriptions médicamenteuses sur la période étudiée.

Critères de non inclusion :

- Sujets âgés de moins de dix-huit ans pour des questions légales.
- Sujets âgés de plus de soixante-cinq ans afin d'éviter les biais liés aux particularités de la population gériatrique.

- Sujets atteints de pathologie neurodégénérative type maladie de Parkinson ou en cours d'investigations.
- Sujets sous mesure de protection de curatelle renforcée ou tutelle.
- Décès du sujet au cours de l'étude.
- Modification du diagnostic de schizophrénie au cours de l'étude : codage hors F20.
- Absence de consultation médicale au cours de l'étude.
- Absence de prescription au cours de l'étude.
- Présence d'une seule prescription au cours de l'étude : impossibilité de réévaluation de la prescription.
- Sujets ayant une contre-indication aux traitements correcteurs anticholinergiques (glaucome à angle fermé, adénome de la prostate...).

C/ Terrain de recherche :

La recherche a été réalisée sur la région Centre-Val de Loire et plus particulièrement sur le département de l'Eure-et-Loir (28) ayant une démographie de 431443 habitants recensés en 2020 [33].

Le travail ci-présent cible l'ensemble des CMP de psychiatrie adulte du CHS Henri EY qui assure 70% de l'offre de soins en psychiatrie sur le département de l'Eure-et-Loir. Il a la charge de quatre secteurs de psychiatrie générale (28G01, 28G02, 28G03 et 28G06), soit une population estimée à 303787 habitants d'après le dernier Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) d'Eure-et-Loir de décembre 2020 [34].

Ces CMP sont répartis sur le territoire dans les villes suivantes : Chartres, Bonneval, Nogent-le-Rotrou et Châteaudun.

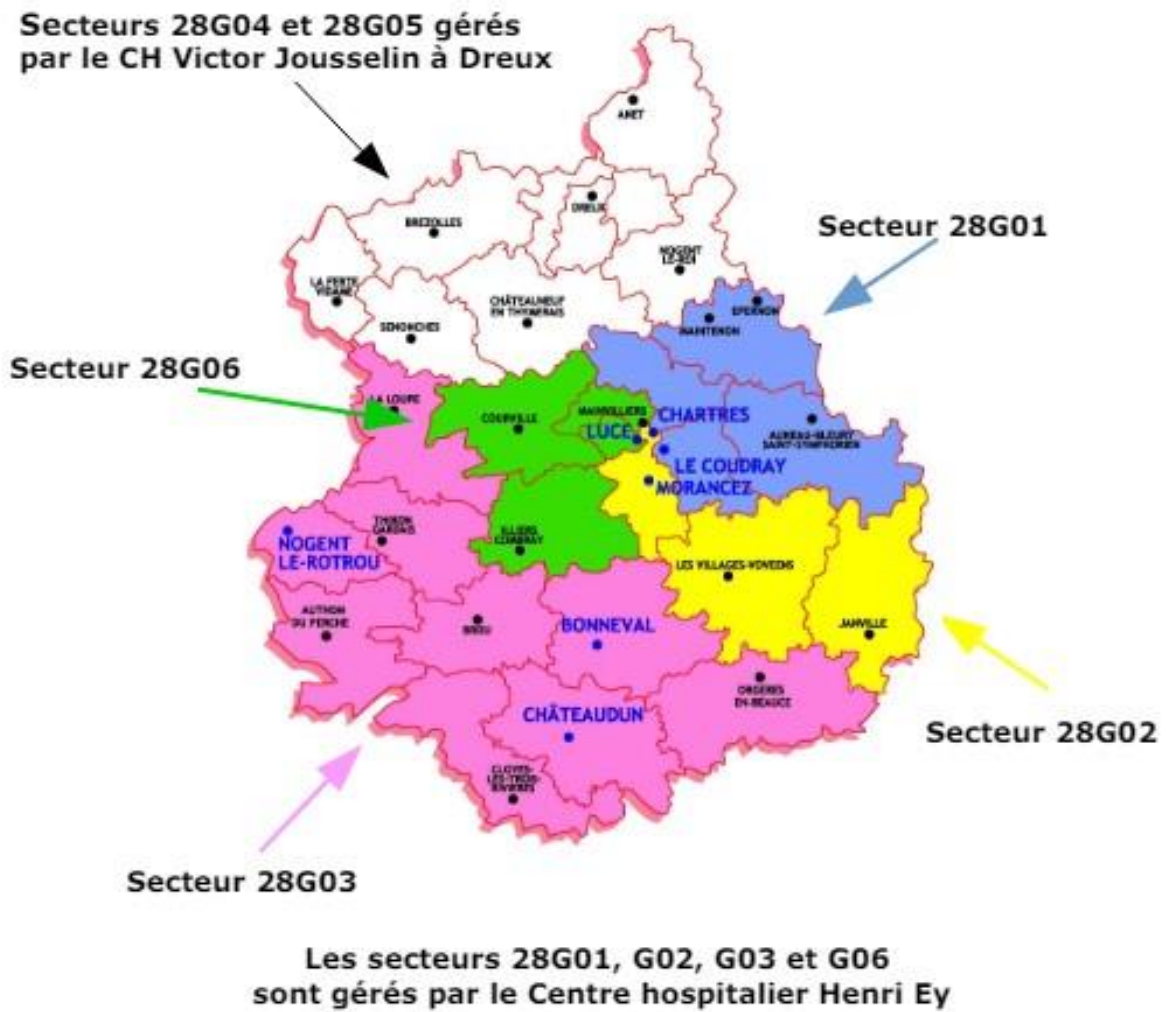


Figure 5: Déploiement de l’offre de soins psychiatriques du CHS Henri EY dans le département d’Eure-et-Loir [35]

D/ Période étudiée :

La période étudiée se situe du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2023. Soit trois années d’analyse de dossiers.

E/ Méthodologie statistique :

Bien que les statistiques suivantes ne fassent pas partie du cœur du travail, il me paraît intéressant de rapporter ces quelques données. Ainsi, sur **450 dossiers** présélectionnés par le DIM, **239 dossiers ont été inclus** soit **53,11%**.

Sur les 211 dossiers de sujets non inclus (46.89% de l'ensemble des dossiers), 11 sujets n'ont pas été inclus à cause d'un âge supérieur à 65 ans au cours de l'étude, soit 5.21% des sujets non inclus. Cette non inclusion est due à un mauvais paramétrage initial. 142 sujets n'ont pas été inclus car une mesure de curatelle renforcée ou tutelle était en place. Ce qui correspond à 67,30% des sujets non inclus. 11 sujets n'ont pas été inclus dans l'étude pour cause de décès au cours de l'étude, soit 5.21% des sujets non inclus. 15 sujets n'ont pas été inclus par absence de prescription durant l'étude, soit 7.11% des sujets non inclus. 15 sujets n'ont pas été inclus par impossibilité de réévaluation (1 ordonnance présente au cours de l'étude, soit 7.11% des sujets non inclus. 15 sujets n'ont pas été inclus à cause d'une modification du diagnostic en cours d'étude, soit 7.11% des sujets non inclus. 2 sujets n'ont pas été inclus pour suspicion de maladie de Parkinson, soit 0,95% des sujets non inclus. Ces statistiques ont été analysées et calculées manuellement.

Les statistiques ayant un lien direct avec la question de recherche principale ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel®.

3/ Seconde partie :

Pour compléter l'étude, et afin de répondre à la question de recherche secondaire suivante : Les professionnels de santé manquent-ils de connaissances face aux traitements correcteurs anticholinergiques ? Un questionnaire a été déployé auprès de l'ensemble des psychiatres des différents CMP au sujet de leur pratique sur la prescription des traitements correcteurs anticholinergiques dans le cadre des syndromes extrapyramidaux induits par les antipsychotiques (cf. : annexe 3). Un second questionnaire a été déployé mais cette fois-ci, auprès des IDE des différents CMP. Il a eu pour but de mesurer les connaissances en matière de recherche des symptômes extrapyramidaux auprès des patients qu'ils ont en soins (cf. : annexe 4).

L'analyse des résultats des deux enquêtes permettra d'identifier les besoins des populations médicale et paramédicale, de cibler les axes d'amélioration auprès des professionnels et de dégager des objectifs de travail pour améliorer les pratiques.

A/ Mode de recueil des données et outils :

Avant de pouvoir envoyer les questionnaires, une demande a été faite à l'ensemble des Cadres de Santé de proximité (CdS) pour collecter les noms et prénoms des professionnels exerçants dans les CMP ciblés. Le recueil de l'identité des professionnels n'a servi qu'à cibler le « mailing » pour ne pas diffuser les questionnaires à l'ensemble des professionnels de l'établissement et risquer de biaiser les données de l'étude. Ensuite, un mail contenant une explication de l'étude a été envoyé aux professionnels recensés avec un lien pour remplir les questionnaires via la messagerie interne du CHS Henri EY. Le recueil des données se fait via les deux formulaires Google Forms®. La collecte des résultats est totalement anonyme. Plusieurs relances par « mailing » sont prévues.

B/ Population étudiée :

Sur cet axe de travail, deux populations différentes ont été étudiées. Une première population regroupant l'ensemble des médecins exerçants dans les CMP ciblés. Après recensement, ils sont au nombre de **neuf**. La deuxième population étudiée regroupe l'ensemble des infirmières exerçants dans les CMP ciblés. Après recensement, elles sont au nombre de **vingt-cinq**.

C/ Terrain de recherche :

Le terrain de recherche est identique à la première phase de travail (cf. : terrain de recherche de la première partie d'étude).

D/ Période étudiée :

La durée accordée au remplissage des questionnaires se situe du 14 avril 2024 au 10 mai 2024 inclus. Soit quatre semaines.

E/ Méthodologie statistique :

Les statistiques sont automatiquement générées par Google Forms®.

Demands réglementaires :

Pour réaliser ce travail de recherche, et après validation de la Directrice de Mémoire, une demande a été faite auprès des personnes suivantes :

- Le Directeur du CHS Henri EY : avis favorable.
- Le Délégué à la Protection des Données (DPO) : traitement des données et anonymisation jugés conformes aux usages en matière de recherche, avis favorable.
- La Médecin Psychiatre Cheffe de Pôle : avis favorable.
- Le Médecin Psychiatre Chef du CMP chartrain : avis favorable.
- Deux Faisant Fonction Cadres Supérieures de Santé (FFCSdS) effectuant l'intérim de la Direction des Soins Infirmiers (DSI) : avis favorables.
- Trois Cadres de Santé des quatre CMP ciblés : validation de la part de deux Cadres de Santé sur trois, une n'ayant pas donné réponse.

Résultats :

1/ Première partie :

À l'entrée de l'étude, on retrouve :

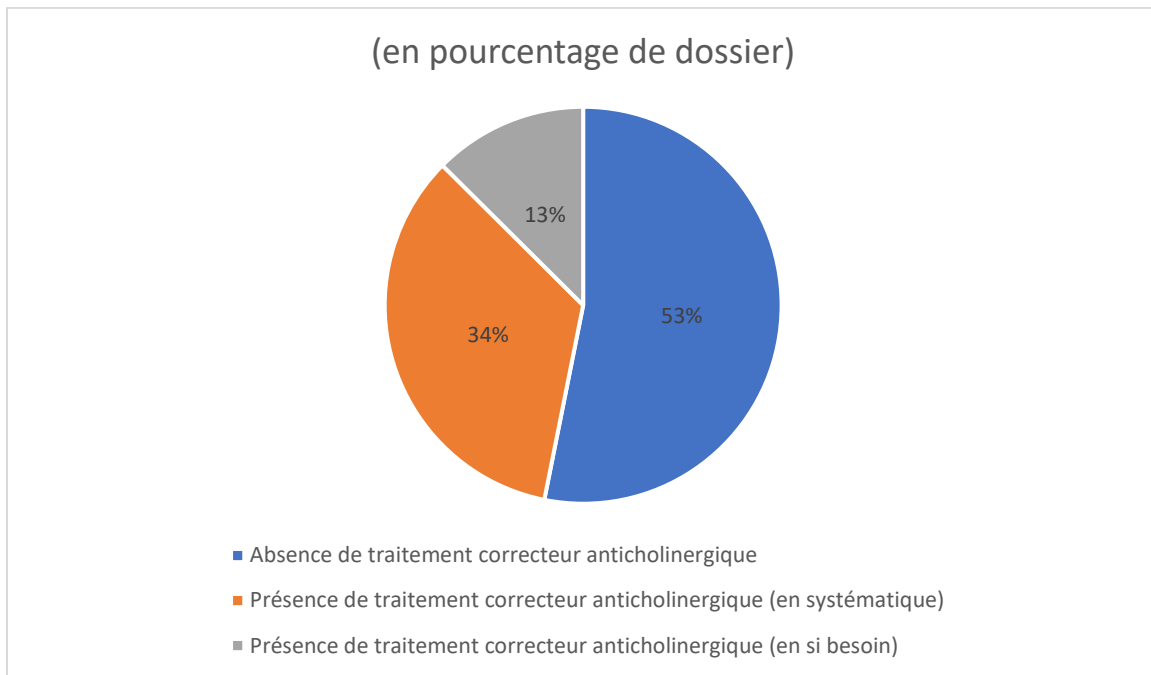


Figure 6 : Part de la présence d'un traitement correcteur anticholinergique sur la prescription au début de l'étude

- **127 dossiers sur 239** sans prescription de correcteurs anticholinergiques, soit **53,14%** des dossiers par défaut.
- **82 dossiers sur 239** avec au minimum un correcteur anticholinergique en systématique, soit **34,31%** des dossiers par excès.
- **30 dossiers sur 239** avec une prescription de traitements correcteurs anticholinergiques seulement en si besoin, soit **12,55%** des dossiers globaux et **26,79%** des dossiers ayant un correcteur instauré par excès.

Considérons la prescription en systématique et en si besoin comptant comme présence de traitement correcteur anticholinergique sur la prescription des usagers, on dénombre au total **112 dossiers sur 239** avec une prescription de correcteurs anticholinergiques, soit **46,86%** des dossiers par défaut.

Au début de l'étude, sur l'ensemble des prescriptions de correcteurs anticholinergiques, la molécule de Tropatépine est la plus utilisée avec **78 dossiers**, soit **69,64%** des dossiers par défaut ; suivie de la Bipéridène avec **23 dossiers**, soit **20,54%** des dossiers par excès et enfin la Trihexyphénidyle avec **12 dossiers**, soit **10,71%** des dossiers par défaut. À noter qu'un dossier comporte une bi prescription Tropatépine et Bipéridène.

Nombre de traitement antipsychotique sur la prescription	0	1	2	3	4
Patients sous traitement correcteur anticholinergique en systématique		11 (APA) 8 (APT)	13 (1 APT + 1 APA) 27 (2 APA) 4 (2 APT)	5 (2 APT + 1 APA) 9 (1 APT + 2 APA) 1 (3 APA)	1 (1 APT + 3 APA) 1 (4 APA) 2 (2 APT + 2 APA)
Sous total	0	19	44	15	4
Patients sous traitement correcteur anticholinergique en si besoin		11 (APA) 3 (APT)	5 (1 APT + 1 APA) 7 (2 APA) 1 (2 APT)	1 (2 APT + 1 APA) 2 (1 APT + 2 APA)	
Sous total	0	14	13	3	0
Patients sans traitement correcteur anticholinergique	1	64 (APA) 5 (APT)	21 (1 APT + 1 APA) 22 (2 APA)	2 (2 APT + 1 APA) 6 (1 APT + 2 APA) 5 (3 APA)	1 (1 APT + 3 APA)
Sous total	1	69	43	13	1
Total	1	102	100	31	5

Légende : APA= Antipsychotique Atypique, APT = Antipsychotique Typique

Tableau 1 : Répartition des antipsychotiques suivant la présence d'un traitement correcteur anticholinergique en entrée d'étude

À la sortie de l'étude, on retrouve :

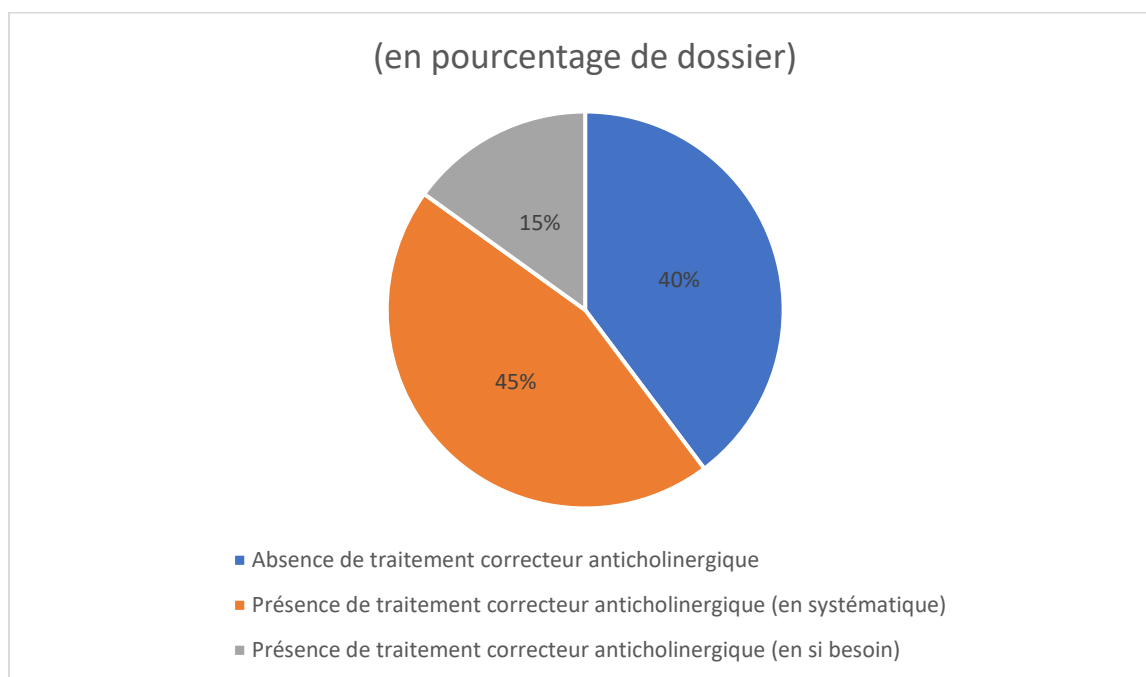


Figure 7 : Part de la présence d'un traitement correcteur anticholinergique sur la prescription à la fin de l'étude

- **95 dossiers sur 239** sans prescription de correcteurs anticholinergiques, soit **39,75%** des dossiers par excès.
- **108 dossiers sur 239** avec au minimum un correcteur anticholinergique en systématique, soit **45,19%** des dossiers par excès.
- **36 dossiers sur 239** avec une prescription de traitements correcteurs anticholinergiques seulement en si besoin, soit **15,06%** des dossiers globaux par défaut et **25,00%** des dossiers ayant un correcteur instauré.

Considérons la prescription en systématique et en si besoin comptant comme présence de traitement correcteur anticholinergique sur la prescription des usagers, on dénombre au total **144 dossiers sur 239** avec une prescription de correcteurs anticholinergiques, soit **60,25%** des dossiers par défaut.

À la fin de l'étude, sur l'ensemble des prescriptions de correcteurs anticholinergiques, la molécule de Tropatépine est la plus utilisée avec **104 dossiers**, soit **72,22%** des dossiers par défaut ; suivie de la Bipéridène avec **26 dossiers**, soit **18,06%** des dossiers par excès et enfin la Trihexyphénidyle avec **14 dossiers**, soit **9,72%** des dossiers par défaut.

Nombre de traitement antipsychotique sur la prescription	0	1	2	3	4
Patients sous traitement correcteur anticholinergique en systématique		14 (APA) 10 (APT)	19 (1 APT + 1 APA) 32 (2 APA) 3 (2 APT)	5 (2 APT + 1 APA) 17 (1 APT + 2 APA) 7 (3 APA)	1 (4 APA)
Sous total	0	24	54	29	1
Patients sous traitement correcteur anticholinergique en si besoin		14 (APA) 1 (APT)	8 (1 APT + 1 APA) 6 (2 APA)	4 (1 APT + 2 APA) 2 (3 APA)	1 (2 APT + 2 APA)
Sous total	0	15	14	6	1
Patients sans traitement correcteur anticholinergique	1	43 (APA) 2 (APT)	16 (1 APT + 1 APA) 19 (2 APA) 1 (2 APT)	2 (2 APT + 1 APA) 6 (1 APT + 2 APA) 3 (3 APA)	1 (2 APT + 2 APA) 1 (1 APT + 3 APA)
Sous total	1	45	36	11	2
Total	1	84	104	46	4

Légende : APA= Antipsychotique Atypique, APT = Antipsychotique Typique

Tableau 2 : Répartition des antipsychotiques suivant la présence d'un traitement correcteur anticholinergique en sortie d'étude

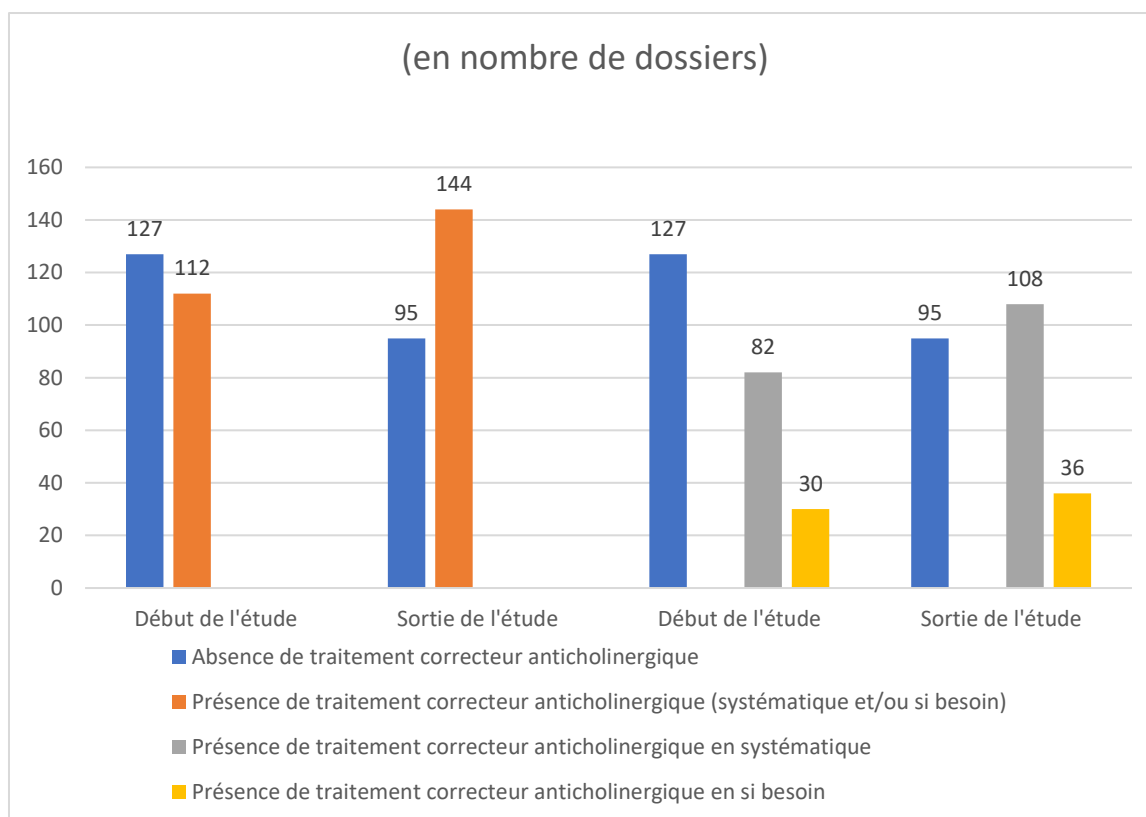


Figure 8 : Répartition de la prescription des traitements correcteurs anticholinergiques

Entre le début et la fin de l'étude, on remarque donc une augmentation de la prescription des traitements correcteurs anticholinergiques dans **32 dossiers**. Soit une hausse de la prescription de **28,57%** par défaut. L'augmentation de la prescription en si besoin se retrouve dans **6 dossiers**, soit **20,00%** de plus entre le début et la fin de l'étude. Tandis que l'augmentation de la prescription en systématique se retrouve dans **26 dossiers**, soit une augmentation de **31,71%** par excès entre le début et la fin de l'étude.

Sur **112 dossiers** d'utilisateurs ayant un traitement correcteur anticholinergique au début de l'étude, on retrouve un arrêt de la prescription dans **15 dossiers** entre le début et la fin de la période étudiée, soit un arrêt de **13,39%** par défaut.

22 dossiers sur 112, soit **19,64%** des dossiers par défaut présentant une prescription de traitement correcteur anticholinergique en début d'étude ont bénéficié d'une réévaluation ayant entraîné soit une baisse de la posologie et/ou le passage d'une partie de la prescription en si besoin ou un changement vers une autre molécule anticholinergique.

65 dossiers sur 112, soit **58,03%** des dossiers par défaut ayant un traitement correcteur anticholinergique au cours de l'étude n'ont pas eu de modification de posologie au cours de la période étudiée.

56 dossiers, soit **23,43%** par défaut sur la totalité des dossiers ont vu une instauration de traitement correcteur anticholinergique ou un renforcement de la prescription au cours de l'étude.

80 dossiers sur l'échantillon complet, soit **33,47%** par défaut n'ont eu aucun traitement correcteur anticholinergique durant l'ensemble de l'étude.

2/ Seconde partie :

Questionnaire auprès des médecins :

Devant le faible échantillonnage, les valeurs seront exprimées en nombre de répondant. Les calculs en pourcentage ne seront pas employés car jugés non pertinents.

Dans la première partie, sur les informations générales, trois médecins disent exercer en CMP depuis une période comprise entre 1 et 5 ans et un depuis plus de 10 ans. Tous sont médecins psychiatres de formation.

Dans la seconde partie, sur les connaissances, l'ensemble des psychiatres jugent que les syndromes extrapyramidaux ont pour critères : un trouble du mouvement involontaire, une conséquence de l'utilisation des traitements antipsychotiques et peuvent impacter la qualité de vie.

L'ensemble des psychiatres ont cochés connaître les molécules de Bipéridène, Trihexyphénidyle et Tropatépine sur les quatre spécialités proposées.

Concernant les indications des traitements correcteurs anticholinergiques dans le cadre des syndromes extrapyramidaux, la totalité des réponses suggèrent que le syndrome parkinsonien, l'akathisie et la dystonie aiguë font partie des indications. Trois réponses sur quatre suggèrent que les dyskinésies tardives font aussi partie des indications des traitements correcteurs anticholinergiques.

Concernant les effets indésirables des traitements correcteurs anticholinergiques, tous les psychiatres s'accordent à dire que la sécheresse buccale, les troubles de la vision, la constipation et la confusion font partie de ces effets. Trois sur quatre proposent aussi les troubles de la mémoire comme étant un des effets indésirables de ces traitements.

Un psychiatre sur quatre pense que 0 à 25% des patients développent un syndrome extrapyramidal au cours d'un traitement par antipsychotiques. Deux sur quatre pensent que la part est plutôt entre 25 et 50% et un dernier, entre 50 et 75%.

Par rapport aux connaissances sur les recommandations relatives à la prescription des traitements correcteurs anticholinergiques et de la survenue de syndromes extrapyramidaux, un psychiatre sur quatre répond que la prescription des traitements correcteurs anticholinergiques ne doit pas excéder 3 à 4 mois. Un sur quatre répond que les traitements correcteurs anticholinergiques doivent être diminués progressivement jusqu'à l'arrêt en cas d'amendement des syndromes extrapyramidaux. Trois psychiatres sur quatre jugent qu'il est nécessaire de diminuer la posologie en antipsychotique et pour un sur quatre, qu'un changement d'antipsychotique est requis.

Dans la troisième et dernière partie, sur les pratiques, un psychiatre évoque avoir suivi une formation spécifique sur les syndromes extrapyramidaux. Trois sur quatre n'ont donc pas reçus de formation spécifique relative à cette problématique.

Les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont :

- Les tremblements, la rigidité musculaire et l'akathisie pour l'ensemble des sondés.
- La bradykinésie et les spasmes musculaires chez trois psychiatres sur quatre.
- Des mouvements involontaires de la bouche et de la langue dans deux réponses sur quatre.

Sur une échelle de Likert à cinq items, deux psychiatres affirment réévaluer le risque de syndrome extrapyramidal de façon systématique, à chaque consultation. Les deux autres disent souvent effectuer cette réévaluation.

Les outils les plus couramment utilisés pour dépister les syndromes extrapyramidaux sont l'observation clinique et l'interrogatoire du patient pour l'ensemble des psychiatres. L'examen neurologique est cité par un psychiatre. L'utilisation d'échelles d'évaluation est nulle.

Les facteurs d'antécédents de syndrome extrapyramidal, de traitements en cours et de contre-indications sont pris en compte par la totalité des psychiatres avant l'introduction d'un traitement correcteur anticholinergique. Trois sur quatre envisagent l'âge comme un facteur à prendre en considération.

À la question de la stratégie la plus courante dans les cas de syndromes extrapyramidaux induits par les antipsychotiques, trois sur quatre disent prescrire un traitement correcteur anticholinergique. Un psychiatre préfère diminuer la posologie en antipsychotique. L'alternative d'un changement d'antipsychotique n'est pas envisagée en stratégie courante.

La pratique la plus courante dans la réévaluation des traitements correcteurs anticholinergiques est la réévaluation systématique, quel que soit le tableau clinique pour l'ensemble des sondés.

Un psychiatre sur quatre évoque le manque de formation comme faisant partie des principales difficultés dans la prescription et la réévaluation des traitements correcteurs anticholinergiques. Deux sur quatre expriment la difficulté d'évaluation des symptômes comme étant une problématique. La réticence des patients est signifiée par un psychiatre. Le manque de temps, item proposé, n'est pas un facteur retenu. Un psychiatre utilisera la réponse libre pour exprimer qu'il n'a pas de difficulté dans cette pratique.

Selon l'ensemble des psychiatres sondés, l'information sur les traitements correcteurs anticholinergiques peut être améliorée au sein des CMP par la mise à disposition de documents informatifs. La réunion d'information est un levier retenu par trois psychiatres sur quatre tandis que la formation continue est proposée par deux psychiatres.

L'espace d'expression libre en fin de questionnaire livre ces deux messages :

- « SUJET INTERESSANT ET PERTINENT DANS LA PEC ET SUIVI DES PATIENTS »
- « Toujours poser la question à chaque consultation aux patients sous antipsychotique pour les SE. »

Questionnaire auprès des infirmières :

Dans la première partie sur les informations générales, une infirmière dit exercer en CMP depuis moins d'un an (6,7%). Trois sur une période comprise entre 1 et 5 ans (20%). Quatre entre 5 et 10 ans (26,7%) et sept depuis plus de 10 ans (46,7%). Elles sont IDE de formation pour quatorze d'entre elles (93,3%). Une (6,7%) est Infirmière de Secteur Psychiatrique (ISP).

Dans la seconde partie sur les connaissances, 100% des infirmières jugent que les syndromes extrapyramidaux ont pour critères : un trouble du mouvement involontaire et peuvent impacter la qualité de vie. Pour 93,3%, ils sont une conséquence de l'utilisation des traitements antipsychotiques. Une infirmière (6,7%) profite de l'espace libre pour ajouter les critères symptomatiques suivant : « constipation, sécheresse buccale, raideurs musculaires, etc. »

L'ensemble des infirmières (100%) ont coché connaître les molécules de Bipéridène, Trihexyphénidyle et Tropatépine sur les quatre spécialités proposées. Une infirmière (6,7%) ajoute via l'espace libre les spécialités Sulfarlem® et Scopoderm®.

Concernant les indications des traitements correcteurs anticholinergiques dans le cadre des syndromes extrapyramidaux, la totalité des réponses, soit 100% des infirmières sondées, suggèrent que le syndrome parkinsonien fait partie des indications. L'akathisie est proposée par 80% des répondantes, les dyskinésies tardives par 73,3% et les dystonies aiguës par 66,7%.

Concernant les effets indésirables des traitements correcteurs anticholinergiques, les troubles de la vision arrivent en tête de liste avec 86,7% de répondantes, suivis de la sécheresse buccale par 80%, la constipation par 73,3%, la confusion par 60% et les troubles de la mémoire par 26,7%. Une infirmière, représentant 6,7% de l'échantillon ajoute via l'espace libre de réponse les effets indésirables suivants : « dysurie, tachycardie, hypohydrose ».

20% des sondées pensent que 0 à 25% des patients développent un syndrome extrapyramidal au cours d'un traitement par antipsychotiques. 26,7% pensent que la part est plutôt entre 25 et 50%, 46,7% entre 50 et 75% et 6,7% entre 75 et 100%.

Par rapport aux connaissances sur les recommandations relatives à la prescription des traitements correcteurs anticholinergiques et de la survenue de syndromes extrapyramidaux, 33,3% des infirmières répondent que la prescription des traitements correcteurs anticholinergiques ne doit pas excéder 3 à 4 mois. 73,3% que les traitements correcteurs anticholinergiques doivent être diminués progressivement jusqu'à l'arrêt en cas d'amendement des syndromes extrapyramidaux. 40% jugent qu'il est nécessaire de diminuer la posologie en antipsychotique et 33,3% qu'un changement d'antipsychotique est requis. Une infirmière utilise l'espace libre de réponse pour ajouter : « je ne connais pas le temps de prescription mais je pense que cette prescription est temporalisée ». Une autre propose : « la prise en si besoin et non en systématique ».

Dans la troisième et dernière partie, sur les pratiques, une infirmière, soit 6,7% de l'échantillon global, évoque avoir suivi une formation spécifique sur les syndromes extrapyramidaux. Les infirmières restantes (93,3%) disent ne pas avoir reçu de formation spécifique relative à cette problématique.

Les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont :

- Les tremblements pour l'ensemble des sondées (100%).
- La rigidité musculaire pour 86,7% des infirmières.
- La bradykinésie pour 13,3%.
- L'akathisie pour 60%.
- Les mouvements involontaires de la bouche et de la langue pour 73,3%.
- Les spasmes musculaires pour 46,7%.

Sur une échelle de Likert à cinq items, 33,3% des infirmières affirment réévaluer le risque de syndrome extrapyramidal de façon systématique, à chaque entrevue. 53,3% disent souvent effectuer cette réévaluation et la faire parfois pour 13,3%.

Les outils les plus couramment utilisés pour dépister les syndromes extrapyramidaux sont l'interrogatoire du patient pour 100% des infirmières. L'observation clinique est utilisée par 93,3% de l'échantillon. Une infirmière dit utiliser une échelle d'évaluation et une utilise l'espace libre de réponse pour ajouter : « roue dentée ». L'examen neurologique est revenu nul.

Dans le cas d'une suspicion de syndrome extrapyramidal chez un patient, 100% des infirmières disent contacter un médecin psychiatre. 86,7% d'entre elles informent le patient des risques et des effets indésirables des antipsychotiques et 60% disent effectuer une évaluation plus approfondie.

Concernant les options de traitement des syndromes extrapyramidaux, l'instauration d'un traitement correcteur anticholinergique est connu par l'ensemble des infirmières. Respectivement 73,3% et 66,7% d'entre elles jugent que le changement d'antipsychotique ou la diminution de la posologie en antipsychotique sont des options. Une infirmière ajoute les thérapies non pharmacologiques telles que la kinésithérapie ou l'ergothérapie en possibilité de traitement.

À la question de « Comment la détection et la prise en charge des syndromes extrapyramidaux pourraient être améliorées en CMP ? », 93,3% des infirmières souhaitent plus de formations pour les professionnels. 80% pensent que l'amélioration peut se réaliser en ayant plus de liens avec les psychiatres. 66,7% des sondées aimeraient de meilleurs outils de dépistage. Une infirmière a utilisé l'espace libre de réponse pour dire que l'utilisation d'échelle de charge peut aider dans le cadre de cette problématique.

Selon les infirmières, l'information sur les traitements correcteurs anticholinergiques peut être améliorée au sein des CMP par la réunion d'information pour 86,7% d'entre elles. 80% par la mise à disposition de documents informatifs et 46,7% par la formation continue. Une infirmière profite de l'espace libre de réponse pour préciser : « risque d'interaction entre correcteur et autres ttt psychotropes ». Une autre propose une intervention par les laboratoires.

L'espace d'expression libre en fin de questionnaire livre ces deux messages :

- « en remplissant le questionnaire, je me rends compte qu'il est bon de se requestionner sur nos connaissances »
- « Bon courage :) »

Analyse :

1/ Première partie :

Rappel de l'hypothèse principale : Les traitements correcteurs anticholinergiques sont davantage prescrits par rapport aux recommandations en vigueur.

Rappel de la question de recherche : Les traitements correcteurs anticholinergiques sont-ils davantage prescrits par rapport aux recommandations ?

L'hypothèse et la question de recherche sont validées avec la présence d'un traitement correcteur anticholinergique dans **60,25%** des dossiers étudiés à la fin de l'étude. Pour rappel, les recommandations suggèrent une part entre **10 et 20%**. L'échantillon étudié est donc **plus de trois fois supérieur** à la maximale recommandée.

Même dans le cas où l'on considère la prescription de traitement de correcteur anticholinergique en si besoin comme étant une absence de prescription, l'échantillon reste encore significativement supérieur au pourcentage recommandé avec une part de **45,19%**.

- **Calcul de l'intervalle de confiance pour la proportion de patients ayant une prescription de traitement correcteur anticholinergique dans les CMP ciblés par rapport aux recommandations en vigueur :**

Données requises :

- **n** : Taille de l'échantillon = 239 patients
- **X** : Nombre de patients ayant une prescription de traitement anticholinergique = 144 patients
- **Niveau de confiance** : 95%

Formule :

L'intervalle de confiance à 95% pour la proportion p de patients avec un traitement anticholinergique est donné par :

$$[\hat{p} \pm z_{\alpha/2} * \sqrt{(\hat{p}(1-\hat{p}))/n}]$$

Où :

- \hat{p} est la proportion de l'échantillon observée, c'est-à-dire la proportion de patients dans l'échantillon avec une prescription de traitement anticholinergique. Dans ce cas, $\hat{p} = 144/239 = 0,6025$.
- $z_{\alpha/2}$ est la valeur critique de la distribution normale standard correspondant à un niveau de confiance de 95% ($\alpha = 0,05$). Dans ce cas, $z_{\alpha/2} = 1,96$.
- n est la taille de l'échantillon, c'est-à-dire le nombre total de patients de l'étude. Dans ce cas, $n = 239$.

Calcul :

En remplaçant les valeurs dans la formule, on obtient :

$$[0,6025 \pm 1,96 * \sqrt{(0,6025 * (1-0,6025))/239}]$$

$$[0,6025 \pm 0,071]$$

$$[0,5315 ; 0,6735]$$

Résultat :

L'intervalle de confiance à 95% pour la proportion de patients avec un traitement correcteur anticholinergique dans l'échantillon est de [53,15% ; 67,35%].

Conclusion du calcul de l'intervalle de confiance :

L'intervalle de confiance suggère que la pratique de prescription dans les CMP ciblés peut différer d'autres CMP ou que l'échantillon n'est pas représentatif par rapport à un nouvel échantillon cible plus important.

- **Test du khi² pour comparer la proportion de patients avec un traitement correcteur anticholinergique dans l'échantillon de l'étude à la proportion attendue dans la littérature :**

Données requises :

- **n** : Taille de l'échantillon = 239 patients
- **X** : Nombre de patients avec prescription de traitement anticholinergique = 144 patients
- **p₀** : Proportion attendue de patients avec un traitement correcteur anticholinergique dans la littérature = 0,20 (en supposant une valeur moyenne de la plage attendue de 10 à 20%)

Hypothèses :

- **H₀ (hypothèse nulle)** : La proportion de patients avec un traitement anticholinergique dans l'échantillon est égale à la proportion attendue dans la littérature ($p = p_0$).
- **H₁ (hypothèse alternative)** : La proportion de patients avec un traitement anticholinergique dans l'échantillon est différente de la proportion attendue dans la littérature ($p \neq p_0$).

Calculs :

1. Calcul du tableau de contingence :

Traitement correcteur anticholinergique	Oui	Non	Total
Observé	144	95	239
Attendu	47,8	191,2	239

2. Calcul du khi² :

Le khi² (χ^2) est calculé à l'aide de la formule suivante :

$$\chi^2 = \sum [(O - E)^2 / E]$$

Où :

- O = Valeurs observées dans le tableau de contingence
- E = Valeurs attendues dans le tableau de contingence

En remplaçant les valeurs dans la formule, on obtient :

$$\chi^2 = [(144 - 47.8)^2 / 47.8] + [(95 - 191.2)^2 / 191.2]$$

$$\chi^2 = 174.18$$

3. Degré de liberté (DF) :

Le degré de liberté (DF) pour un test du khi² avec deux catégories est de :

(nombre de lignes - 1) * (nombre de colonnes - 1). Dans ce cas, DF = (2 - 1) * (2 - 1) = 1.

4. Valeur p :

En utilisant une table de distribution du khi² ou une fonction statistique appropriée, on peut trouver la valeur p associée à la valeur χ^2 calculée et au degré de liberté. Dans ce cas, la valeur p est inférieure à **0,001**.

Interprétation du test khi² :

- La valeur p très faible (inférieure à 0,05) permet de rejeter l'hypothèse nulle (H0) au seuil de signification de 5%.
- Cela signifie qu'il existe des preuves suffisantes pour conclure que la proportion de patients avec un traitement correcteur anticholinergique dans l'échantillon est significativement différente de la proportion attendue dans la littérature scientifique.

Conclusion test khi² :

Le résultat du test khi² suggère que la pratique de prescription des traitements correcteurs anticholinergiques dans les CMP ciblés est différente de celle observée dans la littérature scientifique.

2/ Seconde partie :

Suite aux retours des questionnaires auprès des médecins, et en prenant en considération que l'échantillon analysé ne reflète pas la totalité du corps médical du CHS Henri EY, il est possible de dire que :

- Les critères des syndromes extrapyramidaux sont assimilés.
- Les molécules des traitements correcteurs anticholinergiques sont connues.
- Les indications des traitements correcteurs anticholinergiques ne sont pas acquises mais les effets indésirables associés le sont. Les facteurs à prendre en compte avant instauration sont globalement connus.
- Les recommandations de conduite à tenir dans le cas d'un syndrome extrapyramidal et sur la prescription des traitements correcteurs anticholinergiques sont insuffisantes.
- La plupart des médecins n'ont pas bénéficié de formation spécifique liée à la problématique des syndromes extrapyramidaux.
- L'évaluation des syndromes extrapyramidaux apparaît régulière avec une préférence pour l'observation clinique et le recueil par interrogatoire du patient. L'examen neurologique et l'utilisation d'échelles sont négligés.

- Globalement, la stratégie la plus courante, en cas de survenue de syndrome extrapyramidal induit par les antipsychotiques, se trouve être la dernière stratégie à employer d'après les recommandations.
- La réévaluation du traitement correcteur anticholinergique apparaît systématique d'après les réponses apportées mais la plupart des psychiatres éprouvent des problématiques qui viennent entacher cette réévaluation ; comme la difficulté à évaluer les symptômes, le manque de formation spécifique ou bien la réticence de certains patients à retirer le traitement correcteur anticholinergique en place par exemple.
- L'ensemble des psychiatres s'accorde sur le fait que l'information sur les traitements correcteurs anticholinergiques peut être améliorée au sein des CMP, notamment via l'utilisation de documents informatifs. La formation continue et les réunions d'information semblent être un levier envisagé.

L'analyse des questionnaires auprès des infirmières des CMP ciblés permet, quant à elle, de démontrer que :

- Les critères des syndromes extrapyramidaux sont globalement assimilés.
- Les molécules des traitements correcteurs anticholinergiques sont connues.
- Les indications des traitements correcteurs anticholinergiques et leurs effets indésirables ne sont pas acquis.
- Les recommandations de conduite à tenir et les options de traitement dans le cas d'un syndrome extrapyramidal et sur la prescription des traitements correcteurs anticholinergiques sont insuffisantes.
- La presque totalité des infirmières n'a pas bénéficié de formation spécifique liée à la problématique des syndromes extrapyramidaux.
- L'évaluation des syndromes extrapyramidaux apparaît plutôt régulière avec une préférence pour l'observation clinique et le recueil par interrogatoire du patient. L'examen neurologique et l'utilisation d'échelles sont délaissés.
- La totalité des infirmières contacte un médecin en cas de suspicion d'un syndrome extrapyramidal et l'information aux patients est jugée correcte, bien qu'elle devrait être entière.

- La plupart des infirmières s'accorde sur le fait que la détection des syndromes extrapyramidaux et leurs prises en soins peuvent être améliorées au sein des CMP via une formation spécifique, le lien entre le corps médical et paramédical et la mise en place d'outils de dépistages.
- L'information concernant les traitements correcteurs anticholinergiques peut être améliorée selon les infirmières du CMP, principalement par l'utilisation de documents informatifs et de réunions d'information. La formation continue est envisagée de façon plus modérée.

Rappel de l'hypothèse secondaire : Les recommandations en matière de traitements correcteurs anticholinergiques sont méconnues, ce qui limite leur réévaluation.

Rappel de la question de recherche secondaire : Les professionnels de santé manquent-ils de connaissances face aux traitements correcteurs anticholinergiques ?

En prenant en considération les résultats des questionnaires du corps médical et paramédical, l'hypothèse de recherche et la question de recherche sont validées. Les connaissances apparaissant, de manière générale, insuffisantes.

Discussion :

1/ Objectifs et validation des hypothèses :

Une grande différence entre les recommandations en termes de prescription de traitements correcteurs anticholinergiques et le pourcentage retrouvé sur le terrain a pu être mis en lumière. La question se pose quant aux éléments qui pourraient expliquer ce résultat.

Dans cette étude, il y a peu de prescripteurs, cependant, il aurait été judicieux de les dénombrer car l'hypothèse suivante peut être jugée comme étant purement subjective. Il n'est pas rare que certains patients aient un changement de psychiatre à chaque consultation (remplacements, mobilités internes ou externes...). Certains praticiens peuvent se montrer hésitants à modifier la prescription d'un usager [qui n'est pas dans leur file active mais qu'ils voient en consultation en remplacement d'un autre psychiatre] par méconnaissance du patient ou par désir de ne pas

perturber l'organisation du plan thérapeutique prévu par le psychiatre référent en modifiant la prescription initiale.

Les délais de consultation peuvent être un frein à la réévaluation des traitements correcteurs anticholinergiques. En effet, les patients étant reçus en consultation médicale par un psychiatre tous les trois à quatre mois au sein des CMP du CHS Henri EY, il peut être délicat d'effectuer une modification de la prescription qui sera possiblement impactante s'il n'y a pas d'opportunité de rapidement réajuster.

Nous avons pu constater un effet cumulatif de la prescription des molécules antipsychotiques au cours de l'étude, ce qui entraîne une augmentation des effets indésirables comme nous avons pu le voir dans la partie théorique de ce travail. La principale stratégie thérapeutique employée par les psychiatres, retrouvée dans les questionnaires, étant la prescription de traitements correcteurs anticholinergiques. On perçoit donc, de façon logique, une augmentation de la prescription de ces médicaments au sein des CMP ciblés.

L'écart entre les recommandations et le terrain est aussi à prendre en compte. Les recommandations préconisent en premier lieu de diminuer la posologie de l'antipsychotique responsable du syndrome extrapyramidal ou de faire un changement d'antipsychotique. Encore faut-il pouvoir connaître l'antipsychotique responsable dans le cas d'une poly prescription de ce type de traitements. De plus, il faut aussi considérer la stabilité de la clinique psychiatrique qui peut être mise à mal par la modification des traitements antipsychotiques de l'utilisateur. Les praticiens peuvent donc, par une balance bénéfices / risques, préférer conserver le traitement correcteur anticholinergique.

Le manque de connaissances, notamment sur les indications des traitements correcteurs anticholinergiques, peut aussi être un des facteurs expliquant la sur-prescription de ces médicaments. De manière plus générale, les connaissances limitées sur le sujet ont une incidence sur la prise en soins des usagers. Si les infirmières ont des difficultés dans la détection des syndromes extrapyramidaux et que leurs représentations sur les traitements correcteurs anticholinergiques sont au même stade où j'étais lors de mes précédentes fonctions, les possibilités d'alerter sont conséquemment réduites. Concernant le corps médical, selon les retours des questionnaires, la réévaluation des traitements correcteurs anticholinergiques se veut systématique. Mais comment peut-elle être efficace si l'ensemble des mécanismes thérapeutiques ne sont pas acquis ?

A noter que cette problématique de sur-prescription de traitements correcteurs anticholinergiques se retrouve dans plusieurs travaux. Le CHS Henri EY n'étant pas le seul établissement à faire figure de « mauvais élève » en la matière. Ainsi, on retrouve par exemple une étude menée le 30 septembre 2016 au Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME) à Angers. Elle porte sur un échantillon de 202 usagers ayant au moins un antipsychotique, 40% d'entre eux avait une prescription de traitement correcteur anticholinergique [36]. Ce qui est, une nouvelle fois, bien supérieur aux recommandations. Un audit d'une autre étude effectué en 2015 évoque une proportion de patients traités par anticholinergiques de 53%. Les perspectives se veulent cependant rassurantes car après un travail institutionnel, l'usage est passé à 37% deux ans plus tard [26].

2/ Points forts, limites et biais de l'étude :

Points forts :

- Un CHS fortement implanté sur le territoire, permettant une facilité dans le recueil des autorisations à l'étude, mais surtout dans l'extraction des données.
- Nombreux dossiers analysés, ce qui a permis une certaine représentativité dans les résultats obtenus sur la population étudiée. Pour rappel, **239 dossiers** ont été analysés de façon rétrospective sur **trois années** de prise en soins de patients atteints de schizophrénie en CMP.
- On peut estimer avoir une représentativité suffisante sur un plan départemental concernant la population étudiée.

Limites et biais de l'étude :

Un biais est possible concernant la participation à l'étude de la directrice de mémoire (prescripteur et cible du questionnaire). Il s'apparente à l'effet Hawthorne qui suggère que si le sujet étudié se sait observé, il peut modifier ses façons de penser ou d'agir. De ce fait, on peut considérer que les habitudes de prescriptions ont pu être possiblement modifiées en fin d'étude de manière consciente ou non. Ou que des recherches ont pu être faites en amont de l'envoi des questionnaires [37].

Bien qu'ils n'aient pas été clairement dénombrés, il y a peu de prescripteurs sur la période d'analyse des prescriptions. On peut donc se heurter à des habitudes de prescriptions de la part de plusieurs médecins, ce qui peut rapidement fausser les résultats par rapport aux recommandations en vigueur. À noter que la démographie en termes de psychiatres sur le département d'Eure-et-Loir est **cinq fois inférieure à la moyenne nationale** selon le PTSM de décembre 2020 [34].

Il y a un faible échantillonnage de départ de médecins et peu de répondants pour ce questionnaire malgré plusieurs relances (**4 réponses sur 9**), ce qui n'a pas permis d'être suffisamment représentatif dans l'échantillonnage médical. De ce fait, les résultats peuvent aussi être rapidement faussés. La cause du faible taux d'engagement (**44,44%**) peut être expliquée par un envoi tardif des questionnaires exigeant un délai de réponse restreint à quatre semaines.

On retrouve un pourcentage de répondants jugé correct (**60,00%**) concernant le questionnaire auprès des infirmières mais dont le nombre global (**15 réponses reçues**), limite néanmoins la représentativité.

Pour avoir une compréhension plus complète de la problématique, il aurait été bon d'analyser plus finement les prescriptions avec une mise en relation des molécules antipsychotiques employées et dosages prescrits face à la présence ou non d'un traitement correcteur anticholinergique.

Afin d'être exhaustif, il aurait été préférable de compléter avec une analyse des transmissions médicales écrites pour pouvoir apprécier si la réévaluation a été réalisée ou non. Ou de constater que cet item est possiblement insuffisamment renseigné. Ce qui peut, là aussi, déboucher sur un autre axe de travail.

Le calcul du sexe ratio aurait aussi eu son importance car on sait que les hommes sont plus touchés par les syndromes extrapyramidaux induits par les antipsychotiques que les femmes [38]. Il diffère selon les études et se trouve entre 1,5 et 2. Cela signifie que pour une femme développant un syndrome extrapyramidal, entre 1,5 et 2 hommes en développeront un. Le mécanisme est encore insuffisamment connu.

Seuls les traitements antipsychotiques ont été abordés dans cette recherche. Or, d'autres traitements, en dehors des traitements antipsychotiques, peuvent être pourvoyeurs de syndromes extrapyramidaux comme certains antiémétiques [39] et antidépresseurs mais aussi plusieurs traitements antiépileptiques comme la famille des Valproates ou la Carbamazépine. Ces médicaments n'ayant pas été pris en compte dans la réalisation de ce travail, certaines prescriptions peuvent donc avoir été mal analysées. Dans certains cas, cette requête plus poussée aurait été complexe car il n'est pas rare de n'avoir que la prescription des traitements psychiatriques sur le logiciel Cariatides®. En effet, plusieurs psychiatres préfèrent scinder la prescription en deux : traitement psychiatrique / traitement somatique, pour ne pas faire défaut avec les éventuels suivis avec le médecin généraliste ou les autres spécialistes en renouvelant l'ensemble des traitements du patient. Le logiciel Cariatides® ne permet malheureusement pas de juste sélectionner les traitements à renouveler et d'avoir un visuel global sur l'ordonnance entière des usagers.

Au-delà de l'étude à proprement parler, une des limites majeures de ce travail se trouve dans les normes demandées. En effet, ce travail nécessite un développement d'un nombre important de notions scientifiques pour être totalement compris. Devoir explorer l'ensemble de ces notions en plus de réaliser l'étude m'a obligé à largement synthétiser des mécanismes hautement complexes. J'ai donc l'impression d'être trop superficiel et vulgarisateur sur certains points.

3/ Projection dans la pratique avancée :

Ma future affectation en tant qu'IPA au CHS Henri EY se faisant à 50% en CMP, il me semble important de poursuivre le travail débuté dans cette étude en allant à la rencontre des équipes (médecins psychiatres et IDE) pour présenter les fruits de cette étude et proposer des axes d'amélioration.

Une fiche récapitulative faisant un rappel des bonnes pratiques et des recommandations en vigueur sur l'utilisation des correcteurs anticholinergiques et sur les syndromes extrapyramidaux sera déployée auprès des psychiatres et des infirmières.

Une Analyse de Pratiques Professionnelles (APP) avec les IDE des différents CMP pourra être menée sur un temps dédié. A noter qu'au CMP de Chartres, un temps d'APP est libéré le lundi matin. Cela permettra un moment d'échange autour des pratiques entre IDE mais aussi d'exercer un leadership IPA et de s'engager dans la formation continue des équipes avec un temps d'intervention plus théorique. L'intervention pourra être reproductible suivant les besoins des différents CMP et les mouvements en ressources humaines.

Dans une optique de fédération des équipes entre les corps médical et paramédical, un temps conjoint pourrait aussi être envisageable et très profitable. Cela permettrait à chacun de s'exprimer sur sa pratique et sur ce que les deux corps de métier peuvent s'apporter l'un l'autre pour optimiser la prise en soins des usagers dans le cadre de la réévaluation des traitements correcteurs anticholinergiques. Dans cette situation, l'IPA aura davantage un rôle de médiateur.

Les usagers étant reçus en consultation médicale par un psychiatre tous les trois à quatre mois au sein des CMP du CHS Henri EY, contre une fois par mois par l'IPA : les possibilités de réévaluations des thérapeutiques sont décuplées. L'éventualité d'une réticence au changement de la prescription sera moins présente du fait de la capacité à revoir l'utilisateur plus rapidement et d'être plus réactif dans la réévaluation des traitements.

Une seconde étude pourra être effectuée à distance après l'intervention de l'IPA par un nouvel audit des dossiers et par l'envoi d'un nouveau questionnaire auprès des équipes pour mesurer les écarts après intervention sur les variables suivantes :

- Diminution de la prescription des traitements correcteurs anticholinergiques.
- Modification de la stratégie thérapeutique des psychiatres en cas de syndromes extrapyramidaux.
- Augmentation des connaissances globales des professionnels (psychiatres et infirmières) sur les traitements correcteurs anticholinergiques et le repérage des syndromes extrapyramidaux.

L'impact de cette intervention pourra donc être apprécié par une baisse générale de l'utilisation des traitements correcteurs anticholinergiques et une montée en connaissances des professionnels.

Pour être représentatif sur le département entier de l'Eure-et-Loir, il serait intéressant de solliciter le Centre Hospitalier Victor Jousselin de Dreux, administrant le CMP qui regroupe les secteurs 28G04 et 28G05, pour effectuer cette prochaine étude de façon conjointe. Ainsi, nous pourrions, d'une part, mesurer si le constat fait au CHS Henri EY est le même sur le reste du département ; d'autre part si l'état des connaissances professionnelles diffère ou non. Et avoir un aperçu de la prescription des traitements correcteurs anticholinergiques sur l'ensemble du département. A noter qu'une IPA mention Psychiatrie et Santé Mentale (PSM) exerce déjà au sein de cet établissement.

La réalisation de cette étude n'a pas permis d'aborder une notion importante sur ce domaine. Il s'agit de la mesure de la charge cholinergique des prescriptions. Une Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) d'ampleur régionale dont est promoteur l'Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques (OMÉDIT) de la région Centre-Val de Loire est actuellement en cours. Le CHS Henri EY s'est porté volontaire via le Pôle Pharmacie de l'établissement pour participer à cette étude. Par manque de temps, je n'ai pas pu m'investir dans ce travail. Ce qui est fâcheux tant cette étude est complémentaire et en lien avec ce travail. Cependant, je ne manquerai pas de m'informer des résultats de cet audit (description de l'audit et base de calcul de la charge cholinergique disponible en annexe 5).

L'étude présentée dans ce travail a aussi un haut niveau de transférabilité vers d'autres types de traitements nécessitant une réévaluation étroite : benzodiazépines, traitements hypnotiques... J'espère pouvoir mener ces nouveaux travaux dans le futur avec, cette fois-ci, l'appui d'une équipe de recherche pour pouvoir être plus précis, approfondir certains sujets et être plus crédible sur le plan scientifique.

Conclusion :

Les antipsychotiques jouent un rôle essentiel dans le traitement de nombreux troubles mentaux comme la schizophrénie. Toutefois, leur efficacité peut être compromise par la présence d'effets indésirables souvent invalidants. Corriger ces effets indésirables est fondamental, car cela conditionne en grande partie la manière dont le patient suit son traitement. Aussi, une meilleure observance permet d'éviter les nouvelles décompensations psychotiques et d'améliorer ainsi le pronostic global et la qualité de vie des usagers.

Parmi ces effets indésirables, les syndromes extrapyramidaux, comme nous avons pu le voir, peuvent être particulièrement handicapants et peuvent conduire l'utilisateur à l'arrêt du traitement.

Cependant, les traitements correcteurs anticholinergiques eux-mêmes ont leurs lots d'effets indésirables. L'utilisation de ce type de médicaments est présente chez une part non négligeable des usagers et semble manquer de réévaluations comme ce que tend à démontrer ce travail. C'est pourquoi il est crucial de définir précisément leur utilisation et surtout leur réévaluation, conformément aux recommandations en vigueur, pour en optimiser les bénéfices et limiter les risques à court mais aussi à long terme.

Cela participera à une meilleure tolérance globale au traitement qui peut également contribuer à réduire la stigmatisation associée aux troubles psychiatriques encore très ancrée dans notre société. Ce qui permettrait aussi d'encourager les usagers à être plus facilement en demande d'aide ou prompt à en recevoir de la part du système de santé et des autres partenaires concourant à leur bien-être.

La prise en soins des effets indésirables des antipsychotiques, notamment les syndromes extrapyramidaux, est un défi complexe qui nécessite une approche pluridisciplinaire en CMP. Chaque professionnel a un rôle à jouer et se doit de développer ses compétences afin de connaître le profil pharmacologique des traitements antipsychotiques, savoir repérer et agir sur les syndromes extrapyramidaux, avoir une connaissance sur les traitements correcteurs anticholinergiques (indications, effets indésirables...) et savoir réévaluer leur pertinence. De plus, une communication claire et continue avec l'utilisateur est essentielle pour recueillir ses ressentis et adapter les thérapeutiques en conséquence.

Enfin, un des enjeux majeurs se situe dans la recherche. Elle doit se poursuivre sur un plan neurologique pour mieux connaître les mécanismes mis en cause et en savoir davantage sur la physiopathologie de la schizophrénie. Mais aussi sur un plan pharmacologique avec le développement de nouveaux antipsychotiques dotés de moins d'effets indésirables.

Bibliographie :

- [1] Bottéro A. Un siècle de schizophrénie. L'information psychiatrique. Mai 2010 ; vol. 86, N° 5 : page 392.
- [2] Llorca P.M : La schizophrénie. Encyclopédie Orphanet. Janvier 2004. Page 2.
- [3] OMS. Schizophrénie [en ligne]. 2022 [cité le 05/05/2024 et le 09/05/2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- [4] INSERM. Schizophrénie [en ligne]. 2020 [cité le 05/05/2024]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/#:~:text=La%20schizophr%C3%A9nie%20est%20une%20maladie,social%20et%20les%20difficult%C3%A9s%20cognitives>
- [5] AESP. La schizophrénie [en ligne]. Date inconnue [cité le 05/05/2024]. Disponible sur : <http://www.asso-aesp.fr/item/schizophrenie/>
- [6] Cotti P. Délires et hallucinations, définitions et mécanismes. Magazine Soins Psychiatrie. Janvier / février 2011 ; N°272 : pages 19 à 22.
- [7] Amad A., Bahadori S., Batail J-M., Bation R., Bensamoun D., Benzerouk F. et al. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. 3^{ème} édition. Tours : Presses Universitaires François Rabelais ; 2021. Troubles psychotiques ; page 144.
- [8] American Psychiatric Association. DSM-5® MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX. 5^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015. Schizophrénie ; pages 122 à 124.
- [9] INSERM. Schizophrénie [en ligne]. 2020 [cité le 09/05/2024]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/#:~:text=Une%20pathologie%20d'origine%20g%C3%A9n%C3%A9tique,pr%C3%A9cipit%C3%A9%20par%20des%20facteurs%20environnementaux>
- [10] Costentin J., Petit M., Dollfus S. Les Neuroleptiques. Paris : Ellipses ; 1987.
- [11] Billon A. Les antipsychotiques, administration et surveillance [en ligne]. 2022 [cité le 05/05/2024]. Disponible sur : <https://www.actusoins.com/367499/les-antipsychotiques-administration-et-surveillance.html>
- [12] Franck N., Thibaut F. Pharmacologie et mode d'action des neuroleptiques. EMC - Psychiatrie. Novembre 2005 ; vol. 2, N°4 : Pages 282 à 299.
- [13] Health Mag. Les voies dopaminergiques [en ligne]. Date inconnue [cité le 04/05/2024]. Disponible sur : <https://sience7.blogspot.com/2016/11/ii-les-voies-dopaminergiques.html>
- [14] Carlson N.R. Physiology of behavior. Needham Heights. Boston : Allyn and bacon ; 1994.
- [15] Stip E., Liddle P.F., Soucy J.P. Need for a framework to understand the mechanism of all antipsychotics. *The Journal of clinical psychiatry*. 2000 ; vol. 61 : pages 387 à 388.
- [16] Shin H.W., Chung, S.J. Drug-induced parkinsonism. *Journal of clinical neurology*. 2012 ; vol. 8 : page 18.

- [17] Stahl SM. Essentiel psychopharmacology. Cambridge : University press ; 2013 ; pages 86 à 100.
- [18] Thiriez I. Neuroleptiques [en ligne]. 2017 [cité le 04/05/2024]. Disponible sur : <https://igorthiriez.com/portfolio/neuroleptiques-tab/>
- [19] Collège National de Pharmacologie Médicale. Antipsychotiques : les points essentiels [en ligne]. 2022 [cité le 09/05/2024]. Disponible sur : <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antipsychotiques-les-points-essentiels>
- [20] HAS. Commission de la transparence [en ligne]. 2012 [cité le 06/05/2024]. Disponible sur : https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/12/artane_avis_com.transparence.HAS-2012.pdf
- [21] Hoge S.K., Appelbaum P.S., Lawlor T., Beck J.C., Litman R., Greer A. et al. A prospective multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication. Archives of General Psychiatry. 1990 ; vol. 47 : pages 949 à 956.
- [22] Koola M.M. Anticholinergics to treat antipsychotic induced extrapyramidal symptoms : Time to avoid this practice. Asian Journal of Psychiatry. 2018 ; vol. 31 : pages 100 à 101.
- [23] HAS. Commission de la transparence [en ligne]. 2015 [cité le 06/05/2024]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ct031826.pdf>
- [24] Pringsheim T., Doja A., Belanger S., Patten S. Les recommandations thérapeutiques relatives aux effets secondaires extrapyramidaux associés à l'utilisation d'antipsychotiques de deuxième génération chez les enfants et les adolescents. Paediatrics & child health. 2012 ; vol. 17 : pages 22B à 30B.
- [25] Kaguélidou F., Salvo F., Deplanque D. Anticholinergiques [en ligne]. 2019 [cité le 14/05/2024]. Disponible sur : <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anticholinergiques-2>
- [26] Leroy C., Dizet S., Besson G., Varnier V. Audit clinique ciblé des prescriptions d'anticholinergiques correcteurs des troubles neurologiques lors d'un traitement antipsychotique. Annales Médico-psychologiques - revue psychiatrique. 2019 ; vol. 177 : pages 408 à 412.
- [27] HAS. Commission de la transparence [en ligne]. 2015 [consulté le 07/05/2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13818_LEPTICUR_PIS_RI_Avis1_CT13818.pdf
- [28] Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale - Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus, stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques. Paris : Frison Roche ; 1994.
- [29] Thiriez I. Neuroleptiques [Eff. Sec. Extrapyramidaux] [en ligne]. 2021 [cité le 04/05/2024]. Disponible sur : <https://igorthiriez.com/portfolio/neuroleptiques-eff-sec-extrapyramidaux/>
- [30] American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 2020 ; vol. 177 : page 869.
- [31] Phan S.V. Medication adherence in patients with schizophrenia. International journal of psychiatry in medicine. 2016 ; vol. 51 : pages 211 à 219.

- [32] Biasolo C., Ledoux L., Caty-Villa C., Egron A., Parneix-Sédiey L. Evaluation des Pratiques Professionnelles sur la prescription des médicaments anticholinergiques correcteurs des syndromes parkinsoniens iatrogènes. French Journal of Psychiatry. 2018 ; vol. 1 : page S175.
- [33] INSEE. Statistiques locales [en ligne]. 2020 [cité le 05/05/2024]. Disponible sur : <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=report&chapter=compar&report=r01&selgeo1=dep.28>
- [34] Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Projet Territorial de Santé Mentale en Eure-et-Loir [en ligne]. 2020 [cité le 04/05/2024]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ptsm_eure_et_loire_28.pdf
- [35] CHS Henri EY. L'organisation de la sectorisation de la psychiatrie en Eure-et-Loir [en ligne]. 2024 [cité le 04/05/2024]. Disponible sur : <http://www.ch-henriey.fr/Contenu/telechargement/Offre%20de%20soins%20et%20hebergement%202024.pdf>
- [36] Avril J. Thèse Pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie. Evaluation de la conformité de la prescription et de la dispensation des correcteurs anticholinergiques prescrits dans les syndromes extrapyramidaux induits par les neuroleptiques. Faculté de Médecine d'Angers ; 2017-2018. 116 pages.
- [37] Frappé P. Initiation à la recherche. 2^{ème} édition. La Défense : FAYR-GP ; 2023. Page 113.
- [38] Muench J., Hamer A.M. Adverse effects of antipsychotic medications. American family physician. 2010 ; vol. 81 : pages 617 à 622.
- [39] Mignot G. Les neuroleptiques cachés. Prescrire. 1991 ; vol. 11 : pages 591 à 592.

Table des figures :

Figure 1: Liste des principaux antipsychotiques utilisés en France	5
Figure 2: Les voies dopaminergiques.....	6
Figure 3: Effets secondaires des antipsychotiques typiques et atypiques.	8
Figure 4: Les effets secondaires extrapyramidaux, définitions et conduites à tenir.....	13
Figure 5: Déploiement de l'offre de soins psychiatrique du CHS Henri EY dans le département d'Eure-et-Loir.....	19
Figure 6 : Part de la présence d'un traitement correcteur anticholinergique sur la prescription au début de l'étude	23
Figure 7 : Part de la présence d'un traitement correcteur anticholinergique sur la prescription à la fin de l'étude	25
Figure 8 : Répartition de la prescription des traitements correcteurs anticholinergiques	27

Table des matières :

Glossaire

Introduction générale :	1
Introduction conceptuelle :	2
1/ La schizophrénie :	2
2/ Les traitements antipsychotiques :	4
3/ Les traitements correcteurs anticholinergiques :	11
4/ Problématiques, hypothèses de recherche et formulation des questions de recherche :	14
Méthode :	16
1/ Nature de l'étude :	16
2/ Première partie :	16
A/ Mode de recueil des données et outils :	17
B/ Population étudiée :	17
C/ Terrain de recherche :	18
D/ Période étudiée :	19
E/ Méthodologie statistique :	20
3/ Seconde partie :	20
A/ Mode de recueil des données et outils :	21
B/ Population étudiée :	21
C/ Terrain de recherche :	21
D/ Période étudiée :	22
E/ Méthodologie statistique :	22
Résultats :	23
1/ Première partie :	23
2/ Seconde partie :	28
Analyse :	33
1/ Première partie :	33
2/ Seconde partie :	37
Discussion :	39
1/ Objectifs et validation des hypothèses :	39
2/ Points forts, limites et biais de l'étude :	41
3/ Projection dans la pratique avancée :	43
Conclusion :	45
Bibliographie	
Table des figures	
Table des matières	
Annexes	

Annexes :

Annexe 1 : Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-5 [8].

Schizophrénie

Critères diagnostiques

295.90 (F20.9)

- A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
1. Idées délirantes.
 2. Hallucinations.
 3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).

<http://doctidoc2.blogspot.com>

Schizophrénie

123

4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).
- D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.
- E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

- F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Spécifier si :

Les spécifications de l'évolution qui suivent ne doivent être utilisées qu'après une durée d'un an du trouble et si elles ne sont pas en contradiction avec les critères évolutifs propres au diagnostic :

Premier épisode, actuellement en épisode aigu : Première manifestation du trouble remplissant les critères diagnostiques de définition et les critères de durée. Un *épisode aigu* est une période de temps durant laquelle les critères symptomatiques sont remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission partielle : Une *rémission partielle* après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle se maintient une amélioration et où les critères diagnostiques du trouble ne sont que partiellement remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission complète : Une *rémission complète* après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle aucun symptôme spécifique de la maladie n'est présent.

Épisodes multiples, actuellement épisode aigu : Des épisodes multiples ne peuvent être établis qu'après un minimum de deux épisodes (un épisode, une rémission, et un minimum d'une rechute).

Épisodes multiples, actuellement en rémission partielle

Épisodes multiples, actuellement en rémission complète

Continu : Les symptômes remplissant les critères symptomatiques diagnostiques du trouble sont présents la majorité du temps de la maladie, les périodes de symptômes subliminaux étant très brefs au regard de l'ensemble de l'évolution.

Non spécifié

<http://doctidoc2.blogspot.com>

Spécifier si :

Avec catatonie (pour la définition, se référer aux critères de catatonie associée à un autre trouble mental, p. 146).

Note de codage : Utiliser le code additionnel 293.89 (F06.1) catatonie associée à la schizophrénie pour indiquer la présence d'une catatonie comorbide.

Spécifier la sévérité actuelle :

La sévérité est cotée par une évaluation quantitative des symptômes psychotiques primaires, dont les idées délirantes, les hallucinations, la désorganisation du discours, les comportements psychomoteurs anormaux et les symptômes négatifs. Chacun de ces symptômes peut être coté pour sa sévérité actuelle (en prenant en compte l'intensité la plus sévère au cours des 7 derniers jours) sur une échelle de 5 points, allant de 0 (absent) à 4 (présent et grave). (Cf. dans le chapitre « Mesures d'évaluation » l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien.)

N.B. : Un diagnostic de schizophrénie peut être posé sans utiliser la spécification de sévérité.

Annexe2 : Echelle ESRS.

Appendix A. ESRS Manual and scoring sheet

Extrapyramidal symptom rating scale (ESRS) (Chouinard) © 1979

In case of doubt score the lesser severity.

I. QUESTIONNAIRE : Parkinsonism, Akathisia, Dystonia and Dyskinesia. *In this questionnaire, take into account the verbal report of the patient on the following: 1) the duration of the symptom during the day; 2) the number of days where the symptom was present during the last week; and, 3) the evaluation of the intensity of the symptom by the patient.*

Enquire into the status of each symptom and rate accordingly

	Absent	Mild	Moderate	Severe	
1. Impression of slowness or weakness, difficulty in carrying out routine tasks	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Difficulty walking or with balance					
3. Stiffness, stiff posture	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Restless, nervous, unable to keep still	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Tremors, shaking					
6. Oculogyric crisis, abnormal sustained posture	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Abnormal involuntary movements (dyskinesia) of tongue, jaw, lips, face, extremities or trunk	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

II. EXAMINATION: PARKINSONISM AND AKATHISIA

Items based on physical examinations for Parkinsonism.

	Occasional	Frequent	Constant or almost so		
1. Tremor					
None:	0			Right upper limb	<input type="checkbox"/>
Borderline:	1			Left upper limb	<input type="checkbox"/>
Small amplitude:	2	3	4	Right lower limb	<input type="checkbox"/>
Moderate amplitude:	3	4	5	Left lower limb	<input type="checkbox"/>
Large amplitude:	4	5	6	Head	<input type="checkbox"/>
				Jaw/Chin	<input type="checkbox"/>
				Tongue	<input type="checkbox"/>
				Lips	<input type="checkbox"/>
2. Bradykinesia	0: normal				
	1: global impression of slowness in movements				
	2: definite slowness in movements				
	3: very mild difficulty in initiating movements				<input type="checkbox"/>
	4: mild to moderate difficulty in initiating movements				
	5: difficulty in starting or stopping any movement, or freezing on initiating voluntary act				
	6: rare voluntary movement, almost completely immobile				
3. Gait & posture	0: normal				
	1: mild decrease of pendular arm movement				
	2: moderate decrease of pendular arm movement, normal steps				
	3: no pendular arm movement, head flexed, steps more or less normal				<input type="checkbox"/>

	4:	stiff posture (neck, back) small step (shuffling gait)		
	5:	more marked, festination or freezing on turning		
	6:	triple flexion, barely able to walk		
4. Postural stability	0:	normal		
	1:	hesitation when pushed but no retropulsion		
	2:	retropulsion but recovers unaided		
	3:	exaggerated retropulsion without falling		┌
	4:	absence of postural response would fall if not caught by examiner		
	5:	unstable while standing, even without pushing		
	6:	unable to stand without assistance		┌
5. Rigidity	0:	normal muscle tone	Right upper limb	┌
	1:	very mild, barely perceptible	Left upper limb	┌
	2:	mild (some resistance to passive movements)	Right lower limb	┌
	3:	moderate (definite difficulty to move the limb)	Left lower limb	┌
	4:	moderately severe (moderate resistance but still easy to move limb)		
	5:	severe (marked resistance with definite difficulty to move the limb)		
	6:	extremely severe (limb nearly frozen)		

Items based on overall observation during examination for Parkinsonism.

6. Expressive automatic movements (Facial mask / speech)	0:	normal		
	1:	very mild decrease in facial expressiveness		
	2:	mild decrease in facial expressiveness		
	3:	rare spontaneous smile, decrease blinking, voice slightly monotonous		
	4:	no spontaneous smile, staring gaze, low monotonous speech, mumbling		┌
	5:	marked facial mask, unable to frown, slurred speech		
	6:	extremely severe facial mask with unintelligible speech		
7. Akathisia	0:	absent		
	1:	looks restless, nervous, impatient, uncomfortable		
	2:	needs to move at least one extremity		
	3:	often needs to move one extremity or to change position		┌

- 4: moves one extremity almost constantly if sitting, or stamps feet while standing
- 5: unable to sit down for more than a short period of time
- 6: moves or walks constantly

III. EXAMINATION: DYSTONIA

Based on examination and observation

Acute torsion, and non acute or chronic or tardive dystonia

0:	absent	Right upper limb	<input type="checkbox"/>
1:	very mild	Left upper limb	<input type="checkbox"/>
2:	mild	Right lower limb	<input type="checkbox"/>
3:	moderate	Left lower limb	<input type="checkbox"/>
4:	moderately severe	Head	<input type="checkbox"/>
5:	severe	Tongue	<input type="checkbox"/>
6:	extremely severe	Eyes	<input type="checkbox"/>

Jaw/Chin	<input type="checkbox"/>
Lips	<input type="checkbox"/>
Trunk	<input type="checkbox"/>

IV. EXAMINATION: DYSKINETIC MOVEMENT

Based on examination and observation

		Occasional*	Frequent**	Constant or almost so	
1. Lingual movements (slow lateral or torsion movement of tongue)					
none:	0				
borderline:	1				
clearly present, within oral cavity:		2	3	4	
with occasional partial protrusion:		3	4	5	
with complete protrusion:		4	5	6	<input type="checkbox"/>
2. Jaw movements (lateral movement, chewing, biting clenching)					
none:	0				
borderline:	1				
clearly present, small amplitude:		2	3	4	
moderate amplitude:		3	4	5	
but without mouth opening:					
large amplitude:		4	5	6	<input type="checkbox"/>
with mouth opening:					
3. Bucco-labial movements (puckering, pouting, smacking, etc.)					
none:	0				
borderline:	1				
clearly present, small amplitude:		3	3	4	
moderate amplitude, forward movement of lips:		4	4	5	
large amplitude; marked, noisy smacking of lips:		5	5	6	<input type="checkbox"/>

4. Truncal movements (involuntary rocking, twisting, pelvic gyrations)					
none:	0				
borderline:	1				
clearly present, small amplitude:		2	3		4
moderate amplitude:		3	4		5
greater amplitude:		4			6
5. Upper extremities (choreoathetoid movements only: arms, wrists, hands, fingers)			5		6
none:	0				
borderline:	1				
clearly present, small amplitude, movement of one limb:		2	3		4
moderate amplitude, movement of one limb or movement of small amplitude involving two limbs:		3	4		5
greater amplitude, movement involving two limbs:		4	5		6
6. Lower extremities (choreoathetoid movements only: legs, knees, ankles, toes)					
none:	0				
borderline:	1				
clearly present, small amplitude, movement of one limb:		2	3		4
moderate amplitude, movement of one limb or movement of small amplitude involving two limbs:		3	4		5
greater amplitude, movement involving two limbs:		4	5		6
7. Other involuntary movements (swallowing, irregular respiration, frowning, blinking, grimacing, sighing, etc.)					
none:	0				
borderline:	1				
clearly present, small amplitude:		2	3		4
moderate amplitude:		4	4		5
greater amplitude:		5	5		6

Specify.....

- * when activated or rarely spontaneous;
- ** frequently spontaneous and present when activated

V. CLINICAL GLOBAL IMPRESSION OF SEVERITY OF DYSKINESIA

Considering your clinical experience, how severe is the dyskinesia at this time?

0: absent	3: mild	6: marked
1: borderline	4: moderate	7: severe
2: very mild	5: moderately severe	8: extremely severe

VI. CLINICAL GLOBAL IMPRESSION OF SEVERITY OF PARKINSONISM

Considering your clinical experience, how severe is the parkinsonism at this time?

0: absent	3: mild	6: marked
1: borderline	4: moderate	7: severe
2: very mild	5: moderately severe	8: extremely severe

VII. CLINICAL GLOBAL IMPRESSION OF SEVERITY OF DYSTONIA

Considering your clinical experience, how severe is the dystonia at this time?

0: absent	3: mild	6: marked
1: borderline	4: moderate	7: severe
2: very mild	5: moderately severe	8: extremely severe

VIII. CLINICAL GLOBAL IMPRESSION OF SEVERITY OF AKATHISIA

Considering your clinical experience, how severe is the akathisia at this time?

0: absent	3: mild	6: marked
1: borderline	4: moderate	7: severe
2: very mild	5: moderately severe	8: extremely severe

Annexe 3 : Questionnaire auprès des médecins.



Annexe 4 : Questionnaire auprès des infirmières.



Évaluation de la charge anticholinergique en psychiatrie

CONTEXTE

- En psychiatrie, de nombreux traitements (antipsychotiques, antidépresseurs ...) ont pour effet indésirable des **effets anticholinergiques**. Paradoxalement, cet effet anticholinergique est également recherché pour son action **correctrice** des syndromes extra pyramidaux liés aux traitements antipsychotiques.
- Ces effets indésirables anticholinergiques sont de deux types :
 - ✓ **Effets centraux** (troubles cognitifs) : confusion, agitation, troubles de la mémoire, hallucinations, désorientation spatio-temporelle.
 - ✓ **Périphériques** : sécheresse oculaire et buccale, tachycardie, constipation, rétention urinaire, troubles visuels, dérèglement de la thermorégulation¹.

Ils représentent un facteur de risque majeur pour l'émergence de **troubles cognitifs** ou de démence¹.

- Mesurer la **charge anticholinergique** d'une ordonnance permet d'évaluer l'imprégnation anticholinergique du patient et d'agir dessus si nécessaire. Il existe un certain nombre d'échelles d'évaluation. Dans le cadre de cet audit, nous avons retenu :

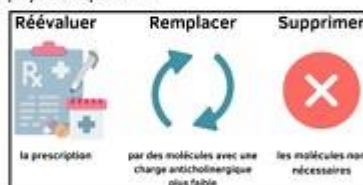
- ✓ **Echelle de Briet** (appelée également CIA : Coefficient d'Imprégnation Anticholinergique ou AIS Anticholinergic Impregnation Scale) : évaluant les effets **périphériques** anticholinergiques.
- ✓ **Echelle de Boustani** (appelée également **ACB** : échelle du risque cognitif lié aux anticholinergiques) : évaluant les effets **centraux** anticholinergiques.

- **Les correcteurs anticholinergiques** sont utilisés pour le traitement des **effets indésirables extra pyramidaux** (tremblements, akathisie, dystonie, parkinsonisme, dyskinésie) des antipsychotiques^{1,2}.

Leur prescription **en systématique** (en prophylaxie) à ce jour :

- ✓ Est controversée pour les antipsychotiques de 1^{ère} génération.
- ✓ N'est pas recommandée pour les antipsychotiques de 2^{ème} ou 3^{ème} génération.
- ✓ N'est pas recommandée au long cours.

- ☞ **Ils doivent donc être réservés dans le cas d'une symptomatologie extra pyramidale avérée et sur une courte durée.**



La réévaluation de leur prescription (rapport bénéfice/risque) est donc nécessaire et doit survenir dans la mesure du possible dans les 3 mois suivant l'instauration. **L'arrêt** de ces correcteurs permet de diminuer la charge anticholinergique du patient et ses effets indésirables et

- ✓ Il doit être envisagé chez les patients stables psychologiquement et sur le plan moteur dans un délai de 3 mois après l'instauration si possible.
- ✓ Il doit être progressif afin d'éviter le rebond cholinergique et la réémergence de syndromes extra pyramidaux.

OBJECTIFS DE CE QUICK AUDIT

- Évaluer la **charge anticholinergique des ordonnances** des patients hospitalisés afin de **dresser un état des lieux des traitements avec des propriétés anticholinergiques** au sein d'un établissement de santé spécialisé en psychiatrie.
- Sensibiliser les pharmaciens et les médecins à la **charge anticholinergique** des traitements chez les patients en psychiatrie et à la réévaluation des correcteurs anticholinergiques.

Contexte

Différents traitements prescrits en psychiatrie ont une composante anticholinergique (ACCH-), qui peut provoquer des effets secondaires (de certains antipsychotiques et antidépresseurs) ou un effet recherché (correcteurs anticholinergiques du syndrome pyramidal induit par certains antipsychotiques).

Le calcul de la charge anticholinergique permet d'estimer l'effet cumulatif ACCH- de l'ensemble du traitement d'un patient, grâce à l'utilisation d'échelles qui attribuent un score à chaque médicament.

Une charge anticholinergique élevée peut, par les effets indésirables (EI) qu'elle engendre, diminuer l'adhésion du patient à son traitement donc **augmenter le risque de rechute**, ou même **diminuer l'efficacité de la réhabilitation psycho-sociale**¹.

Calculer la charge anticholinergique peut donc s'avérer nécessaire pour une meilleure prise en charge médicamenteuse des patients, **avant l'introduction** d'un nouveau médicament anticholinergique ou **lors de l'apparition d'EI** anticholinergiques.

Cette fiche présente de façon non exhaustive les principaux effets ACCH-, différentes échelles utilisées pour calculer la charge anticholinergique et des méthodes à employer pour la réduire.

Effets anticholinergiques

Selon le passage ou non de la barrière hématoencéphalique par le médicament, les effets indésirables périphériques pourront s'accompagner d'effets indésirables centraux (cognitifs). Ces effets sont **d'autant plus délétères que la personne est âgée**².

- Effets périphériques
 - Diminution des **sécrétions**
 - Salive → sécheresse buccale (xérostomie)
 - Larmes → sécheresse oculaire (xérophtalmie)
 - Sueur → troubles de la régulation thermique
 - Troubles visuels (par mydriase, augmentation de la pression intra-oculaire)
 - Tachycardie, hypertension artérielle
 - Rétention urinaire, constipation
- Effets centraux = **troubles cognitifs**
 - Confusion mentale
 - Agitation
 - Troubles de la mémoire
 - Hallucinations
 - Désorientation spatio-temporelle



Chez les patients atteints de schizophrénie, la charge anticholinergique, par son effet négatif sur l'apprentissage et la mémoire verbale, peut impacter la capacité des patients à pouvoir bénéficier des méthodes d'amélioration cognitive³.

Calcul de la charge anticholinergique

Il existe plusieurs échelles pour calculer la charge anticholinergique d'une prescription. Elles attribuent à chaque médicament un score. La charge anticholinergique de la prescription est égale à la somme des scores des médicaments.

Les deux échelles présentées ici (et utilisées pour l'évaluation des pratiques professionnelles proposée) ont l'avantage de recenser un grand nombre de principes actifs.

⚠ Ne pas oublier de prendre en compte la totalité des médicaments pris par le patient :

- Autres ordonnances (collyres, ...)
- Auto-médication (antihistaminiques, ...)


Échelle ACB (pour Anticholinergic Cognitive Burden) de Boustani et al.	Échelle CIA (pour Coefficient d'Imprégnation Anticholinergique) de Briet et al. & Javelot et al.
Reflète des EI centraux	Reflète des EI périphériques
Impact cognitif significatif si score total ≥ 4	Imprégnation anticholinergique élevée si score total > 5

Principaux médicaments prescrits en secteur psychiatrie en région Centre-Val de Loire*

TOPS 20 des molécules avec charge anticholinergiques selon échelles ACB et CIA – données consommations médicaments région Centre-Val de Loire 2022 – collecte AFH – OMDIT CVL (en gras)


Catégorie de médicaments	Classe	Dénomination commune internationale (DCI)	Score		Catégorie de médicaments	Classe	Dénomination commune internationale (DCI)	Score		
			ACB	CIA				ACB	CIA	
Anxiolytiques (ATC N05B)	Anti-histaminique (trouble anxieux mineur)	Hydroxyzine	3	3	Antidépresseurs (ATC N06A)	1 ^{ère} intention	ISRS	Paroxétine	3	2
		Clorazépate potassique	1	1				Sertraline	-	1
	Alprazolam	1	1	Fluoxétine				-	1	
	Diazépam	1	1	Escitalopram				-	1	
	Lorazépam	-	1	IRSN			Venlafaxine	-	1	
	Oxazépam	-	1				Milnacipran	-	1	
	Bromazépam	-	1	Autres			Mirtazapine	-	1	
Antipsychotiques (ATC N05A)	1 ^{ère} génération	Chlorpromazine	3	3			Imipraminiques (2 ^{ème} intention)	Clomipramine	3	3
		Cyamémazine	-	3				Amitriptyline	3	3
		Lévomépromazine	2	2	Antidépresseurs (ATC N03A)	Carbamazépine	2	2		
		Loxapine	2	2		Acide valproïque	-	1		
		Halopéridol	1	1	Antiparkinsoniens anticholinergiques (ATC N04A)	Trihexyphénydyle	3	3		
		Lithium	-	1		Tropatépine	-	3		
	2 ^{ème} génération	Clozapine	3	3						
		Quétiapine	3	2						
		Olanzapine	3	2						
		Risperidone	1	1						
		Aripiprazole	-	1						
		Palipéridone	-	1						

Réévaluer




la prescription

Remplacer



par des molécules avec une charge anticholinergique plus faible

Supprimer



les molécules non nécessaires

Conduite à tenir

CALCULER la charge anticholinergique TOTALE de l'ENSEMBLE des traitements prescrits*.

Si cette charge **dépasse le seuil significatif (ACB ≥ 4 ou CIA > 5)**, les traitements doivent être réévalués :

* « Ensemble des traitements prescrits » = de l'antalgique, anti-histaminique, cardiotropes au traitement spécifique de la pathologie psychiatrique.

- 2° Si possible, diminuer le nombre ou la dose des médicaments ayant le(s) score(s) le(s) plus élevé(s)
 - Une alternative sans composante anticholinergique ou avec un score inférieur peut-elle être prescrite ? (exemple : substitution de la paroxétine par un autre ISRS¹)
 - Si aucune alternative est possible ou si l'arrêt n'est envisageable, la **posologie minimale efficace doit être recherchée**.
 - Cette démarche doit être appliquée aux autres molécules de l'ordonnance avec une charge anticholinergique (tramadol, furosémide, captopril, warfarine, métoprolol...).
- 2° Le correcteur anticholinergique (antiparkinsoniens anticholinergique) doit-il être initié/maintenu ?
 - La prescription de correcteur anticholinergique n'est **pas recommandée** :
 - en prophylaxie dans le traitement des dyskinésies tardives
 - avec la clozapine, l'effet extra-pyramidal de la clozapine étant négligeable devant la potentialisation de ses effets indésirables (sédation, hypo-mobilité intestinale)¹
 - Devant l'apparition d'un syndrome extrapyramidal, une diminution des doses d'antipsychotique ou le **switch** de neuroleptique, en privilégiant un neuroleptique atypique, doivent être envisagés en 1^{ère} intention.
 - En cas d'apparition d'un syndrome extrapyramidal sous co-prescription d'un antipsychotique et d'un antidépresseur, l'arrêt de l'antidépresseur doit être envisagé⁴.
 - Il ne s'agit pas d'un traitement au long cours : la prescription doit être **réévaluée dans un délai de 3 mois**. Si un arrêt est envisagé, il doit être progressif pour éviter un rebond cholinergique et la réapparition du syndrome extrapyramidal¹.
- 2° **Augmentation de la charge anticholinergique lors de prescription de patch de Scopolamine pour l'hypersialorrhée**
 - > privilégier atropine (collyre) par voie buccale.

Outils

- [Calculateur de charge anticholinergique](#), OMDIT Pays de la Loire, 2021
- Focus sur le sujet âgé : [Fiche « Médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé - les bons réflexes de prescription »](#) - OMDIT Pays de la Loire, 2021
- État des lieux de la prescription : [QUICK AUDIT EPP « Évaluation de la charge anticholinergique en psychiatrie »](#) - OMDIT Centre Val de Loire, 2023

1. Verdoux H et al. Functioning and cognitive characteristics of clozapine users referred to psychosocial rehabilitation centers: A REHABase cohort study. Psychiatry Research. 2019; 272: 112543

2. OMDIT Pays de la Loire. [Médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé - Les bons réflexes de prescription](#). 2021

3. Vinogradov S et al. The Cognitive Cost of Anticholinergic Burden: Decreased Response to Cognitive Training in Schizophrenia. Am J Psychiatry. 2009; 166(9):1055-1062

4. Javelot H, Meyer G et al. Les échelles anticholinergiques : usage en psychiatrie et mise à jour de l'échelle d'imprégnation anticholinergique. L'Encéphale 2022; 48 : 313-324

ACCH- : anticholinergique ; EI : effet indésirable ; ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

Autre annexe :

Tableur de données Excel®



Auteur : Nom : DHEILLY

Prénom : Allan

Date de soutenance : 01/07/2024 à 14h

Titre du mémoire : Etat des lieux des traitements correcteurs anticholinergiques prescrits aux patients atteints de schizophrénie au sein des Centres Médico-Psychologiques des secteurs 28G01, G02, G03 et G06.

Mots clefs : correcteur anticholinergique, schizophrénie, syndromes extrapyramidaux, effets indésirables, ambulatoire

Résumé : L'utilisation de traitements correcteurs anticholinergiques pour traiter les syndromes extrapyramidaux est courante chez les patients atteints de schizophrénie. Mais elle n'est pas sans risques et doit être fréquemment questionnée. Il est important de définir précisément leur utilisation et de les réévaluer régulièrement pour optimiser les bénéfices et limiter les risques. Les hypothèses d'une sur-prescription de ces médicaments et d'un manque de connaissances des professionnels émanent d'une expérience de dix ans en tant qu'infirmier en intra-hospitalier. Pour répondre à ces hypothèses, une étude quantitative a été nécessaire, avec une analyse rétrospective de trois années de prescriptions en CMP, étayée par l'envoi de questionnaire auprès de médecins et d'infirmières. Les résultats ont été éloquentes avec, pour la première partie d'étude, la présence de traitements correcteurs anticholinergiques dans 60,25% des dossiers. Et un état des connaissances jugé insuffisant via l'analyse des questionnaires. Il convient donc de faire un rappel sur les recommandations de prescription et d'aller au-devant des équipes en s'engageant dans leur formation continue. L'ensemble de ces facteurs permettra d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des usagers.

Abstract : The use of anticholinergic corrective treatments to treat extrapyramidal syndromes is common in patients with schizophrenia. However, it is not without risks and must be frequently questioned. It is important to define their use precisely and to re-evaluate them regularly in order to optimise the benefits and limit the risks. The hypotheses of over-prescribing of these drugs and a lack of knowledge on the part of professionals stem from ten years' experience as an inpatient nurse. To answer these hypotheses, a quantitative study was necessary, with a retrospective analysis of three years of prescriptions in CMPs, supported by questionnaires sent to doctors and nurses. The results speak for themselves: in the first part of the study, anticholinergic corrective treatments were found in 60.25% of cases. Analysis of the questionnaires also revealed that knowledge of the subject was insufficient. It is therefore important to remind the recommendations for prescribing anticholinergic drugs, and to reach out to teams through ongoing training. Taken together, these factors will improve the quality of care and quality of life for patients.

Directrice de Mémoire : Docteur Justine MINEAU