

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Comment améliorer l'espérance de vie des patients en psychiatrie ?  
Synthèse des recommandations de prise en charge somatique et évaluation  
des étapes du parcours de soins dans le premier épisode psychotique.**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 28 janvier 2021 à 14h00  
Au Pôle Formation  
**Par Laure SUING**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Asseseurs :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY**

---

## **Avertissement**

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

*SUING Laure*

## Liste des abréviations

PEP	Premier Épisode Psychotique
CMP	Centre Médico-Psychologique
HDJ	Hôpital de Jour
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
HAS	Haute Autorité de Santé
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
ALD	Affection de Longue Durée
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique
ECG	Électrocardiogramme
TSH	Thyroid Stimulating Hormone
DIM	Département d'Information Médicale
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
CPAA	Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission
CIM	Classification Internationale des Maladies
ATCD	Antécédent
EHLA	Équipe Hospitalière de Liaison en Addictologie
DMP	Dossier Médical Partagé
DNI	Divergence Non Intentionnelle
IPA	Infirmier en Pratiques Avancées

# Table des matières

<b>RESUME</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>I. Préambule</b> .....	<b>3</b>
<b>II. Le premier épisode psychotique : une situation clinique particulière d'entrée dans la schizophrénie</b> ...	<b>4</b>
A. Généralités .....	4
B. Évolution de la maladie.....	4
C. Prise en charge actuelle et rôle du parcours de soins dans le premier épisode psychotique.....	6
<b>III. Les conséquences somatiques d'une évolution vers la schizophrénie</b> .....	<b>7</b>
A. Espérance de vie et mortalité .....	7
B. Comorbidités somatiques .....	9
1. Quelques chiffres .....	9
2. Comorbidités cardio-vasculaires prédominantes.....	9
3. Explications .....	10
<b>IV. Rationnel et objectifs de l'étude</b> .....	<b>11</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>13</b>
<b>I. Grands concepts de l'étude</b> .....	<b>13</b>
<b>II. Travail préliminaire : étude bibliographique des recommandations existantes</b> .....	<b>13</b>
A. Création d'une synthèse des recommandations.....	13
1. Les sources utilisées .....	13
2. Objectifs de ces recommandations .....	15
3. Professionnels concernés.....	15
4. Méthode de création de la synthèse.....	16
5. Recommandations synthétisées sur la prise en charge somatique du PEP .....	16
a) Bilan somatique initial.....	16
b) Suivi somatique .....	18
c) Coordination des soins.....	21
B. Création d'une grille d'adéquation aux recommandations.....	21
<b>III. Analyse des données sur le terrain</b> .....	<b>22</b>
A. Aspects réglementaires.....	22
B. Lieu d'étude .....	23
C. Population .....	23
D. Méthode d'analyse des données .....	24
<b>RESULTATS</b> .....	<b>26</b>
<b>I. Caractéristiques de la population étudiée</b> .....	<b>26</b>
A. Flow chart.....	26
B. Données démographiques .....	27
1. Sexe .....	27
2. Âge .....	27
3. Traitement instauré .....	27
C. Données concernant l'hospitalisation.....	27
1. Secteur d'hospitalisation.....	27
2. Année d'hospitalisation.....	28
3. Durée d'hospitalisation .....	28
D. Prise en charge ambulatoire .....	28
1. Effectif de prise en charge ambulatoire .....	28
2. Durée de prise en charge ambulatoire.....	28

<b>II. Description des résultats</b> .....	<b>30</b>
A. Représentation globale du parcours de soins .....	30
B. Bilan initial somatique en hospitalisation .....	32
1. Interrogatoire .....	33
2. Examen clinique .....	35
3. Examens paracliniques .....	36
4. Données initiales du dossier .....	39
C. Suivi somatique .....	39
1. En hospitalisation .....	40
a) Effets indésirables médicamenteux .....	40
b) Recherche et prise en charge des comorbidités somatiques .....	40
c) Prévention sur l'hygiène de vie .....	42
d) Suivi métabolique .....	43
e) Électrocardiogramme .....	44
f) Ordonnances .....	44
g) Coordination des soins .....	45
2. En ambulatoire (CMP) .....	46
a) Organisation .....	46
b) Suivi somatique .....	46
c) Coordination des soins .....	47
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>48</b>
<b>I. Discussion autour des résultats</b> .....	<b>48</b>
A. Synthèse des résultats .....	48
B. Facteurs participant aux défauts de prise en charge .....	49
C. Formulation de propositions pour améliorer les soins .....	53
1. Redéfinir une prise en charge claire et efficace en interne .....	53
2. Coopération des différents acteurs dans les soins .....	54
3. Un intervenant clé dans le parcours de soins : l'Infirmier en Pratiques Avancées (IPA) .....	58
<b>II. Discussion autour de la méthodologie de l'étude</b> .....	<b>62</b>
A. Forces de l'étude .....	62
B. Limites de l'étude .....	62
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>66</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>71</b>

## RESUME

**Contexte** : Le premier épisode psychotique est l'un des modes d'entrée dans la schizophrénie. Une prise en charge médicale précoce de la maladie semble indispensable au vu des constats épidémiologiques concernant les patients schizophrènes. Il existe en effet une espérance de vie diminuée et une prévalence des comorbidités somatiques importante dans cette population. Dans notre étude, l'objectif était de décrire certains éléments du parcours de soins des patients (hospitalier et ambulatoire) en regard des recommandations somatiques actuelles et de mettre en évidence les défauts de prise en charge.

**Matériel et méthode** : Nous avons mené une étude en deux parties. Dans un premier temps, nous avons réalisé une synthèse des recommandations existantes sur la prise en charge somatique du premier épisode psychotique. Dans un second temps, nous avons réalisé un travail observationnel. Il s'agissait d'analyser des dossiers médicaux de patients ayant été hospitalisés pour un premier épisode psychotique. Une grille d'adéquation aux recommandations a été complétée pour chaque patient.

**Résultats** : Trente et un dossiers médicaux ont été analysés. Le parcours de soins du patient a été décrit en plusieurs parties : bilan somatique initial en début d'hospitalisation et suivi somatique (hospitalier et/ou ambulatoire). Le bilan somatique initial était présent dans 100% des dossiers analysés. Les données de l'interrogatoire y étaient variables. La pratique d'un examen clinique a été notifiée dans 97% des cas. Le bilan initial était complété par des examens paracliniques : biologie incluant un bilan métabolique (90%), imagerie cérébrale (74%) et électrocardiogramme (87%). Concernant le suivi somatique, la prise en charge des comorbidités addictives a été abordée chez 20% des consommateurs. Le courrier de sortie somatique a été retrouvé dans 77% des cas. Concernant le suivi

métabolique au Centre Médico-Psychologique, nous avons observé un suivi de poids et d'Indice de Masse Corporelle dans 8% des dossiers. Nous n'y avons retrouvé aucune information sur le suivi biologique métabolique ou le suivi des comorbidités.

**Conclusion** : Il semble que l'adéquation aux recommandations de prise en charge somatique dans le premier épisode psychotique est faible. Les constats les plus parlants concernent le suivi des comorbidités et le suivi métabolique en ambulatoire. Une optimisation de la prise en charge de ces patients paraît indispensable afin de prévenir au mieux l'évolution de la maladie et les complications qui y sont associées. Les solutions pourraient notamment passer par une meilleure organisation des soins.

# INTRODUCTION

## I. Préambule

Le premier épisode psychotique (PEP) peut évoluer vers la schizophrénie dans un certain nombre de cas. Dès lors qu'une pathologie rentre dans une phase chronique ou récurrente, elle a un lourd impact sur le devenir et la trajectoire de vie du patient. Sur le plan psychiatrique mais aussi somatique, il faut agir vite et bien. Il apparait primordial d'axer les soins sur une prise en charge globale précoce dès le PEP, à la fois en hospitalier et en ambulatoire, afin d'optimiser la qualité de vie du patient par la suite.

Depuis quelques années, les études reconnaissent que la schizophrénie est associée à une espérance de vie diminuée et à une prévalence de comorbidités somatiques importante. Bien que les explications à ces constats épidémiologiques préoccupants soient multifactorielles et plus ou moins maitrisables, en tant que personnel médical nous avons un impact sur l'efficacité des soins médicaux prodigués à nos patients.

J'ai eu la chance d'effectuer un stage en psychiatrie pendant mon internat de médecine générale. Ce stage m'a beaucoup apporté tant sur le plan médical qu'humain. J'ai été confrontée à la complexité de la prise en charge des patients psychotiques et je me suis rendue compte qu'il persistait probablement des dysfonctionnements dans les soins. Cela m'a amenée à me questionner sur la façon dont on pourrait améliorer la prise en charge médicale des patients en psychiatrie.

## **II. Le premier épisode psychotique : une situation clinique particulière d'entrée dans la schizophrénie**

### **A. Généralités**

Le PEP se caractérise par l'émergence de symptômes psychotiques : idées délirantes, hallucinations et désorganisation. Pour poser le diagnostic, ces symptômes doivent être d'intensité significative pendant une durée supérieure à sept jours et occasionner un dysfonctionnement social (1).

L'évolution vers la maladie serait la conséquence d'interactions entre une vulnérabilité génétique préexistante et des facteurs environnementaux (2). Un interrogatoire précis retrouve souvent des symptômes prodromiques non spécifiques ainsi que des symptômes psychotiques atténués présents à bas bruits dans les années précédant le premier épisode (3).

Des études se sont intéressées à l'incidence annuelle des PEP. Elle serait proche de 16,4/100 000/an chez les sujets âgés de 18 à 64 ans dans une région d'Italie et elle serait estimée à 42,6/100 000/an chez les sujets âgés de 16 à 35 ans dans une zone rurale du Royaume-Uni (4)(5). Les premières manifestations du trouble sont observées majoritairement entre 15 et 25 ans, et sont plus précoces chez l'homme que chez la femme (6).

### **B. Évolution de la maladie**

L'évolution du PEP est incertaine et les sources sont assez imprécises à ce sujet. Tous les PEP n'évolueront pas vers la schizophrénie. Dans un certain nombre de cas la pathologie peut régresser. Dans d'autres cas, elle peut évoluer vers une forme chronique

(trouble schizophrénique pour la majorité d'entre eux et troubles de l'humeur accompagnés de symptômes psychotiques pour les autres). En ce sens, il est aujourd'hui considéré, si on prend le modèle de stades évolutifs des maladies somatiques, que la schizophrénie classique est l'évolution chronique ou récurrente d'un trouble psychotique dont la forme résistante est la plus évoluée (7).

D'après le DSM V (cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux), il faut l'association de symptômes psychotiques évoluant depuis au moins six mois pour poser le diagnostic de schizophrénie (8).

Sur le plan épidémiologique, la prévalence de la schizophrénie est de 0,6 à 0,8% (3) et le risque d'apparition d'une schizophrénie sur l'ensemble de la vie concerne 1% de la population générale (9). Ces constats en font un enjeu majeur de santé publique.

Schéma proposant les différents stades évolutifs de la maladie (7):

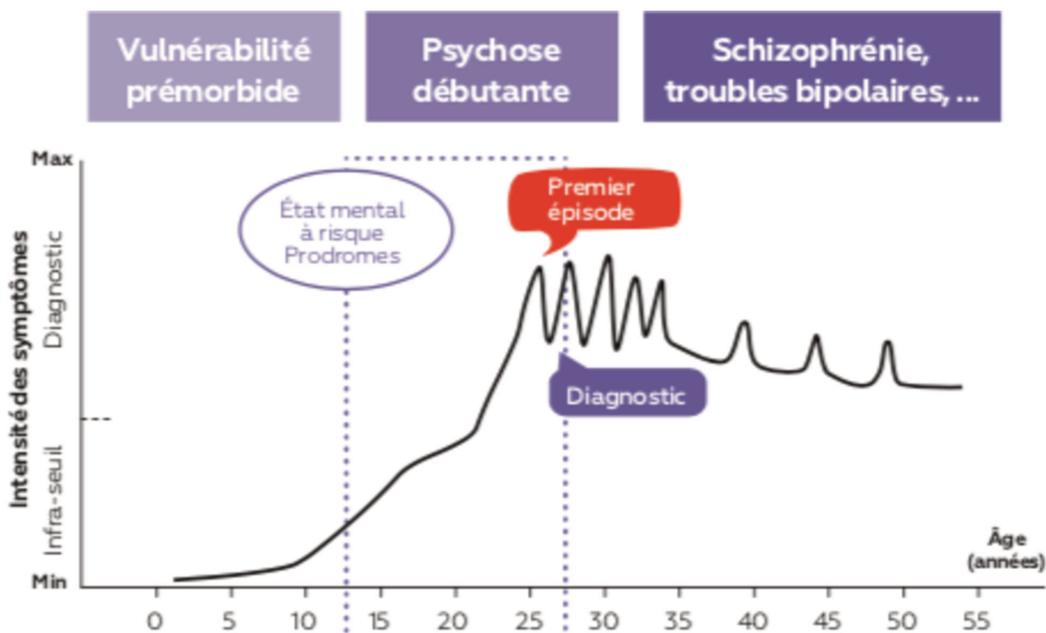


FIGURE 1

### **C. Prise en charge actuelle et rôle du parcours de soins dans le premier épisode psychotique**

Le système de prise en charge des troubles psychiatriques sévères incluant le PEP se caractérise par une grande diversité des acteurs, des organisations, des structures et des modalités d'accompagnement (10).

Le parcours de soins se définit comme la trajectoire globale des patients dans le territoire de santé. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de santé afin que le patient puisse recevoir des soins adaptés à sa pathologie au bon moment (11).

L'organisation des soins en France s'appuie sur une politique de sectorisation psychiatrique. Celle-ci est basée sur trois principes : la continuité des soins, la pluridisciplinarité de la prise en charge, ainsi que la proximité et l'égalité de traitement des patients grâce à un découpage géographique en secteurs psychiatriques (10).

Concernant la pathologie mentale sévère et notamment la psychose, la France s'est engagée dans un processus de désinstitutionalisation des soins psychiatriques. Ainsi les soins ambulatoires sont favorisés, ce qui permet au mieux le maintien du patient dans la société (12).

Au sein du secteur sanitaire, la prise en charge de la maladie mentale s'appuie sur une large gamme de modalités de soins et d'accompagnement. Sont grossièrement distinguées :

- Les prises en charges hospitalières : réservées aux situations aiguës nécessitant une surveillance du patient et des soins intensifs immédiats. Elles sont généralement nécessaires lors du PEP, en particulier en cas de symptomatologie bruyante, de dangerosité du patient, de comorbidité organique ou d'absence de soutien familial.

- Les prises en charges ambulatoires: souvent basées sur des consultations psychiatriques réalisées au Centre Médico-Psychologique (CMP). Elles peuvent parfois être réalisées par un psychiatre libéral.

Elles permettent le suivi de la maladie faisant parfois relai à l'hospitalisation et la prévention. Elles sont en lien avec les unités d'hospitalisation. Elles sont réalisées conjointement avec le médecin traitant et les autres acteurs de la santé (acteurs médico-sociaux, psychologues...). On observe aussi d'autres structures d'accompagnement du patient en ambulatoire comme par exemple l'Hôpital de Jour (HDJ) ou le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

Les prises en charge psychiatrique et somatique font partie intégrante des modalités de soins hospitaliers ou ambulatoires. Les soins somatiques permettent la prise en charge des comorbidités au début et tout au long de la maladie psychotique, ainsi que la prévention des maladies.

### **III. Les conséquences somatiques d'une évolution vers la schizophrénie**

#### **A. Espérance de vie et mortalité**

Des études internationales ont montré que l'espérance de vie des patients suivis pour des troubles psychiques sévères est diminuée d'au moins 20% par rapport à la population générale (13)(14). La réduction de leur espérance de vie est estimée à vingt ans pour les hommes et quinze ans pour les femmes (14).

De plus, le taux de mortalité de ces patients (rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année) est deux à trois fois supérieur à celui de la population générale (14).

Une étude française réalisée en 2018 a retrouvé cette même tendance, avec une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée chez les patients atteints de troubles psychiques sévères (15) (le taux de mortalité prématurée étant le nombre de décès d'individus âgés de moins de 65 ans rapporté à la population totale des moins de 65 ans au cours d'une année).

Toutes les catégories de troubles psychiatriques sont concernées par ce risque élevé. Cet écart semble même se creuser dans des pays développés où les systèmes de santé sont jugés équitables et efficaces (15).

Plus précisément et d'après une méta analyse de onze études réalisée en 2017 et publiée dans « *The Lancet Psychiatry* », la schizophrénie est associée à une moyenne pondérée de 14,5 années de vie potentiellement perdues et l'espérance de vie moyenne pondérée globale est de 67,7 ans (16).

Contrairement aux idées reçues, cette surmortalité ne se limite pas à un risque plus élevé de suicide et de mort violente ou accidentelle (15)(17)(18). Plusieurs études ont montré que les patients schizophrènes mourraient principalement de causes naturelles. Les causes de décès les plus courantes sont les maladies cardiovasculaires et les cancers, représentant respectivement 24 et 21% de tous les décès (19).

## **B. Comorbidités somatiques**

### **1. Quelques chiffres**

Pour appuyer ce qui a été dit précédemment, il existe un risque majeur de développer des comorbidités somatiques graves pour les patients atteints de schizophrénie. Une étude danoise révèle que ces patients ont un risque relatif plus que doublé pour toutes les catégories de maladies somatiques (20). La prévalence des comorbidités somatiques chez les patients schizophrènes varie de 19 à 57% selon les études. Dans cette population, 62% des décès seraient dus aux maladies chroniques (21).

### **2. Comorbidités cardio-vasculaires prédominantes**

Les comorbidités somatiques présentes chez les patients schizophrènes sont multiples, mais elles concernent principalement le système cardio-vasculaire.

Les études épidémiologiques ont rapporté une incidence plus élevée de maladies cardio-vasculaires chez les patients schizophrènes (26,5%) que dans la population générale (17%), ainsi qu'une surmortalité cardio-vasculaire avec un *Standardized Mortality Rate* de 1,79 (21).

Aussi, les facteurs de risque cardio-vasculaire sont plus fréquents dans cette population. Les prévalences respectives de l'obésité (45 à 55%), du tabagisme (50 à 80%), du diabète (10 à 15%), de l'hypertension artérielle (19 à 58%), de la dyslipidémie (25 à 69%) et du syndrome métabolique (37 à 63%) sont au moins deux fois plus importantes que celles observées en population générale (22). Dans l'étude CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness), J. McEvoy et al. a retrouvé une prévalence du syndrome métabolique de 36% chez les patients schizophrènes de sexe masculin et de 51,6% chez les patientes schizophrènes de sexe féminin (23).

Dans une moindre mesure, des comorbidités intéressent le système digestif, respiratoire et endocrinien. Il existe enfin une prévalence augmentée de comorbidités infectieuses (notamment d'infection au VIH) et de cancers (24)(18).

L'ensemble de ces comorbidités avec leur degré de preuve concernant la majoration du risque de survenue a été résumé sous la forme d'un tableau par S. Leucht et al. (25) **Cf. Annexe 1)**.

### **3. Explications**

La fréquence des comorbidités somatiques et par conséquent la surmortalité constatées dans cette population s'expliquent par l'interaction complexe de différents facteurs. Ces facteurs peuvent être liés au patient, à sa maladie et à son traitement, mais aussi aux soignants et à la qualité de la prise en charge dans le système de soins.

Quelques précisions peuvent être apportées à ce sujet :

- Il existe chez les patients schizophrènes des obstacles aux soins médicaux liés à leur pathologie : déni de la maladie, négligence des symptômes, troubles du comportement et isolement social (26).
- Leur hygiène de vie peut poser problème (conduites addictives, sédentarité et alimentation déséquilibrée) (27).
- On retrouve un accroissement du risque métabolique dû à la maladie ou au traitement antipsychotique (prise pondérale, dyslipidémie et vulnérabilité au diabète de type 2) (28).
- Une stigmatisation engendrée par l'étiquette « malade psychiatrique » de la part du corps médical occasionne parfois des retards de diagnostic et une prise en charge médicale déficiente (14). Il peut être aussi mis en avant un manque de formation

des médecins (les psychiatres sont peu formés à la détection des maladies somatiques et les médecins généralistes ont parfois des difficultés avec la prise en charge des troubles psychiatriques et leurs thérapeutiques).

- Les actes de prévention et de dépistage sont potentiellement moins développés pour ces patients à la fois en ambulatoire et en hospitalisation (18).
- Comme pour tous les suivis de maladies chroniques, la communication et la coordination entre les différents acteurs des soins (médecins somaticiens, psychiatres et dispositifs médico-sociaux) peuvent s'avérer parfois défailants.

Il existe donc des facteurs sur lesquels il est possible d'agir notamment en ce qui concerne l'organisation et le contenu des soins médicaux chez ces patients.

#### **IV. Rationnel et objectifs de l'étude**

Afin de guider au mieux les médecins dans leurs pratiques professionnelles, un certain nombre de recommandations spécifiques sur la prise en charge somatique du PEP et de la schizophrénie ont été proposées aux niveaux national et international. Ces recommandations médicales ont une place certaine dans le dispositif de soins. Cependant, les constats épidémiologiques concernant la prévalence des comorbidités et des complications somatiques chez les patients schizophrènes suggèrent la présence de dysfonctionnements dans les soins (29).

**L'objectif de notre étude était de décrire les différentes étapes du parcours de soins de patients ayant présenté un PEP et le contenu de leur prise en charge médicale somatique, en regard des recommandations. Nous avons tenté également de donner des explications aux défauts de prise en charge s'il en existait et de formuler des**

**propositions pour améliorer les soins. Ces deux parties ont été développées dans la discussion.**

# MATERIEL ET METHODE

## I. Grands concepts de l'étude

Nous avons réalisé une étude en deux parties :

- La première partie consistait en une recherche bibliographique. Son objectif était de réaliser une synthèse des recommandations sur la prise en charge somatique des patients présentant un PEP.
- La deuxième partie s'attachait à décrire le parcours de soins et le contenu de la prise en charge des patients présentant un PEP en regard de ces recommandations, en hospitalier et en ambulatoire. Nous avons utilisé une méthode observationnelle et descriptive.

## II. Travail préliminaire : étude bibliographique des recommandations existantes

### *A. Création d'une synthèse des recommandations*

#### 1. Les sources utilisées

Les sources ont été identifiées sur des moteurs de recherches incluant Pubmed, Google Scholar et la Haute Autorité de Santé.

Les mots clés utilisés étaient les suivants : First Episode Psychosis, Schizophrenia, Emerging Psychosis, Guidelines, Recommendations, Somatic care. Ils ont été traduits et cherchés également en langue française.

Ces recommandations concernaient les patients présentant des troubles psychiatriques patents définis comme sévères, incluant les troubles schizophréniques et les premiers épisodes psychotiques. Certaines s'intéressaient aux psychoses émergentes.

Les recommandations pouvaient être nationales ou internationales et elles dataient d'après l'an 2000 (cette limite a été posée de façon subjective afin d'assurer plus de pertinence dans la sélection des recommandations).

Les critères de qualité dans le choix des recommandations étaient les suivants : elles devaient émaner d'organismes compétents et reconnus sur le plan médical ou elles devaient avoir été réalisées en partenariat avec ces organismes.

Six sources ont été analysées. Les cinq premières concernaient la prise en charge somatique initiale et le suivi somatique de la pathologie. La dernière concernait plus particulièrement le suivi cardio-métabolique du patient sous antipsychotique.

**Les sources utilisées ont été détaillées ici :**

- **Les recommandations de bonne pratique de la *Fédération Française de Psychiatrie* datant de 2015, ayant reçu le label de la *Haute Autorité de Santé (HAS)*, intitulées « Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère » (30).**
- **Les recommandations de la *Nationale Institute for Health and Care Excellence (NICE)* sur la prévention et la prise en charge des psychoses, de la schizophrénie, et du premier épisode psychotique, datant de 2014 et intitulées « Psychosis and**

**schizophrenia in adults : prevention and management » (31).**

- **Le guide Affection de Longue Durée (ALD) relatif à la schizophrénie publié en 2007 par la HAS (32).**
- **La synthèse des recommandations internationales concernant la prise en charge des psychoses émergentes réalisée par le *Professeur MO. Krebs et Docteur F. Lejuste en partenariat avec l'Institut de Psychiatrie*, datant de 2017 et intitulée « Pour une prise en charge précoce et intégrée » (7).**
- **Les recommandations Australiennes pour la prise en charge des psychoses émergentes publiées par *Orygen, The National Centre in Excellence in Youth Mental Health* en 2016, intitulées « Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis » (33).**
- **Les recommandations de suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotique publiées en 2010 par *l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM)* (34).**

## **2. Objectifs de ces recommandations**

Les principaux objectifs des recommandations somatiques étaient les suivants : l'optimisation du parcours de soins des patients en hospitalisation et en ambulatoire ; l'amélioration de leur prise en charge somatique ; la prévention, le dépistage et la prise en charge des comorbidités somatiques et l'accompagnement médical des patients tout au long de leur vie.

## **3. Professionnels concernés**

Ces recommandations somatiques ne concernaient pas spécifiquement les médecins généralistes. Elles étaient destinées à tous les acteurs de santé participant à la prise en charge médicale et sociale de ces patients : médecins généralistes, psychiatres, médecins

d'autres spécialités, diététiciens, pharmaciens, psychologues, professionnels paramédicaux et travailleurs médico-sociaux. Cette liste n'est pas exhaustive.

#### **4. Méthode de création de la synthèse**

Chaque source a été analysée, permettant de dégager des thèmes et des sous thèmes. Ces derniers concernaient les divers éléments de prise en charge médicale somatique recommandés à chaque étape du parcours de soins du patient, hospitalier ou ambulatoire :

- Le bilan médical initial somatique (interrogatoire, examen clinique, examens complémentaires et données initiales du dossier médical),
- Le suivi médical somatique (suivi clinique et paraclinique ; actes de prévention),
- La coordination des soins.

Les éléments relatifs à la prise en charge psychiatrique n'ont pas été étudiés.

Une comparaison entre les différentes sources a été réalisée permettant la réalisation d'une synthèse. Cette synthèse reprenait à la fois les grandes idées qui se recoupaient et les idées divergentes accompagnées de leur source.

Le travail de synthèse a été réalisé sur document Word et figure ci-après.

#### **5. Recommandations synthétisées sur la prise en charge somatique du PEP**

##### **a) Bilan somatique initial**

D'après les sources, ce bilan initial doit être consigné dans le dossier médical et a plusieurs objectifs : faire l'état des lieux des comorbidités du patient afin d'orienter au mieux sa prise en charge (qui doit être globale et personnalisée), éliminer les diagnostics différentiels et réaliser un bilan complet pré thérapeutique.

### **Interrogatoire**

Nos sources s'accordent sur le fait que l'interrogatoire doit contenir :

- Les antécédents médicaux personnels et familiaux du patient,
- Son traitement actuel,
- Les conditions socio-économiques du patient (ressources, métier, études, aidants...),
- La recherche des comorbidités addictives.

Certaines des recommandations y rajoutent des informations : présence de facteurs de risque cardio-vasculaire (30), pratique d'une activité physique régulière, habitudes alimentaires (30) (31) (33) et existence de pratiques sexuelles à risque (30) (31).

### **Examen clinique**

L'examen clinique doit être systématique en début d'hospitalisation afin de rechercher une comorbidité organique. Il est retrouvé dans toutes les recommandations étudiées. Il doit s'accompagner de données biométriques mesurées avant l'introduction du traitement antipsychotique : poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), périmètre abdominal et pression artérielle. Ces données sont présentes dans toutes les recommandations étudiées.

### **Examens complémentaires**

Les recommandations australiennes de 2016, plus récentes que les recommandations françaises, ont formulé des propositions détaillées ici (33).

Il convient de réaliser dans le cadre d'un PEP :

- Un **bilan biologique** comprenant : numération formule sanguine, plaquettes, protéine C réactive (CRP), ionogramme sanguin, bilan rénal, bilan hépatique, bilan métabolique (glycémie à jeun et exploration des anomalies lipidiques), prolactine, bilan thyroïdien, vitamine B9 et B12, sérologie syphilitique, sérologie VIH, sérologie hépatite C si facteurs

de risque, cuivre sérique, céruléoplasmine, anticorps anti-nucléaires, béta-HCG chez les jeunes filles et recherche de toxiques urinaires.

- Un **bilan d'imagerie** par Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) cérébrale, systématique dans le cadre d'un PEP,
- Un **bilan électrocardiographique (ECG)**.

D'autres examens peuvent être demandés en fonction du premier bilan médical. Par exemple un électro-encéphalogramme peut être réalisé s'il existe un doute sur un diagnostic différentiel.

A la différence de ce bilan, les recommandations françaises proposent un bilan biologique initial moins exhaustif (il ne comporte qu'un bilan biologique standard, un bilan métabolique, un dosage de Thyroid Stimulating Hormone (TSH) et de béta-HCG). L'imagerie médicale est réalisée selon le contexte et l'ECG est systématique avant l'introduction d'un traitement antipsychotique (32) (30).

### **Données initiales du dossier**

Certaines sources insistent sur la nécessité d'indiquer dans le dossier l'existence d'un médecin traitant (30) (31) et d'identifier une personne de confiance ou les contacts proches du patient (30) (33).

#### b) Suivi somatique

### **Sur le plan clinique**

La surveillance, la prise en charge et la prévention des **effets indésirables** des traitements médicamenteux sont des notions présentes dans toutes nos sources. Par ailleurs, une information particulière doit être donnée au patient sur les risques

métabolique et cardio-vasculaire liés au traitement antipsychotique (31).

Le dépistage des **comorbidités somatiques** liés ou non à la maladie psychiatrique et la prise en charge des **évènements médicaux intercurrents** sont des éléments importants du suivi (30) .

Par ailleurs, il est recommandé de réaliser des **actes de prévention sur l'hygiène de vie**, en insistant notamment sur la pratique d'un exercice physique régulier et d'une alimentation équilibrée (30) (31) (7) (33).

Au vu des comorbidités somatiques importantes dans cette population, il est recommandé de favoriser les **actes de dépistage**. Une attention particulière est portée sur le suivi gynécologique (30) (frottis et mammographie notamment). Les recommandations ne préconisent pas de modalités spécifiques de dépistage du cancer du sein chez les patients présentant une schizophrénie. Certaines sources insistent sur la réalisation d'un bilan bucco-dentaire régulier chez ces patients (30) (33). La réalisation d'autres bilans d'organes est orientée par le contexte et les facteurs de risque du patient (bilan cardio-vasculaire, bilan hépatique, bilan respiratoire, bilan ophtalmologique après quarante ans...) La liste n'est pas exhaustive.

La prise en charge des **comorbidités addictives** est une notion présente dans toutes les recommandations. Une attention particulière est portée au sevrage tabagique dans certaines sources (30) (31).

### **Sur le plan paraclinique**

Les données de l'ANSM résument les recommandations de suivi avec ses intervalles cliniques et biologiques essentiels après introduction d'un antipsychotique. La fréquence des intervalles peut être plus rapprochée en fonction du contexte (34).

Tableau résumant les recommandations de suivi métabolique après introduction d'un antipsychotique (ANSM) :

	T0	Semaine 4	Semaine 8	Semaine 12	Trimestriel	Annuel	Tous les 5 ans
Histoire personnelle / familiale	x					x	
Poids et IMC	x	x	x	x	x		
Périmètre abdominal	x	x				x	
Glycémie à jeun	x			x		x	
Évaluation d'une anomalie lipidique	x			x			x
ECG	x	x				x	
Pression artérielle	x			x		x	

Concernant le suivi électrocardiographique, les recommandations divergent. D'après les données de l'ANSM, un ECG initial de base est recommandé avant l'introduction d'un antipsychotique, puis il doit être recontrôlé à 4 semaines puis de façon annuelle « selon les facteurs de risque cardio-vasculaire ». La HAS recommande la réalisation d'un ECG dans le cadre du bilan pré-thérapeutique puis selon le traitement et les données du bilan initial.

Les recommandations internationales proposent les mêmes critères de suivi métabolique que l'ANSM mais le suivi est réalisé de façon plus rapprochée :

- La NICE recommande de réaliser une mesure pondérale hebdomadaire pendant 6 semaines puis à 12 semaines puis de façon annuelle ; une mesure du périmètre

abdominal annuelle ; une mesure de la pression artérielle et du bilan biologique métabolique à 12 semaines puis de façon annuelle (31).

- Les *recommandations australiennes* recommandent de réaliser une mesure pondérale et un bilan biologique métabolique à un mois de l'introduction du traitement puis tous les trois mois jusque la fin du traitement (33).

c) Coordination des soins

Ce dernier point est repris dans chaque source des recommandations.

On insiste sur :

- L'information médicale transmise à l'ensemble des médecins intervenant dans la prise en charge avec l'accord du malade.
- Le lien particulier avec le médecin traitant et la transmission d'informations médicales tout au long de la prise en charge du patient (disponibilité téléphonique et courriers médicaux notamment).
- La continuité des soins organisée avec le CMP, le psychiatre libéral ou toute autre modalité de soins ambulatoires.

## **B. Création d'une grille d'adéquation aux recommandations**

Une grille d'adéquation aux recommandations a ensuite été créée, plus pratique et synthétique, et permettant une vue d'ensemble. Elle a été réalisée sur le logiciel Excel. Elle reprenait les mots clés de la synthèse des recommandations. Nous n'y avons pas intégré l'intégralité des éléments de la synthèse par soucis de pertinence et de clarté.

Cette grille a servi de canevas pour le recueil de données (analyse de dossiers médicaux

sur le terrain). Chaque ligne de tableau représentait un élément de prise en charge dans le parcours de soins. Il était jugé « présent » ou « absent » du dossier. Il était précisé l'étape du parcours de soin à laquelle l'information faisait référence et la personne ayant notifié cette information (médecin généraliste, psychiatre ou infirmier). Un commentaire libre pouvait être ajouté donnant des précisions sur l'élément quand cela été justifié ou expliquant l'anomalie de prise en charge si elle existait.

La grille d'adéquation aux recommandations figure en **Annexe 2**.

### **III. Analyse des données sur le terrain**

La deuxième partie du travail a consisté à décrire certains éléments du parcours de soins des patients ayant présenté un PEP en regard des recommandations de prise en charge somatique.

Pour ce faire, nous avons examiné les dossiers médicaux de patients en hospitalisation et au CMP.

#### **A. Aspects réglementaires**

Pour ce projet, nous avons obtenu l'accord du Département d'Information Médicale (DIM) de l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de l'Agglomération lilloise. La cohorte de patient a été réalisée en accord avec le médecin coordinateur du Pôle Médicotechnique de l'établissement et était anonymisée. Nous avons aussi eu l'approbation des chefs de service des différents secteurs de psychiatrie avant d'analyser les dossiers médicaux des patients.

## **B. Lieu d'étude**

L'étude a été réalisée sur plusieurs sites hospitaliers de l'agglomération lilloise (l'EPSM de l'agglomération lilloise à Saint André, le Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admissions (CPAA), et l'EPSM de l'agglomération lilloise Lucien Bonnafé à Roubaix), ainsi que sur leur CMP respectifs.

L'EPSM de Saint André se compose des secteurs 59g11 (correspondant à Villeneuve d'Ascq et autres communes), 59g22 (Lille Nord), 59g23 (Lille Sud), 59g24 (Lille Est) ainsi que toutes les autres structures ambulatoires qui y sont rattachées (hôpital de jour, CMP, CATTP...) (35).

Le CPAA est un établissement d'accueil et d'admission situé à Lille et comportant 23 lits. L'EPSM de Roubaix se compose des secteurs 59g12 (Roubaix Centre), 59g13 (Roubaix Est et autres communes), 59g14 (Roubaix Ouest, Wasquehal et Croix) et 59g15 (Wattrelos et Leers).

**Les dossiers de notre étude provenaient des secteurs 59g11, 59g13, 59g22, 59g23, 59g24 et du CPAA.**

## **C. Population**

Le travail a été réalisé sur une population de patients hospitalisés dans ces EPSM pour un PEP. Certains d'entre eux ont bénéficié d'une prise en charge au CMP à la suite de l'hospitalisation.

Pour le recrutement de patients, le DIM de l'établissement a tracé une liste de 100 patients, de façon aléatoire, correspondant aux critères d'inclusion suivants :

- Patient de moins de 35 ans,

- Hospitalisé pour la première fois dans l'EPSM,
- Entre 2015 et 2019,
- Dont le diagnostic de sortie d'hospitalisation à l'aide de la CIM-10 (10<sup>ème</sup> révision de la Classification Internationale des Maladies) était « schizophrénie ».

Le diagnostic de PEP n'existait pas dans la cotation CIM-10 mais les patients correspondants étaient inclus dans le pool de patients cotés « schizophrénie ». Le critère d'âge « <35 ans » a été choisi subjectivement en accord avec les données épidémiologiques dans le but de recruter plus facilement les PEP.

Afin de garder uniquement les PEP dans notre population, nous avons ajouté un critère d'exclusion : « patient ayant déjà été pris en charge antérieurement sur le plan psychiatrique ». Par ailleurs, nous avons exclu les patients dont les dossiers étaient inaccessibles ou ceux qui comportaient des erreurs dans le diagnostic de sortie.

Ensuite, nous avons réalisé des sous-groupes dans la population selon la présence ou non d'une prise en charge ambulatoire en relai de l'hospitalisation.

Chaque patient était nommé « P.. » auquel on ajoutait un numéro.

#### ***D. Méthode d'analyse des données***

Les données relatives à la prise en charge des patients ont été extraites des dossiers médicaux informatisés. Le logiciel utilisé était Crossway. Un certain nombre de données médicales provenaient également des dossiers papier du CMP correspondant au secteur d'hospitalisation pour les patients qui y avaient été pris en charge.

La grille d'adéquation aux recommandations somatiques décrite précédemment a été complétée pour chaque patient. Le recueil de données s'est fait du 15/06/2020 au 26/06/2020.

Les recherches étaient ciblées selon les différents éléments présents sur la grille. Les informations recueillies provenaient du personnel médical prenant en charge les patients (médecins psychiatres, médecins généralistes, internes, externes, infirmiers, aides-soignants et secrétaires). Elles pouvaient être multiples (observations cliniques, prescriptions, courriers...).

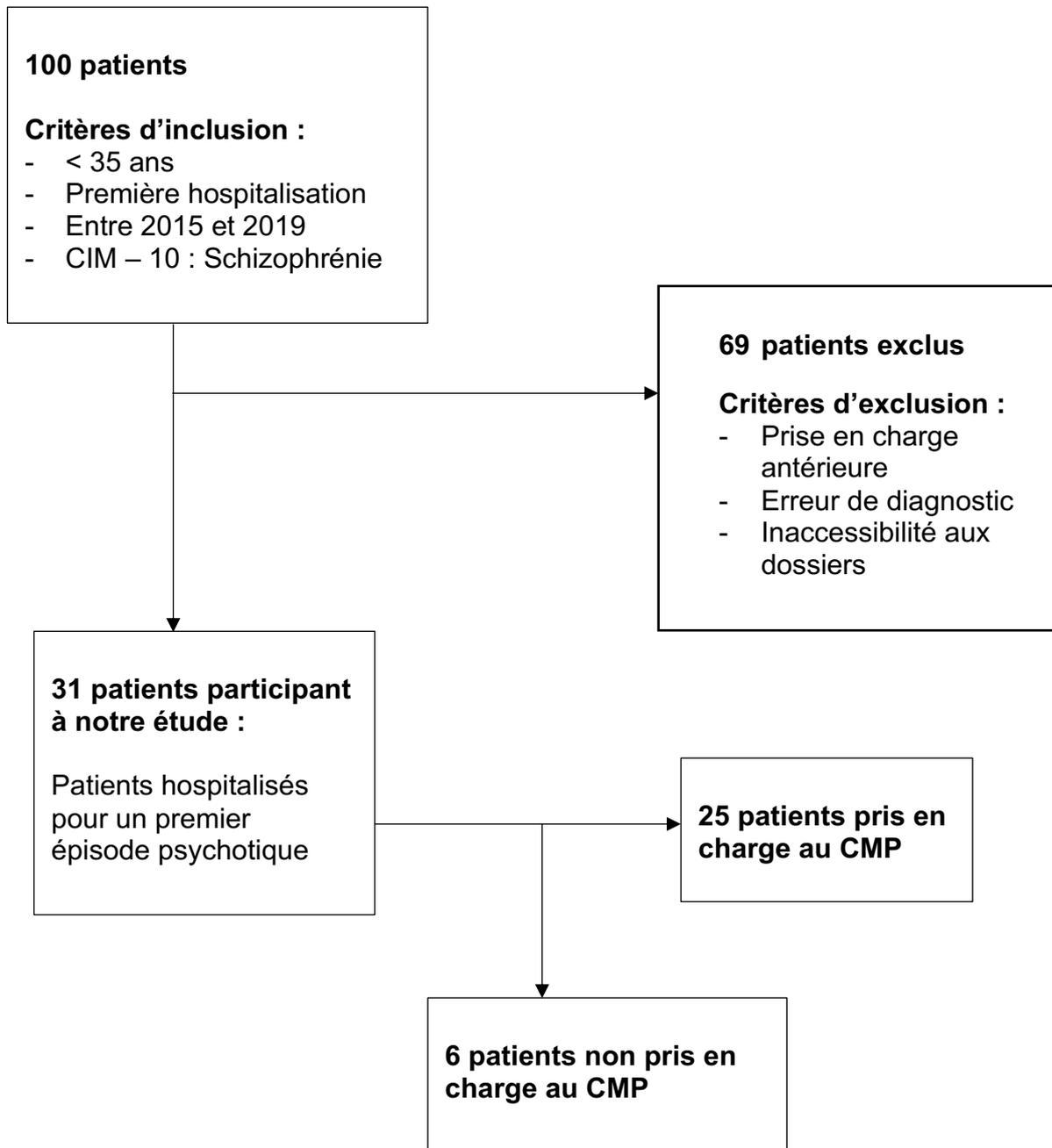
Le travail d'analyse des dossiers a été observationnel et descriptif. Les variables qualitatives ont été présentées au moyen d'effectifs et de pourcentages et les variables quantitatives au moyen de moyennes ou de médianes. Il a été décidé de ne pas réaliser de tests statistiques car le but de l'étude ne résidait pas dans la comparaison de données. Il consistait plutôt à dresser un état des lieux des prises en charge médicales dans un contexte donné.

# RESULTATS

## I. Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons analysé 31 dossiers de patients hospitalisés pour un PEP.

### A. Flow chart



## **B. Données démographiques**

### **1. Sexe**

Sur les 31 patients inclus, 21 étaient de sexe masculin (68%) et 10 étaient de sexe féminin (32%).

### **2. Âge**

L'âge moyen des patients de l'étude était de 25 ans pour une médiane d'âge de 24 ans. Le patient le plus jeune avait 15 ans et le plus âgé 34 ans. L'âge des patients dans l'étude correspondait à leur âge au début de l'hospitalisation pour PEP.

### **3. Traitement instauré**

Tous les patients inclus dans l'étude ont bénéficié d'un traitement par antipsychotique en début d'hospitalisation. Les différentes molécules étaient les suivantes : Olanzapine, Risperidone, Aripiprazole et Quétiapine. Deux patients ont bénéficié d'une association antipsychotique / thymorégulateur (Acide Valproïque ou Lithium). Quatre patients ont changé d'antipsychotique au cours de l'hospitalisation.

## **C. Données concernant l'hospitalisation**

### **1. Secteur d'hospitalisation**

Sur les 31 patients de l'étude, 13 ont été hospitalisés au CPAA (42%), 3 au secteur G23 (10%), 3 au secteur G13 (10%), 2 au secteur G24 (6%) et 1 seul au secteur G22 (3%). Les autres patients ont été transférés du CPAA à leur secteur de référence au cours de

l'hospitalisation (5 ont été hospitalisés au CPAA puis au secteur G11(16%), 3 ont été hospitalisés au CPAA puis au secteur G24 (10%) et le dernier a été hospitalisé au CPAA puis au secteur G22 (3%)).

## **2. Année d'hospitalisation**

Sur les 31 patients inclus, 3 ont été hospitalisés en 2015 (10%), 5 en 2016 (16%), 11 en 2017 (35%), 7 en 2018 (23%) et 5 en 2019 (16%).

## **3. Durée d'hospitalisation**

La durée moyenne d'hospitalisation était de 22 jours pour une médiane de 9 jours.

L'hospitalisation la plus courte était de un jour et la plus longue de 93 jours.

## ***D. Prise en charge ambulatoire***

### **1. Effectif de prise en charge ambulatoire**

Les médecins ont proposé une prise en charge ambulatoire en relai de l'hospitalisation à 28 patients sur les 31 (90%). Parmi eux, un des patients a préféré être soigné par un psychiatre libéral.

Pour les 27 patients restants, il s'agissait d'une prise en charge au CMP (87%). Parmi eux, 2 n'ont jamais honoré leurs rendez-vous (7%).

Finalement, la prise en charge ambulatoire a été étudiée sur 25 dossiers.

### **2. Durée de prise en charge ambulatoire**

La durée de la prise en charge ambulatoire a été calculée sur 25 patients. La durée

médiane de prise en charge ambulatoire en relai de l'hospitalisation était de 7,5 mois. Sa moyenne était de 10 mois. Pour certains patients, la prise en charge ambulatoire était toujours effective à la fin de la période de recueil de données. Pour d'autres patients, elle s'était arrêtée pour diverses raisons : volonté du patient, accord commun entre patient et psychiatre ou arrivée d'une nouvelle hospitalisation.

**Tableau présentant les caractéristiques de la population étudiée, n=31**

<b>Données descriptives</b>	<b>Données chiffrées</b>
<b>Sexe</b> Féminin, n (%) Masculin, n (%)	10 (32) 21 (68)
<b>Âge</b> Médiane, en années	24
<b>Secteur psychiatrique d'hospitalisation</b> CPAA, n (%) G24, n (%) G23, n (%) G22, n (%) G13, n (%) CPAA puis G11, n (%) CPAA puis G24, n (%) CPAA puis G22, n (%)	13 (42) 2 (6) 3 (10) 1 (3) 3 (10) 5 (16) 3 (10) 1 (3)
<b>Année d'hospitalisation</b> 2015, n (%) 2016, n (%) 2017, n (%) 2018, n (%) 2019, n (%)	3 (10) 5 (16) 11 (35) 7 (23) 5 (16)
<b>Durée d'hospitalisation,</b> Médiane, en jours	9
<b>Prise en charge ambulatoire au CMP</b> Oui, n (%) Non, n (%)	25 (81) 6 (19)
<b>Durée de prise en charge ambulatoire,</b> Médiane, en mois	7,5

**Les données sont décrites en effectif et pourcentage pour les variables qualitatives, et médianes pour les variables quantitatives.**

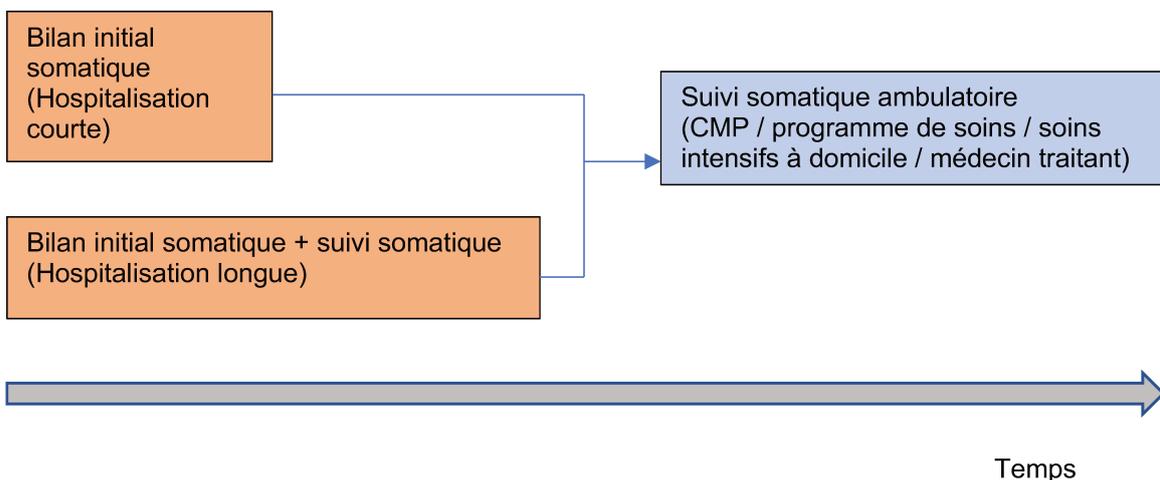
## II. Description des résultats

### A. Représentation globale du parcours de soins

Sur le plan théorique, la synthèse des recommandations a mis en évidence plusieurs étapes dans le parcours de soins. Il était recommandé de réaliser un bilan médical complet au diagnostic du PEP, puis de poursuivre le suivi médical du patient à moyen ou à long terme. Nos sources mettaient aussi un point d'honneur à la coordination des soins entre les différents intervenants de la prise en charge en hospitalier et en ambulatoire.

Dans la partie « résultats » de notre étude, d'après nos observations mises en parallèle avec les recommandations, nous avons pu détailler certains éléments du parcours de soins. Plus précisément, nous avons décrit l'organisation et le contenu de la prise en charge médicale des patients à chacune des étapes du parcours de soins.

**Le schéma ci-dessous permet d'avoir un aperçu global des différentes étapes du parcours de soins type de nos patients.**

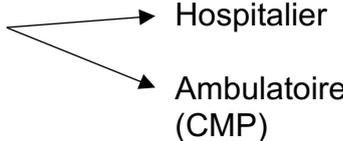


Dans notre étude, tous les patients ont été hospitalisés et ont bénéficié d'un bilan initial somatique à l'EPSM. Le corps médical intervenant dans la prise en charge hospitalière était composé de médecins généralistes et de psychiatres, généralement accompagnés d'internes.

Ensuite, le suivi de la maladie, du traitement et des comorbidités pouvait se réaliser en hospitalier et/ou en ambulatoire selon la durée d'hospitalisation qui était variable.

En ambulatoire, le suivi somatique des patients pouvait être réalisé sous différentes formes : CMP, programme de soins, soins intensifs à domicile et cabinet de médecine générale. Nous n'avons étudié que la prise en charge somatique au CMP.

**Le parcours de soins du patient a donc été décrit en plusieurs parties :**

- **Le bilan somatique initial en hospitalisation**
- **Le suivi somatique** 
  - ▶ Hospitalier
  - ▶ Ambulatoire (CMP)

**La coordination des soins sera développée dans chacune des deux parties.**

## **B. Bilan initial somatique en hospitalisation**

Dans notre étude, en accord avec les recommandations, un bilan somatique initial était réalisé pour chaque nouveau patient hospitalisé. Il mettait systématiquement en jeu le médecin généraliste (ou interne de médecine générale), et dans une moindre mesure le psychiatre (ou interne de psychiatrie) et l'équipe paramédicale. Ce bilan initial comprenait de façon systématique un interrogatoire et un examen clinique incluant des données biométriques et des examens complémentaires (biologie et imagerie).

**Ce bilan était présent dans les 31 dossiers analysés (soit 100% des dossiers).**

Lorsqu'on le compare aux recommandations, il était plus ou moins complet selon les dossiers (cela sera détaillé par la suite).

En aparté : Afin de réaliser cette observation d'entrée en hospitalisation à l'EPSM de l'agglomération lilloise de manière systématisée, l'utilisation par les médecins d'un **document informatisé protocolisé (Cf. Annexe 3)** était recommandée, propre à l'établissement. Il proposait des en-têtes prédéfinis à compléter reprenant la majorité des éléments recommandés dans la prise en charge somatique initiale, notamment en ce qui concernait l'interrogatoire et l'examen clinique. Cet outil informatique a été utilisé pour 10 dossiers sur les 31 (soit 32%). Pour les autres dossiers, les médecins avaient écrit leurs observations en catégorisant eux-mêmes les parties et sous parties selon leurs propres habitudes.

## 1. Interrogatoire

Les données de l'interrogatoire pouvaient être recueillies par le médecin généraliste et/ou le médecin psychiatre. Certaines informations de l'interrogatoire servaient conjointement à la prise en charge somatique et psychiatrique.

**Le recueil des antécédents (ATCD) personnels médicaux et chirurgicaux était présent dans 100% des dossiers analysés.** Il a été réalisé par le médecin généraliste pour 30 dossiers sur les 31 (97%) et par le psychiatre pour 11 dossiers sur les 31 (35%).

**Les ATCD familiaux ont été recueillis pour 15 patients sur les 31 (48%).** Les données ont été tracées par le médecin généraliste dans 13 dossiers (42%) et par le psychiatre dans 2 dossiers (6%).

La présence de certains **facteurs de risque cardio-vasculaire** (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète ou syndrome métabolique) pouvait apparaître lors du recueil des ATCD personnels. Nous n'avons pas su s'ils avaient été demandés spécifiquement aux patients.

De même, aucune donnée n'apparaissait sur la question des **habitudes alimentaires** ou sur la pratique d'une **activité physique régulière**.

**Le traitement médicamenteux d'entrée en hospitalisation a été tracé dans 29 dossiers sur les 31 (93%).** L'information a été recueillie par le médecin généraliste pour 28 dossiers (90%) et par le psychiatre pour 6 dossiers (19%).

A noter qu'une conciliation médicamenteuse avec le médecin traitant ou le pharmacien a été entreprise pour 2 patients (6%).

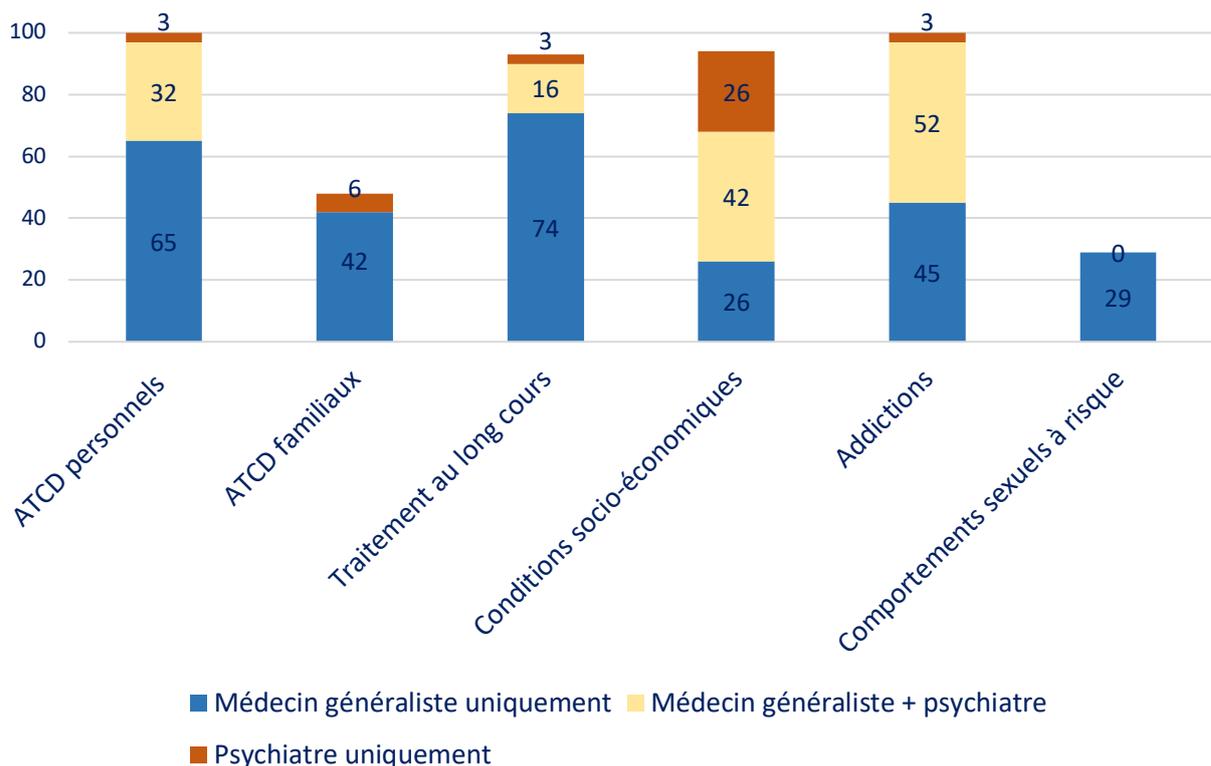
**Des questions ont été posées sur les conditions socio-économiques chez 29**

**patients sur les 31 (94%).** Les éléments relevés pouvaient concerner les études, métiers, ressources, aidants et foyers de vie. Les informations ont été tracées par le psychiatre dans 21 dossiers (68%) et par le médecin généraliste dans 21 dossiers (68%).

**Les comorbidités addictives ont été demandées aux 31 patients (100%).** L'information a été notée par le psychiatre pour 17 dossiers (55%) et par le médecin généraliste pour 30 dossiers (97%).

**La question des pratiques sexuelles à risque a été abordée chez 9 patients sur les 31 (29%),** toujours par le médecin généraliste.

Présence de chaque item de l'interrogatoire, demandé par le psychiatre et/ou le médecin généraliste (résultats exprimés en pourcentage des dossiers de la cohorte, n=31).



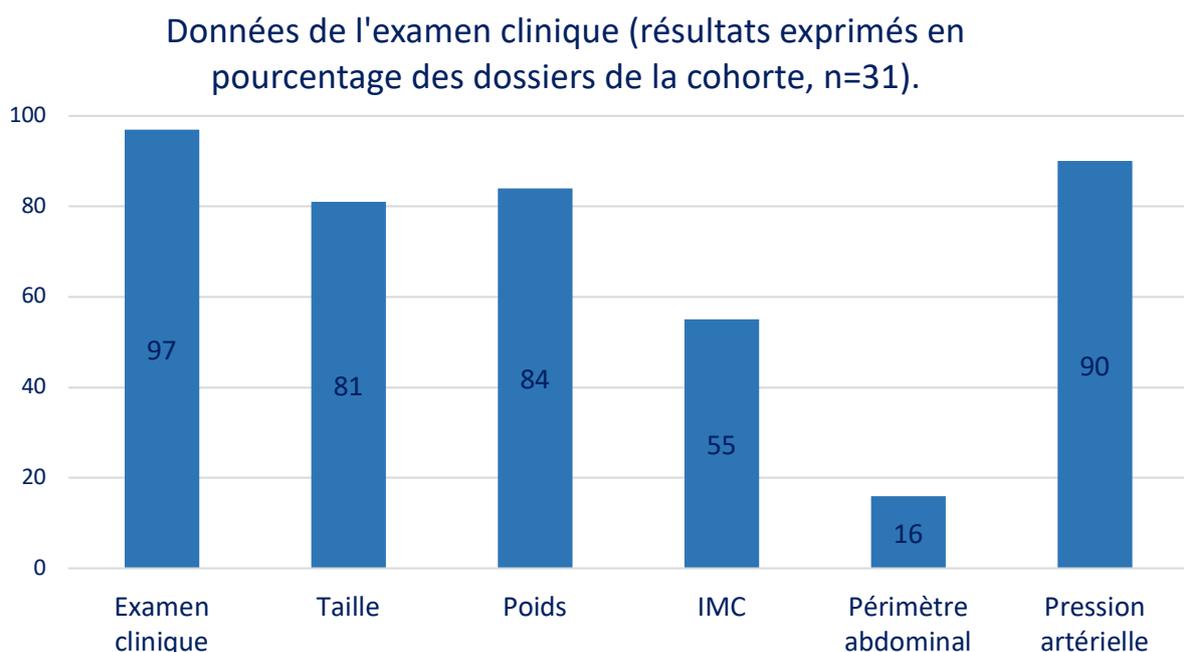
## 2. Examen clinique

Dans notre étude, l'examen clinique d'entrée en hospitalisation était réalisé de façon systématique par le médecin généraliste.

**La pratique d'un examen clinique incluant l'examen neurologique a été notifiée dans 30 dossiers sur les 31 (97%).** Le seul dossier avec absence d'examen clinique se justifiait par un refus de la patiente. L'examen avait été pratiqué aux urgences avant l'hospitalisation.

Les **données biométriques** pouvaient être mesurées et retranscrites par les médecins, les infirmiers ou les aides-soignants.

La taille du patient était présente dans 25 dossiers sur les 31 (81%), le poids dans 26 dossiers (84%), l'IMC dans 17 dossiers (55%), le périmètre abdominal dans 5 dossiers (16%) et la pression artérielle dans 28 dossiers (90%).



### 3. Examens paracliniques

#### Bilan biologique

Un bilan biologique d'entrée en hospitalisation était recommandé. Il était prescrit par le médecin généraliste et réalisé par l'infirmier. Son contenu était variable.

Un **bilan biologique standard** (comprenant une numération formule sanguine, un ionogramme, une créatinine et un bilan hépatique) a été réalisé chez 30 patients sur les 31 (97%).

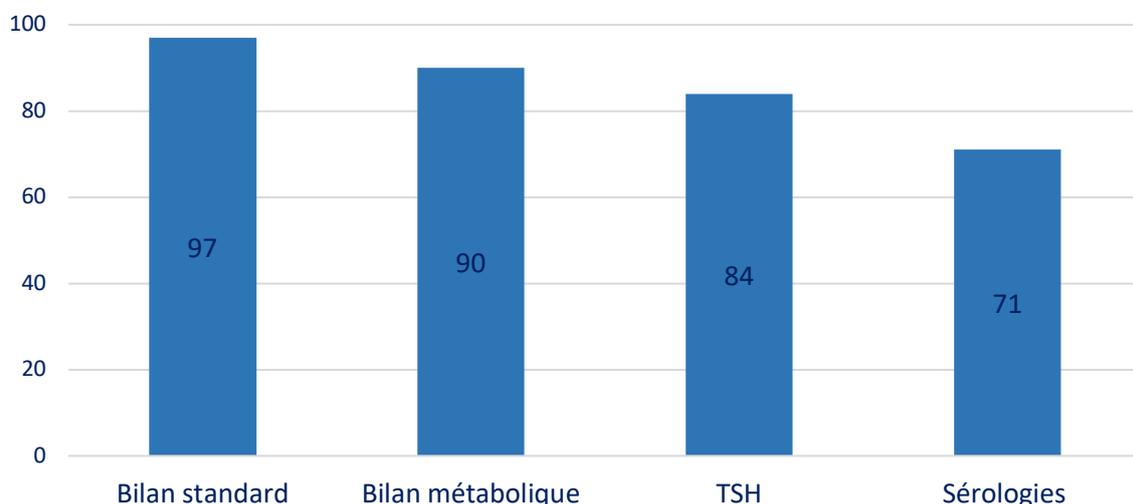
Il a été complété par un **bilan métabolique** (comprenant une glycémie à jeun et une exploration des anomalies lipidiques) chez 28 patients (90%).

La **TSH** a été explorée pour 26 patients (84%).

Les **sérologies** concernant les maladies sexuellement transmissibles (VIH, hépatite B, hépatites C et syphilis) ont été demandées pour 22 d'entre eux (71%).

D'autres dosages ont été effectués selon le contexte clinique : **béta-HCG** pour 3 patients (10%), **ferritine** pour 2 patients (6%) et **albumine** pour 5 patients (16%).

Contenu du bilan biologique réalisé en début d'hospitalisation (résultats exprimés en pourcentage des dossiers de la cohorte, n=31).



**Imagerie**

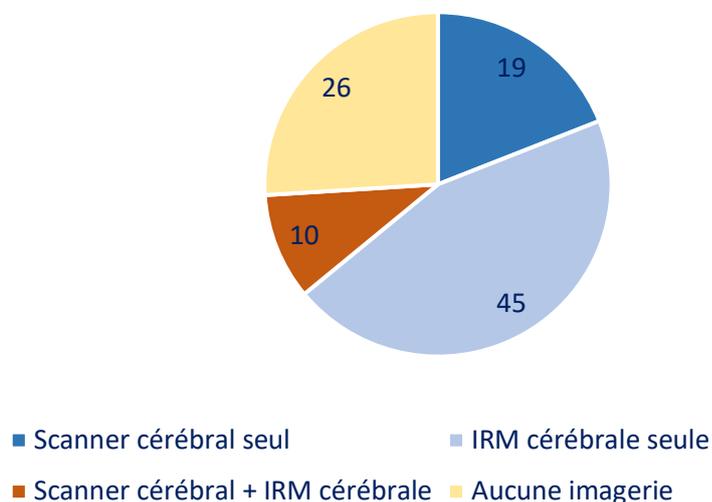
La réalisation d'une imagerie cérébrale est recommandée au bilan initial d'un PEP afin d'éliminer un diagnostic différentiel. Dans notre étude, l'imagerie était prescrite par le médecin généraliste, en lien parfois avec le psychiatre. Elle était organisée conjointement avec le cadre de santé puisque sa réalisation nécessitait l'accompagnement d'un infirmier.

**23 patients ont bénéficié d'une imagerie cérébrale (74%).**

**Un scanner cérébral a été réalisé pour 9 patients (29%).** Pour 5 d'entre eux, il a été réalisé aux urgences avant l'hospitalisation (16%). Pour les 4 autres, il a été réalisé pendant l'hospitalisation (13%).

**Une IRM cérébrale a été demandée pour 17 patients (55%).** Pour 7 d'entre eux, elle a été réalisée pendant l'hospitalisation (23%). Pour les 10 autres, elle était prévue en ambulatoire après sortie d'hospitalisation (32%). Parmi ces 10 patients, 7 avaient leur rendez-vous notifié dans le courrier de sortie mais nous n'avions pas de trace écrite du résultat de l'examen (23%). Pour les 3 derniers, le résultat a été récupéré par le médecin généraliste puis recopié dans le dossier après sortie du patient (10%).

Imagerie cérébrale programmée ou réalisée (résultats exprimés en pourcentage de patients de la cohorte, n=31).



**Électrocardiogramme**

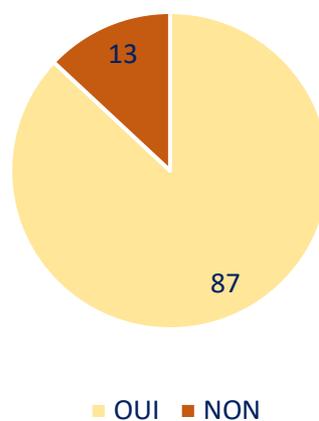
D’après les recommandations, un ECG doit être réalisé avant l’introduction d’un antipsychotique. L’objectif est d’éliminer une cardiopathie et notamment un QT long congénital ou acquis.

Dans notre étude, l’ECG pouvait être prescrit par le médecin généraliste ou le psychiatre. Il était interprété par le médecin généraliste.

**L’ECG a été réalisé en début d’hospitalisation pour 27 patients sur les 31 (87%).**

Il s’agissait de l’ECG récupéré des urgences pour 4 dossiers sur les 27 (15%). Un seul ECG avait été réalisé au plateau technique de l’EPSM Saint André (en résultait une interprétation par un cardiologue). Les autres ECG avaient été réalisés dans le service d’hospitalisation (22 dossiers sur les 27 soit 81%).

ECG réalisé en début d'hospitalisation (résultats exprimés en pourcentage de patients de la cohorte, n=31).



#### **4. Données initiales du dossier**

##### **Présence d'un médecin traitant**

Il est recommandé de demander et notifier le nom du médecin traitant du patient afin de permettre une coopération et une coordination dans les soins.

**Dans notre étude, l'existence d'un médecin traitant a été notifiée pour 27 patients sur les 31 (87%).** Pour 20 dossiers, le médecin traitant était visible dans l'observation médicale initiale du médecin généraliste (64%). Pour 3 autres, le médecin traitant était seulement noté sur le courrier médical de sortie (10%). Pour 4 patients, le médecin traitant avait été recherché mais était inexistant (13%).

##### **Personne de confiance**

La personne de confiance était une donnée recueillie par le personnel paramédical lors de l'entrée en hospitalisation. Elle permettait le recueil et la transmission d'informations médicales importantes.

**Elle a été notifiée dans 23 dossiers sur les 31 analysés (74%).**

#### ***C. Suivi somatique***

Le suivi somatique faisait partie intégrante des recommandations. Il correspondait à la gestion des effets indésirables médicamenteux, à la prévention et à la prise en charge des comorbidités somatiques, ainsi qu'à la gestion du risque métabolique dû à la maladie et à son traitement.

Il pouvait être réalisé en hospitalisation et/ou en ambulatoire.

## 1. En hospitalisation

Le suivi somatique était réalisé tout au long de l'hospitalisation par le médecin généraliste, parfois conjointement avec le psychiatre et l'équipe paramédicale.

### a) Effets indésirables médicamenteux

**Des informations concernant la recherche ou la prise en charge des effets indésirables médicamenteux ont été mentionnées dans 17 dossiers sur les 31 (55%).**

Ces informations ont été notifiées par le médecin psychiatre dans 15 dossiers et par le médecin généraliste dans 2 dossiers.

Les effets indésirables retrouvés étaient ceux des neuroleptiques exclusivement : syndrome pyramidal, prise de poids, constipation, hyposialie, trouble érectile et hoquet. Leur prise en charge pouvait faire intervenir le psychiatre ou le médecin généraliste. Elle pouvait consister en une baisse de posologie du traitement antipsychotique, un switch thérapeutique ou encore une mise en place d'un traitement symptomatique de l'effet indésirable (Lepticur / Sulfarlem / Macrogol).

### b) Recherche et prise en charge des comorbidités somatiques

#### **Avis somatique**

Dans la majorité des cas, la sollicitation du médecin généraliste pour un avis somatique concernant un patient hospitalisé se faisait par un interlocuteur : psychiatre ou infirmier. Ces derniers étaient quotidiennement au contact du patient et recevaient ses plaintes.

**La notification d'un avis somatique pour un problème aigu pendant l'hospitalisation**

**a été retrouvée dans 16 dossiers sur les 31 (52%).**

Les différents motifs étaient les suivants : douleur dentaire, problème traumatologique, lésion cutanée, infection, plainte abdominale ou suivi de rapport sexuel à risque.

Le médecin généraliste réalisait alors un interrogatoire et un examen clinique, et demandait éventuellement des examens complémentaires.

### **Consultations spécialisées et prévention des pathologies d'organe**

Les informations concernant la prévention et le suivi des maladies d'organes ont concerné 3 domaines : gynécologique, bucco-dentaire et ophtalmologique.

**Le suivi gynécologique** a été abordé par le médecin généraliste au début de l'hospitalisation pour 7 femmes sur les 10 (70%). Le contenu précis de ce qui avait été demandé n'était pas clair (frottis, mammographie ou suivi de contraception).

Deux d'entre elles bénéficiaient d'un suivi gynécologique notifié comme « régulier ». Pour deux autres, le médecin généraliste de l'EPSM a insisté sur l'intérêt de reprendre un suivi en externe. Une autre a bénéficié d'une consultation médicale par le médecin généraliste de l'EPSM afin de discuter d'une contraception. Pour les deux dernières femmes, nous ne savons pas si le médecin a conseillé la reprise d'un suivi gynécologique.

**Le suivi bucco-dentaire** a été abordé chez les patients ayant présenté une plainte pendant l'hospitalisation. Trois patients ont bénéficié de soins dentaires au plateau technique de l'EPSM de Saint André dans un contexte de douleur dentaire (un dentiste y faisait des vacances). Il a été conseillé à deux autres patients de prendre rendez-vous avec leur dentiste habituel de ville pour des soins dentaires sans urgence.

Deux patients ont bénéficié d'une **consultation ophtalmologique** en semi-urgence pendant l'hospitalisation pour bilan de flou visuel. Nous ne savons pas si la question du

suivi ophtalmologique a été abordée chez les autres patients.

Nous n'avons pas trouvé de trace de suivi ou de prévention des autres pathologies d'organe dans les dossiers analysés.

c) Prévention sur l'hygiène de vie

**Hygiène alimentaire**

Des compléments alimentaires oraux ont été prescrits chez l'un des patients dans un contexte de dénutrition liée à une anorexie mentale. Nous n'avons pas trouvé de trace de suivi diététique dans les autres dossiers.

**Exercice physique**

La question de la pratique d'une activité physique régulière a été abordée par le psychiatre pour deux patients dans un contexte de prise pondérale récente. Les solutions thérapeutiques étaient l'encouragement à l'activité physique pour l'un et la proposition de l'activité marche au CATTP pour l'autre.

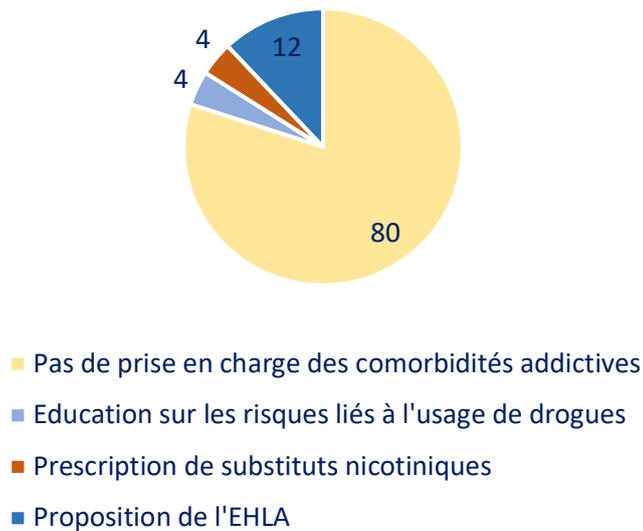
**Usage de substances nocives et addictions**

Sur les 31 patients, seulement 6 ont déclaré ne pas consommer de substance nocive ou toxique (19%). Pour les 25 patients consommateurs, on retrouvait les produits suivants : tabac (19 patients), cannabis (15 patients), alcool (2 patients) et ecstasy (2 patients).

**La prise en charge des comorbidités addictives a été abordée chez 5 patients sur les 25 consommateurs (20%).** Il s'agissait des prises en charge suivantes : informations sur les risques liés au tabac et au cannabis par le médecin généraliste (1 patient soit 4%),

prescription de substituts nicotiques (1 patient soit 4%) et proposition par le psychiatre du passage de l'Équipe Hospitalière de Liaison en Addictologie (EHLA) (3 patients soit 12%).

Prise en charge des comorbidités addictives (résultats exprimés en pourcentage des patients de la cohorte, n=31).



#### d) Suivi métabolique

Pour rappel, le psychiatre a introduit un traitement antipsychotique chez l'ensemble des patients de la cohorte.

D'après les recommandations de l'ANSM, il convient de réaliser un suivi métabolique pour ces patients (biométries et biologies), rythmé par un calendrier précis.

#### **Biométries**

**Nous avons retrouvé la notification d'un suivi de poids et d'IMC pour 3 patients sur les 31 (10%).** Les intervalles de suivi étaient aléatoires et ne correspondaient pas aux recommandations.

### **Biologies**

**Nous n'avons recueilli aucune information concernant le suivi métabolique biologique** (glycémie à jeun ou exploration des anomalies lipidiques) en hospitalier, que ce soit en prescription ou en résultat d'examens.

#### e) Électrocardiogramme

L'indication d'un ECG de suivi post introduction d'antipsychotique était peu claire : il devait être réalisé 4 semaines après l'introduction selon les facteurs de risque cardio-vasculaire du patient.

**Des données électrocardiographiques de suivi sous antipsychotique ont été recueillies pour 2 patients sur les 31 (6%).** Les deux examens avaient été demandés par le psychiatre avant injection de Palipéridone.

#### f) Ordonnances

Les ordonnances de sortie d'hospitalisation étaient réalisées par le psychiatre référent.

**Nous avons retrouvé ces ordonnances pour 16 patients (52%).**

Elles comportaient toujours le traitement à visée psychiatrique. Trois d'entre elles comprenaient aussi le traitement des effets indésirables du neuroleptique. Une ordonnance comportait des patchs nicotiniques. Sur une autre était prescrit une ampoule de vitamine D.

g) Coordination des soins

Un suivi médical de bonne qualité implique la coopération des divers intervenants autour du patient. Dans notre étude, différents outils permettaient de faire le lien entre l'hôpital et le secteur ambulatoire.

**Appel téléphonique avec le médecin traitant**

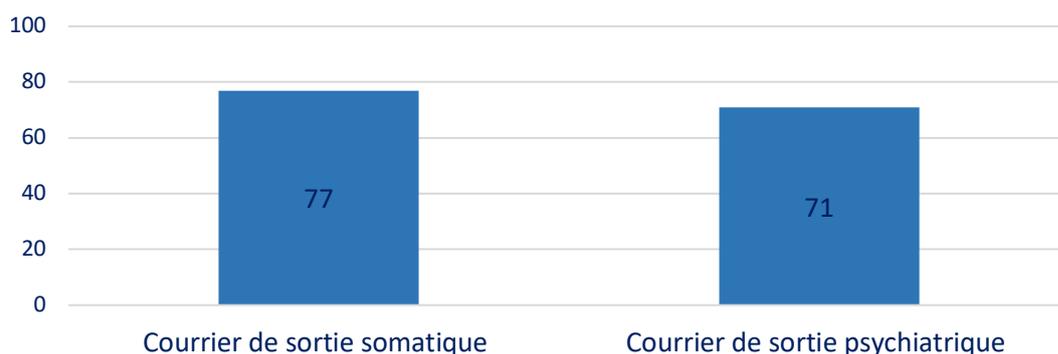
Rappelons que 4 patients n'avaient pas de médecin traitant.

Pour 6 patients, le médecin généraliste de l'EPSM a tenté de joindre par appel téléphonique le médecin traitant (19%). L'appel a abouti pour 5 patients (16%). Il s'agissait de recueillir des informations médicales (antécédents du patient, traitements et état clinique avant hospitalisation), ou bien d'informer le médecin traitant d'une sortie précoce ou d'un non-retour de permission de sortie.

**Courriers**

Le courrier de sortie somatique a été retrouvé dans 24 dossiers sur les 31 (77%). Le courrier de sortie du psychiatre a été retrouvé dans 22 dossiers (71%).

Présence d'un courrier de sortie d'hospitalisation  
(résultats exprimés en pourcentage des patients de la  
cohorte, n=31).



Nous avons retrouvé d'autres courriers dans les dossiers analysés, témoignant d'une coopération entre les secteurs hospitalier et ambulatoire :

- Courrier d'un psychiatre à un autre dans un contexte de relai de secteur,
- Complément de courrier de sortie du médecin généraliste de l'EPSM adressé au médecin traitant après réception d'un bilan biologique complémentaire.

## 2. En ambulatoire (CMP)

### a) Organisation

Dans notre étude, 25 patients ont bénéficié d'un suivi médical au CMP (81%).

Les patients consultaient leur psychiatre référent mensuellement. Il s'agissait d'évaluer le patient sur le plan médical une fois la maladie plus ou moins stabilisée et de réévaluer son traitement. De façon sporadique, il existait des consultations avec les infirmiers mais le contenu de ces entretiens était inaccessible (sauf pour les données biométriques qui ont pu être récupérées). Il n'a pas été retrouvé d'informations concernant d'autres consultations au CMP (diététique ou autres prises en charge médicale et paramédicale).

Les informations recueillies concernant la prise en charge somatique ambulatoire provenaient donc des consultations avec le psychiatre ou des données biométriques notifiées par les infirmiers.

### b) Suivi somatique

**Nous n'avons pas retrouvé de notifications concernant la recherche ou la prise en charge des comorbidités au CMP (comorbidités addictives notamment).**

**De même, il n'a pas été récupéré d'informations concernant des actes de prévention.**

**Concernant le suivi métabolique au CMP, nous avons retrouvé un suivi de poids et d'IMC chez deux patients (8%). Nous n'avons recueilli aucune trace de suivi biologique métabolique que ce soit sur les dossiers informatisés ou papiers.**

A noter que dans deux dossiers, il était explicité que le médecin traitant renouvelait le traitement antipsychotique. Nous n'avons pas vérifié si le suivi métabolique avait été assuré par le médecin traitant dans ce contexte.

**Nous avons retrouvé une ou plusieurs ordonnances dans 13 dossiers (52%) du CMP.**

Elles comprenaient systématiquement le traitement à visée psychiatrique.

c) Coordination des soins

Nous avons recueilli quelques courriers médicaux adressés au médecin généraliste ou au psychiatre :

- Courrier du psychiatre du CMP au médecin traitant pour informer de l'état clinique du patient et des changements thérapeutiques effectués, et demande de prise en charge en ALD,
- Courrier du médecin traitant adressé au psychiatre du CMP afin de demander des précisions sur l'état psychiatrique d'un patient.

# DISCUSSION

## I. Discussion autour des résultats

### A. Synthèse des résultats

Les résultats de notre étude semblent mettre en évidence que l'adéquation aux recommandations de prise en charge somatique dans le PEP est globalement faible.

Des défaillances ont été observées à chaque étape du parcours de soins. Celles-ci paraissaient encore plus présentes en ambulatoire.

Plus précisément, on peut faire les distinctions suivantes :

- La prise en charge hospitalière selon les recommandations somatiques était fluctuante et pourrait être optimisée. Le contenu du bilan initial semblait médecin-dépendant, et la réalisation de l'examen clinique et de l'ensemble des examens paracliniques initiaux était souvent incomplète. De plus, le suivi somatique hospitalier paraissait défaillant. Ce qui pouvait notamment en témoigner était le manque d'informations retrouvées concernant les suivis du poids, du bilan biologique métabolique et des données électrocardiographiques, y compris pour les gens hospitalisés pendant une longue période. De même, les actes de prévention notamment en ce qui concerne les addictions étaient peu présents.
- Par ailleurs, la prise en charge somatique ambulatoire au CMP paraissait inefficace. Très peu d'informations concernant le suivi métabolique ou la prise en charge des addictions ont été retrouvées. De plus, la collaboration entre le psychiatre et le médecin traitant semblait peu présente.

Concernant les données de la littérature, nous n'avons pas retrouvé d'études descriptives récentes s'intéressant spécifiquement au contenu de la prise en charge somatique dans le PEP, en hospitalier ou en ambulatoire. D'autres études pourraient être menées afin de comparer ou appuyer nos résultats.

### ***B. Facteurs participant aux défauts de prise en charge***

Quelques explications résultant des constats observés ont été synthétisées.

- **Une prise en charge basée sur les habitudes de chaque praticien**

Le contenu de la prise en charge des patients paraissait souvent dépendant du médecin qui l'effectuait. Celui-ci semblait guidé par ses propres habitudes et expériences. Il a été remarqué que les bilans et suivis étaient plus ou moins exhaustifs selon les praticiens. On peut ainsi imaginer une difficulté à améliorer et optimiser ses pratiques personnelles une fois les habitudes ancrées.

- **Une prise en charge peu proactive**

Comme expliqué dans les résultats, le médecin généraliste était toujours présent pour la première évaluation somatique en début d'hospitalisation.

Dans le cadre du suivi des comorbidités en hospitalisation, il était constaté que le médecin généraliste consultait les patients à la suite d'une sollicitation liée à un problème aigu.

A l'inverse, il n'y avait que très peu de traces de consultations médicales « spontanées » envers un patient et donc peu d'actes de prévention. Ainsi, on peut imaginer que dans de

nombreux cas, le patient n'était examiné qu'une seule fois par le médecin généraliste, en début d'hospitalisation.

Il a été observé aussi un manque d'exploitation d'informations médicales importantes par le médecin généraliste. Par exemple, deux des patients ont eu une prise de poids significative avec le temps. Ces informations ont cependant échappé à l'œil du médecin généraliste et n'ont pas donné suite à des soins particuliers hormis l'incitation à de l'activité physique par le psychiatre. Il aurait par exemple pu y être associé une proposition de prise en charge diététique si l'état psychique du patient le permettait. Autrement dit, la prise en charge médicale somatique du patient en EPSM était globalement peu proactive. On a pu constater une médecine performante dans la prise en charge des pathologies aiguës, mais une médecine préventive et de suivi médical à long terme moins efficace. Ces patients étaient pourtant à risque de développer des comorbidités à moyen et long terme.

- **Sous implication des outils d'aide à la prise en charge**

L'EPSM possède des ressources médicales sur place qui semblaient peu sollicitées. On peut citer comme exemples l'équipe diététique, l'équipe d'addictologie mobile (EHLA) et le plateau technique comprenant notamment un cardiologue et un dentiste. Ces outils auraient pu être de bonnes aides thérapeutiques surtout pour ces patients chez qui les comorbidités peuvent se développer avec l'évolution de la maladie.

- **Manque de coopération et de coordination dans les soins**

Les personnes « ressources » comme le pharmacien et le médecin traitant étaient peu sollicitées, alors qu'elles auraient pu avoir une valeur ajoutée dans la prise en charge

(conciliation médicamenteuse notamment). En ce sens, un contact téléphonique avec le médecin traitant devrait être systématique en début d'hospitalisation afin de recueillir ou mettre en commun les informations médicales essentielles (antécédents médicaux, traitement, mode de vie et d'accompagnement notamment).

De même, le peu de notifications d'informations somatiques au CMP (notamment concernant le bilan métabolique de suivi) suggérait qu'il y avait très peu de collaboration entre le médecin traitant et le psychiatre en ambulatoire.

Le manque de traçabilité des informations sur le logiciel (courriers, ordonnances) était aussi le témoin d'un défaut dans la coordination des soins. Cela pouvait engendrer une perte d'informations pour les autres intervenants de la prise en charge ou amener à des erreurs de prescriptions ultérieures.

Par ailleurs, le rôle spécifique du médecin généraliste ou du psychiatre n'est pas clairement établi dans les recommandations, notamment en ce qui concerne le suivi autour de la prescription d'un antipsychotique :

- Qui du médecin généraliste ou du psychiatre est sensé prescrire et interpréter le bilan métabolique de suivi après introduction d'un traitement antipsychotique ?
- Qui prescrit l'ECG en cas de majoration de posologie d'un antipsychotique ?
- Qui prescrit l'imagerie cérébrale lors du PEP ?

On pouvait imaginer que dans certains cas un médecin comptait sur la responsabilité d'un autre sans concertation. Ce manque de clarté pouvait amener à des oublis, ou à un manque de rigueur dans le suivi. Le concept de « collusion de l'anonymat » décrit par Balint dans son livre « *Le médecin, son malade et la maladie* » paru en 1960 peut être introduit à ce sujet. Il souligne l'effet potentiellement délétère de la multiplicité de professionnels de santé autour d'un patient. Il arrive que dans ce contexte, une décision

est finalement prise sans que personne ne s'en sente vraiment responsable. Cela pose aussi la question de la responsabilité légale sous-jacente en cas de complication médicale.

- **Obstacles liés au patient**

Les patients hospitalisés pour un PEP présentaient souvent des symptômes psychotiques francs et un rapport à la réalité perturbé. L'implication des patients dans leur prise en charge pouvait donc être complexe, surtout en début d'hospitalisation avant l'introduction du traitement antipsychotique. La pratique de l'examen clinique, la réalisation d'un ECG ou d'une imagerie cérébrale nécessitaient une bonne coopération du patient ce qui pouvait être un frein à sa réalisation. Ainsi, il pouvait facilement y avoir une mise en échec des soins proposés.

Par ailleurs, en sortie d'hospitalisation, il pouvait être difficile de poursuivre l'adhésion aux soins (deux patients ne se sont pas présentés à leur rendez-vous de consultation au CMP en sortie d'hospitalisation). On peut imaginer que cette difficulté est accentuée lorsque le patient n'a pas de médecin traitant. Se pose alors la question de l'implication de la famille et de la personne de confiance dans la gestion du relai ambulatoire. De plus, l'assistante sociale peut avoir un rôle à jouer afin de favoriser l'insertion des patients et leur accès à certaines ressources.

## **C. Formulation de propositions pour améliorer les soins**

### **1. Redéfinir une prise en charge claire et efficace en interne**

- **Mise en place d'un protocole en interne**

Il pourrait être utile de réaliser un protocole de prise en charge médicale du patient adressé aux médecins et aux internes de médecine générale, basé sur des recommandations actuelles. Les buts seraient d'optimiser la prise en charge de ces patients et d'harmoniser les pratiques. Ce protocole, adapté à la pathologie, détaillerait les éléments indispensables de prise en charge initiale et de suivi somatique du patient, à la fois sur le plan clinique et paraclinique. Il décrirait la nature des examens réalisés et sa fréquence de réalisation au cours du suivi médical.

A ce sujet, une thèse de médecine réalisée en 2019 avait pour objectif de décrire et analyser les pratiques professionnelles des médecins généralistes concernant le suivi électrocardiographique du patient sous antipsychotique. 78% d'entre eux pensaient qu'un consensus concernant le suivi ECG des patients sous neuroleptiques était nécessaire. Ainsi une information claire et identique pour tous les professionnels de santé permettrait d'améliorer le suivi et diminuer la morbi-mortalité de ces patients (36).

- **Meilleure définition des responsabilités de chacun**

D. Lawrence et al. a réalisé une revue de la littérature en 2010 regroupant de nombreux articles sur le thème de l'inégalité des soins pour les patients souffrant de troubles mentaux sévères (37). Ils mettaient en avant la séparation de la prise en charge psychiatrique / somatique ayant pour conséquence un flou sur le suivi médical du patient : « Qui prend en

charge quoi ? ». On peut ainsi imaginer l'élaboration de lignes directives claires, indiquant les responsabilités du médecin généraliste et celui du psychiatre quant au suivi médical en hospitalier et en ambulatoire, notamment autour de la prescription du traitement antipsychotique. Cela amènerait plus de rigueur dans le suivi médical du patient.

## **2. Coopération des différents acteurs dans les soins**

- **Synthèses pluridisciplinaires**

Des synthèses pluridisciplinaires régulières des patients ont déjà lieu dans certains EPSM ou CMP. Elles mettent en commun les différents axes de prise en charge du patient : psychiatrique, social et somatique. Ces réunions sont l'occasion d'échanger avec les autres praticiens, d'avoir un regard neuf sur les dossiers, et d'œuvrer pour une prise en charge globale et personnalisée. Elles sont sans aucun doute à poursuivre et à optimiser, notamment sur le versant somatique.

L'étude de Simand et al. datant de 2012 et réalisée à Grenoble s'intéressait à la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres lors de l'apparition d'un syndrome métabolique sous antipsychotiques. Les résultats mettaient en évidence une collaboration globalement insatisfaisante entre les deux parties ayant comme conséquence un suivi non optimal des malades. Les solutions proposées étaient souvent simples et réalisables (appels téléphoniques, réunions pluridisciplinaires ...) et consistaient finalement en l'application de méthodes déjà existantes mais sous exploitées (38).

Dans le même ordre d'idées, on peut évoquer le dossier médical partagé (DMP) comme

éventuelle solution pour une meilleure coordination dans les soins. Ce carnet de santé numérique conserve et sécurise les informations de santé du patient bénéficiant d'un régime de sécurité sociale. Il permet de partager ces informations entre professionnels de santé afin de prodiguer les meilleurs soins possibles. L'Assurance Maladie a lancé le DMP fin d'année 2018. Un an après, en décembre 2019, le nombre de DMP ouverts a dépassé les 8 millions d'après les données de l'Assurance Maladie. Cet outil existant est récent mais probablement encore insuffisamment exploité par les praticiens. Une étude qualitative réalisée en 2018 identifiait certains freins à l'utilisation du DMP : il s'agissait notamment de craintes sur la perte de temps lors de consultation et sur la complexité de l'outil (39).

- **Conciliation médicamenteuse**

Notre travail montre que le principe de la conciliation médicamenteuse, un outil intéressant dans la sécurité des soins et renforçant le lien ville - hôpital, est sous-utilisée lors du bilan initial d'hospitalisation. C'est une démarche utilisant la coopération des professionnels de santé prenant en charge le patient, qui compare l'ensemble des traitements de routine d'un patient avec les ordonnances émises aux diverses étapes de son parcours de soins. Elle permet de prévenir et d'intercepter les erreurs d'anamnèse médicamenteuse à l'admission du patient. Elle rejoint l'idée du DMP.

Une étude réalisée en 2017 avait pour objectif la mise en place d'une conciliation médicamenteuse à l'admission en psychiatrie. On comparait l'ordonnance médicale à l'admission du patient avec le bilan médicamenteux optimisé (rédigé après concertation avec le médecin généraliste, le spécialiste, le pharmacien ou l'aidant) afin d'identifier les écarts appelés « divergences non intentionnelles » (DNI). Le nombre moyen de DNI (erreur de médicament, de posologie, d'heure de prise, de voie d'administration ou de

durée de traitement) par conciliation était de 0,97 et les DNI portaient essentiellement sur les médicaments somatiques (81,6% des DNI). Cela a entraîné des modifications de prescription dans 95% des cas (40). Cette étude mettait en avant le bénéfice de la conciliation médicamenteuse dans la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

- **Optimisation d'outils thérapeutiques préexistants**

Dans une optique d'amélioration de la prévention pour ces patients, il pourrait être intéressant de majorer la sollicitation des outils thérapeutiques en intra ou extra hospitalier.

*Point particulier sur la prévention et les dépistages*

Ayant réalisé un stage en psychiatrie durant mon internat de médecine générale, j'ai pu être sensibilisée à la question de la prévention en psychiatrie. A ce sujet, le cas d'une patiente pendant ce stage m'avait marqué. Il s'agissait d'une patiente de 50 ans suivie pour dépression résistante avec syndrome catatonique depuis de nombreuses années et pour qui le ralentissement psychomoteur, les troubles de la mémoire et de l'attention s'aggravaient. Après plusieurs hospitalisations et de nombreuses investigations, nous avons découvert que les symptômes étaient causés par des métastases cérébrales en lien avec un cancer mammaire. Cette patiente n'avait pas de suivi gynécologique. Ce cas m'a permis de me rendre compte de deux choses. Premièrement, une pathologie psychiatrique peut mimer une pathologie d'organe et inversement. A ce sujet, il faut savoir que 3% des PEP auraient une origine organique (7). Ainsi, la prise en charge somatique a toute sa part dans le domaine de la psychiatrie. Deuxièmement, cette population est aussi caractérisée par un manque de dépistage générale. En ce sens, une thèse de médecine réalisée en 2004 a étudié la qualité du suivi gynécologique des patientes au CMP suivies

principalement pour dépression et schizophrénie. L'étude montrait que le suivi était significativement moins bon au CMP par rapport au cabinet de ville. 51% des patientes au CMP avaient eu un examen gynécologique dans l'année, 62% avaient bénéficié d'un frottis dans les 2 dernières années. Les facteurs prédictifs de mauvais suivi étaient notamment la consommation de neuroleptiques (41). Étant donné une probable défaillance dans l'accès aux soins pour les patients psychotiques, il faudrait profiter du fait qu'ils soient dans un parcours de soins (hospitalisation ou suivi au CMP) pour réaliser des actes de prévention et de dépistage, avec leur coopération. On pourrait imaginer mettre en place des créneaux de consultation spécifiques auprès d'un cabinet extérieur afin d'assurer le suivi des patientes hospitalisées qui le nécessitent et l'acceptent.

Cette idée est bien sûr à tempérer afin de laisser toute la place au médecin traitant s'il existe une relation de soins de bonne qualité avec le patient.

#### Point particulier sur la prise en charge en addictologie

Comme expliqué précédemment, les patients souffrant de troubles psychiques sévères meurent principalement de troubles cardio-vasculaires et de cancers. Or, ces pathologies sont favorisées par la consommation d'alcool, de tabac, et probablement de cannabis (les études sont moins claires à ce sujet). Une étude française datant de 2020 a proposé une estimation des comorbidités addictives dans une population de schizophrènes pris en charge en ambulatoire au CMP. Les résultats étaient les suivants : 52,8% de la population présentaient des critères de dépendance au tabac d'après les critères DSM IV, 24,5% souffraient d'un mésusage de l'alcool (selon l'échelle CAGE DETA) et 9,4% étaient dépendants au cannabis (d'après l'utilisation du questionnaire CAST) (42). Lorsqu'on met en corrélation la prévalence importante des comorbidités addictives et leur impact néfaste

sur le plan somatique, il paraît indispensable d'inciter les patients qui y sont réceptifs à une prise en charge en addictologie.

Dans une autre perspective, des études ont été menées afin de montrer l'association entre consommation de cannabis et schizophrénie. En ce sens, l'étude de Sven Andreasson et al. a étudié entre 1969 et 1970 45570 conscrits de l'armée suédoise. Après 15 années de suivi, il ressort un risque 6 fois plus élevé de développer une schizophrénie chez les grands consommateurs de cannabis inclus dans l'étude (43). Par ailleurs, la consommation de cannabis pourrait être considérée comme un facteur déclenchant ou précipitant des troubles psychotiques. Dans ce contexte, une meilleure prise en charge des addictions en amont du PEP aurait un impact positif.

### **3. Un intervenant clé dans le parcours de soins : l'Infirmier en Pratiques Avancées (IPA)**

Le concept de « pratiques avancées » est novateur. Il pourrait être un nouvel outil dans la prise en charge somatique des patients en psychiatrie et en particulier en ambulatoire. Comme il a été expliqué, les difficultés de prise en charge somatique du patient peuvent venir à la fois du patient et du praticien :

- Le patient a parfois une mauvaise adhésion des soins (absence de médecin traitant, rendez-vous médicaux manqués, examens prescrits mais non réalisés...)
- Les praticiens sont fidèles à leurs pratiques et il est parfois difficile de faire bouger les choses de l'intérieur.

Ainsi, on peut suggérer l'idée qu'un intervenant extérieur pourrait avoir un nouveau rôle dans la prise en charge somatique de ces patients.

- **Généralités sur les IPA**

L'article 119 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, a créé l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique et a introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux. Le but premier de ce concept était de solutionner la problématique de désertification médicale. Depuis 2010, le nombre de médecins libéraux diminue chaque année. Par ailleurs, d'après les données de la CARMF (caisse autonome de retraite des médecins de France) de 2020, la moyenne d'âge des psychiatres libéraux cotisants en France est de 57,88 ans ce qui en fait une population vieillissante. Ces constats appellent à des changements dans l'organisation des soins.

Le concept de « pratique avancée » existe déjà dans de nombreux pays avec un objectif commun : la coopération entre professionnels de santé (qui apparait comme une tendance depuis quelques années).

En France, il faut au minimum trois ans d'exercice en tant qu'infirmier pour se former. La formation qualifiante est composée d'une première année de tronc commun et d'une deuxième année en lien avec la spécialité choisie (44). Les premières promotions d'IPA ont commencé leur formation en 2018 dans 16 universités implantées dans 8 régions. L'exercice serait ambulatoire au sein d'une équipe de soins premiers coordonnée par un médecin (par exemple maison de santé). Il pourrait aussi s'exercer en établissement de santé, en établissement médico-social ou dans un hôpital des armées (45).

Il existe plusieurs enseignements possibles (46) :

- Pathologies chroniques stabilisées et poly-pathologies courantes en soins primaires,
- Oncologie et hémato-oncologie,
- Maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale,

- Santé mentale depuis 2019-2020.

- **Bénéfices attendus**

Des bénéfices sont attendus pour la profession d'infirmier, pour les médecins, pour les patients ainsi que pour le système de santé.

On attend une collaboration entre professionnels de santé pour améliorer la qualité du parcours de soins hôpital - ambulatoire. De plus, ce concept entretient l'idée qu'il devient indispensable d'adopter un virage ambulatoire. Cela permettrait une meilleure réponse à la demande des besoins de santé de la population, notamment liée aux maladies chroniques (incluant les maladies psychiatriques). Cela apporterait aussi une solution au problème de désertification médicale dans certaines régions.

Pour la profession d'infirmier, le but serait une diversification de leur exercice et une autonomie renforcée. De nouvelles missions pourraient leur être confiées (réalisation d'actes techniques, prescription, renouvellement et adaptation des traitements, surveillance clinique et paraclinique, actions de prévention, dépistage et éducation des patients).

Cela apporterait une forme de proactivité dans la prise en charge somatique de ces patients. On sait que les patients schizophrènes sont à risque de comorbidités somatiques. Celles-ci sont sous détectées et les comorbidités somatiques sont diagnostiquées à un stade tardif et plus grave (47). Dans ce contexte, les IPA pourraient être une aide précieuse. Le parcours de soins serait fléché dès le début de la maladie pour anticiper les complications et insister sur la prévention.

On pourrait imaginer un parcours de soins de ce type : l'introduction d'un antipsychotique par un psychiatre. Il y aurait dans le même temps une consultation par le médecin traitant ou un médecin généraliste afin de s'assurer de l'absence de comorbidité ou de contre-indication au traitement. Enfin, un IPA pourrait se charger du suivi du patient au CMP selon un protocole et un rythme pré-établis avec une fiche codifiée (check-up des nouvelles comorbidités, gestion et rapport des effets indésirables, suivi biologique et actes de prévention). Il pourrait également faire le lien entre le psychiatre et le médecin traitant. Le tout serait coordonné par un médecin lors de synthèses régulières.

- **Freins à ce concept**

Même si la création de cette nouvelle profession peut avoir un intérêt dans la réponse aux déserts médicaux et dans le suivi des pathologies chroniques, certaines questions persistent.

Une thèse qualitative de médecine réalisée en 2019 s'intéressait à l'opinion des médecins généralistes au sujet de cette nouvelle profession. Ils estimaient que les inconvénients seraient plus importants que les bénéfices annoncés. Ils craignaient notamment la perte du rôle central du médecin traitant dans la prise en charge des malades et la perte du contact humain. De plus, des interrogations concernant la responsabilité de chacun des praticiens et l'importance des contraintes organisationnelles étaient observées (48).

## II. Discussion autour de la méthodologie de l'étude

### **A. Forces de l'étude**

Le sujet de notre travail apparaît comme un enjeu majeur en santé publique. La prise en charge des patients psychotiques semble de plus en plus efficace sur les plans psychiatrique et fonctionnel, cependant ces patients meurent prématurément de comorbidités somatiques. Ce constat est interpellant et appelle à des changements. De plus, la prise en charge des maladies chroniques incluant les questions de prévention et de coordination des soins sont des domaines d'actualité. Ce qui est intéressant dans notre étude réside aussi dans le fait que l'amélioration des soins passerait aussi et « simplement » par une meilleure organisation des soins.

L'étude a été réalisée sur plusieurs sites de l'agglomération lilloise. Dans l'enceinte de chaque établissement, les patients provenaient de différents secteurs. Cela a permis d'apporter une diversité dans la prise en charge médicale et dans l'organisation des soins.

Le nombre de recommandations semblait pertinent et le volume de données structurées significatif. La synthèse des recommandations était basée sur des sources sûres, certaines récentes et elle était appuyée par des recommandations internationales.

### **B. Limites de l'étude**

L'une des limites est liée au mode de recueil des données. Il s'agissait de données rétrospectives informatisées ou manuscrites. Le travail part du postulat qu'il existe une

bonne traçabilité des informations dans les dossiers. Cependant, certains éléments ont peut-être été abordés à l'oral et n'ont pas été retranscrits. Il a donc pu y avoir une sous-déclaration et une sous-estimation des évènements dans notre étude. Par ailleurs, certaines observations incomplètes se justifiaient peut-être par le fait que l'état de dissociation du patient rendait la prise en charge limitée.

J'ai réalisé le recueil de données et analysé les résultats seule. Cette réalité expose à un potentiel manque d'exploration des dossiers, ce qui constituerait un biais d'investigation.

Par ailleurs, l'étude a été réalisée sur un échantillon de l'agglomération lilloise. Les résultats ne sont pas nécessairement reproductibles au niveau régional ni national, ce qui pourrait constituer un biais de sélection.

L'une des limites de l'étude était lié au faible nombre de dossiers analysés. Cependant le but de la recherche ne résidait pas dans le nombre de dossiers étudié mais plutôt dans l'analyse fine des données, permettant de dresser un état des lieux des prises en charges et des défauts dans le parcours de soins.

Une nouvelle étude quantitative de plus grande ampleur pourrait être intéressante afin de chiffrer avec précisions les éléments décrits dans ce travail.

Concernant les sources utilisées pour la synthèse des recommandations, elles concernaient les pathologies psychiatriques sévères de façon générale, la schizophrénie, et le PEP. On pourrait se demander si les recommandations sur la prise en charge de la schizophrénie s'appliquent aux PEP. Il s'avère que les paramètres de prise en charge et de suivi se recoupent, sont répétitifs, et comme nous l'avons vu il existe un continuum dans l'évolution de la maladie. Cela n'a donc a posteriori pas posé de problème.

Par ailleurs, nous avons choisi d'étudier les PEP hospitalisés. Il faut tenir compte du fait qu'une certaine partie des patients présentant un PEP n'est pas hospitalisé et donc n'a pas été pris en compte dans notre étude. Il faudrait imaginer un autre travail pour étudier le suivi des PEP pris en charge exclusivement en ambulatoire.

## CONCLUSION

Dans notre étude, la prise en charge somatique des patients présentant un PEP a montré des défaillances en hospitalier, mais surtout en ambulatoire au CMP.

L'amélioration des soins dans ce domaine est un enjeu majeur dans le monde de la santé puisqu'elle pourrait permettre de mieux prévenir les complications somatiques liées à l'évolution de la pathologie et à terme améliorer l'espérance de vie de ces patients.

Les solutions pour optimiser leur prise en charge pourraient passer par une meilleure organisation des soins (meilleure définition des rôles de chacun des intervenants médicaux et mise à jour d'un protocole de prise en charge spécifique à la pathologie). Elles pourraient mettre en jeu des stratégies déjà présentes mais sous exploitées telles que les réunions pluridisciplinaires ou l'utilisation des personnes ressources (médecin traitant et pharmacien) mais aussi des outils innovants tels que la sollicitation des IPA.

Des études prospectives seraient intéressantes afin de juger de la pertinence et de la faisabilité de l'utilisation de ces derniers dans le domaine de la psychiatrie.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Tournier M. [First-episodes psychosis: clinical and epidemiological news]. *Encephale*. sept 2013;39 Suppl 2:S74-78.
2. Rivollier F, Lotersztajn L, Chaumette B, Krebs M-O, Kebir O. [Epigenetics of schizophrenia: a review]. *Encephale*. oct 2014;40(5):380-6.
3. ECN Référentiel de psychiatrie [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>
4. Tarricone I, Mimmi S, Paparelli A, Rossi E, Mori E, Panigada S, et al. First-episode psychosis at the West Bologna Community Mental Health Centre: results of an 8-year prospective study. *Psychol Med*. nov 2012;42(11):2255-64.
5. Kirkbride JB, Stubbins C, Jones PB. Psychosis incidence through the prism of early intervention services. *The British Journal of Psychiatry*. févr 2012;200(2):156-7.
6. Haute Autorité de Santé. Guide Ald23 Schizophrénie [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide\\_ald23\\_schizophr\\_juin\\_07.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf)
7. Krebs PM-O; DLF. Pour une prise en charge précoce et intégrée [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://idpsy.org/wp-content/uploads/2020/04/brochure-psychose-débutante.pdf>
8. Franck N. Clinique de la schizophrénie. *EMC psychiatrie*. 2013;17.
9. Bourcet S. Psychose aiguë, schizophrénie débutante et adolescence. *Adolescence*. 2005;no 52(2):225-39.
10. Coldefy M. Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes. *Revue française des affaires sociales*. 22 juin 2016;(2):21-30.
11. Hirsch V, Strizyk A. Du secteur au territoire : l'offre de soins ambulatoire au sein de la Communauté hospitalière de territoire pour la psychiatrie parisienne. *Revue française des affaires sociales*. 22 juin 2016;(2):275-80.
12. Fédération Française de Psychiatrie. Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités

thérapeutiques [Internet]. 2003 [cité 18 déc 2020]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confschizo2/recommlongues.htm>

13. Newman SC, Bland RC. Mortality in a Cohort of Patients with Schizophrenia: A Record Linkage Study\*. *Can J Psychiatry*. 1 mai 1991;36(4):239-45.
14. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry*. déc 2011;199(6):441-2.
15. Coldefy M. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la santé*. sept 2018;8.
16. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 1 avr 2017;4(4):295-301.
17. Laursen TM. Causes of premature mortality in schizophrenia: a review of literature published in 2018. *Curr Opin Psychiatry*. sept 2019;32(5):388-93.
18. Saravane D. Soins somatiques en psychiatrie [Internet]. 2016. Disponible sur: [http://www.eps-erasme.fr/Ressources/FCK/Soins\\_somatiques\\_en\\_psychiatrie\\_12-16\\_Web.pdf](http://www.eps-erasme.fr/Ressources/FCK/Soins_somatiques_en_psychiatrie_12-16_Web.pdf)
19. Department of Psychiatry, Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland, Piotrowski P, M. Gondek T, Królicka-Deręgowska A, Misiak B, Department of Genetics, Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland, et al. Causes of mortality in schizophrenia : an updated review of european studies. *Psychiat Danub*. 26 juin 2017;29(2):108-20.
20. Kugathasan P, Stubbs B, Aagaard J, Jensen SE, Munk Laursen T, Nielsen RE. Increased mortality from somatic multimorbidity in patients with schizophrenia: a Danish nationwide cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. oct 2019;140(4):340-8.
21. Lorabi O, Samalin L, Llorca PM. Comorbidités somatiques et schizophrénie : une interaction multifactorielle complexe. *La lettre du psychiatre*. nov 2010;VI(6):8.
22. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the

European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry*. 1 sept 2009;24(6):412-24.

23. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: Baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia Research*. 1 déc 2005;80(1):19-32.
24. Lambert TJR, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical journal of Australia*. 2003;178:4.
25. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(5):317-33.
26. Lecardeur L. *Troubles psychotiques : protocoles d'intervention précoce: Le guide du clinicien*. Elsevier Health Sciences; 2019. 224 p.
27. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. mars 2012;25(2):83-8.
28. Newcomer JW. Antipsychotic medications: Metabolic and cardiovascular risk. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(Suppl4):8-13.
29. Saravane D. Les recommandations somatiques, Congrès ANP3SM [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2014/06/4-SARAVANE.pdf>
30. Fédération Française de Psychiatrie, Conseil National Professionnel de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique [Internet]. 2015. Disponible sur: [http://www.psydoc-france.fr/conf%26rm/rpc/Reco\\_Soins\\_Soma\\_Psy.pdf](http://www.psydoc-france.fr/conf%26rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf)
31. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014. (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555203/>
32. ALD n°23 - Schizophrénies [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2007 [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_565630/fr/ald-n23-schizophrenies](https://www.has-sante.fr/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies)

33. Orygen, The National Centre of excellence in Youth Mental Health. Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis [Internet]. 2016. Disponible sur:  
<https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>
34. Afssaps. Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques [Internet]. 2010. Disponible sur:  
[https://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/9fbf487608c0e0e0647a9b0470a17c4f.pdf](https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9fbf487608c0e0e0647a9b0470a17c4f.pdf)
35. Haute Autorité de Santé. Rapport de certification EPSM Agglomération lilloise Saint André [Internet]. 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/31571\\_rac1\\_epsm\\_agglomeration\\_lilloise\\_saint-andre\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/31571_rac1_epsm_agglomeration_lilloise_saint-andre_vd.pdf)
36. Depreux P. Le suivi électrocardiographique des patients sous neuroleptiques en médecine générale dans le Nord Pas-de-Calais [Internet]. 2019 [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/c9eb9543-44a0-4132-914b-df0a48ffaf83>
37. Lawrence D, Kisely S. Review: Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol*. 1 nov 2010;24(4\_suppl):61-8.
38. Simand M, Windey C. Collaboration médecins généralistes et psychiatres : cas particulier du syndrome métabolique sous antipsychotiques atypiques. *Dépot universitaire de mémoires après soutenance*. 25 janv 2012;110.
39. Renault P-O. Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé : enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques en 2018. 23 sept 2019;90.
40. Leherle A, Kowal C, Toulemon Z, Dalle-pecal M, Pelissolo A, Leboyer M, et al. La conciliation médicamenteuse est-elle réalisable et pertinente en Psychiatrie ? : Retour d'expérience sur la mise en place de la conciliation à l'admission. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 1 mai 2020;78(3):252-63.
41. Kormann-Serre C. Etude pilote pour l'évaluation de la qualité du suivi gynécologique des patientes d'un centre médico-psychologique [Internet]. 2004. Disponible sur:  
<http://www.opengrey.eu/item/display/10068/753124>

42. Delignère A-L, Archambault G, Chalvin F, Perquier F, Lejoyeux M. Schizophrénie et addictions : Étude exploratoire chez 106 patients suivis en consultation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mars 2020;178(3):226-32.
43. Andréasson S, Engström A, Allebeck P, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia, a Longitudinal Study of Swedish Conscripts. *The Lancet*. 26 déc 1987;330(8574):1483-6.
44. Direction générale de l'offre de soins. Fiche de pratiques avancées [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche-pratique-avancees20-05-2019-stdc.pdf>
45. Direction générale de l'offre de soins. L'infirmier en pratiques avancées [Internet]. 2018. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_flyer\\_ssa\\_2018\\_a4\\_pratique\\_avancee.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_flyer_ssa_2018_a4_pratique_avancee.pdf)
46. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
47. Oud MJ, Meyboom-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam Pract*. 9 mai 2009;10(1):32.
48. Pirer S. Représentations et attentes des médecins généralistes concernant les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée [Internet]. Lille; 2019 [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/64680464-9924-42f2-8fef-e97025bc5f8d>

## ANNEXES

### Annexe 1 (25) :

**Summary of physical diseases which occur with increased or decreased frequency in schizophrenia according to our review**  
 (Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. Acta Psychiatr Scand. 2007).

MeSH disease category	Physical disease with increased frequency in schizophrenia
Bacterial infections and mycoses	Tuberculosis (+)
Virus diseases	HIV (++) , hepatitis B/C (+)
Neoplasms	Cancer in general (-)*
Musculoskeletal diseases	Osteoporosis/decreased bone mineral density (+)
Stomatognathic diseases	Poor dental status (+)
Respiratory tract diseases	Impaired lung function (+)
Nervous system diseases	Extrapyramidal side-effects of antipsychotic drugs (+), motor signs in antipsychotic naive patients (+), altered (reduced) pain sensitivity (+)
Urological and male genital diseases	Sexual dysfunction (+), prostate cancer (-)
Female genital diseases and pregnancy complications	Obstetric complications (++) , sexual dysfunction (+), hyperprolactinemia related side-effects of antipsychotics (irregular menses, galactorrhea etc.) (+)
Cardiovascular diseases	Cardiovascular problems (++)
Skin and connective tissue diseases	Hyperpigmentation (+)†, rheumatoid arthritis (-)
Nutritional and metabolic diseases	Obesity (++) , diabetes (+), metabolic syndrome including hyperlipidemia (+), polydipsia (+)
Endocrine system diseases	Thyroid dysfunction (+), hyperprolactinemia (+) (side-effect of a number of antipsychotics)

- (++) very good evidence for increased risk (e.g. population-based studies), (+) good evidence for increased risk, (-) evidence for decreased risk.
- The table does not list physical diseases that have only been shown to be related to the etiology of schizophrenia (e.g. influenza virus). There were no clearly increased rates of physical diseases in the categories 'parasitic diseases', 'digestive system diseases', 'otorhinolaryngological diseases', 'eye diseases', 'hemic and lymphatic diseases', 'congenital, hereditary, and neonatal diseases and abnormalities', 'immune system diseases', 'disorders of environmental origin', 'animal diseases', 'pathological conditions, signs and symptoms' or these diseases were listed in another category.
- \*The results on specific forms of cancer were mostly inconclusive due to contradictory results and limited power.
- †A side-effect of chlorpromazine, probably not a problem of most other antipsychotics.

**Annexe 2 : Grille d'adéquation aux recommandations de prise en charge somatique du premier épisode psychotique utilisée pour le recueil de données**

Numéro P :  
 Sexe :  
 Age :  
 Année d'hospitalisation :  
 Secteur dépendant :  
 Durée d'hospitalisation :  
 Traitement antipsychotique :  
 Prise en charge ambulatoire et durée :

**Bilan initial somatique :**

Thème	Sous thème	Présent dans le dossier	Absent du dossier	Commentaire éventuel	Personnel médical mis en jeu
<b>Interrogatoire</b>					
Antécédents médicaux-chirurgicaux	Personnels				
	Familiaux				
Facteurs de risque cardio-vasculaires					
Traitement médical habituel					
Mode de vie	Hygiène alimentaire				
	Activité physique				
	Conditions socio-économiques				
Comorbidités addictives					
Pratiques sexuelles à risque					
<b>Examen clinique</b>					
Recherche de comorbidités organiques	Examen général incluant examen neurologique				
Données biométriques	Taille				
	Poids				
	IMC				
	Périmètre abdominal				
	Pression artérielle				
<b>Examens complémentaires</b>					
Bilan biologique	Bilan standard				
	Bilan métabolique (Gly + EAL)				
	TSH				
	Sérologies virales				
	Autres				
Imagerie cérébrale					
ECG					

Autres					
<b>Données initiales du dossier</b>					
Médecin traitant					
Identité personne de confiance					

**Suivi somatique :**

Thème	Sous-thème	Présent dans le dossier	Absent du dossier	Commentaire éventuel	Personnel médical mis en jeu
<b>Effets indésirables médicamenteux</b>	Recherche / surveillance				
	Prévention				
	Traitement				
<b>Ordonnances pertinentes</b>					
<b>Dépistage / surveillance comorbidités somatiques</b>					
<b>Prévention / recommandations sur l'hygiène de vie</b>	Alimentation				
	Exercice physique				
	Tabagisme				
<b>Actes de dépistage</b>	Bilan gynécologique				
	Bilan respiratoire				
	Bilan bucco-dentaire				
	Bilan ophtalmologique				
<b>Suivi métabolique</b>	Données biométriques				
	Données biologiques				
	ECG				
<b>Prise en charge des addictions</b>					

**Coordination des soins :**

Thème	Sous thème	Présent dans le dossier	Absent du dossier	Commentaire éventuel	Personnel médical mis en jeu
<b>Disponibilité téléphonique du médecin traitant</b>					
<b>Courrier médical de sortie d'hospitalisation</b>					

### **Annexe 3 : Feuille protocolisée de début de prise en charge à l'EPSM de l'agglomération lilloise de Saint André**

#### OBSERVATION MEDICALE DE DEBUT DE PRISE EN CHARGE

Date d'entrée :

Date : Heure : Nom du médecin

Patient(e) de (âge), hospitalisé(e) en (mode d'hospitalisation) au (UF d'hospitalisation) pour (motif d'hospitalisation) via (lieu)

Médecin traitant (coordonnées) :

Psychiatre référent (coordonnées) :

Pharmacie (coordonnées) :

Motif d'hospitalisation :

Antécédents :

Sur le pan médical (notamment métabolique et cardiovasculaire) :

Sur le plan chirurgical :

Sur le plan gynécologique :

Sur le plan psychiatrique :

Sur le plan familial :

Allergies :

Traitement au domicile (nom, forme, posologie) :

Conciliation médicamenteuse (sources d'informations consultées) :

Mode de vie – situation sociale :

Toxiques :

Vaccinations :

Histoire de la maladie :

Entretien psychiatrique :

Examen clinique à l'entrée :

Général :

Poids (kg) :

Taille (cm) :

TA (mmHg) :

FC (bpm) :

SAO2 (%) :

T° :

Évaluation numérique de la douleur :

Mesures spécifiques liées au risque suicidaire (RUD) :

Cardiologique :

Pneumologique

Digestif :

Urologique :

ORL :

Dermatologique :

Traumatologique :

ECG le :

Biologie le :

Conclusion :

Traitement et conduite à tenir :

**AUTEUR : Nom : SUING**

**Prénom : Laure**

**Date de soutenance : Jeudi 28 Janvier 2021**

**Titre de la thèse : Comment améliorer l'espérance de vie des patients en psychiatrie ?  
Étude des recommandations de prise en charge somatique et évaluation des étapes du  
parcours de soins dans le premier épisode psychotique.**

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement : Psychiatrie et médecine générale**

**DES + spécialité : DES de médecine générale**

**Mots-clés :** premier épisode psychotique, schizophrénie, prise en charge somatique, soins somatiques, recommandations, parcours de soins, coordination des soins.

**Contexte :** Le premier épisode psychotique est l'un des modes d'entrée dans la schizophrénie. Une prise en charge médicale précoce de la maladie semble indispensable au vu des constats épidémiologiques concernant les patients schizophrènes. Il existe en effet une espérance de vie diminuée et une prévalence de comorbidités somatiques importante dans cette population. Dans notre étude, l'objectif était de décrire certains éléments du parcours de soins des patients (hospitalier ou ambulatoire) en regard des recommandations somatiques et de mettre en évidence les défauts de prise en charge.

**Matériel et méthode :** Nous avons mené une étude en deux parties. Dans un premier temps, nous avons réalisé une synthèse des recommandations existantes sur la prise en charge somatique du premier épisode psychotique. Dans un second temps, nous avons réalisé un travail observationnel. Il s'agissait d'analyser des dossiers médicaux de patients ayant été hospitalisés pour un premier épisode psychotique. Une grille d'adéquation aux recommandations a été complétée pour chaque patient.

**Résultats :** Trente et un dossiers médicaux ont été analysés. Le parcours de soins a été décrit en plusieurs parties : bilan somatique initial en hospitalisation et suivi somatique (hospitalier et/ou ambulatoire). Le bilan somatique initial était présent dans 100% des dossiers analysés. Les données de l'interrogatoire y étaient variables. La pratique d'un examen clinique a été notifiée dans 97% des cas. Le bilan initial était complété par des examens paracliniques : biologie incluant un bilan métabolique (90%), imagerie cérébrale (74%) et électrocardiogramme (87%). Concernant le suivi somatique, la prise en charge des comorbidités addictives a été abordée chez 20% des consommateurs. Le courrier de sortie somatique a été retrouvé dans 77% des cas. Concernant le suivi métabolique au Centre Médico-Psychologique, nous avons observé un suivi de poids et d'Indice de Masse Corporelle dans 8% des dossiers. Nous n'y avons retrouvé aucune information sur le suivi biologique métabolique ou le suivi des comorbidités.

**Conclusion :** Il semble que l'adéquation aux recommandations de prise en charge somatique dans le premier épisode psychotique est faible. Les constats les plus parlants concernent le suivi des comorbidités et le suivi métabolique en ambulatoire. Une optimisation de la prise en charge de ces patients paraît indispensable afin de prévenir au mieux l'évolution de la maladie et les complications qui y sont associées. Les solutions pourraient notamment passer par une meilleure organisation des soins.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs : Professeur Christophe BERKHOUT / Professeur Denis DELEPLANQUE**

**Directeur de thèse : Docteur Maxime BUBROVSZKY**

