



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020-2022

MENTION :

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE
SPECIALITE : PSYCHIATRIE - SANTE MENTALE

**LA PLACE DE L'INFIRMIERE EN PRATIQUE AVANCEE DANS LE SUIVI
SOMATIQUE AMBULATOIRE DES PATIENTS SOUFFRANT DE
TROUBLES PSYCHIQUES SEVERES.**

Présenté et soutenu publiquement le 30 juin 2022 à 17 heures
au Pôle Formation
par Anne-Lise TRIN-BOHMKE

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier :

Madame Léone DE OLIVEIRA

Directeur de mémoire :

Madame Marie-Noëlle PLACE

REMERCIEMENTS

- ❖ A *Madame Place* qui m'a fait l'honneur de diriger ce travail ;
- ❖ A *Monsieur le Professeur Puisieux* pour son investissement dans la mise en place du diplôme IPA à Lille ;
- ❖ A l'ensemble de l'*équipe pédagogique* ayant participé au diplôme pour leurs apports théoriques et leur investissement ;
- ❖ A *Madame Godefroy* pour sa disponibilité et sa gentillesse dans toutes les situations ;
- ❖ Aux *collègues de promotion* pour leur solidarité à toute épreuve ;
- ❖ A *Valérie, Audrey et Gaël* avec qui j'ai partagé plus particulièrement ces deux dernières années, nos difficultés, nos doutes et tous les bons moments partagés ;
- ❖ A *l'ensemble de l'équipe du secteur 62G13* pour leur accueil en stage, leur accompagnement, leurs conseils, nos échanges et en particulier au *Docteur Lecoutre* ;
- ❖ A *l'ensemble de l'équipe de direction du secteur 62G13* qui a su me faire confiance et me soutenir avant, pendant et après la formation ;
- ❖ A *l'équipe de la F2RSM* pour son aide lors des cellules d'aide méthodologique et l'analyse statistique réalisée pour ce travail ;
- ❖ A *mon mari, mes filles et mes parents* qui ont su m'épauler durant ces deux dernières années. Grâce à vous, j'ai pu mener ce projet qui me tenait tellement à cœur à son terme. Merci pour votre patience et votre soutien.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I. INTRODUCTION THÉORIQUE

- A. La santé mentale et les troubles mentaux
- B. Les troubles psychiques sévères
- C. La morbi-mortalité des patients souffrant de troubles psychiques sévères
- D. Des recommandations pour améliorer la prise en charge somatique des patients psychiatriques
- E. Les compétences de l'Infirmière en Pratique Avancée
- F. L'accompagnement

II. METHODE

- A. Type d'étude
- B. Population étudiée
- C. Objectifs
- D. Recueil de données
- E. Statistiques
- F. Éthique

III. RESULTATS ET ANALYSE

- A. Données sociodémographiques
- B. Relevé des facteurs de risques cardiovasculaires
- C. Relevé de l'évaluation du mode de vie du patient et du transit intestinal
- D. Réalisation d'un électrocardiogramme
- E. Score de remplissage
- F. Analyse bivariée du score de remplissage

IV. DISCUSSION

- A. Population étudiée
- B. Relevé des facteurs de risques cardiovasculaires
- C. Évaluation du suivi somatique des patients
- D. Différence de recueil en fonction des professionnels de santé

CONCLUSION

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 Tableau récapitulatif de la surveillance biologique des antipsychotiques.....	4
Tableau 2 Tableau récapitulatif de la surveillance biologique des thymorégulateurs.....	6
Tableau 3 Tableau récapitulatif de la surveillance clinique des antipsychotiques et thymorégulateurs.....	7
Tableau 4 Résultats univariés des facteurs de risques cardiovasculaires	20
Tableau 5 Résultats univariés de l'évaluation du mode de vie et de l'ECG annuel	21
Tableau 6 Score de remplissage des dossiers	24
Tableau 7 Analyses bivariées du score de remplissage selon le professionnel ..	25
Figure 1 Taux de remplissage des différents paramètres pour les 52 patients....	22
Figure 2 Nombre de dossiers selon le score obtenu.....	24
Figure 3 Taux de remplissage des différents paramètres pour les 26 patients suivis au CMP	26
Figure 4 Taux de remplissage des différents paramètres pour les 26 patients suivis à domicile.....	26
Figure 5 Grille de suivi somatique.....	37
Figure 6 Grille de Score de Motivation à la santé	39

GLOSSAIRE

- ANSM = Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé
- AVC = Accident Vasculaire Cérébral
- CATTP = Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- CMP = Centre Médico-Psychologique
- CNPP = Conseil National Professionnel de Psychiatrie
- CPP = Comité de Protection des Personnes
- CSAPA = Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- DIM = Département d'Information Médicale
- DPI = Dossier Patient Informatisé
- EAL = Exploration d'une Anomalie Lipidique
- ECG = Electrocardiogramme
- EPSM = Établissement Public de Santé Mentale
- ETP = Education Thérapeutique du Patient
- FFC = Fédération Française de Cardiologie
- FFP = Fédération Française de Psychiatrie
- FID = Fédération Internationale du Diabète
- HAS = Haute Autorité de Santé
- HTA = Hypertension Artérielle
- IMC = Indice de Masse Corporelle
- IPA = Infirmier en Pratique Avancée
- OMS = Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le centre de psychothérapie « Les Marronniers » prend en charge le secteur de psychiatrie pour adultes 62G13, secteur regroupant 11 communes et un peu plus de 83 500 habitants. Il propose une offre de santé mentale comprenant toutes les étapes du parcours de soin :

- 44 lits d'hospitalisation complète ;
- 13 lits en centre de postcure ;
- 18 places en appartements thérapeutiques ;
- 20 places en hôpital de jour ;
- 15 places en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ;
- 2 Centres Médico-Psychologiques (CMP);
- Une équipe d'infirmiers intervenant à domicile ;
- Une présence infirmière au service d'accueil des urgences.

Je travaille au sein du service d'hospitalisation depuis 17 ans. Dans un souci d'évolution de carrière et devant le manque de présence de psychiatres, j'ai entrepris un Diplôme d'État d'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) en 2020.

J'ai effectué mon stage de première année à l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Saint-Venant. J'ai fait le choix de rejoindre l'équipe médicale somatique afin d'élargir ce domaine de compétences. J'ai été interpellée par le suivi somatique et particulièrement le suivi du risque de trouble métabolique. D'ailleurs, en tant qu'étudiant IPA, nous avons bénéficié d'une sensibilisation sur ce thème par le Dr Ménard, médecin généraliste.

Mon stage de deuxième année, pour des raisons stratégiques, s'est déroulé dans un des deux CMP du secteur 62G13. Premièrement, je n'en connaissais ni le fonctionnement ni les différents acteurs. Ensuite, une nouvelle équipe médicale se mettait en place et il m'est apparu opportun d'insérer mes futures fonctions dans les projets qui se profilaient.

Très vite, j'ai pu faire le constat, qu'en structure ambulatoire, peu de suivis somatiques étaient réalisés malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et les surveillances obligatoires inhérentes aux traitements antipsychotiques et/ou thymorégulateurs.

En accord avec l'équipe médicale et la cadre de proximité, l'objectif de mon stage s'est orienté sur la prise charge du suivi somatique des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères en ambulatoire

I. INTRODUCTION THÉORIQUE

A. La santé mentale et les troubles mentaux

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme suit : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

La santé mentale est un « état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. ». (OMS, Santé mentale : renforcer notre action, s.d.)

Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. La santé mentale est plus que l'absence de troubles mentaux. La santé mentale fait partie intégrante de la santé ; en effet, il n'y a pas de santé sans santé mentale.

Le DSM-V (American Psychiatric Association, 2015) définit un trouble mental comme étant « un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental ».

Il existe toute une gamme de troubles mentaux, qui se manifestent sous des formes différentes. Parmi les troubles mentaux figurent : la dépression, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie et autres psychoses, la démence, la déficience intellectuelle et les troubles du développement, y compris l'autisme.

En 2013, l'Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé le Plan d'Action Global pour la Santé Mentale 2013-2020. (OMS, Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, s.d.) Par ce plan, tous les états membres de l'OMS s'engagent à prendre des mesures particulières pour améliorer la santé mentale et contribuer à atteindre les cibles mondiales.

Son but est de promouvoir le bien-être mental, de prévenir les troubles mentaux, de dispenser des soins, d'améliorer les chances de rétablissement, de promouvoir les droits fondamentaux et de réduire la mortalité, la morbidité et le handicap chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

On appelle trouble psychique la conséquence de toute perturbation affectant la santé mentale. L'expression des troubles psychiques peut être émotionnelle, cognitive et/ou comportementale, en lien avec une modification du vécu. Elle peut impliquer de manière plus ou moins intense différentes dimensions. Chacune d'entre elles s'étale entre une absence totale de manifestations et des manifestations très marquées. Les troubles psychiques sévères sont définis par l'importance des symptômes de la maladie et par un retentissement important sur l'autonomie et le bien-être de la personne.

B. Les troubles psychiques sévères

Environ 4 à 5 % de la population est touchée par des troubles psychiques sévères. Ceux-ci regroupent les troubles du spectre de la schizophrénie, les troubles bipolaires, les troubles schizo-affectifs, les troubles délirants, les troubles du spectre autistique et les troubles sévères de la personnalité. Notre étude s'intéressera plus particulièrement aux patients souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires, pathologies que nous avons donc étudiées plus précisément.

1. La schizophrénie

a) Définition

Les caractéristiques essentielles de ce trouble psychotique sont des hallucinations ou des idées délirantes prononcées.

Critères diagnostiques de la schizophrénie (DSM-V) :

Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes ;
2. Hallucinations ;
3. Discours désorganisé ;
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ;
5. Symptômes négatifs (ex. aboulie, diminution de l'expression émotionnelle).

La schizophrénie toucherait environ 0,7 à 1% de la population mondiale, et environ 600 000 personnes en France. (Krebs, 2017)

b) Traitements et surveillance biologique spécifique (American Psychiatric Association, 2015)

Les médicaments utilisés contre la schizophrénie et les psychoses sont les médicaments antipsychotiques. Les premiers, qui ont été développés dans les années cinquante, font partie de la famille des neuroleptiques dits classiques. Ils auraient essentiellement une action sur un des messagers chimiques du cerveau, la dopamine. Ils sont surtout actifs contre les symptômes dits positifs, tels que délires ou hallucinations, et entraînent souvent de nombreux effets indésirables, dont certains invalidants.

Plus récemment, de nouveaux neuroleptiques sont apparus. Ces neuroleptiques, dits atypiques, agissent simultanément sur deux messagers chimiques du cerveau (neurotransmetteurs), la sérotonine et la dopamine. Ils montrent une plus grande efficacité sur les symptômes négatifs de la maladie (démotivation, troubles de l'humeur, apathie) que les antipsychotiques dits classiques. (Vidal)

Les éléments de surveillance biologique spécifiques aux traitements habituellement utilisés dans la schizophrénie ont été regroupés dans le tableau 1 :

	Amisulpride (Solian*)	Aripiprazole (Abilify*)	Clozapine (Leponex*)	Halopéridol (Haldol*)
Glycémie	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x / an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x / an
Hémogramme	Initiale puis 1 x/an	Initiale puis 1x/an	Initiale puis 1x/semaine pendant 18 semaines puis 1x/mois	Initiale puis 1x/an
EAL	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an
Fonction rénale	Initiale puis 1x/an	Initiale puis 1x/an	Initiale puis 1x/an	Initiale puis 1x/an
Fonction hépatique	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an
TSH	Initiale	Initiale	Initiale	Initiale
Prolactine	En cas de symptômes	En cas de symptômes	En cas de symptômes	En cas de symptômes

	Olanzapine (Zyprexa*)	Quétiapine (Xeroquel*)	Risperidone (Risperdal*)	Zuclopenthixol (Clopixol*)
Glycémie	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an
Hémogramme	Initiale puis 1x/an	Initiale puis 1x/an	Initiale puis 1x/an	Initiale puis 1x/an
EAL	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an
Fonction rénale	Initiale puis 1x/an	Initiale puis 1x/an	Initiale puis 1x/an	Initiale puis 1x/an
Fonction hépatique	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an	Initiale,3,6 mois et 1 x /an
TSH	Initiale	Initiale et tous les ans	Initiale	Initiale
Prolactine	En cas de symptômes	En cas de symptômes	En cas de symptômes	En cas de symptômes

Tableau 1 Tableau récapitulatif de la surveillance biologique des antipsychotique

2. Le trouble bipolaire

a) Définition

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur qui comprend des épisodes de dépression (caractérisés par la tristesse, perte d'intérêt, asthénie ...) alternant avec des épisodes de manie (caractérisés par une élévation anormale de l'humeur associée à une excitation voire une agitation psychomotrice) ou d'hypomanie (dont les symptômes sont moins sévères et prolongés que la manie).

Il existe quatre types de troubles bipolaires : CLASSIFICATION DSM V (American Psychiatric Association, 2015) :

- Le type I : épisode de manie habituellement précédé ou suivi d'un épisode de dépression ;
- Le type II : épisodes de dépression et au moins un épisode d'hypomanie mais pas de manie ;
- Le trouble cyclothymique : pendant deux ans, des périodes hypomaniaques et dépressives sont vécues la moitié du temps sans jamais que les critères de manie, d'hypomanie ou de dépression majeure soient remplis ;
- Le trouble bipolaire autre spécifié : symptômes dépressifs et d'hypomanie qui ne remplissent pas les critères diagnostics des troubles précédents.

b) Traitements et surveillance biologique spécifique :

Les médicaments régulateurs de l'humeur (thymorégulateurs) constituent les traitements de fond du trouble bipolaire.

Les sels de lithium sont les thymorégulateurs les plus utilisés. Leur effet se manifeste lentement. La prescription des sels de lithium nécessite un bilan médical préalable, renouvelé tous les ans : prise de sang (numération formule sanguine, glycémie, dosages pour contrôler le bon fonctionnement des reins et de la thyroïde...), test de grossesse, électrocardiogramme.

Des substances initialement développées pour lutter contre l'épilepsie (le valproate, et plus rarement, la carbamazépine) sont également prescrites pour réguler l'humeur. Le valproate est associé à un risque accru de malformations pour l'enfant à naître en cas d'utilisation chez la femme enceinte. Une contraception efficace est nécessaire en cas d'utilisation chez la femme en âge de procréer. La lamotrigine, un autre antiépileptique, est également utilisée en prévention des épisodes dépressifs chez les personnes souffrant de troubles bipolaires. (Vidal)

Les éléments de surveillance biologique spécifiques aux traitements habituellement utilisés dans le trouble bipolaire ont été regroupés dans le tableau 2 :

	Lithium (Theralithe*)	Valpromide, acide valproïque, divalproate de sodium (Depamide*,Depakote*)
Glycémie	Initial puis 1X/an	Initial puis 1X/an
Hémogramme	Initial puis 1X/an	Initial puis 1X/an (+ bilan de coagulation)
Ionogramme	Initial puis 1 X / an (+ calcémie)	
Fonction rénale	Initial puis 1 à 2 X/an (+ protéinurie)	
Fonction hépatique		Initial puis à 1 mois puis tous les 6 mois
Bilan thyroïdien	Initial puis 1X/an	
Béta-HCG	Initial puis 1X/an (+ contraceptif)	Initial puis 1X/an (+ contraceptif)
Dosage médicamenteux	Zone thérapeutique (0,5 à 0,8 meq/l) puis 1 x /sem pdt 1 mois puis 1 x / mois pdt 3 mois puis Tous les 6-12 mois	Concentration sérique minimale : 40-50 mg/l, équilibre entre 40 et 100 mg/l. Concentration plasmatique atteinte en 3-4 jours

Tableau 2 Tableau récapitulatif de la surveillance biologique des thymorégulateurs.

3. Surveillance clinique des patients sous traitement antipsychotique et/ou thymorégulateur

La surveillance clinique étant identique pour ces 2 catégories de traitement, j'ai regroupé les éléments de surveillance et leur fréquence dans le tableau 3 :

*Données de l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), (AFSSAPS, s.d.)

	Initial	Semaine 4	Semaine 8	Semaine 12	Trimes-trielle	Annuelle
Antécédents personnels et familiaux	X					X
Poids et IMC	X	X	X	X	X	X
Périmètre abdominal	X	X				X
Pression artérielle	X					
ECG	X	X		X		X

Tableau 3 Tableau récapitulatif de la surveillance clinique des antipsychotiques et thymorégulateurs.

C. La morbi-mortalité des patients souffrant de troubles psychiques sévères

En France, la réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes, avec des variations en fonction des troubles. Ces personnes présentent des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé en comparaison avec la population totale. (Magaly Coldefy, 2018)

Ces éléments descriptifs appellent des éléments explicatifs quant aux potentielles causes de ce constat accablant qui suggère que les personnes vivant avec un trouble psychique sont confrontées à de fortes inégalités de santé.

Une combinaison de facteurs est susceptible de jouer un rôle significatif dans cette surmortalité. Ces facteurs incluent notamment l'effet du trouble psychique sur la capacité d'un individu à se maintenir en bonne santé (comportements de santé à risque, expression différente de la douleur physique...) et à être intégré dans la société (isolement social, peur de la stigmatisation, précarité économique) ou les effets secondaires de la prise au long cours de médicaments psychotropes. (Magaly Coldefy, 2018)

Selon une mise au point de l'ANSM publiée en 2010 (AFSSAPS, s.d.), l'espérance de vie des personnes atteintes de maladie mentale sévère est réduite de 20 % par rapport à la population générale, et leur exposition aux facteurs de risques suivants est plus importante : surpoids, sédentarité, tabac, hyperglycémie/diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie. Ainsi, la prévalence du diabète de type 2 et de l'obésité serait 1,5 à 2 fois supérieure chez les patients schizophrènes que dans la population générale. De ces deux premiers éléments, on constate donc une très forte prévalence des facteurs de risques cardiovasculaire chez ce type de patient. De cela découle une augmentation de fréquence de l'hypertension artérielle, des cardiopathies ischémiques, des accidents vasculaires cérébraux, du diabète de type 2.

Ainsi, le risque de mortalité cardiovasculaire chez un patient avec trouble bipolaire est augmenté de 35% à 250% par rapport à la population générale en fonction des études (Roshanaei-Moghaddam & Katon, 2009)

Dans sa thèse, le Dr Crapet (Crapet, 2021) a pu relever que : « On retrouve chez ces patients une très grande prévalence du surpoids et de l'obésité, prévalence plus importante que dans la population générale. Ainsi, par exemple, un patient schizophrène présente un risque multiplié par 2.8 à 3.5 d'être obèse (De Hert, et al., 2011).

Le syndrome métabolique, est également grandement retrouvé chez les patients souffrant de troubles psychiques sévères. La Fédération Française de Cardiologie (FFC) a décrit le syndrome métabolique comme « la coexistence de plusieurs troubles de santé d'origine lipidique, glucidique ou vasculaire associés à un excès de poids, chez un même individu. L'ensemble de ces désordres métaboliques augmente considérablement le risque de diabète de type 2, de maladies cardiaques et d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC). » (FFC F. F., 2021)

En raison des divergences d'opinion et afin d'éviter les confusions, la Fédération Internationale du Diabète (FID) a fait appel à des experts du Monde entier pour livrer une nouvelle définition du syndrome métabolique. (Alberti & Zimmet, 2006)

Selon la FID, une personne est atteinte du syndrome métabolique lorsqu'elle présente une obésité abdominale (= un tour de taille supérieur à 94 cm chez les hommes et 80 chez les femmes) et au moins deux des facteurs suivants :

- Taux élevé de triglycérides : le taux de triglycérides est égal ou supérieur à 1,50 g/L ;
- Faible taux de cholestérol HDL (= le « bon » cholestérol) : le taux de cholestérol HDL est inférieur à 0,4 g/L chez un homme et à 0,5g/L chez une femme ;
- Hypertension artérielle : la tension artérielle, également appelée « pression » artérielle, est supérieure ou égale à 130/85 mm Hg ;
- Taux élevé de glycémie veineuse : la glycémie veineuse à jeun est égale ou supérieure 1 g/L.

Non seulement il existe une plus grande prévalence des comorbidités métaboliques, mais celles-ci sont également moins bien traitées. Une étude de grande ampleur, l'étude CATIE (Nasrallah, et al., 2006) montre que chez les patients schizophrènes, la dyslipidémie, l'HTA et le diabète sont très peu traités. En effet, les résultats de cette étude montrent que 88% des dyslipidémies, 62.4% des HTA et 30.2% des diabètes ne sont pas traités chez ces patients.

Et même, avant le traitement des comorbidités, une cause importante à la mortalité accrue des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères et chroniques est le manque de diagnostic. Ces pathologies diminuent les capacités de communication des patients et les empêchent d'expliquer leurs éventuels problèmes de santé à leur entourage et à leur médecin traitant (Bunce, Jones, Badger, & SE, 1982) . Notamment, lorsque l'on pense aux symptômes négatifs de la schizophrénie, parfois prédominants chez certains patients, on comprend bien que ces personnes ne sont pas aptes à prendre soin de leur santé et échanger avec les différents interlocuteurs de santé qu'ils peuvent rencontrer. (Dixon, Postrado, Delahanty, & Fischer, 1999)

Les patients atteints de troubles psychiques sévères sont donc sous-diagnostiqués par rapport à la population générale (Druss, Rosenheck, Desai, & Perlin, 2002).

C'est pourquoi, la Haute autorité de santé (HAS) a labellisé les recommandations de la Fédération française de psychiatrie (FFP) et du Conseil National Professionnel de Psychiatrie (CNPP) pour améliorer la prise en charge somatique des patients atteints de schizophrénie ou de trouble bipolaire (FFP-CNPP, 2015).

D. Des recommandations pour améliorer la prise en charge somatique des patients psychiatriques

Les objectifs principaux de ces recommandations de bonne pratique sont :

- De prévenir et repérer plus précocement les pathologies somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques graves et chroniques ;
- D'améliorer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiatriques graves et chroniques, en ambulatoire, durant et après les hospitalisations en psychiatrie, lors de leur accueil en structure spécifique d'hébergement ;
- D'améliorer l'accompagnement des patients souffrant de ces pathologies dans le quotidien et au long terme.
- De rechercher systématiquement les facteurs de risque cardiovasculaire (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, syndrome métabolique, obésité, tabagisme)

Ces recommandations se limitent aux adultes atteints de troubles schizophréniques ou bipolaires. Elles s'adressent à l'ensemble des professionnels susceptibles d'être concernés.

Ils proposent notamment le bilan somatique à réaliser en début d'hospitalisation et le suivi lors de l'hospitalisation.

Ils formulent également des préconisations en matière de soins ambulatoires, rappelant en particulier qu'il faut respecter les spécificités des patients psychiatriques "en ce qui concerne l'expression de leur souffrance somatique qui peut prendre des masques inhabituels".

Il est également recommandé aux professionnels "d'être proactifs" pour repérer les problèmes somatiques de ces patients et « d'organiser de manière active les soins somatiques à la sortie de l'hôpital ».

Lorsque le patient sort de l'hôpital, le relais de la prise en charge se fait vers l'ambulatoire. Ainsi la prise en charge psychiatrique est assurée par le Centre Médico-Psychologique (CMP) dont dépend le patient. Les acteurs peuvent être multiples : psychiatre, infirmier, psychologue....

La prise en charge somatique est assurée par le médecin traitant qui reçoit un courrier de liaison à la sortie du patient. Néanmoins, le lien entre la ville et l'hôpital reste à développer. Le lien entre les prises en charge psychiatriques et somatiques reste fragile. Il n'existe pas encore de profession qui jouerait le rôle de « pivot » entre ces prises en charge complémentaires dans le parcours du patient.

En étudiant le décret de compétences de l'Infirmière en Pratique Avancée (IPA), nous verrons que l'IPA pourra jouer un rôle dans la coordination des parcours de soins grâce à son leadership.

E. Les compétences de l'Infirmière en Pratique Avancée

Selon le Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 (Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale), les champs de compétences de l'infirmière en pratique avancée sont :

- **Compétence 1** : Observations, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention (recueil de données, anamnèse, synthèse clinique, évaluation, surveillance et suivi des traitements.)
- **Compétence 2** : Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient :
 - Dans le cadre d'une procédure de soin établie avec le psychiatre, expliquant les enjeux et les risques thérapeutiques.
 - Prescription de traitement, suivis infirmiers thérapeutiques, médiation, réhabilitation et examens complémentaires
- **Compétence 3** : Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique

- Compétence 4 : Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient :
 - Organisation de concertations pluri professionnelles
 - Coordination clinique des intervenants
 - Conseils et expertise sur les situations complexes

- Compétence 5 : Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles :
 - Participation à l'élaboration et l'évaluation des protocoles de soins
 - Accompagnement des équipes à l'évolution des pratiques et dans une démarche qualité

- Compétence 6 : Contribution à des études et des travaux de recherche

Grace au développement de ces six compétences, l'IPA aura une place privilégiée dans la prise en charge du patient :

- Auprès des professionnels, elle aura un rôle de « pivot » dans la coordination des parcours des patients.
- Auprès des patients, la place de l'IPA se jouera plutôt autour de l'accompagnement dans ce parcours.

F. L'accompagnement

Ardoino dit que « l'accompagnement est un processus dynamique qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de la personne, soucieux de son intimité et de ses valeurs propres.

Approche globale et pluridisciplinaire, l'accompagnement en institution ou au domicile relève d'initiatives et de procédures adaptées aux attentes et besoins de la personne ainsi que de ses proches.

L'accompagnement est une démarche dynamique et participative. Il justifie des dispositifs d'écoute, de concertation, d'analyse, de négociation qui favorisent une évaluation constante et évolutive des options envisagées.

La qualité de l'accueil, de l'information, de la communication et des relations qui s'établissent contribue à l'anticipation nécessaire des prises de décisions.

La pertinence et l'efficacité d'un accompagnement relèvent de l'élaboration d'un projet coordonné, explicite et transparent qui intègre la multiplicité des facteurs spécifiques à chaque situation.

- L'accompagnement implique une relation à l'autre, au minimum une relation duale ;
- Il s'inscrit dans une temporalité déterminée autour du projet de l'autre ;
- Il s'agit d'aider la personne accompagnée, de la soutenir dans son processus de transformation, lui permettre de s'enrichir dans cet espace créé par la rencontre, « ce bout de route fait ensemble »
- L'accompagnement vise l'autonomisation de la personne accompagnée ;
- La relation est essentielle. Elle est basée sur l'empathie, elle est intersubjective. Le rapport à l'autre permet à l'accompagné de se développer, mais aussi à chacun des partenaires de s'enrichir, de se transformer. L'accent est mis sur la recherche d'un équilibre où cette relation de proximité est à la fois symétrique par le partage de la parole, la création d'un espace dialogique, et asymétrique lorsque le professionnel est amené à poser des repères ou des règles » (Ardoino, 2000).

La posture d'accompagnement est une manière d'être en relation dans un espace et un temps donné, avec bienveillance et sollicitude.

La personne qui accompagne est dans une posture éthique et réflexive, elle respecte le parcours et les idées de l'autre.

Elle favorise l'interaction et s'adapte à l'évolution de la situation. A l'écoute, disponible, elle garde une juste distance et s'intéresse en priorité aux aspects positifs de la personne accompagnée ; elle s'appuie sur ses ressources et ses compétences. Dans cette relation singulière, elle valorise l'autre et préserve son autonomie. (Mottaz, 2012).

PROBLEMATIQUE :

La mortalité est plus importante chez les patients souffrant de troubles psychiques sévères. Il est recommandé de proposer un suivi spécifique à ces patients, notamment : « "d'être proactifs" pour repérer les problèmes somatiques de ces patients et d'organiser de manière active les soins somatiques à la sortie de l'hôpital ».

A ce jour, il est constaté un manque de coordination entre les soins psychiatriques et somatiques en ambulatoire.

→ Comment l'IPA pourra améliorer le suivi somatique ambulatoire des patients souffrant de troubles schizophréniques ou bipolaires ?

Objectifs :

1. Faire un état des lieux de la prise en charge du suivi somatique des patients suivis en CMP
2. Améliorer la prévention primaire et secondaire dans le but de faire diminuer la mortalité des patients atteints de troubles psychiques sévères.

Hypothèses :

1. L'évaluation somatique initiale et annuelle des patients sous antipsychotique ou thymorégulateur est peu tracée dans les dossiers patients informatisés.
2. L'IPA peut aider à l'amélioration de la prise en charge somatique en mobilisant l'ensemble des équipes soignantes. Ainsi nous pouvons espérer diminuer la morbi-mortalité de nos patients.

II. METHODE

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique réalisée sur le Centre Médico Psychologique de Bully les Mines, secteur 62G13.

B. Population étudiée

Le secteur 62G13 prend en charge les patients sur deux CMP situés sur les communes de Liévin et Bully les Mines.

Les patients suivis sur le CMP de Bully les Mines habitent les communes de Bully les Mines, Grenay, Mazingarbe, Aix-Noulette, Vermelles, Auchy-les-Mines.

1. Critères d'inclusion

Les patients sous traitement antipsychotique et/ou thymorégulateur vus en consultation par le psychiatre ou l'infirmier sur le CMP de Bully les Mines sur la période du 10/01/2022 0h01 au 23/01/2022 23h59.

2. Critères d'exclusion

- Les patients mineurs ;
- Les patients sous mesure de protection.

C. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est d'analyser la prise en charge somatique chez les patients sous traitement antipsychotique et/ou thymorégulateur suivis en ambulatoire en psychiatrie.

Les objectifs secondaires sont :

- d'étudier de manière plus spécifique la qualité du suivi des facteurs de risques cardiovasculaires des patients.
- d'étudier si l'attention portée au recueil des marqueurs somatiques est différente selon le professionnel qui reçoit le patient (médecin ou infirmier).

D. Recueil de données

1. Méthodologie

Les données ont été recueillies par analyse des dossiers médicaux informatisés des patients.

Une demande a été réalisée auprès du Département d'Information Médicale (DIM) afin d'obtenir la liste des patients concernés selon les critères d'inclusion et d'exclusion.

Les données ont été extraites par consultation de chaque dossier et recherche manuelle des informations après anonymisation des dossiers patients.

Le logiciel contenant les dossiers patients était Sillage®

Les données ont ensuite été reportées dans un tableur Excel®.

2. Nature des données recueillies

Les données recueillies portaient sur les critères d'analyse de la population :

-Sexe

-Âge

Afin de répondre aux recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie et de l'HAS (FFP-CNPP, 2015) , qui précisent de « dépister et surveiller les comorbidités somatiques des patients atteints de schizophrénie ou de troubles bipolaires dans la pratique psychiatrique », il a été recherché dans les dossiers si les facteurs de suivi somatique étaient dépistés et tracés annuellement dans le dossier informatisé du patient, à savoir :

- Les facteurs de risques cardiovasculaires :

- les antécédents personnels et familiaux de maladie cardiovasculaires ;

- le poids, la taille, l'IMC afin de dépister une obésité éventuelle ;

- un bilan sanguin annuel à la recherche d'une exploration d'une anomalie lipidique et d'une glycémie à jeun afin de dépister un syndrome métabolique ;

- la tension artérielle ;

- les addictions (alcool, tabac, toxiques).

- Une évaluation du mode de vie du patient :
 - une évaluation de l'activité physique ;
 - une évaluation de l'alimentation.

- Une évaluation des facteurs de risque et des conduites préventives d'occlusion intestinale :
 - une évaluation du transit intestinal.

- Un ECG annuel

Les valeurs des données des variables « âge et sexe » ont été recueillies.

Pour les variables « antécédents personnels et familiaux de maladie cardiovasculaires », « poids, taille, IMC », « bilan sanguin annuel à la recherche d'une exploration d'une anomalie lipidique et d'une glycémie à jeun », « tension artérielle », « alcool, tabac, toxiques », « évaluation de l'activité physique », « évaluation de l'alimentation » et « ECG », les valeurs étaient recueillies sur un mode OUI/NON.

Les valeurs étaient considérées recueillies si elles apparaissaient clairement dans le dossier informatisé.

Si un bilan sanguin ou un ECG étaient prescrits mais que les résultats n'apparaissaient pas dans le dossier informatisé, l'examen était considéré non réalisé.

E. Statistiques

Les statistiques ont été réalisées grâce à l'aide de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts de France (F2RSMP). Les données ont été transmises de façon sécurisée et anonyme aux statisticiens de la fédération.

Les analyses statistiques ont été effectuées en deux temps :

- 1^{er} temps : réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives à l'aide des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.
- 2^{ème} temps : réalisation d'analyses bivariées afin de comparer le score moyen obtenu selon la modalité de suivi.

Les moyennes sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (Lorsque les groupes sont ≥ 30 individus /groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont égales) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (Lorsque les groupes sont < 30 individus /groupe ou que les échantillons ne suivent pas les caractéristiques nécessaires). Les résultats sont significatifs lorsque « p » est < 0.05 .

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R et R studio version 4.1.2

F. Éthique

L'étude n'intéressant pas la personne humaine par son caractère rétrospectif, elle ne relève pas de la loi Jardé et n'est donc pas soumise à un Comité de Protection des Personnes (CPP).

Un accord par mail a été demandé et obtenu auprès de la Direction de l'établissement et de l'ensemble des médecins de la structure.

III. RESULTATS ET ANALYSE

A. Données sociodémographiques

Sur la période du 10 au 23 Janvier 2022, 111 patients ont bénéficié d'une consultation par le psychiatre ou l'infirmier sur le CMP de Bully les Mines.

52 de ces patients ont été inclus selon les critères prédéfinis.

L'âge moyen de ces patients était de 44,2 ans.

La répartition d'hommes et de femmes était de 23 hommes pour 29 femmes soit 44,2 % d'hommes et 55,8 % de femmes.

B. Relevé des facteurs de risques cardiovasculaires

Il a été recueilli chez tous les patients si les facteurs de risques cardiovasculaires, identifiés plus tôt dans le paragraphe « méthode », ont été relevés.

Il a donc été recherché dans les dossiers ci ceux-ci étaient consignés.

Ainsi les antécédents personnels étaient retrouvés chez 34 patients soit 65,4%.

Les antécédents familiaux étaient quant à eux retrouvés chez 12 patients soit 23,1 %

Les paramètres les plus recherchés sont le poids, la taille, l'IMC. Ces 3 paramètres sont retrouvés dans 36 dossiers soit 69,2 %. Il a été constaté que si l'un de ces paramètres est pris les deux autres sont également pris de manière systématique car ils sont retrouvés à part égale dans les dossiers.

Le bilan sanguin annuel à la recherche d'une exploration d'une anomalie lipidique et d'une glycémie à jeun est retrouvé dans 20 dossiers soit 38,5 %.

La tension artérielle n'a été consignée que dans 6 dossiers soit 11,5%

Enfin, les addictions (alcool, tabac, toxiques) ont été recherchées pour 22 patients soit 42,3% pour le tabac et l'alcool et 21 patients soit 40,4 % pour les toxiques.

Facteurs de risques cardiovasculaires - données recueillies		
Antécédents personnels, n (%)		
Oui		34 (65.4)
Non		18 (34.6)
Antécédents familiaux, n (%)		
Oui		12 (23.1)
Non		40 (76.9)
Prise du poids, n (%)		
Oui		36 (69.2)
Non		16 (30.8)
Mesure de la taille, n (%)		
Oui		36 (69.2)
Non		16 (30.8)
Calcul de l'IMC, n (%)		
Oui		36 (69.2)
Non		16 (30.8)
Bilan sanguin annuel réalisé, n (%)		
Oui		20 (38.5)
Non		32 (61.5)
Prise de la TA, n (%)		
Oui		6 (11.5)
Non		46 (88.5)
Évaluation de la consommation de tabac, n (%)		
Oui		22 (42.3)
Non		30 (57.7)
Évaluation de la consommation d'alcool, n (%)		
Oui		22 (42.3)
Non		30 (57.7)
Évaluation de la consommation de toxiques, n (%)		
Oui		21 (40.4)
Non		31 (59.6)

Tableau 4 Résultats univariés des facteurs de risques cardiovasculaires

C. Relevé de l'évaluation du mode de vie du patient et du transit intestinal

Le mode de vie du patient a été évalué par le biais de 2 paramètres :

- l'évaluation de l'activité physique que nous retrouvons dans 16 dossiers soit 30,8 % et
- l'évaluation de l'alimentation que nous retrouvons dans 11 dossiers soit 21,2%.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé préconisant une évaluation des facteurs de risques et des conduites préventives d'occlusion intestinale, nous avons recherché dans les dossiers si le transit intestinal du patient était évalué. Nous avons retrouvé cette évaluation dans 2 dossiers soit 3,8 %.

D. Réalisation d'un électrocardiogramme

L'HAS préconise de pratiquer un électrocardiogramme (ECG) initial de base et de le contrôler en fonction des facteurs de risque cardiovasculaire.

Toutefois il est préconisé de réaliser un ECG au moins une fois dans l'année.

Nous avons donc recherché dans les dossiers la présence d'un résultat d'ECG datant de moins d'un an. Si l'ECG était retrouvé mais qu'il était plus ancien il n'a pas été comptabilisé.

Ainsi des résultats ont été retrouvés dans 7 dossiers soit 13,5 %.

Évaluation du mode de vie et ECG - données recueillies		
Évaluation de l'activité physique, n (%)		
Oui	16	(30.8)
Non	36	(69.2)
Évaluation de l'alimentation, n (%)		
Oui	11	(21.2)
Non	41	(78.8)
Évaluation du transit, n (%)		
Oui	2	(3.8)
Non	50	(96.2)
ECG annuel réalisé, n (%)		
Oui	7	(13.5)
Non	45	(86.5)

Tableau 5 Résultats univariés de l'évaluation du mode de vie et de l'ECG annuel

Afin de visualiser le recueil des paramètres de suivi somatique ambulatoires relevés dans les 52 dossiers patients, un graphique sous forme de radar a été réalisé. Il compare le relevé dans les dossiers de tous les items en pourcentage par rapport à une proportion moyenne de 50%.

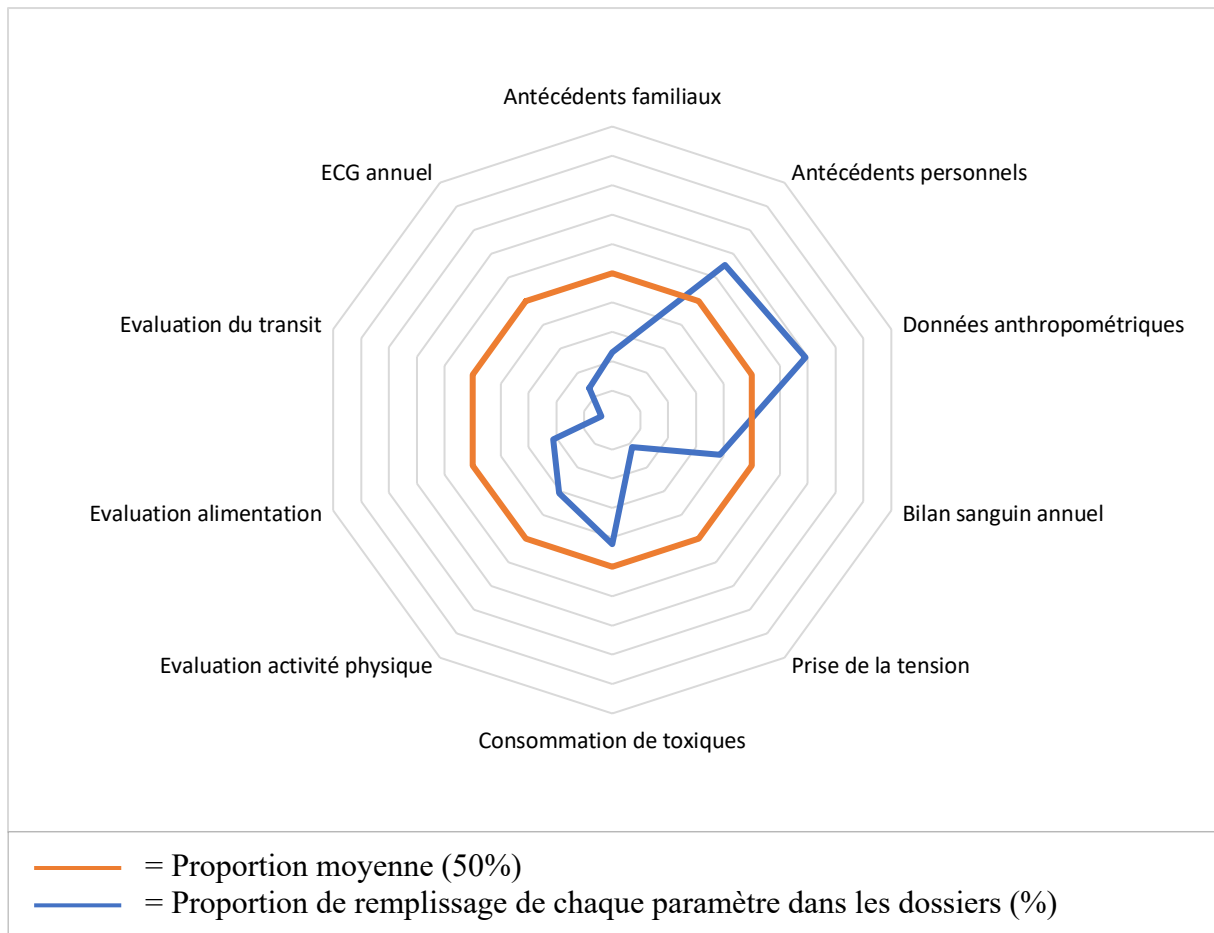


Figure 1 Taux de remplissage des différents paramètres pour les 52 patients

E. Score de remplissage

Un score de remplissage des dossiers a été calculé afin d'évaluer de façon plus globale le suivi somatique ambulatoire actuel des patients.

Il regroupe 10 items pour lesquels nous avons la modalité « 1 » pour « présent » et la modalité « 0 » pour « non rempli ».

Les items retenus sont les suivants :

- Antécédents familiaux ;
- Antécédents personnels ;
- Données anthropométriques (regroupant les items poids/taille/IMC) : les données anthropométriques étaient codées « 1 » s'il y avait la présence d'au moins 1 des 3 items (sachant qu'en général soit les 3 infos étaient présentes soit aucune n'était présente) ;
- Bilan sanguin ;
- Prise de la tension artérielle ;
- Évaluation de la consommation des toxiques (regroupant l'évaluation de la consommation du tabac/alcool/toxiques) : l'évaluation de la consommation des toxiques était codée « 1 » s'il y avait la présence d'au moins 1 des 3 évaluations réalisées ;
- Évaluation de l'activité physique ;
- Évaluation de l'alimentation ;
- Évaluation du transit ;
- ECG annuel.

Le score total correspond à la somme des modalités « 1 » codées pour chaque item.

Le score moyen correspond à la moyenne des scores obtenus pour chaque dossier, il est de 3,2/10.

Nous avons ensuite découpé le score en 5 classes : score entre 0 et 2, score entre 3 et 4, score entre 5 et 6, score entre 7 et 8, score entre 9 et 10.

Les résultats chiffrés sont affichés dans le tableau 6 et sous forme de diagramme dans la figure 2.

Nous avons constaté que 40 dossiers soit 76,9% ont un score de remplissage inférieur à la moyenne de 5/10.

Score de remplissage des dossiers	
Score moyen, m (sd)	3.2 (2.6)
Classes de score, n (%)	
[0;2]	21 (40.4)
[3;4]	19 (36.5)
[5;6]	6 (11.5)
[7;8]	3 (5.8)
[9;10]	3 (5.8)
Classes de score par rapport à la moyenne, n (%)	
[0;5[40 (76.9)
[5;10]	12 (23.1)

Tableau 6 Score de remplissage des dossiers

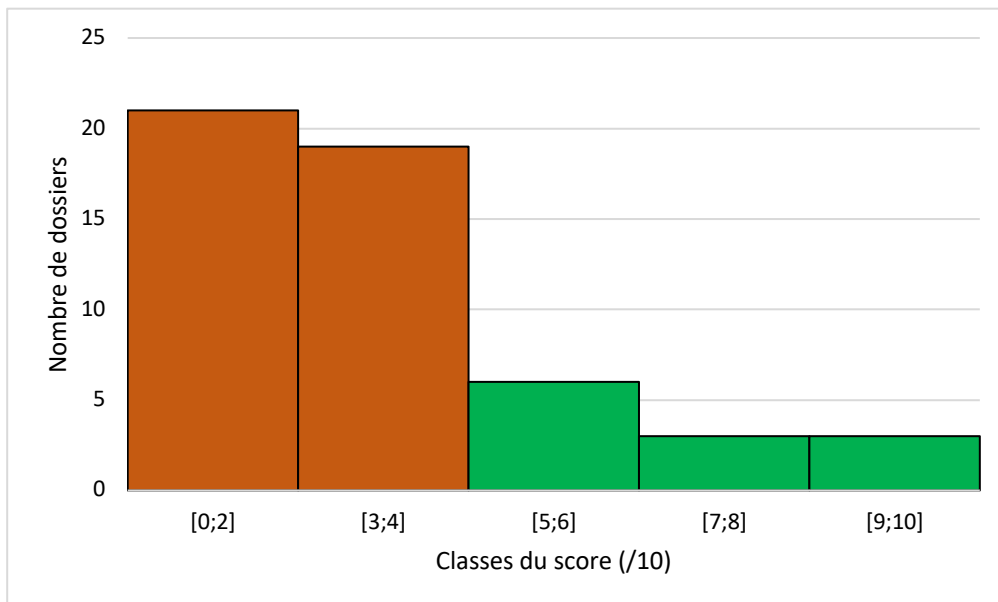


Figure 2 Nombre de dossiers selon le score obtenu

F. Analyse bivariée du score de remplissage

Dans cette étude, nous avons souhaité comparer les relevés des paramètres de suivi somatique ambulatoire selon le professionnel qui assure le suivi principal du patient.

Ainsi si le patient est suivi uniquement par le médecin psychiatre ou s'il est suivi par le médecin psychiatre et un infirmier le score de remplissage a été comptabilisé dans l'item « suivi CMP ». Si le patient est suivi uniquement par un infirmier, le score de remplissage est comptabilisé dans l'item « suivi à domicile ».

Pour les 52 patients inclus dans cette étude, 26 étaient en suivi CMP et 26 en suivi à domicile soit 50% pour chaque item.

L'analyse comparative est significative avec un résultat de p-valeur à 0,021 (le résultat étant significatif lorsque p-valeur < 0,05)

	Analyses bivariées		
	Suivi CMP	Suivi à domicile	p-valeur
Score moyen, m(sd)	3.9 (2.6)	2.4 (2.3)	0.021*

Tableau 7 Analyses bivariées du score de remplissage selon le professionnel assurant le suivi du patient

Le graphique radar comparant chaque paramètre du remplissage des dossiers à une proportion moyenne de 50% a été réalisé de la même manière que dans la figure 1 pour chaque modalité de suivi du patient.

Le taux de remplissage des dossiers des patients « suivi CMP » est décrit dans la figure 3.

Le taux de remplissage des dossiers des patients « suivi à domicile » est décrit dans la figure 4.

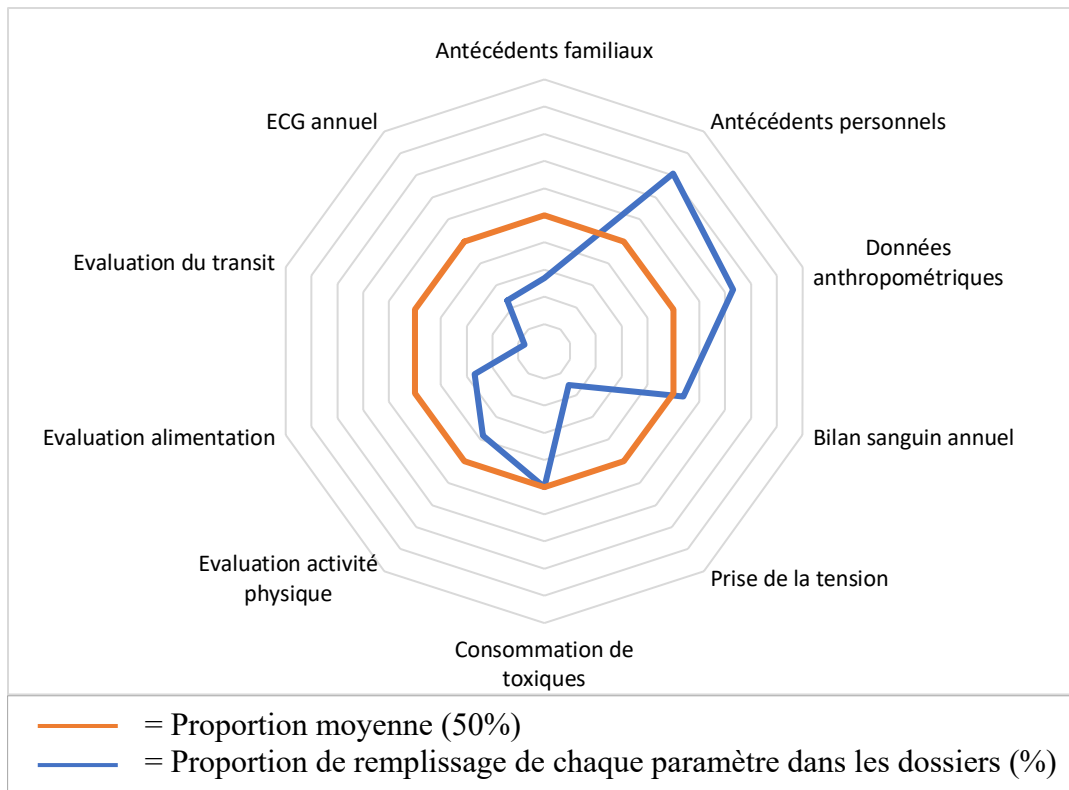


Figure 3 Taux de remplissage des différents paramètres pour les 26 patients suivis au CMP

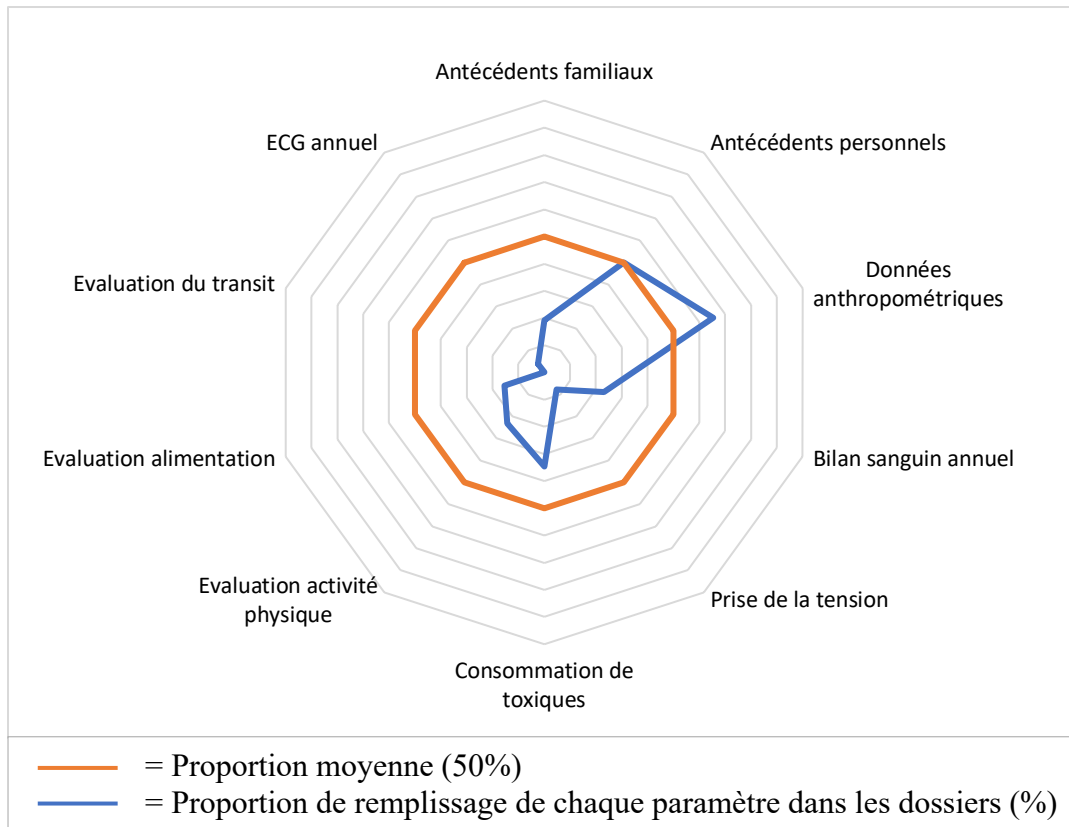


Figure 4 Taux de remplissage des différents paramètres pour les 26 patients suivis à domicile

IV. DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'analyser la prise en charge somatique chez les patients sous traitement antipsychotique et/ou thymorégulateur suivis en ambulatoire en psychiatrie sur une période définie.

L'analyse générale des résultats a pu montrer :

- que les données anthropométriques étaient relevées de façon plus systématique ;
- une prise en compte insuffisante des facteurs de risques cardiovasculaires ;
- un faible score de remplissage des critères de suivi somatique recommandés ;
- une différence sur le suivi entre les médecins et les infirmiers.

Nous allons maintenant procéder à une analyse plus détaillée des résultats afin de faire le lien avec les objectifs principaux et secondaire de cette étude.

A. Population étudiée

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont retenu environ la moitié des patients reçus sur cette période soit 52 patients sur 111 reçus.

L'échantillon était relativement homogène avec une proportion de 44,2 % d'hommes pour 55,8 % de femmes.

L'âge moyen était de 44,2 ans ce qui peut être estimé comme un âge « moyen » si l'on prend en compte les chiffres de l'espérance de vie dans la population générale qui sont de 85,4 ans chez la femme pour 79,3 ans chez l'homme¹.

Or, plusieurs études ont démontré qu'en France, la réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes. (Magaly Coldefy, 2018).

Une étude portant sur l'analyse des certificats de décès des personnes souffrant de troubles mentaux (Ha, 2017) a montré que « pour les hommes comme pour les femmes, l'âge moyen au décès était particulièrement bas pour la schizophrénie, respectivement 55,9 ans pour les hommes et 67,6 ans pour les femmes. Les maladies cardiovasculaires représentaient 27,3% des causes de décès.

¹ *Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.*

Il semble donc approprié d'évaluer la qualité du relevé des facteurs de risques cardiovasculaires sur l'échantillon de patients qui a été inclus à notre étude.

B. Relevé des facteurs de risques cardiovasculaires

Selon la Fédération Française de Cardiologie (FFC, 2016), hormis l'hérédité, le sexe et l'âge, il est possible d'agir sur de nombreux facteurs de risques cardiovasculaire :

- Le tabac : entre 30 et 70 ans : 4 décès cardiovasculaires sur 10 sont dus au tabagisme.
- L'hypertension artérielle
- Le diabète
- L'excès de cholestérol (ou hypercholestérolémie) : un taux trop élevé de LDL-cholestérol dans le sang. Un taux trop bas de HDL-cholestérol est également un facteur de risque.
- L'obésité et le surpoids. Il faut être vigilant si le tour de taille est ≥ 80 cm chez la femme et ≥ 94 cm chez l'homme.
- La sédentarité. Elle contribue à la survenue ou à l'aggravation de plusieurs facteurs de risques (hypertension artérielle, diabète, surpoids, hypercholestérolémie...)
- L'alcool. Plus de trois verres par jour chez l'homme et deux chez la femme, augmentent le risque cardiovasculaire.

Les facteurs de risque ne s'additionnent pas, ils se potentialisent, c'est-à-dire qu'ils s'aggravent l'un l'autre.

Ainsi, l'association de plusieurs facteurs de risques, même de faible intensité, peut entraîner un risque très élevé de maladie cardiovasculaire.

Le relevé de ces marqueurs dans les dossiers est marqué par des disparités importantes.

En effet, la recherche d'une obésité ou d'un surpoids est réalisée dans 69,2 % des dossiers où nous retrouvons les données anthropométriques.

Malgré cela, l'évaluation de l'activité physique du patient n'a été réalisée que dans 30,8% des dossiers ce qui représente moins de la moitié des patients pour lesquels les données anthropométriques ont été relevées. Il aurait pu être intéressant de faire le lien entre le poids, l'IMC et l'activité physique chez ces patients.

Les consommations d'alcool et de tabac ont été relevées dans 42,3% des dossiers, ce qui correspond approximativement à la recherche biologique d'une anomalie lipidique ou d'un diabète que l'on a retrouvé dans 38,5 % des dossiers.

On peut imaginer que les professionnels paramédicaux sont moins sensibilisés que les médecins aux examens biologiques recommandés dans la prise en soins somatique des patients. Néanmoins 50 % des patients de l'échantillon étudié ont été suivis par le psychiatre.

La prise de la pression artérielle, qui relève du rôle propre infirmier, est quant à elle insuffisamment relevée puisqu'elle n'est retrouvée que dans 11,5 % des dossiers. Pourtant le matériel nécessaire à la réalisation du relevé est disponible pour chaque professionnel du service ambulatoire concerné par l'étude.

C. Évaluation du suivi somatique des patients

Le taux de remplissage des dossiers a été évalué par le biais d'un score noté sur 10.

Le score moyen de remplissage était donc de 3,2/10 ce qui est clairement en dessous d'une moyenne de 5/10

Le pourcentage des scores inférieurs à 5/10 était de 76,6 % ce qui signifie qu'en se basant sur un score moyen supérieur à 5/10, $\frac{3}{4}$ des dossiers étaient insuffisamment remplis.

Le pourcentage des scores compris entre 0 et 2/10 était de 40,4 %.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le suivi somatique des patients souffrant de troubles psychiques sévères suivis en ambulatoire.

Les résultats observés par le biais du score nous montrent que $\frac{3}{4}$ des dossiers ont un score inférieur à la moyenne.

Nous pouvons donc confirmer que le suivi somatique des patients n'est pas suffisant par rapport aux recommandations de l'HAS.

D. Différence de recueil en fonction des professionnels de santé

Lors du recueil des données, une différence a été faite entre le suivi du patient soit par le médecin psychiatre (groupe « suivi CMP »), soit par l'infirmier (groupe « suivi à domicile »).

La proportion de patients suivis par le médecin était identique à celle suivis par l'infirmier, soit 26 patients de chaque côté.

Même si le score reste, pour les deux groupes, inférieur à la moyenne de 5/10, on relève un écart de 1,5 point entre les deux avec le groupe « suivi CMP » à 3,9/10 contre le groupe « suivi à domicile » à 2,4/10.

De façon plus précise :

⇒ Dans le groupe « suivi CMP » :

- Les antécédents personnels sont recherchés dans 80,8% des dossiers.
- De même, les données anthropométriques étaient renseignées dans environ 3/4 des dossiers (73,1%).
- Les résultats d'un bilan sanguin incluant l'exploration d'une anomalie lipidique et/ou d'un diabète étaient retrouvés dans plus de la moitié des dossiers (53,8%).
- Enfin la recherche d'une addiction au tabac, à l'alcool et/ou aux toxiques était effectuée pour la moitié des patients.
- Conformément aux recommandations qui préconisent la réalisation d'un ECG annuel pour les patients sous traitement antipsychotique et/ou thymorégulateur, les résultats étaient retrouvés dans moins d'1/4 des dossiers (23,1%)
- Enfin, l'évaluation du transit afin de pallier une constipation éventuelle (effet indésirable fréquent des traitements) était effectuée pour 2 patients soit 7,7 %.

⇒ Dans le groupe « suivi à domicile » :

- Les données anthropométriques étaient relevées dans 65,4% des dossiers soit 10% de moins que dans l'autre groupe.
 - La différence avec l'autre groupe était de 30% sur le relevé des antécédents personnels avec un chiffre à 50% chez les patients suivis à domicile contre 80% pour le suivi CMP.
 - La recherche de résultats d'un bilan sanguin incluant l'exploration d'une anomalie lipidique et/ou d'un diabète était inférieure de moitié sur ce groupe comparativement à l'autre groupe.
- On peut imaginer que les infirmiers sont moins sensibilisés aux résultats biologiques que les médecins durant leur formation.

-Enfin dans seulement 3,8% des dossiers de patients suivis à domicile des résultats d'ECG étaient retrouvés. Nous pouvons également mettre en lien ce faible résultat avec un manque de sensibilisation des infirmiers sur l'importance de la réalisation de cet acte médical mais également prendre en compte qu'un Infirmier Diplômé d'État ne peut ni prescrire, ni réaliser un ECG sur la base de son rôle propre.

E. Limites et biais

Le principal biais que j'ai pu repérer dans cette étude est un biais de sélection.

En effet, lors du choix des critères d'inclusion et d'exclusion, les patients ayant bénéficié d'une prise en soin dans le service d'hospitalisation n'ont pas été exclus.

Pourtant, lors de leur séjour en hospitalisation, ces patients bénéficient systématiquement d'une consultation par le médecin généraliste de la structure qui, dans son examen somatique initial systématisé, recherche les antécédents personnels et familiaux, prescrit un bilan sanguin et un ECG, intégrés au dossier informatisé du patient.

De plus, pour les patients séjournant dans ce service, une check-list d'entrée est intégrée automatiquement au dossier patient informatisé. Cette liste, générée par les infirmiers à chaque entrée, comporte les marqueurs de surveillance recherchés dans notre étude, c'est-à-dire :

- les marqueurs anthropométriques (poids, taille, IMC) ;
- la prise de pression artérielle ;
- la recherche d'une addiction (tabac, alcool, toxiques) ;
- l'évaluation des habitudes de vie (sédentarité et alimentation) ;
- l'évaluation du transit.

De fait, pour les patients intégrés à l'étude mais ayant séjournés en hospitalisation au cours de l'année précédente, les indicateurs étaient retrouvés mais n'avaient pas été recherchés par le service ambulatoire.

Après recherche dans les 52 dossiers des patients inclus, 10 avaient séjourné dans le service d'hospitalisation au moins une fois durant l'année écoulée. Ce qui fait un biais de sélection pour 20% des patients inclus à cette étude.

De plus, il faut prendre également un biais de recueil. En effet, les données recherchées l'ont été uniquement dans le dossier informatisé du patient. Dans le logiciel utilisé (Sillage®), les résultats des examens réalisés par le patient sont intégrés dans le dossier informatisé par la secrétaire médicale qui scanne les documents papiers dans le dossier patient informatisé.

Deux limites peuvent se poser à ce fonctionnement :

-Le patient réalise les examens prescrits mais ne communique pas au service ambulatoire les résultats de ceux-ci.

-Le patient amène ses résultats mais ceux-ci ne sont pas intégrés au dossier patient informatisé.

Mais considérant que seul le dossier informatisé du patient doit être source d'information et que les documents papiers doivent disparaître, on peut établir qu'il s'agit de données robustes pour évaluer le suivi somatique des patients suivis en ambulatoire.

Enfin une limite peut également être considérée sur le recueil manuel des données par simple lecture des dossiers. Des erreurs humaines ont pu être réalisées lors du recueil des données.

F. L'accompagnement IPA dans le suivi somatique ambulatoire

Cette étude a permis de repérer un manque dans le recueil des données de suivi somatique pour les patients pris en charge en ambulatoire.

Nos compétences d'IPA devront permettre d'améliorer les pratiques dans ce domaine.

Afin de développer des actions d'amélioration des pratiques professionnelles, chaque compétence du décret IPA va être mise en lien avec le suivi somatique du patient souffrant de troubles psychiques sévères.

Selon le Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 (Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale), les champs de compétences de l'infirmière en pratique avancée sont :

1/Observations, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention (recueil de données, anamnèse, synthèse clinique, évaluation, surveillance et suivi des traitements.)

En étudiant les dossiers de soins infirmiers en ambulatoire, j'ai pu constater que, contrairement au service d'hospitalisation, il n'existait aucune liste préétablie facilitant le recueil des marqueurs de suivi somatique.

L'outil informatique ne permet pas de générer de plan de soins pour les patients suivis en ambulatoire.

Les données somatiques, quand elles sont recherchées, sont intégrées dans les observations écrites réalisées par les soignants dans l'outil informatique.

Il semble donc indispensable d'améliorer le recueil des données de suivi somatique en s'adaptant aux possibilités fournies par l'outil informatique.

2/Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient

Dans le cadre du suivi somatique des patients, l'IPA pourra prescrire aux patients les bilans sanguins à la recherche d'un diabète ou d'une anomalie lipidique.

Elle pourra également prescrire aux patients, l'ECG annuel de suivi.

Dans le cadre de la prévention des risques cardiovasculaires, l'IPA pourra prescrire de l'ETP, des suivis nutritionnels, un suivi spécifique au CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), des activités proposées par le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) : activités physiques adaptées, cuisine thérapeutique, ...

3/Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique

Dans la formation IPA, une unité d'enseignement de première année est dédiée à l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).

L'IPA bénéficie donc grâce à son diplôme de la validation de la formation de 40 heures dédiée à l'animation de l'ETP.

Accompagnée d'une équipe pluridisciplinaire, l'IPA pourra donc participer à l'animation d'ateliers d'ETP sur la prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires : alimentation, activité physique, hygiène de vie, sensibilisation de l'entourage....

4/Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient :

Le rôle de l'IPA dans le suivi somatique du patient sera un rôle de leadership clinique.

Après avoir coordonné le parcours somatique du patient, l'IPA aura pour mission de coordonner l'ensemble des professionnels qui concourent à la prise en soins.

Afin de favoriser le lien ville-hôpital, l'IPA s'assurera de la transmission des éléments cliniques auprès du médecin traitant.

5/Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles :

L'IPA travaillera sur une procédure visant à améliorer le suivi somatique des patients sous traitement antipsychotique et/ou thymorégulateur.

L'IPA pourra proposer aux professionnels de santé de la structure des temps de sensibilisation aux spécificités de la prise en charge somatique de ces patients.

6/ Contribution à des études et des travaux de recherche

L'IPA assurera un rôle de veille scientifique afin d'anticiper les évolutions dans la prise en charge somatique.

Afin d'évaluer l'efficacité des procédures mises en place, l'IPA programmera un audit de dossiers dans le cours de l'année. Les modalités de cet audit seront les mêmes que celles réalisées pour cette étude.

Un réajustement des procédures pourra être réalisé, le cas échéant.

G. Application pratique

Au regard des chiffres critiques du suivi métabolique des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères en ambulatoire, nous avons mis en place une procédure visant à améliorer la prise en soin.

Les différentes étapes ont été de :

- Se saisir des listes de suivis de patients de nos collègues assurant les suivis à domicile ;
 - Distinguer les patients concernés par la prise d'un traitement antipsychotique et /ou thymorégulateur ;
 - Réaliser un tableau Excel®, avec un feuillet par infirmier, reprenant les informations. Chaque colonne dispose d'un filtre. Le tableau est mis à disposition sur le réseau afin que tous les professionnels y aient accès ;
 - Réaliser une grille de suivi somatique en collaboration avec les infirmiers et les psychiatres du CMP afin qu'ils se l'approprient et l'utilisent ;
 - Élaborer un moyen de rappel annuel pour la réalisation du suivi. Notre système informatique ne permet pas de générer un plan de soin aux services ambulatoires, notre principale contrainte était d'organiser le suivi.
- Nous avons établi que celui-ci serait réalisé selon le mois de naissance des patients. L'activité professionnelle étant moindre en juillet/aout, les patients nés en juillet seront vus en juin et ceux nés en aout en septembre ;
- Chaque fin de mois, l'IPA remet à chaque infirmier la liste des patients qui doivent faire l'objet d'un suivi lors de la réunion de régulation hebdomadaire animée par la cadre de proximité ;
 - L'infirmier programme le suivi lors de son prochain entretien ;
 - L'infirmier remet la grille de suivi somatique à la secrétaire afin qu'elle puisse être scannée dans le dossier informatisé du patient ;
 - L'infirmier complète le tableau en indiquant la date de réalisation du suivi.

La réflexion, la mise en place et le suivi de la procédure appellent à la compétence de leadership qui fait partie du décret de l'IPA. Ce fut l'objectif de notre stage.

Dans la continuité, cette procédure sera mise au service des médecins psychiatres pour les patients qui ne bénéficient pas d'entretien infirmier à domicile.

Des temps d'échanges ont été mis en place. Il en a découlé un protocole d'organisation et un protocole de coopération. Les consultations IPA concerneront les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères stabilisées. Le suivi somatique pourra en faire partie. Un courrier de liaison à destination du médecin traitant sera effectué à l'issue de chacune d'elles.

Deux outils ont été élaborés lors de ces temps de réflexions communs.

Le premier est la grille de suivi somatique ci-après, figure 5.

Le second outil est le score de motivation à la santé ou SMS (figure 6). Lorsque que le patient exprime la volonté d'agir sur les facteurs de risques modifiables, ce score lui est proposé afin de débiter un suivi à but motivationnel.

Date :

Suivi somatique ambulatoire des patients sous antipsychotique et/ou thymorégulateur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom de la ou les molécules concernées :			
Existence du courrier du médecin traitant numérisé dans le dossier :	Oui	Non	

Evaluation cardio-vasculaire et métabolique			
Facteurs de risques cardio-vasculaires non modifiables			
Antécédents familiaux au 1 ^{er} degré avant 55ans chez l'homme et 65 ans chez la femme	OUI	NON	
Antécédents personnels	OUI	NON	
Facteurs de risques modifiables			
IMC > 25 et obésité abdominale ou IMC > 30	OUI	NON	
Diabète	OUI	NON	Ne sait pas
HTA	OUI	NON	Ne sait pas
TA ce jour		Pulsations ce jour	
Dyslipidémie	OUI	NON	Ne sait pas
Tabac	OUI	NON	
Si oui , proposition d'aide à l'arrêt ou à la réduction	OUI	NON	
Alcool	OUI	NON	
Si oui , proposition d'aide à l'arrêt ou à la réduction	OUI	NON	
Toxiques ou autres addictions	OUI	NON	
Si oui , proposition d'aide à l'arrêt ou à la réduction	OUI	NON	
Evaluation de l'activité physique			
> 2h30 par semaine	OUI	NON	
Préconisations			
Alimentation			
Avec fruits et légumes	OUI	Un peu	NON
Grignotage	OUI	NON	
Boissons sucrées	OUI	NON	
Préconisations			
Evaluation gastro-intestinale			
Episodes de constipation	OUI	NON	
Si Oui , préconisations			
Examens complémentaires			
Bilan sanguin à la recherche d'un syndrome métabolique (glycémie, EAL)	OUI (à scanner dans sillage)	NON (faire prescrire / médecin ou IPA)	
Bilan spécifique de moins d'1 an en lien avec le type de molécule : dosage sanguin (ex : lithiémie), recherche effets secondaires(ex : bilan hépatique pour depakote)	OUI (à scanner dans sillage)	NON (faire prescrire / médecin ou IPA)	
ECG de moins d'1 an	OUI	NON (faire prescrire / médecin ou IPA)	

Figure 5 Grille de suivi somatique

« Score de Motivation à la Santé ».

L'objectif est d'identifier les facteurs de risque facilement modifiables de façon à motiver le patient à entreprendre les changements qui lui seront bénéfiques.

Questionnaire SMS. (A réaliser avec l'utilisateur)

Question à poser à l'utilisateur avant le questionnaire :

Que pensez-vous de votre état de santé actuel ? (De 0 à 20)

Tabac	
Actif	+ 2
Arrêt de moins de 3 ans	0
Arrêt de plus de 3 ans ou jamais	- 1

Dyscholestérolémie	
LDL > 1,6 g/l	+ 1
LDL < 1,6 g/l	0
Chez l'homme HDL < 0,40 g/l et chez la femme < 0,5 g /l	+1
Si supérieur	-1

Triglycérides	
> 1,5 g/l	+ 1
< 1,5 g/l	0

Tension artérielle	
Pression artérielle > ou = à 16/10	+ 2
Pression artérielle > ou = à 14/9	+ 1
Pression artérielle < à 14/9	0
Si HTA traitée, quelle que soit la TA ajout d'1 point	

Diabète	
Oui et déséquilibré	+ 2
Oui et équilibré	+ 1
Non	0

Poids	
IMC > 35	+ 3
IMC > 25 et obésité abdominale ou IMC > 30	+ 2
IMC entre 25 et 30 sans obésité abdominale	+ 1
IMC < 25	0

Risques psycho-sociaux : quantité de stress ressenti ces derniers jours de 0 à 10	
> ou = 8	+ 2
Entre 4 et 7	+ 1
< 4	0

Consommation de fruits et légumes	
5 ou + / jour	- 1
Entre 3 et 4	0
Moins de 3	1

Grignotage gras ou sucré entre les repas	
Oui	+ 1
Non	0

Boissons sucrées (jus de fruits, sirop, sodas)	
Oui	+ 1
Non	0

Marche ou activité physique	
> 2h30 / semaine dont au moins 1h d'endurance	- 1
Entre 1h et 2h30 / semaine	0
Moins de 1h	1

Consommation d'alcool	
Alcoolodépendance (> 4 verres / jour)	+ 2
> 2 verres / jour	+ 1
Non	0

Score	/ 20
-------	------

Interprétation : Plus le score est bas, meilleur est votre état de santé.

Questions à poser à l'utilisateur après le calcul du score :

- 1) **Que pensez-vous de votre score ?**
- 2) **Comment cela peut-il vous motiver à modifier vos habitudes ?**
- 3) **Quelles habitudes seraient les plus faciles à changer ?**
- 4) **Comment vous y prendre pour modifier ces habitudes ?**
- 5) **Voulez-vous refaire un point dans 3 mois ?**

- Liaison au médecin traitant après la consultation : oui-non

Figure 6 Grille de Score de Motivation à la santé

Durant cet entretien motivationnel, des conseils hygiéno-diététiques pourront être prodigués. Des ateliers en CATTP (cuisine diététique, pratique d'activité physique...), de l'ETP pourront être prescrits. Le score de motivation à la santé sera évalué de façon régulière.

H. Valeur ajoutée de l'accompagnement IPA

La valeur ajoutée de l'accompagnement d'une IPA dans le parcours de santé et de soin des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères dans le suivi somatique en ambulatoire semble se jouer dans la continuité des soins.

Nous pourrions effectuer un relevé systématique des facteurs de risques cardiovasculaires et assurerons la liaison avec la ville. En cas de dépistage de pathologies somatiques, il sera utile d'orienter les patients vers des spécialistes.

Si le principe de rétablissement remet le patient comme acteur majeur de sa prise en soin, un accompagnement s'avère primordial. En effet, les interventions des différents professionnels se font de façon simultanée et ceci implique une coordination qui pourra être un de nos rôles en tant qu'IPA.

Nous serons alors garants d'une prise en soin efficiente et globale. Par ailleurs, nous aurons une bonne connaissance des patients qui nous seront confiés et pourrions attirer l'attention de l'ensemble des professionnels concourant à la prise en soin sur les points de vigilance. De fait, la qualité des soins s'en trouvera améliorée.

Au fil du temps, l'IPA se constituera un portefeuille de partenaires ce qui facilitera le parcours de santé et de soins des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères. Ceci aura pour conséquence une amélioration d'accès aux soins de ces patients.

Grâce à une intervention précoce et graduée, nous pouvons espérer une diminution des hospitalisations améliorant ainsi la qualité de vie du patient et entraînant une baisse des dépenses hospitalières.

CONCLUSION

Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ont une diminution significative de leur espérance de vie. Non seulement ils sont plus vulnérables compte tenu de leur maladie car leur capacité à prendre soin d'eux est diminuée mais aussi en regard des traitements antipsychotiques et/ou thymorégulateurs qui leur sont prescrits.

Si dans les services d'hospitalisation une surveillance somatique est de rigueur, il n'en est pas de même en service ambulatoire. Une analyse approfondie des dossiers patients semble démontrer que peu de facteurs de risques sont renseignés dans le dossier de soin informatisé des patients.

Un accompagnement par l'IPA pourrait améliorer la prise en soin. Une procédure a été travaillée. Une grille de suivi somatique a été élaborée et mise à disposition des soignants du CMP afin de faciliter la récolte des données et pour répondre aux recommandations de l'HAS. Une sensibilisation a été réalisée auprès des soignants. Ceux-ci semblent s'être approprié l'outil.

Un score de motivation à la santé a été créé afin d'amener les patients à travailler les facteurs de risques cardiovasculaires modifiables avec les outils existant dans notre structure.

Ces outils feront l'objet d'une présentation auprès de l'équipe médicale du 62G13 afin d'en développer l'utilisation dans leurs consultations.

Une nouvelle analyse de dossiers pourra être réalisée de façon annuelle afin d'évaluer l'efficacité de la procédure et de proposer des ajustements si nécessaires.

La prise mes futures fonctions contribuera à mener ce projet à terme. Nous pouvons espérer un meilleur suivi somatique des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères ce qui permettrait une augmentation de leur espérance et de leur qualité de vie.

V. Bibliographie

- AFSSAPS. (s.d.). ANSM. Récupéré sur suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques:
<https://ansm.sante.fr/uploads/2021/03/11/6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf>
- Alberti, S. G., & Zimmet, P. (2006). *The IDF consensus worldwide definition of the METABOLIC SYNDROME*. International Diabetes Federation.
- American Psychiatric Association, M.-A. C.-D.-B.-C. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition*. Elvessier Masson.
- Ardoino, J. (2000). Le paradigme de l'accompagnement et le statut de partenaire. *Editorial de Pratiques de formation-analyses N°40*.
- Bunce, D. 2., Jones, L., Badger, L., & SE, J. (1982, Aout 1). Medical illness in psychiatric patients : barriers to diagnosis and treatment. *Southern Medical Journal*, pp. 941-944.
- Crapet, M. (2021). *Evaluation du repérage des facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients hospitalisés dans les EPSM du GHT Nord Pas-De-Calais*. Lille: Université de médecine.
- De Hert, M., U Correll, C., Bobes, J., Cetkovitch-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., . . . Leucht, S. (2011, Février 10). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care . *World Psychiatry*, pp. 52-77.
- Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale .
- Dixon, L., Postrado, L., Delahanty, J., & Fischer, P. L. (1999, Aout). The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *J. Nerv Ment Dis.*, pp. 496-502.
- Druss, B., Rosenheck, R., Desai, M., & Perlin, J. (2002). Quality of preventive medical care for patients with mental disorders . *Medical care*, pp. 129-136.
- FFC. (2016, Aout 26). <https://www.fedecardio.org/je-m-informe/les-facteurs-de-risque-cardiovasculaires/>.
- FFC, F. F. (2021, 05 21). *zoom sur le syndrome métabolique*. Récupéré sur fedecardio.org:
<https://www.fedecardio.org/je-m-informe/zoom-sur-le-syndrome-metabolique/>
- FFP-CNPP, F. F.-C. (2015, Juin). Récupéré sur F2RSMPsy:
<https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11720.pdf>
- Ha, C. (2017, 06 17). *MORTALITÉ DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX. ANALYSE EN CAUSES MULTIPLES DES CERTIFICATS DE DÉCÈS EN FRANCE, 2000-2013*. Saint-Maurice, France: Santé Publique France.
- Krebs, M.-O. (2017, 07 11). INSERM. Récupéré sur Schizophrénie, intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/>
- Magaly Coldefy, C. G. (2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la Santé numéro 237* <https://www.irdes.fr/recherche/2018/qes-237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.html>.
- Mottaz, A. (2012). Accompagnement. Dans M. Formarier, *Les concepts en sciences infirmières 2ème édition* (pp. 42-43). Toulouse.
- Nasrallah, A. H., Meyer, M. J., Goff, C. D., McEvoy, P. J., Davis, M. S., Stroup, T. S., & Lieberman, A. J. (2006, Septembre). Low rates of treatment for hypertension,

- dyslipidemia and diabetes in schizophrenia : data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophrenia res.*, pp. 15-22.
- OMS. (s.d.). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Récupéré sur https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/.
- OMS. (s.d.). *Santé mentale : renforcer notre action*. Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Roshanaei-Moghaddam, B., & Katon, W. (2009, Février). Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorders : a review. *psychiatric services*, pp. 60:147-56.
- Vidal. (s.d.). *Dictionnaire Vidal*.

Table des matières

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
I. INTRODUCTION THÉORIQUE	1
A. La santé mentale et les troubles mentaux	1
B. Les troubles psychiques sévères	2
1. La schizophrénie.....	2
2. Le trouble bipolaire	5
3. Surveillance clinique des patients sous traitement antipsychotique et/ou thymorégulateur	7
C. La morbi-mortalité des patients souffrants de troubles psychiques sévères	7
D. Des recommandations pour améliorer la prise en charge somatique des patients psychiatriques	10
E. Les compétences de l’Infirmière en Pratique Avancée.....	11
F. L’accompagnement.....	12
II. METHODE.....	15
A. Type d’étude	15
B. Population étudiée.....	15
1. Critères d’inclusion.....	15
2. Critères d’exclusion.....	15
C. Objectifs.....	15
D. Recueil de données.....	16
1. Méthodologie.....	16
2. Nature des données recueillies	16
E. Statistiques	17
F. Éthique	18
III. RESULTATS ET ANALYSE	19
A. Données sociodémographiques.....	19
B. Relevé des facteurs de risques cardiovasculaires.....	19
C. Relevé de l’évaluation du mode de vie du patient et du transit	21
D. Réalisation d’un électrocardiogramme.....	21
E. Score de remplissage.....	22
F. Analyse bivariée du score de remplissage	25
IV. DISCUSSION.....	27
A. Population étudiée.....	27
B. Relevé des facteurs de risques cardiovasculaires.....	28
C. Évaluation du suivi somatique des patients	29
D. Différence de recueil en fonction des professionnels de santé.....	29

E. Limites et biais.....	31
F. L'accompagnement IPA dans le suivi somatique ambulatoire.....	32
G. Application pratique.....	35
H. Valeur ajoutée de l'accompagnement IPA.....	40
CONCLUSION.....	1
V. Bibliographie.....	2

ABSTRACT

Introduction:

Numerous studies have shown that mortality is higher in patients with severe psychological disorders. The French Federation of Psychiatry (FFP) and the High Authority of Health (HAS) recommend to propose a specific follow-up to these patients, in particular: "to be proactive" to identify the somatic problems of these patients and to organize in an active way the somatic care at the hospital discharge".

To date, there is a lack of coordination between psychiatric and somatic outpatient care.

How will IPA be able to improve somatic follow-up of patients with schizophrenic or bipolar disorders?

Method:

This is an observational, retrospective, monocentric study conducted on the Centre Médico Psychologique (CMP) of Bully les Mines.

The main objective of the study was to analyze the somatic management of patients under antipsychotic and/or thymoregulatory treatment followed in psychiatric outpatient departments.

Results:

While somatic monitoring is de rigueur on inpatient wards, this is not the case on outpatient wards. Analysis of computerized patient records seems to show that few risk factors are recorded in the computerized patient care record.

Discussion:

Support from the IPA could improve care.

A procedure was developed: a somatic monitoring grid was developed and made available to the CMP caregivers in order to facilitate data collection and to meet the recommendations of the FFP and the HAS.

With the arrival of the IPAs, a better somatic follow-up of patients suffering from severe psychiatric pathologies and an increase in their life expectancy and quality of life can be hoped for.

Keywords: : Advanced Practice Nurse, somatic follow-up, ambulatory service, coordination.

AUTEURE : Nom : TRIN-BOHMKE

Prénom : Anne-Lise

Date de soutenance : 30 Juin 2022

Titre du mémoire : La place de l'Infirmière en Pratique Avancée dans le suivi somatique ambulatoire des patients souffrant de troubles psychiques sévères.

Mots-clés libres : Infirmier en Pratique Avancée, suivi somatique, service ambulatoire, coordination.

Résumé :

Introduction :

De nombreuses études ont démontré que la mortalité est plus importante chez les patients souffrant de troubles psychiques sévères. La Fédération Française de Psychiatrie (FFP) et la Haute Autorité de Santé (HAS) recommandent de proposer un suivi spécifique à ces patients, notamment : « "d'être proactifs" pour repérer les problèmes somatiques de ces patients et d'organiser de manière active les soins somatiques à la sortie de l'hôpital ».

A ce jour, il est constaté un manque de coordination entre les soins psychiatriques et somatiques en ambulatoire.

Comment l'IPA pourra améliorer le suivi somatique des patients souffrant de troubles schizophréniques ou bipolaires ?

Méthode :

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique réalisée sur le Centre Médico Psychologique (CMP) de Bully les Mines.

L'objectif principal de l'étude est d'analyser la prise en charge somatique chez les patients sous traitement antipsychotique et/ou thymorégulateur suivis en ambulatoire en psychiatrie.

Résultats :

Si dans les services d'hospitalisation une surveillance somatique est de rigueur, il n'en est pas de même en service ambulatoire. L'analyse des dossiers patients informatisés semble démontrer que peu de facteurs de risques sont renseignés dans le dossier de soin informatisé des patients.

Discussion :

Un accompagnement par l'IPA pourrait améliorer la prise en soin.

Une procédure a été travaillée : une grille de suivi somatique a été élaborée et mise à disposition des soignants du CMP afin de faciliter la récolte des données et pour répondre aux recommandations de la FFP et de l'HAS.

Avec la prise de fonction des IPA, un meilleur suivi somatique des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères et une augmentation de leur espérance et de leur qualité de vie peut être espéré.

Directeur de mémoire : Marie-Noëlle PLACE