



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2023

N°

**EVALUATION DU SUIVI SOMATIQUE DES PATIENTS TRAITES PAR ANTIPSYCHOTIQUES :
ETUDE REALISEE DANS LE SECTEUR EXTRAHOSPITALIER DU CHLC AVANT LA MISE EN
PLACE D'UNE EQUIPE MOBILE DE SOINS SOMATIQUES**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 25 Avril 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par MANGÉ Thibault

Né le 3 août 1992

A Châtillon-Sur-Seine (21)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2023

N°

**EVALUATION DU SUIVI SOMATIQUE DES PATIENTS TRAITES PAR ANTIPSYCHOTIQUES :
ETUDE REALISEE DANS LE SECTEUR EXTRAHOSPITALIER DU CHLC AVANT LA MISE EN
PLACE D'UNE EQUIPE MOBILE DE SOINS SOMATIQUES**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 25 Avril 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par MANGÉ Thibault

Né le 3 août 1992

A Châtillon-Sur-Seine (21)

Année Universitaire 2022-2023
au 1^{er} Septembre 2022

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Moncef	BERHOUMA	Neurochirurgie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépto-gastroentérologie

M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépto-gastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2024)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Paul	SAGOT	(02/11/2022 au 31/10/2025)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologie
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségoène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	David	GUILLIER	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
(Disponibilité pour convenances personnelles)			
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	AHO GLELE	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale
Mme	Ludivine	ROSSIN	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur TROJAK Benoit

Membres : Monsieur le Professeur CHAVANET Pascal
Monsieur le Docteur DUONG Steve (Directeur de thèse)
Monsieur le Docteur ARCOS François
Madame le Docteur ZABAWA Claire

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur TROJAK Benoit, président du jury

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Je vous remercie d'avoir accepté ce rôle avec une grande réactivité.

Veillez accepter l'expression de mes remerciements les plus sincères ainsi que ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur CHAVANET Pascal,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et d'être membre de ce jury.

Merci d'avoir transmis vos valeurs et enseignements aux étudiants de cette faculté.

Veillez croire en ma profonde reconnaissance et mon très grand respect.

A Monsieur le Dr ARCOS François,

Je suis très honoré par ta présence dans ce jury et te remercie pour ta bienveillance quotidienne. Quelques mots ne suffisent pas pour décrire la belle personne que tu es...

A Madame le Dr ZABAWA Claire,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de prendre le temps d'évaluer ce travail. Je t'en suis très reconnaissant.

A Monsieur le Dr DUONG Steve,

Je te remercie infiniment pour ton soutien, ta disponibilité et ton encadrement pour ce travail.

J'ai découvert durant mon stage d'internat l'excellent médecin que tu es ; maintenant, j'ai hâte de découvrir l'artiste qui veille en toi.

A mes parents, à leur amour, leur bienveillance et leur soutien durant toutes ces années. Je ne peux que vous remercier en vous rendant fiers. Je t'aime papa, je t'aime maman.

A pépé et mémé. Merci pour votre présence depuis toujours et votre amour. Le temps passe mais les souvenirs restent... Vous êtes des grands parents exceptionnels. Je vous aime

A mon frère. Tu as toujours été bienveillant pour moi et je suis fier de cette complicité qui nous lie. Merci également à **Lilie** ainsi qu'à mes deux nièces **Romane** et **Louane** qui représentent beaucoup pour moi. Je vous aime.

A ma belle-famille, et plus particulièrement à **Domi** et **Malou** pour leur accueil chaleureux et leur gentillesse.

A Quentin, dont la philosophie de vie devrait en inspirer plus d'un. Merci de nous faire partager tes nombreux périple en compagnie de **Juliette**.

A Mumu, je ne peux remercier ton homme sans penser à toi. Tu as participé activement à des moments importants de ma vie par le biais de ta joie de vivre mais aussi par tes douceurs sucrées.

A Vincent, bien plus qu'un simple partenaire de ping, ainsi qu'à **Géraldine**. Bises à vous les jeunes mariés.

A Madeline et Thomas ainsi que **Bertille et James**. Sans vous, retourner Megève n'aurait pas été possible.

A Geoffrey, mon binôme de faculté. Merci pour ces beaux moments partagés ensemble qui sont si nombreux.

Aux Châtillonnais : **Mousse et Roxane, Rocco et Tételle, Axel et Anne Sophe**, fidèles amis de longue date. « Toujours présents ».

A Alex et Camille, merci pour votre présence et votre soutien durant toutes ces années. Vous me faites l'honneur d'être le parrain de votre petit **Nathan** et « j'en suis pas peu fier ». Pouvoir compter sur vous est réconfortant.

A Charly et Lili, les zoukeurs. Une amitié très forte qui s'est créée suite à des traquenards venus d'ailleurs. Merci pour votre présence les amis. **Emma** a de la chance d'avoir des parents comme vous.

A toute la **Famille Trinh** :

A Alice, ma partenaire de danse mais aussi mon adversaire à « Frustration ».

A Clarisse, qui j'espère continuera à croire en ses rêves et aller au bout de ses ambitions.

A Séverine, pour ton écoute si réconfortante et tes conseils d'herboriste aguerrie.

A Tan, très présent pour moi ces dernières années. Tu es quelqu'un exceptionnel à mes yeux et d'une confiance inégalable.

A ma merveilleuse femme...

Tu m'as dit que je serais meilleur pour les remerciements, alors j'espère être à la hauteur avec ces quelques mots...

Je suis fier de te dire que je ne serais jamais arrivé jusqu'ici sans toi. Tu illumines ma vie chaque jour par ta présence et ta joie de vivre. Merci pour tout ce que tu fais pour moi ; tu es essentielle pour mon équilibre de vie.

Je t'aime.

A ma tante et marraine Agnès, partie trop tôt.

TABLE DES MATIERES

Table des matières	11
Table des tableaux.....	12
Table des figures	13
Table des annexes	14
Liste des abréviations.....	15
INTRODUCTION	16
GENERALITES.....	17
1) Les antipsychotiques	17
a. Histoire des antipsychotiques	17
b. Pharmacologie	18
2) Comorbidités et effets indésirables métaboliques liés aux antipsychotiques	20
a. Prise de poids / obésité	20
b. Glycémie	22
c. Hypertension artérielle.....	22
d. Dyslipidémie.....	23
e. Syndrome métabolique.....	23
f. Allongement de l'intervalle QT.....	24
3) Surveillance et suivi somatique nécessaire des patients sous AP	25
MATERIEL ET METHODES.....	26
1) Contexte	26
2) Etude	27
RESULTATS.....	28
1) Population	28
2) Suivi somatique	30
3) Suivi somatique des patients hospitalisés lors de l'étude	31
DISCUSSION	33
1) Forces et limites de notre étude	33
2) Suivi somatique des patients traités par antipsychotiques	33
3) Suivi somatique des patients hospitalisés lors de l'étude	37
CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41
ANNEXES.....	44

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableaux récapitulatifs des principaux antipsychotiques	17
Tableau 2 : Degrés d'affinité de différents antipsychotiques pour les récepteurs neuronaux, selon la constante de dissociation inhibitrice K_i exprimée en nanomoles.....	20
Tableau 3 : Classification des antipsychotiques en fonction du risque de torsade de pointes, basée sur l'observation et les rapports de cas rapportés par la pharmacovigilance	24
Tableau 4 : Recommandations de suivi des patients sous AP présentant une pathologie psychiatrique sévère et chronique.....	25
Tableau 5 : Répartition des patients selon la déclaration d'un médecin traitant	29
Tableau 6 : Répartition des échanges retrouvés entre médecin traitant et psychiatre.....	29
Tableau 7 : Répartition des patients selon la réalisation des paramètres de surveillance cardiovasculaire de la FFP	30
Tableau 8 : Répartition des patients ayant bénéficiés d'une hospitalisation lors des 12 derniers mois	31
Tableau 9 : Répartition des échanges retrouvés entre médecin traitant et psychiatre chez les patients hospitalisés.....	31
Tableau 10 : Tableau récapitulatif des différents paramètres suivis chez nos 34 patients hospitalisés	31

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Prise de poids sous antipsychotiques (différence moyenne standardisée 95% IC)	21
Figure 2 : Répartition des patients selon leur âge	28
Figure 3 : Répartition des patients selon leur traitement AP	28
Figure 4 : Histogramme décrivant la réalisation des paramètres de surveillance recommandés (en %)	30
Figure 5 : Histogramme décrivant la réalisation des paramètres de surveillance recommandés (en %) chez les patients hospitalisés	32

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Répartition des patients dans les différents CMP du CHLC	44
Annexe 2 : Grille d'évaluation utilisée pour l'étude du suivi somatique des patients	45

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

AP : Antipsychotique

ARS : Agence Régionale de Santé

CHLC : Centre Hospitalier La Chartreuse

CMP : Centre Médico-Psychologique

ECG : Electrocardiogramme

FFP : Fédération Française de Psychiatrie

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SEP : Syndrome ExtraPyramidal

INTRODUCTION

En France, les maladies mentales se hissent au 3^{ème} rang des pathologies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires.

En effet, en 2020, les pathologies psychiatriques représentaient presque 1,5 millions de personnes, soit 13% des ALD, dont 600 000 personnes souffrant de schizophrénie (1).

Outre cette prévalence élevée, les patients atteints de pathologie mentale sévère telle que la schizophrénie et les troubles bipolaires ont un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale, avec une réduction de l'espérance de vie de 15 à 20 ans (2). Cette surmortalité est connue depuis les années 1930 et reste importante alors que l'espérance de vie dans la population générale augmente. Elle est avant tout liée aux événements cardiovasculaires, loin devant les suicides.

Les affections métaboliques (diabète, obésité, dyslipidémie et hypertension artérielle) ainsi que le mode de vie de ces patients (sédentarité, alimentation déséquilibrée, repli sur soi) sont les déterminants majeurs de cette surmortalité cardiovasculaire.

De plus, certains traitements psychotropes utilisés dont les antipsychotiques, bien qu'essentiels dans le contrôle de la maladie, peuvent majorer ou favoriser l'apparition de ces comorbidités.

Devant ce constat alarmant et probablement méconnu, il est essentiel pour les praticiens (psychiatres, médecins généralistes) d'assurer un suivi somatique adapté aux personnes atteintes de pathologies mentales sévères notamment sous antipsychotiques.

Pour faire face à cette problématique, des recommandations ont été élaborées par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) en 2015 et validées par la HAS concernant le suivi somatique de cette population (3).

Le CHLC est au cœur de ce sujet puisque cette structure a bénéficié d'un financement par l'ARS pour la création d'une équipe mobile de soins somatiques, qui sera composée d'un médecin généraliste, d'un infirmier de pratique avancée (IPA) et d'un infirmier.

Par conséquent, avant la prise de fonction de cette nouvelle entité, il était utile de réaliser un audit ayant pour objectif l'évaluation du suivi somatique des patients sous antipsychotiques dans le secteur extrahospitalier du CHLC, selon les recommandations de la FFP.

Mais avant de préciser les modalités de cette étude, il est indispensable de rappeler certaines notions générales concernant les antipsychotiques, les comorbidités liées à cette thérapeutique ainsi que la surveillance et le suivi recommandés avec ces traitements. Ces notions sont au centre de notre problématique. Nous les évoquerons donc point par point dans une première partie, avant de discuter de la méthode utilisée pour notre étude. Enfin nous présenterons, puis analyserons les résultats.

GENERALITES

1) Les antipsychotiques

a. Histoire des antipsychotiques

Elle débute dans les années 1950, grâce à un chirurgien militaire, Henri Laborit. Ce dernier a utilisé la chlorpromazine comme cocktail sédatif pour des travaux en anesthésiologie et a remarqué « un état de désintéressement psychique » chez les patients.

Par la suite, Delay et Deniker, deux psychiatres, sont les premiers à avoir rapporté un effet propre de la chlorpromazine dans le traitement de la psychose aiguë avec une action antipsychotique. Cette découverte a conduit à la commercialisation de cette molécule en 1952 sous le nom de LARGATIL®.

En 1957, ces deux psychiatres définissent une nouvelle classe de psychotropes : les neuroleptiques. Ceux-ci ont pour caractéristiques de réunir les cinq propriétés suivantes (4) :

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice sans action hypnotique
- Diminution de l'agressivité, de l'excitabilité et de l'agitation
- Action réductrice sur les psychoses aiguës ou chroniques
- Production d'effets secondaires neurologiques (SEP) et neurovégétatifs (hypotension orthostatique)
- Action sous corticale dominante

Cette classe thérapeutique a révolutionné le traitement des troubles psychotiques mais leurs effets indésirables, principalement neurologiques, ont limité leur observance. Le terme « neuroleptique » faisant référence aux effets secondaires, ces traitements seront progressivement appelés par la suite antipsychotiques classiques ou de première génération.

Puis, dans les années 90, de nouvelles molécules ont été découvertes présentant une efficacité équivalente sur les symptômes psychotiques mais n'entraînant pas les effets neurologiques extra-pyramidaux. Ils sont appelés antipsychotiques atypiques ou de deuxième génération étant donné qu'ils ne répondent plus à la classification de Delay et Deniker.

Antipsychotiques de 1ère génération	
DCI	Nom commercial
Lévomépromazine	NOZINAN®
Propériciazine	NEULEPTIL®
Cyamémazine	TERCIAN®
Chlorpromazine	LARGACTIL®
Fluphénazine	MODECATE®
Pipotiazine	PIPORTIL®
Halopéridol	HALDOL®
Penfluridol	SEMAP®
Pipampérone	DIPIPERON®
Flupentixol	FLUANXOL®
Zuclopenthixol	CLOPIXOL®

Antipsychotiques de 2ème génération	
DCI	Nom commercial
Sulpride	DOGMATIL®
Amisulpride	SOLIAN®
Tiapride	TIAPRIDAL®
Sultopride	BARNETIL®
Rispéridone	RISPERDAL®
Sertindole	SERDOLECT®
Loxapine	LOXAPAC®
Clozapine	LEPONEX®
Olanzapine	ZYPREXA®
Quétiapine	XEROQUEL®
Aripiprazole	ABILIFY®

Tableau 1 : Tableaux récapitulatifs des principaux antipsychotiques

A noter que plusieurs classifications de ces molécules ont été réalisées par la suite, sur la base de :

- leurs structures chimiques : phénothiazines, butyrophénones, benzamides, dibenzothiazépines, thioxanthènes
- leurs cibles pharmacologiques : action adrénolytique, atropinique, antihistaminique, anti-sérotoninergique
- leurs activités thérapeutiques : sédatif, antipsychotique, anti-déficitaire

b. Pharmacologie

Le mécanisme d'action des neuroleptiques sur le système nerveux central est encore insuffisamment compris. Cependant, il a été démontré une efficacité de ceux-ci au niveau des différents neuromédiateurs du système nerveux central.

Les antipsychotiques de 1^{ère} génération sont caractérisés par une affinité importante et un antagonisme compétitif vis-à-vis des récepteurs dopaminergiques D2. Ils sont également affines pour d'autres récepteurs qui sont 5HT₂, α 1, M1 et H1 (5).

Afin de mieux comprendre les effets thérapeutiques, les actions sur ces différents récepteurs sont décrites ci-dessous :

○ **Antagoniste des récepteurs D2**

Elle s'exerce en bloquant les récepteurs post-synaptiques des quatre voies dopaminergiques suivantes :

- Voie méso-limbique
 - Ceci entraîne une activité anti-dépressive, anti-hallucinatoire et une diminution de l'agressivité
- Voie méso-corticale
 - Ceci peut être responsable d'une aggravation des symptômes négatifs (repli sur soi, émoussement affectif...)
- Voie hypothalamo-hypophysaire
 - Ceci est responsable d'effets endocriniens et végétatifs (hyperprolactinémie avec possible galactorrhée, gynécomastie, stérilité, aménorrhée...)
- Voie nigrostriée
 - Ceci provoque de nombreuses actions telles que :
 - Dyskinésies : torticolis spasmodiques, crises oculogyres, trismus
 - Syndrome pseudo-parkinsonien : tremblements, bradykinésie, hypertonie musculaire
 - Akathisie
 - Syndrome malin des neuroleptiques : rigidité musculaire intense, hyperthermie, instabilité végétative d'origine centrale, etc...

Ce mode d'action sur les différentes voies dopaminergiques permet d'expliquer l'efficacité anti-productive des antipsychotiques mais aussi leurs effets indésirables neurologiques.

- **Antagoniste des récepteurs α_1**

Cette action sur ce récepteur peut notamment entraîner l'apparition d'une hypotension orthostatique.

- **Antagoniste des récepteurs muscariniques M1**

Ceci entraîne une action anticholinergique avec possible apparition d'un syndrome atropinique : diminution des sécrétions (sécheresse buccale, troubles de l'accommodation, constipation), mydriase.

- **Antagoniste des récepteurs H1 :**

Ce blocage peut provoquer une prise de poids ainsi qu'une sédation.

Chaque antipsychotique présente une affinité différente sur les récepteurs cités ci-dessus, c'est la raison pour laquelle les effets indésirables diffèrent selon les molécules utilisées.

Progressivement sont apparues des molécules ayant une efficacité similaire sur le plan thérapeutique mais avec des effets indésirables moindres : il s'agit des AP de seconde génération ou atypiques.

Ceux-ci sont caractérisés par un double antagonisme dopaminergique D2 et sérotoninergique 5 HT2A. C'est le rapport entre le taux d'occupation de ces deux récepteurs qui permet de différencier la 1^{ère} et 2^{ème} génération d'AP.

$$\frac{\text{Taux d'occupation des récepteurs 5HT2a}}{\text{Taux d'occupation des récepteurs D2}}$$

Si ce rapport est inférieur à 1, le médicament a plus d'affinité pour les récepteurs dopaminergiques, ce qui le classe dans la 1^{ère} génération de traitement. A l'inverse, si le rapport est supérieur à 1, la molécule a une meilleure affinité pour les récepteurs 5HT2a et est définie comme étant un AP de 2^{ème} génération.

Les récepteurs sérotoninergiques 5 HT2A sont présents en post-synaptique sur les neurones dopaminergiques (au niveau de la voie méso-corticale, voie mésolimbique, voie hypothalamo-hypophysaire et nigro-striée). L'action de la sérotonine dans les conditions physiologiques entraîne une diminution de la transmission dopaminergique. Nous pouvons donc comprendre que l'antagonisme de ces récepteurs 5 HT2A entraîne une augmentation du taux de dopamine sur les voies dopaminergiques. Ceci permet donc d'expliquer l'apparition moindre d'effets indésirables neurologiques des antipsychotiques atypiques.

Néanmoins, l'affinité de ces molécules pour un autre sous récepteur sérotoninergique (5HT2c) entraîne un effet orexigène à l'origine de certains effets indésirables métaboliques (6).

Nous retrouvons un tableau représentant quelques antipsychotiques avec leur affinité pour les différents récepteurs cités ci-dessus. L'affinité est d'autant plus forte que la constante de dissociation K_i est faible. Ceci permet de comprendre les différents effets des AP (7).

Composés	D ₁	D ₂	D ₃	D ₄	5-HT _{2A}	5-HT _{2C}	$\alpha 1$	M	H1
Halopéridol		1,4	21	11	25	> 5 000	19		
Clozapine	53	150	360	40	3,3	13	23	0,98	17
Rispéridone	21	3,3	13	16	0,16	63	2,3	5 000	8,8
Olanzapine	10	17	54	28	1,9	7,1	60	2,1	5,6
Sertindole	12	7,4	8,2	21	0,85	1,3	1,8	260	440
Quétiapine	390	310	650	1 600	120	3 820	58	56	21
Amisulpride	> 50	2,8	3,2	> 50	> 50	> 50	> 50	> 50	> 50
Ziprasidone	9,5	2,8			0,25		1,9	> 10 000	510

Tableau 2 : Degrés d'affinité de différents antipsychotiques pour les récepteurs neuronaux, selon la constante de dissociation inhibitrice K_i exprimée en nanomoles

2) Comorbidités et effets indésirables métaboliques liés aux antipsychotiques

Les personnes souffrant de pathologie mentale sévère telle que la schizophrénie ou le trouble bipolaire présentent une augmentation de la mortalité par rapport à la population générale. Cette différence est en partie expliquée par une hausse de la mortalité de ces patients de pathologies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...), de cancers et de maladies infectieuses chroniques ou aiguës.

En effet, il existe chez ces patients une fréquence accrue des facteurs de risque cardiovasculaires tels que le surpoids et l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle et le syndrome métabolique (8–10).

Les traitements antipsychotiques, notamment de 2^{ème} génération, bien qu'ayant révolutionnés le pronostic des maladies mentales, sont sources de iatrogénie et de comorbidités somatiques. Ils participent donc de manière indirecte à la surmortalité cardiovasculaire de cette population (11,12).

Nous allons maintenant décrire brièvement les principaux effets indésirables métaboliques des antipsychotiques. Les autres effets secondaires potentiels tels que le syndrome extrapyramidal, le syndrome malin des neuroleptiques, l'hyperprolactinémie, les effets hématologiques, etc... ne seront pas abordés volontairement car ils n'ont pas d'intérêt pour la suite de notre étude.

a. Prise de poids / obésité

Les personnes souffrant de troubles psychiques ont un risque d'obésité multiplié entre 2,8 et 3,5 par rapport à la population générale.

A titre d'exemple, nous retrouvons une surcharge pondérale chez plus de 40 à 45 % des patients schizophrènes, une obésité chez 20 à 50% des personnes bipolaires et 58% des déprimés sévères (10).

La prise de poids est un effet indésirable fréquent lors de la prise d'antipsychotiques, et plus particulièrement ceux de deuxième génération. Cet effet secondaire est un facteur de risque cardiovasculaire non négligeable et surtout un facteur de mauvaise observance médicamenteuse (13).

La méta-analyse d'Allison et al (1999) a ainsi montré qu'après dix semaines de traitements aux doses usuelles, la Clozapine augmente le poids de 4,45 kg, l'Olanzapine de 4,15 kg, la Risperidone de 2,10 kg et la Quetiapine de 3 kg (14).

Certains antipsychotiques de première génération entraînent également une prise pondérale, même si elle est moins importante que les AP atypiques. Par exemple, la Chlorpromazine fait prendre moins de 3 kg (11,14).

La mesure pondérale est donc importante à surveiller dès l'instauration d'un traitement par AP et pendant la prise médicamenteuse (15).

Pour illustrer ceci, la méta-analyse de Leucht a comparé la prise pondérale causée par les antipsychotiques sur une période de 6 semaines par rapport à un placebo. Les résultats diffèrent selon les molécules utilisées comme le montre la figure suivante (16).

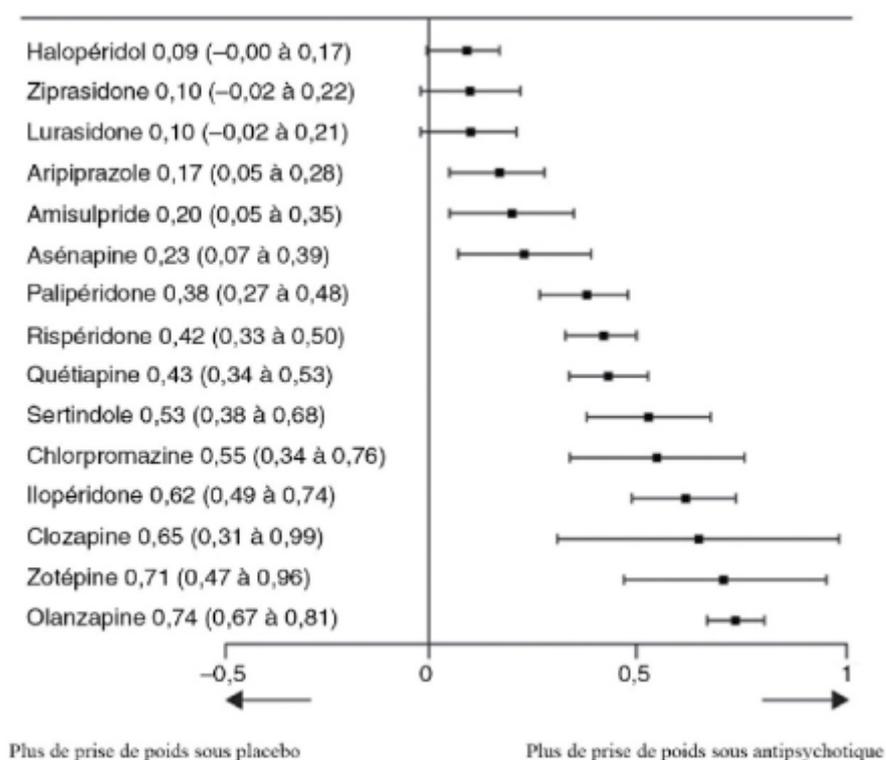


Figure 1 : Prise de poids sous antipsychotiques (différence moyenne standardisée 95% IC) (16)

b. Glycémie

La prévalence du diabète de type 2 est sous-estimée dans la population générale puisqu'il s'agit d'une pathologie asymptomatique dans sa phase initiale.

En France, cette prévalence est estimée à 4,5% en 2020 et tend à augmenter du fait du vieillissement de la population, à l'urbanisation et à la sédentarité.

Les patients atteints de troubles mentaux sévères souffrent davantage de diabète de type 2 en comparaison à la population générale.

A titre d'exemple, des études ont montré que la prévalence de cette pathologie chez les sujets atteints de schizophrénie est deux à trois fois plus élevée que dans la population générale (12).

Le mode de vie des patients, une prédisposition génétique et les effets indésirables des traitements utilisés majorent le risque de développer cette pathologie.

La prise d'antipsychotiques atypiques est par ailleurs un facteur favorisant l'apparition de cette pathologie, même si le mécanisme par lequel ils induisent le diabète est mal connu et probablement multifactoriel (8).

En plus d'un effet indirect sur l'association entre la prise pondérale et le diabète de type 2, plusieurs études ont démontré que les AP pouvaient avoir un effet direct sur la sécrétion d'insuline (diminuée) et l'insulinorésistance (augmentée).

Les données actuelles disponibles suggèrent que la clozapine et l'olanzapine ont plus tendance à induire une diminution de la tolérance au glucose, et donc favoriser un diabète, en comparaison avec d'autres antipsychotiques atypiques comme la rispéridone et l'aripiprazole.

Une surveillance de la glycémie est donc nécessaire lors de la prise d'AP.

c. Hypertension artérielle

Il est difficile d'établir un lien direct de causalité entre la prise d'AP et l'apparition d'une hypertension artérielle.

Bien que la prise de ces traitements peut entraîner une obésité et donc favoriser l'hypertension artérielle, cette dernière est compensée par l'effet hypotenseur des antipsychotiques (8,17).

De manière similaire aux autres facteurs de risque cardiovasculaires, la prévalence de l'hypertension artérielle chez les patients présentant des troubles mentaux sévères est plus importante que dans la population générale.

A titre d'exemple, d'après les chiffres de l'étude CATIE, les patients schizophrènes souffrent significativement plus d'hypertension artérielle que la population générale (27% vs 17% respectivement) (18).

d. Dyslipidémie

Les anomalies du métabolisme lipidique sont également fréquentes chez les patients présentant des troubles mentaux sévères.

Selon plusieurs études réalisées, les patients souffrant de schizophrénie n'ont significativement pas un taux de cholestérol total plus important que la population générale (18). En revanche, ils présentent un taux de triglycérides plus élevé ainsi qu'un taux de HDL cholestérol plus bas.

Sachant que l'hypertriglycéridémie est corrélée à l'obésité et que les AP atypiques favorisent la prise pondérale, cette thérapeutique est donc propice à cette perturbation lipidique (11). Ainsi, la clozapine et l'olanzapine sont à risque élevé de développer une hypertriglycéridémie, alors que la rispéridone et l'aripiprazole le sont moins (19).

La surveillance du bilan lipidique lors de la prise d'AP est donc recommandée.

e. Syndrome métabolique

Le syndrome métabolique est une association clinico-métabolique prenant en compte l'obésité abdominale, l'hypertension artérielle ainsi que les anomalies lipidiques et glucidiques.

Il s'agit d'un ensemble de perturbations cliniques et biologiques à fort risque de survenue de pathologies cardiovasculaires (multiplié par un facteur 3 à 6) (20).

Il est défini selon la Fédération Internationale du Diabète par la présence d'une obésité abdominale (soit un tour de taille supérieur à 94 cm chez les hommes et 80 cm chez les femmes) associé à au moins deux des facteurs suivants :

- Taux élevé de triglycérides : \geq à 1,50 g/L ou traitement spécifique de ce trouble lipidique
- Faible taux de cholestérol HDL : $<$ 0,40 g/L chez l'homme ou $<$ 0,50 g/L chez la femme
- Pression artérielle élevée : systolique \geq 130 mmHg ou diastolique \geq 85 mmHg ou traitement d'une hypertension artérielle
- Glycémie veineuse à jeun : \geq 1,00 g/L ou traitement d'un diabète de type 2

Or, selon plusieurs études, le syndrome métabolique est deux à trois fois plus fréquent chez les patients souffrant de troubles psychiatriques que dans la population générale (9).

Par exemple, chez les personnes atteintes de schizophrénie, le syndrome métabolique touche 24 à 43 % des hommes et 27 à 52 % des femmes (10).

Comme vu précédemment, la prise d'AP peut induire ou majorer des comorbidités somatiques et donc potentialiser le risque de présenter un syndrome métabolique.

Le périmètre abdominal étant un déterminant majeur pour statuer ce syndrome, il est donc recommandé de le mesurer régulièrement pour le suivi somatique, en plus des autres paramètres déjà cités.

A noter que ce syndrome, bien qu'entraînant une majoration du risque cardiovasculaire, est cependant discuté ces dernières années par certains auteurs. En effet, plusieurs définitions ont été établies depuis 1998 et la conduite à tenir vis-à-vis de celui-ci reste la même : prendre en charge, de manière individuelle, chaque facteur de risque constituant ce syndrome (21).

f. Allongement de l'intervalle QT

Les antipsychotiques, de première ou de seconde génération, présentent un effet arythmogène connu depuis de nombreuses années.

En effet, ils perturbent le fonctionnement des canaux potassiques impliqués dans la repolarisation ventriculaire et entraînent un allongement de l'espace QT sur l'électrocardiogramme. Ceci expose donc au risque de trouble du rythme telle que la torsade de pointe ou la fibrillation ventriculaire (22).

Le risque d'allongement de l'intervalle QT varie selon les molécules utilisées (*Tableau 3*). Certains AP ont même été retirés du marché suite à cet effet indésirable comme par exemple la thioridazine en 2005.

Risque élevé	Risque modéré	Risque faible
Chlorpromazine	Clozapine	Tiapride
Lévomépromazine	Quétiapine	Aripiprazole
Halopéridol	Amisulpride	Olanzapine
	Risperidone	

Tableau 3 : Classification des antipsychotiques en fonction du risque de torsade de pointes, basée sur l'observation et les rapports de cas rapportés par la pharmacovigilance (23)

Le risque d'allongement de l'espace QT est soumis cependant à un certain nombre de facteurs endogènes et exogènes qui doivent être connus lors de la prescription d'AP (hypokaliémie, hypothyroïdie, fortes posologies d'antipsychotiques ou association de médicaments allongeant l'espace QT, etc...) (24,25).

Une étude a été réalisée par Ray et al. concernant l'incidence de mort subite d'origine cardiaque chez les patients sous antipsychotiques. Elle a mis en évidence une augmentation des morts subites chez les patients traités par AP par rapport à la population générale avec un risque relatif à 1,9 (26). Même si cette étude présente des biais de confusion, l'impact cardiaque des AP n'est donc pas négligeable.

Un ECG est donc recommandé à l'instauration du traitement et celui-ci doit être reconstrôlé régulièrement lors de modification posologique ou lors d'ajout d'un autre traitement psychotrope (27).

Un espace QTc supérieur à 450 ms doit imposer une surveillance particulière et un espace QTc supérieur à 500 ms contre-indique l'utilisation des AP (1^{ère} et 2^{ème} génération) (3).

3) Surveillance et suivi somatique nécessaire des patients sous AP

Face à cette augmentation des comorbidités et de cette surmortalité chez les patients présentant des troubles mentaux sévères tels que la schizophrénie ou les troubles bipolaires, il est donc essentiel d'assurer un suivi somatique régulier.

Ainsi, une surveillance clinique et paraclinique est préconisée afin de rechercher et traiter les comorbidités qui, comme vu ci-dessus, sont potentiellement majorées par la prise d'AP.

Au vu de tous ces éléments, la Fédération Française de Psychiatrie a établi des recommandations sur le suivi somatique des patients présentant des troubles mentaux sévères, validées par la HAS en Juin 2015 (3).

Par conséquent, il est recommandé chez ces patients de procéder à une recherche systématique des facteurs de risques cardiovasculaires tels que l'obésité, le syndrome métabolique, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et le diabète.

Cette évaluation somatique doit être réalisée avant toute prise médicamenteuse et doit être réévaluée de manière régulière, telle qu'expliquée dans le tableau ci-dessous, extrait de cette recommandation.

	T0	Semaine 4	Semaine 8	Semaine 12	Trimestrielle	Annuelle
Poids et IMC	x	x	x	x	x	
Périmètre abdominal	x	x				x
Glycémie à jeun	x			x		x
Evaluation d'une anomalie lipidique	x			x		x
ECG	x	x				x
Pression artérielle	x			x		x

Tableau 4 : Recommandations de suivi des patients sous AP présentant une pathologie psychiatrique sévère et chronique

MATERIEL ET METHODES

1) Contexte

Le suivi somatique des patients présentant des troubles mentaux est donc primordial. Cette problématique est au cœur du Centre Hospitalier La Chartreuse puisque celui-ci bénéficie d'une unité de soins somatiques permettant d'assurer un suivi tant sur plan psychique que physique chez les patients hospitalisés.

Depuis peu, cette structure hospitalière a bénéficié d'un financement de l'ARS pour la création d'une équipe mobile de soins somatiques, qui sera composée d'un médecin généraliste, d'un IPA et d'un infirmier.

Cette nouvelle offre de soins est donc une opportunité pour améliorer la prise en charge somatique des patients atteints de troubles mentaux sur le secteur extrahospitalier.

Par conséquent, avant la prise de fonction de cette nouvelle entité, nous avons réalisé en collaboration avec deux IPA une étude globale afin d'évaluer le suivi somatique des patients pris en charge dans le secteur extrahospitalier.

Cet audit repose sur une évaluation des pratiques professionnelles basée sur les recommandations de la FFP et de la HAS.

La période d'évaluation de cette étude s'est déroulée du 1er mars 2021 au 28 février 2022 dans le secteur extrahospitalier du CH La Chartreuse.

Dans un premier temps, nous avons sélectionné les patients majeurs, connus du secteur extrahospitalier depuis plus de 12 mois, ayant été vus en hôpital de jour ou en consultation au moins trois fois durant la période-cible.

Au total, 3287 dossiers de patients ont été ciblés dans cette population, répartis dans 16 CMP attachés du CHLC (*Annexe 1*).

Pour être suffisamment représentatif, nous avons choisi d'analyser 300 dossiers patients qui ont été sélectionnés suite à un tirage au sort.

Dans un second temps, nous avons établi une grille d'évaluation se basant sur les recommandations des bonnes pratiques de la FFP concernant le suivi somatique des patients présentant des troubles mentaux (*Annexe 2*).

Puis, nous nous sommes rendus dans les différents CMP afin de recueillir les données nécessaires pour compléter cette grille d'évaluation. Celles-ci ont été collectées pour chaque patient concerné via l'accès au dossier médical informatique (logiciel « Hopital Manager ») et au dossier papier.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel de gestion de qualité YES.

2) Etude

Pour réaliser mon travail de thèse, je me suis basé sur l'étude globale citée ci-dessus.

J'ai cependant décidé de cibler les patients traités par antipsychotiques étant donné que cette classe médicamenteuse entraîne davantage l'apparition ou l'aggravation de comorbidités cardio-vasculaires.

Ainsi, la population de notre étude se base sur les 300 dossiers patients sélectionnés précédemment, auquel nous avons ajouté le critère d'inclusion suivant : patient traité par antipsychotique.

La période d'évaluation reste la même, soit du 1^{er} mars 2021 au 28 février 2022.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le suivi somatique des patients majeurs traités par antipsychotiques, dans le secteur extrahospitalier du CHLC, d'après les recommandations de la FFP de 2015 (*Tableau 4*). Il s'agit donc d'une étude rétrospective qui vise à évaluer les pratiques professionnelles avant la prise de fonction de l'équipe mobile de soins somatiques.

Nous avons ainsi recherché dans cette population si la surveillance clinico-biologique recommandée est réalisée ou non, selon les critères d'évaluation suivants : poids et IMC, périmètre abdominal, glycémie à jeun, bilan lipidique, pression artérielle et ECG.

L'objectif secondaire de notre étude est d'évaluer, de la même façon et sur la même population, le suivi somatique des patients ayant été hospitalisés au CHLC durant la période cible.

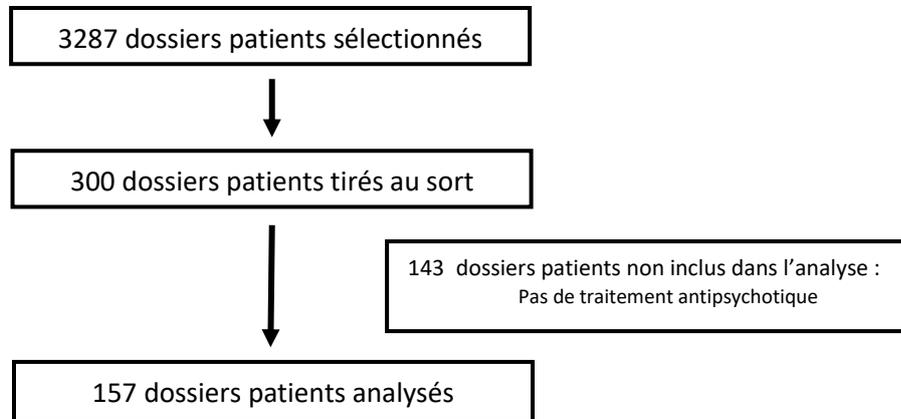
Le recueil de données a été effectué comme décrit précédemment dans les dossiers patients sélectionnés des différents CMP du CHLC.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel de gestion de qualité YES. Les résultats en pourcentage ont été arrondis à l'unité pour une meilleure visibilité.

RESULTATS

1) Population

Au total, 157 patients ont été inclus dans l'étude.



Les patients étaient âgés entre 20 et 95 ans avec une moyenne d'âge de 48,3 ans. Sur les 157 patients, 62% (n=97) étaient des hommes et 38% (n=60) des femmes.

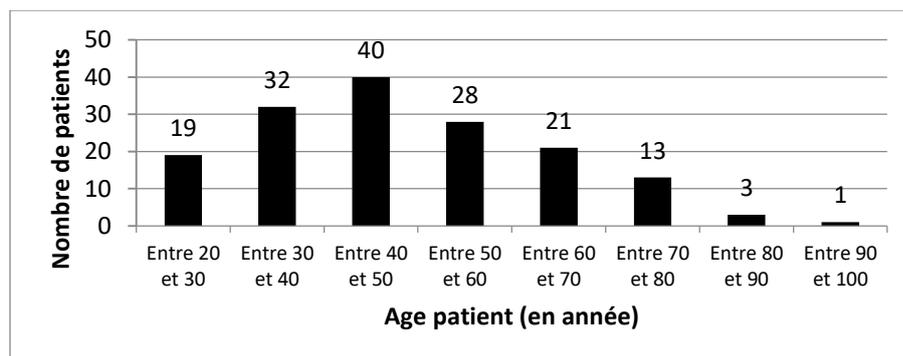


Figure 2 : Répartition des patients selon leur âge

Nous retrouvons 38 patients traités par antipsychotique de première génération, 111 de deuxième génération et 8 ayant une association d'antipsychotiques de première et deuxième génération dans leur traitement.

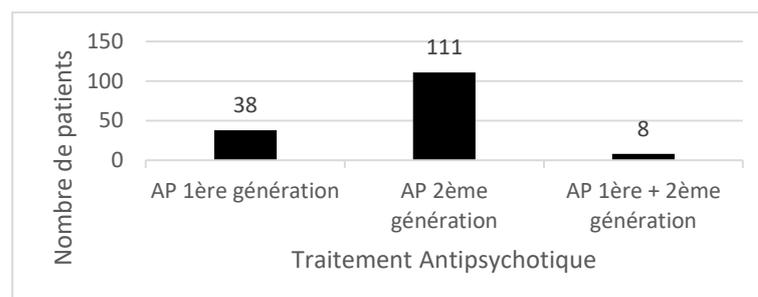


Figure 3 : Répartition des patients selon leur traitement AP

Sur les 129 patients qui ont déclaré un médecin traitant, il a été retrouvé un échange entre le psychiatre et le médecin traitant dans 37 dossiers (courriers ou échanges téléphoniques).

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Oui	129	82%
Information non retrouvée	28	18%
TOTAL	157	100%

Tableau 5 : Répartition des patients selon la déclaration d'un médecin traitant

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Oui	37	29%
Non	92	71%
TOTAL	129	100%

Tableau 6 : Répartition des échanges retrouvés entre médecin traitant et psychiatre

2) Suivi somatique

Les différents critères devant être surveillés, selon les recommandations de la FFP, chez nos 157 patients sont décrits ci-dessous.

Paramètres étudiés dans les 12 derniers mois	Réponse	
	Oui	Non retrouvé
Poids mesuré	69	88
<i>Dont IMC calculé</i>	41	28
Périmètre abdominal mesuré	0	157
Bilan biologique réalisé	45	112
ECG réalisé	35	122
Pression artérielle mesurée	53	104

Tableau 7 : Répartition des patients selon la réalisation des paramètres de surveillance cardiovasculaire de la FFP

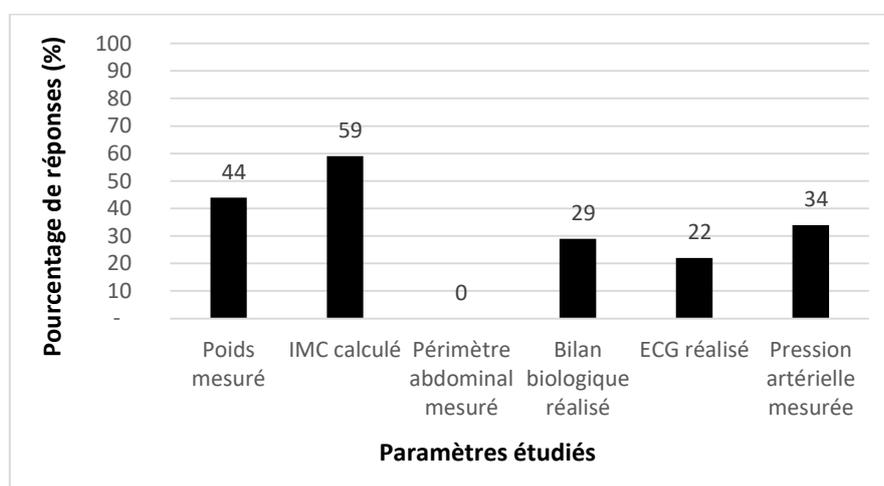


Figure 4 : Histogramme décrivant la réalisation des paramètres de surveillance recommandés (en %)

Nous observons que 44% des dossiers patients contiennent une mesure du poids. Sur les 69 dossiers contenant cette mesure, 41 d'entre eux ont bénéficié d'un calcul de l'IMC.

Nous découvrons qu'aucun patient de notre étude n'a bénéficié d'une mesure du périmètre abdominal.

Nous constatons que seulement 29% des bilans sanguins (glycémie et bilan lipidique) ont été retrouvés dans les dossiers patients analysés.

Nous remarquons que sur les 157 patients inclus, seulement 35 ont bénéficié d'un ECG.

Enfin, d'après le recueil de données, nous constatons que 34% des patients ont bénéficié d'une mesure de pression artérielle.

3) Suivi somatique des patients hospitalisés lors de l'étude

Parmi nos 157 patients analysés précédemment, 34 ont été hospitalisés durant notre période d'étude.

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Oui	34	22%
Non	123	78%
TOTAL	157	100%

Tableau 8 : Répartition des patients ayant bénéficiés d'une hospitalisation lors des 12 derniers mois

Nous constatons que parmi les 34 patients ayant été hospitalisés, tous avaient un nom de médecin traitant dans leur dossier.

Cependant, un échange avec le médecin traitant a été retrouvé dans 19 dossiers patients.

Réponse	TOTAL	
	Nb.	%
Oui	19	56%
Non	15	44%
TOTAL	34	100%

Tableau 9 : Répartition des échanges retrouvés entre médecin traitant et psychiatre chez les patients hospitalisés

Nous retrouvons ci-après un tableau récapitulatif des différentes données étudiées sur cette population cible.

Paramètres étudiés dans les 12 derniers mois	Réponse	
	Oui	Non retrouvé
Poids mesuré	32	2
<i>Dont IMC calculé</i>	29	3
Périmètre abdominal mesuré	0	34
Bilan biologique réalisé	27	7
ECG réalisé	26	8
Pression artérielle mesurée	32	2

Tableau 10 : Tableau récapitulatif des différents paramètres suivis chez nos 34 patients hospitalisés

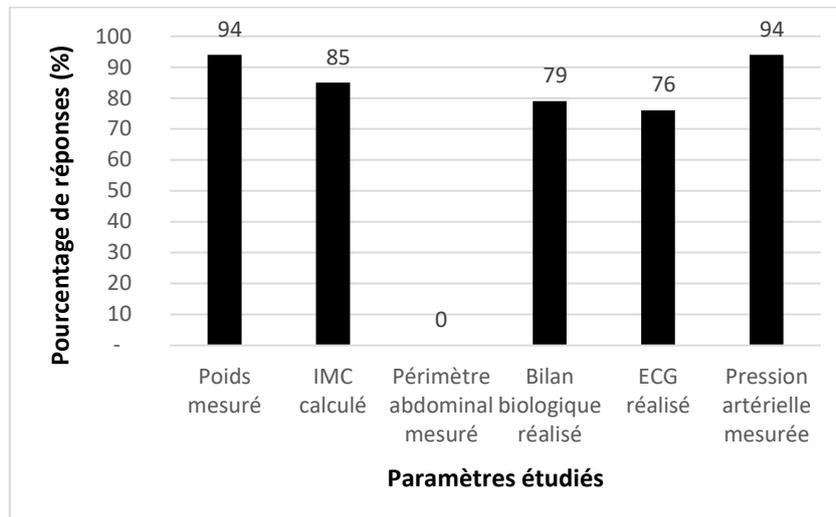


Figure 5 : Histogramme décrivant la réalisation des paramètres de surveillance recommandés (en %) chez les patients hospitalisés

En ce qui concerne les critères du suivi somatique selon les recommandations de la FFP, nous constatons que les mesures du poids et de la pression artérielle ont été réalisées chez 94% des patients.

79% des patients ont bénéficié d'un bilan biologique et 76% ont eu un ECG.

La mesure du périmètre abdominal n'a été faite chez aucun patient hospitalisé.

DISCUSSION

Notre étude porte sur une population de patients traités par antipsychotiques ce qui induit un risque relativement plus élevé d'apparition de comorbidités et de surmortalité par rapport à la population générale. C'est pour cette raison que nous avons voulu réaliser ce travail dans le but d'améliorer la prise en charge de ces patients.

1) Forces et limites de notre étude

Notre travail s'est déroulé dans 16 CMP du secteur extrahospitalier du CHLC de Dijon, ce qui nous a permis d'analyser différentes pratiques professionnelles dans différentes structures.

Ceci peut donc être considéré comme une force puisque cela nous a permis d'être plus représentatif sur les pratiques de suivi réalisées dans cette population.

Notre méthodologie, via le recueil de données basé sur l'analyse des dossiers patients, a cependant ses limites.

En effet, suite à cette pratique, nous sommes confrontés aux biais d'informations et deux hypothèses pourraient expliquer l'absence de certaines données : soit l'équipe médicale n'a pas recherché les différents critères recommandés lors des consultations, soit il s'agit d'un oubli de saisie dans le dossier patient.

Les données que nous avons recueillies peuvent ne pas refléter strictement les prises en charge réalisées mais la manière dont celles-ci sont tracées.

2) Suivi somatique des patients traités par antipsychotiques

Selon les résultats de notre étude, nous observons que la majorité des patients (n=119) sont traités par antipsychotiques de 2^{ème} génération et donc plus exposés à un risque de comorbidités (*Figure 3*), d'où l'intérêt de ce suivi somatique.

Cependant, les AP de première génération ne sont pas dénués d'impact métabolique et cardiaque, c'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'inclure l'ensemble des patients sous antipsychotiques (1^{ère} et 2^{ème} génération).

D'ailleurs, les recommandations concernant la surveillance clinico-biologique s'appliquent à l'ensemble des AP de façon indifférenciée.

D'après notre travail, nous pouvons observer que seulement 29% des patients (*Figure 4*) ont bénéficié d'une surveillance biologique comme préconisée par la FFP.

Néanmoins, les résultats de notre étude concernant ce critère sont certainement sous-estimés puisque les praticiens peuvent prescrire de façon adaptée la surveillance biologique recommandée sans que le patient n'effectue celle-ci. Il est donc important que les soignants s'assurent de la bonne réalisation des examens prescrits lors de chaque consultation.

D'autres études françaises avec une méthodologie différente ont constaté cette insuffisance de suivi.

A titre d'exemple, mais de manière globale et non localisée dans les CMP, Marine Le Pierres, dans son travail de thèse en 2018, s'est intéressée à la surveillance biologique recommandée chez les patients prenant un traitement par AP. L'enquête a été conduite à partir des bases de données de l'Assurance Maladie des Pays de la Loire, sur une population de près de 20 000 individus. Elle conclut que 37% des patients ont bénéficié d'une surveillance biologique au cours de l'année, et moins de 3% ont bénéficié d'une surveillance conforme aux recommandations lors de l'instauration d'un traitement (les 3 bilans biologiques nécessaires à l'instauration du traitement la première année) (28).

Concernant la réalisation d'un ECG, nous pouvons observer que celle-ci reste très faible puisqu'elle est retrouvée seulement dans 22% des dossiers patients (*Figure 4*).

Ce résultat n'est pas une réelle surprise car lors de ma visite dans les CMP et après discussion avec l'équipe médicale et paramédicale, je me suis aperçu que seule une structure extrahospitalière du CHLC possède cet appareil. Ceci met donc en péril ce critère de surveillance.

La plupart des ECG retrouvés ont été réalisés lors d'une hospitalisation du patient au CHLC (76%), ou par les médecins traitants ou lors d'un suivi de cardiologie (*Figure 5*).

Une piste d'amélioration serait l'acquisition d'un appareil à ECG dans les CMP pour permettre la réalisation de cet examen lors des consultations de suivi. Cependant, un frein à cette perspective pourrait être l'interprétation du tracé.

Ainsi, dans le cas où les praticiens ne seraient pas familiarisés sur cette interprétation, une formation pourrait être réalisée.

Nous pouvons aussi envisager, par manque de temps dans les CMP, d'adresser les ECG soit au médecin généraliste de l'équipe mobile, soit à l'unité de soins somatiques du CHLC en vue d'une interprétation.

Par ailleurs, il serait intéressant de connaître les médecins généralistes du secteur possédant un appareil à ECG. Les patients pourraient être adressés à leur médecin traitant pour la réalisation de celui-ci.

Nous remarquons que la coordination professionnelle est un élément majeur pour la prise en charge des patients.

A propos du suivi tensionnel, nous pouvons voir que la mesure de pression artérielle est notifiée dans seulement 34% des dossiers patients (*Figure 4*).

La surveillance pondérale est notifiée dans 44% des cas et la mesure du périmètre abdominal, elle, n'est jamais faite (*Figure 4*).

Comme pour tous les autres critères, nous constatons que le suivi est largement insuffisant même si nos chiffres sont certainement sous-estimés suite aux biais d'informations.

Suite à ce constat, nous nous sommes intéressés à un critère qui pourrait expliquer cette insuffisance de suivi somatique : la déclaration d'un médecin traitant. D'après notre recueil de données, 82% des patients (*Tableau 5*) ont un médecin traitant cité nominativement dans leur dossier.

D'une part, cette donnée est relativement élevée mais ne reflète pas forcément la réalité. En effet, il serait intéressant de contacter chaque médecin traitant déclaré afin de savoir si le patient est suivi ou non par celui-ci.

Une thèse de médecine générale soutenue en France en 2008 (Irène Bohn) développe ce sujet et conclut que si 65% des patients souffrant de troubles mentaux sévères déclaraient au CMP avoir un médecin traitant, la proportion réelle se chiffrait plutôt à 33% après vérification (29).

D'autre part, il serait intéressant d'interroger les psychiatres afin de savoir si la présence d'un médecin traitant dans le dossier médical a une influence sur la réalisation du suivi somatique. En effet, cette information pourrait inciter le psychiatre à ne pas faire les examens recommandés par la FFP en pensant que ceux-ci sont réalisés par le médecin traitant. Certains critères de surveillance sont effectivement des pratiques courantes lors d'une consultation médicale chez un médecin généraliste.

Pour illustrer ceci, Nicolas Lemaire a réalisé un travail de thèse en 2015 à propos du suivi métabolique lié aux antipsychotiques en médecine générale.

Cette étude prenait en compte les pratiques des médecins généralistes dans la Somme concernant le suivi des patients sous AP.

Il a constaté que la mesure de la pression artérielle était systématiquement réalisée lors de chaque consultation ou au maximum tous les trois mois chez les patients consultant leur médecin traitant (30).

Concernant la mesure pondérale, elle est réalisée d'après son étude, de manière annuelle chez 90,7% des patients alors que la mesure du périmètre abdominal est réalisée chez seulement 19,8% des cas.

Cette étude prouve que certains éléments du suivi sont bien réalisés chez les médecins généralistes en pratique. En revanche, l'absence de ces données dans le dossier médical est problématique pour le traçage du suivi somatique des patients dans les CMP.

Ceci nous a amené à nous intéresser aux échanges entre professionnels.

Dans notre étude, nous avons constaté que très peu d'échanges entre le psychiatre et le médecin traitant (29%) sont réalisés en pratique (courriers ou appels téléphoniques) (*Tableau 6*).

Une des pistes d'amélioration pour optimiser le suivi somatique des patients serait l'harmonisation des pratiques entre ces professionnels de santé (31–33).

Ceci est d'ailleurs un objectif de la HAS puisqu'elle insiste dans un communiqué de 2018 sur le fait de « promouvoir les pratiques de coordination entre médecins généralistes et autres acteurs de soins pour améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux » (34).

La prescription d'un traitement et la surveillance de celui-ci est sous la responsabilité du médecin prescripteur. Ainsi, la recherche des facteurs de risque et le suivi des effets indésirables des antipsychotiques doivent être réalisés par le primoprescripteur.

Il serait intéressant de mieux définir la répartition des tâches entre psychiatres et médecins généralistes en améliorant la communication et la coordination des soins. L'échange de courriers médicaux entre ces deux professionnels doit être promu. Par exemple, le rappel des modalités de suivi dans les courriers rédigés par les psychiatres serait bénéfique pour les médecins généralistes non sensibilisés au suivi somatique.

De même, il serait également intéressant de mettre à disposition des équipes de soin dans les CMP, via par exemple une fiche récapitulative, les différents critères à surveiller concernant le suivi somatique des patients sous antipsychotiques.

Enfin, même si notre audit retrouve une insuffisance de suivi somatique chez les patients sous antipsychotiques dans le secteur extrahospitalier du CHLC, ces résultats restent toutefois encourageants comparés à une étude réalisée par la HAS en 2021.

Cet organisme a validé en 2019 de nouveaux indicateurs de qualité et sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale (IQSS) portant sur les évaluations cardiovasculaires et les addictions. Suite à ceci, une analyse de dossiers patients a été réalisée dans 99 CMP volontaires. Les résultats ont rapportés que la pression artérielle est recherchée dans moins de 20% des cas, un bilan sanguin avec glycémie et bilan lipidique dans 15% des dossiers et pour moins de 5% des cas une interprétation d'un ECG est faite (35).

A noter qu'une étude similaire mais cette fois-ci à l'échelle nationale va être réalisée à partir de mai 2023 par la HAS (36).

Ceci démontre que la santé somatique chez les patients souffrant de troubles mentaux est un enjeu majeur de santé publique.

3) Suivi somatique des patients hospitalisés lors de l'étude

Dans notre étude, nous pouvons constater que les personnes ayant été hospitalisées durant la période cible ont pour la plupart bénéficié du suivi somatique recommandé (*Tableau 10*).

A titre de comparaison, une enquête a été réalisée en 2022 par la HAS permettant l'évaluation cardiovasculaire et métabolique chez les patients hospitalisés.

Sur presque 30 000 dossiers patients analysés, on retrouve une prise de tension artérielle dans 95 % des cas, la réalisation d'un bilan lipidique et glycémique dans 60% des dossiers et la lecture et interprétation d'un ECG chez 59% des patients (37).

Les résultats de notre étude sont donc encourageants concernant le suivi somatique des patients suivis au CHLC.

La présence d'une unité de soins somatiques dans cet hôpital, avec un temps dédié et des moyens conséquents, est donc un atout majeur pour la prise en charge globale des patients.

Nous supposons donc que l'arrivée de l'équipe mobile de soins somatiques dans le secteur extrahospitalier du CHLC est une aubaine pour l'amélioration du suivi somatique des patients. Le rôle et les missions de chaque intervenant de cette équipe ont en effet pour but d'optimiser cette prise en charge.

Plusieurs expérimentations similaires ont été mises en place dans différentes structures et démontrent un réel bénéfice concernant cette problématique.

De même, une étude a été réalisée au CMP de Versailles en 2014 afin d'évaluer le suivi somatique des patients dans cette structure. L'objectif de ce travail était de comparer le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires entre un groupe de patients suivis par un infirmier référent et l'autre non. Il a été démontré que le premier groupe était mieux suivi sur le plan somatique que celui n'ayant pas d'infirmier référent (38).

Enfin, dans la région lyonnaise, le Centre Hospitalier Le Vinatier a expérimenté en 2013 une nouvelle entité appelée « Coreso » ou consultation et réseau somatique, intervenant dans deux CMP différents (39,40).

Les patients sont adressés à cette équipe par les psychiatres de l'hôpital. En trois consultations orchestrées par un médecin généraliste et une infirmière expérimentée en psychiatrie, une évaluation de la situation globale (santé physique et mentale) et une réorientation du patient vers le réseau de médecine générale de ville sont réalisées.

Ceci a permis à 81% des personnes accueillies dans ce dispositif de retrouver un suivi par un médecin généraliste et permet donc d'optimiser la coordination somato-psychiatrique (41).

L'organisation de l'équipe mobile du CHLC est toujours en cours de discussion. Elle intervient actuellement à la demande des équipes médicales psychiatriques afin de réaliser une évaluation somatique. Le but final de cette équipe mobile est de se rapprocher du fonctionnement de Coreso, c'est-à-dire de dédier un temps somatique dans les différents CMP afin d'améliorer le suivi somatique des patients présentant des troubles mentaux.

Les patients atteints de pathologies psychiatriques ont recours moins fréquemment aux soins somatiques par rapport à la population générale. Ceci est en partie lié aux perturbations psychiques secondaires à leurs maladies, mais aussi à leurs difficultés à accéder au système de santé. L'arrivée de cette équipe mobile de soins somatiques est donc une opportunité pour améliorer la prise en charge de ces patients.

CONCLUSIONS

Notre étude met en évidence un suivi somatique insuffisant des patients sous antipsychotiques dans le milieu extrahospitalier du Centre Hospitalier La Chartreuse, et ceci pour tous les critères étudiés.

Ce suivi est pourtant indispensable dans cette population afin d'améliorer la prévention des maladies cardiovasculaire et de réduire la morbi-mortalité.

Même si la mise en place d'un traitement est sous la responsabilité du médecin prescripteur, le suivi somatique des patients sous antipsychotiques doit être le fruit d'un travail pluri-professionnel, en particulier entre le psychiatre et le médecin traitant.

Nos résultats laissent penser que l'instauration d'une équipe mobile de soins somatiques est un atout majeur pour améliorer le suivi.

En conséquence, il serait judicieux de renouveler cette étude ultérieurement afin d'évaluer l'impact de cette nouvelle entité sur le suivi somatique des patients sous antipsychotiques.

THESE SOUTENUE PAR M. MANGÉ Thibault

CONCLUSIONS

Notre étude met en évidence un suivi somatique insuffisant des patients sous antipsychotiques dans le milieu extrahospitalier du Centre Hospitalier La Chartreuse, et ceci pour tous les critères étudiés.

Ce suivi est pourtant indispensable dans cette population afin d'améliorer la prévention des maladies cardiovasculaire et de réduire la morbi-mortalité.

Même si la mise en place d'un traitement est sous la responsabilité du médecin prescripteur, le suivi somatique des patients sous antipsychotiques doit être le fruit d'un travail pluri-professionnel, en particulier entre le psychiatre et le médecin traitant.

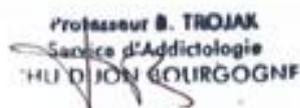
Nos résultats laissent penser que l'instauration d'une équipe mobile de soins somatiques est un atout majeur pour améliorer le suivi.

En conséquence, il serait judicieux de renouveler cette étude ultérieurement afin d'évaluer l'impact de cette nouvelle entité sur le suivi somatique des patients sous antipsychotiques.

Le Président du jury,

Pr. B. TROJAK

Professeur B. TROJAK
Service d'Addictologie
H.U. DIJON BOURGOGNE



Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 29 Mars 2023
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ



BIBLIOGRAPHIE

1. Affections de longue durée (ALD) [Internet]. 2016 [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/affections-longue-duree-ald>
2. Coldefy M. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Santé mentale. Questions d'économie de la santé IRDES. Sep 2018 ; (237)
3. Haute Autorité de Santé-CNPP-FFP. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. 2015 Juin.
4. Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. Collège national des universitaires de psychiatrie. Référentiel de Psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. PUFR. 2014. p. 518-530.
5. Aubry JM, BERNEY P. Psychotropes d'usage courant. Antipsychotiques. Revue Medicale Suisse. 2017.
6. Flamand-Villeneuve J. Les perturbations métaboliques liées à la prise d'antipsychotiques de seconde génération : revue de littérature et prise en charge. Pharmactuel. 2010;43(2).
7. Franck N, Thibaut F. Pharmacologie et mode d'action des neuroleptiques. EMC - Psychiatrie. Janv 2006 ; 3(1):1-12.
8. Scheen AJ, Gillain B, De Hert M. Maladie cardiovasculaire et diabète chez les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère: 1re partie. Épidémiologie et influence des médicaments psychotropes. Médecine des maladies métaboliques. 1 févr 2010;4(1):93-102.
9. Duval F. Affections métaboliques et psychiatrie. EMC Psychiatrie. 2013 ; 10(2) : 1-17.
10. Richieri R, Korchia T, Lançon C. Santé somatique et soins somatiques des personnes atteintes de schizophrénie. EMC Psychiatrie. Oct 2020 ;36(4) :1-5.
11. Franck N, Fromager F, Thibaut F. 6 - Effets indésirables des antipsychotiques. In: Prescrire les antipsychotiques. Paris: Elsevier Masson ; 2015. p. 101-160.
12. Scheen AJ, De Hert MA. Abnormal glucose metabolism in patients treated with antipsychotics. Diabetes Metab. juin 2007;33(3):169-75.
13. Gasquet I, Chartier F, Tcherny-Lessenot S, Lépine JP. Étude Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) France : étude observationnelle à 36 mois d'une cohorte de patients schizophrènes ambulatoires traités par antipsychotiques. Revue d'épidémiologie et de santé publique ; 2009:25-32.
14. Saravane D. Les complications métaboliques des psychotropes. PSN. 2014;12(2):51-63.
15. Saravane D, Feve B, Frances Y, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'Encéphale. 1 sept 2009;35(4):330-9.
16. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. The Lancet. sept 2013;382(9896):951-62.

17. Scheen AJ, Gillain B, De Hert M. Maladie cardiovasculaire et diabète chez les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère: 2e partie. Évaluation du risque et stratégie de prise en charge. *Médecine des maladies métaboliques*. 1 mars 2010;4(2):223-30.
18. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophrenia Research*. 1 déc 2005;80(1):45-53.
19. Solida A, Choong E, Lechaire C, Conus P. Syndrome métabolique et antipsychotiques atypiques : recommandations et prise en charge clinique. *L'information psychiatrique*. 2011;87(9):715-24.
20. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. févr 2011;10(1):52-77.
21. "Syndrome métabolique" : une construction artificielle inutile aux soins. *Revue Prescrire* 2006 ; 26 (273) : 444-447.
22. Reilly JG, Ayis SA, Ferrier IN, Jones SJ, Thomas SH. QTc-interval abnormalities and psychotropic drug therapy in psychiatric patients. *Lancet Lond Engl*. 25 mars 2000;355(9209):1048-52.
23. Wenzel-Seifert K, Wittmann M, Haen E. QTc Prolongation by Psychotropic Drugs and the Risk of Torsade de Pointes. *Dtsch Arztebl Int*. oct 2011;108(41):687-93.
24. Trojak B, Pinoit JM, André D, Bonin B, Gisselmann A. Risque cardiovasculaire des antipsychotiques, une surveillance nécessaire de l'intervalle QT. *Presse Médicale*. 1 avr 2006;35(4, Part 2):699-704.
25. Nielsen J, Graff C, Kanters JK, Toft E, Taylor D, Meyer JM. Assessing QT interval prolongation and its associated risks with antipsychotics. *CNS Drugs*. 1 juin 2011;25(6):473-90.
26. Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Atypical Antipsychotic Drugs and the Risk of Sudden Cardiac Death. *N Engl J Med*. 15 janv 2009;360(3):225-35.
27. Tebeka S, Airagnes G, Limosin F. Antipsychotiques : quand et comment les prescrire ? *Rev Médecine Interne*. 1 mai 2017;38(5):328-36.
28. Le Pierrès M. Surveillance biologique du syndrome métabolique après initiation d'un traitement par antipsychotique : étude à partir de données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Thèse de médecine. Université de Nantes ; 2018. 116 p.
29. Bohn I. PSYSOM : évaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants. Thèse de médecine. Université Paris VII ; 2008. 83 p.
30. Lemaire N. Suivi du risque métabolique lié aux antipsychotiques atypiques en médecine générale: étude sur 86 médecins généralistes dans le département de la Somme. Thèse de médecine. Université d'Amiens ; 2015. 69p.
31. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *L'information psychiatrique*. 2014;90(5):311-7.
32. Costa M, Meunier-Beillard N, Guillermet É, Cros L, Demassiet V, Hude W, et al. Réduire le risque cardiovasculaire chez les personnes vivant avec des troubles psychiques. *Santé Publique*. 2022;34(5):633-42.
33. Denis F, Meunier-Beillard N, Costa M, Guillermet É, Rat C, Roelandt JL. Propositions des professionnels pour réduire le risque cardiovasculaire des patients psychiatriques. *Santé Publique*. 2022;34(5):621-32.

34. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Septembre 2018.
35. Résultats des IQSS - Dossier patient en santé mentale pour adulte : périmètre « ambulatoire en CMP » [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3299873/fr/resultats-des-iqss-dossier-patient-en-sante-mentale-pour-adulte-perimetre-ambulatoire-en-cmp
36. IQSS 2023 - PSY : Coordination, prises en charge somatiques et addictions, en ambulatoire : campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168693/fr/iqss-2023-psy-coordination-prises-en-charge-somatiques-et-addictions-en-ambulatoire-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins
37. Résultats des IQSS - Dossier patient en santé mentale : périmètre « hospitalisation à temps plein » [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3299865/fr/resultats-des-iqss-dossier-patient-en-sante-mentale-perimetre-hospitalisation-a-temps-plein
38. Aubineau I. Comorbidités, disparité des soins, et évolution de la prise en charge somatique des patients schizophrènes. Thèse de Médecine. Université Paris Descartes ; juin 2015. 100 p.
39. Fau L, Ample BG, Meunier FP. Psychiatrie et medecine generale : un futur commun ? L'information psychiatrique. 2017;93.
40. Anastasi A. Psychiatrie et soins somatiques « C'est pas le tout d'y dire, faut aussi y faire ». L'information psychiatrique. 2021;97(6):465-75.
41. Ferry M, Roman Amat C, Marthoud J, Gelas Ample B, Pillot-Meunier F, Fau L. Coreso : 8 ans après, retour sur l'expérimentation d'une consultation réseau somatique au sein d'un CMP. L'information psychiatrique. 2021;97(6):476-80.

ANNEXES

Annexe 1 : Répartition des patients dans les différents CMP du CHLC

Secteur	Nombre de patients
CMP Chartreuse 2^{ème} secteur	130
Les Coteaux du Suzon	389
Beauce en Vergy	298
Cantou	22
Chenove	351
Quetigny	328
CMP Chartreuse 5^{ème} secteur	83
Carnot	420
Dijon Sud	47
CMP Chartreuse 6^{ème} secteur	16
Beaune	494
CMP Chartreuse 7^{ème} secteur	35
Seurre	143
Auxonne	198
Longvic	241
Bachelard	92

Annexe 2 : Grille d'évaluation utilisée pour l'étude du suivi somatique des patients

1 - Dossier anonymisé n°

2 - 1) Dossier papier

- retrouvé
- non retrouvé

3 - 2) Age du patient (en années)

4 - 3) Sexe

- Homme
- Femme

5 - 4) Diagnostic principal du patient

6 - 5) Patient hospitalisé en psychiatrie au cours des 12 derniers mois

- oui
- non

7 - 6) Prescription de psychotropes en cours (au 28 février 2022)

- oui
- non

8 - 6a) Si oui, préciser

- Antipsychotique de 1ère génération
- Antipsychotique de 2ème génération
- Lithium
- Acide valproïque / divalproate / valpromide
- Autres anticonvulsivants
- Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine
- Antidépresseurs tricycliques
- Hydroxyzine
- Benzodiazépines ou apparentés
- Méthadone
- Autre(s)

9 - 7) Des traitements à visée somatique (exceptés ceux destinés à corriger des effets indésirables de psychotropes) apparaissent-ils sur la dernière ordonnance du psychiatre?

- oui
- non

10 - Si oui, citer les molécules concernées

11 - 8) Le patient dispose d'un médecin traitant

- oui
- information non retrouvée

12 - 8a) Si oui, le médecin traitant est-il identifiable (Nom + n° de tel)?

- oui
- non

13 - Coordonnées du médecin traitant retrouvées (nom + n° de tel)

14 - 8b) Si oui, courriers ou échanges téléphoniques avec le médecin traitant retrouvés au cours des 12 derniers mois

- oui
- non
- le patient ne souhaite aucun échange (information tracée dans le dossier)

15 - 8c) Si non ou information non retrouvée, démarches entreprises par le CMP pour que le patient ait un médecin traitant

- oui
- non
- le patient ne le souhaite pas (information tracée dans le dossier)

16 - 9) ECG fait et interprété au cours des 12 derniers mois

- oui
- non retrouvé

17 - 9a) Si oui, d'où vient cet ECG?

- service d'hospitalisation
- CMP
- médecin traitant
- autre (dont suivi cardio)

18 - 9b) Si oui, le QTc est-il mentionné?

- oui
- non

10) Bilan sang attendu, en fonction des psychotropes prescrits

19 - 10a) Antipsychotiques (1ère et 2e génération) Attendu sur les 12 derniers mois: NFS, glycémie, bilan lipidique, bilan hépatique, iono

- oui, complet
- non retrouvé

20 - 10b) Lithium Attendu sur les 12 derniers mois: lithiémie, NFS, urée, créat, TSH, calcémie

- oui, complet
- non retrouvé

21 - 10c) Anticonvulsivants. Attendu sur les 6 derniers mois: bilan hépatique (ASAT, ALAT, GGT, PAL + TP, TCA), NFS, créat, iono + béta HCG si femme entre 18 et 45 ans sous acide valproïque (sauf si contraception efficace)

- oui, complet
- non retrouvé

22 - 10d) Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine Attendu sur les 12 derniers mois: iono, coag (TP + TCA), plaquettes

- oui, complet
- non retrouvé

23 - 11) Les facteurs de risques cardio-vasculaires ont-ils été recherchés au cours des 12 derniers mois?

- oui
- non

24 - 11a) Si oui, le(s)quel(s) ont été retrouvés:

- FDR héréditaires
- surpoids/obésité
- sédentarité
- tabagisme
- HTA
- diabète
- dyslipidémie

25 - 12) Mesure de la pression artérielle sur les 12 derniers mois:

- oui
- information non retrouvée

26 - 13) Mesure du poids sur les 12 derniers mois

- oui
- information non retrouvée

27 - 13a) Si oui, calcul de l'IMC retrouvé:

- oui
- non

28 - 14) Mesure du périmètre abdo au cours des 12 derniers mois:

- oui
- non retrouvée

29 - 15) Evaluation de la consommation de tabac sur les 12 derniers mois:

- oui
- information non retrouvée

30 - 16) Evaluation de la consommation d'alcool sur les 12 derniers mois:

- oui
- information non retrouvée

31 - 17) Recherche de consommation d'autres produits toxiques sur les 12 derniers mois:

- oui
- information non retrouvée

32 - 17a) Si oui, préciser le produit:

- cannabis
- cocaïne
- opiacés/opioïdes (héroïne, morphiniques)
- MDMA, ecstasy
- autre(s)

33 - 18) EVA évaluée sur les 12 derniers mois:

- oui
- information non retrouvée

TITRE DE LA THESE : EVALUATION DU SUIVI SOMATIQUE DES PATIENTS TRAITES PAR ANTIPSYCHOTIQUES : ETUDE REALISEE DANS LE SECTEUR EXTRAHOSPITALIER DU CHLC AVANT LA MISE EN PLACE D'UNE EQUIPE MOBILE DE SOINS SOMATIQUES

AUTEUR : MONSIEUR MANGÉ THIBAUT

RESUME :

Introduction : Les patients atteints de troubles mentaux sévères ont un risque accru de comorbidités et de mortalité par rapport à la population générale. Les antipsychotiques, bien qu'essentiels dans le contrôle de la maladie, peuvent engendrer des effets indésirables métaboliques non négligeables.

L'objectif de notre étude est d'évaluer le suivi somatique des patients majeurs traités par antipsychotiques, dans le secteur extrahospitalier du Centre Hospitalier La Chartreuse, selon les recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie de 2015.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé un audit dans le secteur extrahospitalier du Centre Hospitalier La Chartreuse (16 Centres Médico-Psychologiques) du 1er mars 2021 au 28 février 2022. Cette étude rétrospective nous a permis d'analyser 300 dossiers patients tirés au sort, connus du secteur extrahospitalier depuis plus de 12 mois et ayant été vus en hôpital de jour ou en consultation au moins trois fois durant la période-cible. A cette population, nous avons ajouté le critère d'inclusion : patient traité par antipsychotique.

Les dossiers ont été analysés selon les critères suivants : poids et indice de masse corporelle, périmètre abdominal, glycémie à jeun, bilan lipidique, pression artérielle et électrocardiogramme.

Résultats : Au total, 157 patients ont été inclus dans notre étude. Les résultats montrent que 29% des patients (n=45) ont bénéficié d'un bilan biologique, 22% (n=35) ont obtenu un électrocardiogramme et 34% (n=53) ont eu une mesure de pression artérielle. La mesure pondérale a été réalisée chez 44% des patients (n=69) et aucune mesure du périmètre abdominal n'a été effectuée.

Conclusion : Le suivi somatique des patients sous antipsychotiques dans le milieu extrahospitalier du Centre Hospitalier La Chartreuse est insuffisant pour tous les critères étudiés.

La création d'une équipe mobile de soins somatiques est donc un atout majeur pour optimiser le suivi de cette population à risque et prévenir la morbi-mortalité.

La coordination pluri-professionnelle est essentielle pour améliorer la prise en charge globale de ces patients.

MOTS-CLES : SUIVI SOMATIQUE, ANTIPSYCHOTIQUES, COMORBIDITES, EQUIPE MOBILE DE SOINS SOMATIQUES, COORDINATION PLURI PROFESSIONNELLE