



HAL
open science

Schizophrénie et diabète de type 2 : dans quelle mesure l'infirmier de pratique avancée en psychiatrie et santé mentale peut-il contribuer à prévenir le diabète de type 2 chez le patient atteint de schizophrénie sous antipsychotique atypique ?

Claire Favard

► To cite this version:

Claire Favard. Schizophrénie et diabète de type 2 : dans quelle mesure l'infirmier de pratique avancée en psychiatrie et santé mentale peut-il contribuer à prévenir le diabète de type 2 chez le patient atteint de schizophrénie sous antipsychotique atypique ?. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04537497

HAL Id: dumas-04537497

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04537497v1>

Submitted on 8 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
ACRONYMES :	4
RÉSUMÉ.....	5
ABSTRACT :	5
INTRODUCTION.....	6
MÉTHODE	9
RÉSULTATS	10
Recommandations de l'ADA en 2005 (13) sur le dépistage et la surveillance du diabète... 10	
Are there specific care requirements for patients with schizophrenia and diabetes or with a risk of diabetes (18).....	11
Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère (19)	12
Effects of lifestyle changes to reduce risks of diabetes and associated cardiovascular risks: results from large scale efficacy trials (8)	13
Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes (20):	14
Metabolic abnormalities among people diagnosed with schizophrenia: a literature review and implications for mental health nurses (1) :	15
Schizophrenia and type 2 diabetes mellitus (9) :	15
Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin (21):	16
Population level impact of the NHS Diabetes Prevention Programme on incidence of type 2 diabetes in England: An observational study (22).....	18
Uptake and impact of the English National Health Service digital diabetes prevention programme: observational study	18
DISCUSSION	19
LE DÉPISTAGE.....	20
LES FACTEURS DE RISQUES MODIFIABLES.....	21
LES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES	21
LE ROLE SPÉCIFIQUE DE L'IPA	22
LA MISE EN PLACE DES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES	22
L'ORGANISATION ET LA COORDINATION DU PARCOURS DE SOIN	23
LA FORMATION AUX INFIRMIERS DE SANTE MENTALE	24
LES LIMITES	24
LES QUESTIONNEMENTS	25
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	26

REMERCIEMENTS

Je remercie avant tout mes directeurs de mémoire pour leur disponibilité, tout particulièrement dans les dernières semaines, leur bienveillance, leur tolérance, leurs précieux conseils et leur soutien.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'UFR Santé de Besançon, ainsi que Mme Fourtier, bien qu'elle ait quitté la structure, pour l'accompagnement bienveillant dont nous avons tous bénéficié, la grande disponibilité des intervenants, leur accessibilité, leur investissement dans notre formation.

Je souhaite témoigner toute ma reconnaissance à mon employeur, pour la confiance qu'il m'a témoignée, sa bienveillance à mon égard, les moyens mis en œuvre pour me permettre de mener ce projet à son terme.

Une dernière pensée enfin à mes enfants, pour leur patience, leur flexibilité, leur soutien et leur tolérance pendant ces deux années qui ont dû leur paraître très longues.

ACRONYMES :

APSG :	Anti Psychotique de Seconde Génération
ATP :	Anti Psychotique
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
BS :	Bilan Sanguin
DPP :	Diabetes Prevention Program
DDPP :	Digital Diabetes Prevention Program
ETP :	Education Thérapeutique du Patient
FDR :	Facteur De Risque
GAJ :	Glycémie A Jeun
HbA1c :	Hémoglobine glycosylée
HGPO :	Hyperglycémie Provoquée par voie Orale
IDF :	International Diabetes Foundation
IMC:	Indice de Masse Corporelle
IPA :	Infirmier en Pratique Avancée
IPA-PSM :	Infirmier en Pratique Avancée en Psychiatrie Santé Mentale
NHS :	National Health Service
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PA :	Pression Artérielle
TCC :	Thérapies Cognitivo-Comportementales
USA :	Etats-Unis d'Amérique

RÉSUMÉ :

La schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique, dont les retentissements sur la vie quotidienne représentent un lourd handicap. Elle se complique souvent de désordres métaboliques qui vont eux-mêmes augmenter le risque cardiovasculaire. Ce risque de complications métaboliques est lui-même majoré par certains traitements de la schizophrénie. Ainsi les patients atteints de schizophrénie, au-delà du handicap inhérent à leur pathologie psychiatrique, souffrent fréquemment d'importantes complications somatiques. Or seulement 10% d'entre eux bénéficient d'une prise en charge somatique adéquate, ce qui entraîne des retards de diagnostics et de traitements, et une perte de chances considérable. Ainsi leur espérance de vie est-elle diminuée de 20 à 30 ans. Le diabète est une maladie métabolique particulièrement répandue au sein de la population psychiatrique, et tout particulièrement auprès des patients atteints de schizophrénie. Cette prévalence élevée s'explique par une probable étiologie génétique/épigénétique à laquelle s'ajoutent des habitudes de vies favorisant le développement du diabète (alimentation, sédentarité, précarité, tabagisme) ainsi que des traitements antipsychotiques qui perturbent le métabolisme. Ainsi la schizophrénie et certains traitements antipsychotiques constituent eux-mêmes des facteurs de risque de diabète. C'est pourquoi il est primordial de dépister et prévenir la survenue du diabète et de ses complications chez les patients atteints de schizophrénie sous antipsychotiques de seconde génération. L'essentiel des mesures de prévention réside dans le changement des habitudes de vie et la perte de poids. Une revue de la littérature permet de vérifier si d'une part un programme d'éducation thérapeutique du patient et de son entourage, axé sur les règles hygiéno-diététiques, permet de retarder ou éviter l'apparition du diabète et de ses complications dans cette population, et d'autre part si des actions de dépistage ciblées et régulières permettent une prise en charge précoce et efficace du diabète lorsqu'il survient. Nous verrons ensuite que la mise en œuvre de ces actions de prévention mobilise l'ensemble des compétences d'un infirmier de pratique avancée en psychiatrie-santé mentale pour permettre une prise en charge globale, complète et optimale des patients.

ABSTRACT :

Schizophrenia is a chronic mental illness, which has a severe impact on daily life and creates major disabilities. It often leads to metabolic impairments which increase the cardiovascular risk. This metabolic risk gets even higher due to some medication for schizophrenia. Therefore, beyond the handicap inherent to the psychiatric condition, patients with schizophrenia often

suffer from important physical complications. Yet only 10% of them get an adequate somatic care, and this generates delays in diagnosis and treatments, though a considerable chances loss. Their life expectancy is then 20 to 30 years shorter. Diabetes mellitus is a metabolic condition particularly widespread within the psychiatric population, especially within patients with schizophrenia. This high prevalence is explained by a genetic/epigenetic aetiology as well as a lifestyle helping the development of diabetes mellitus (food habits, sedentary lifestyle, precariousness, smoking), and psychiatric medication which disturb metabolism. So, schizophrenia and antipsychotic treatment. represent risk factors of diabetes mellitus. This is why it is essential to screen and prevent the onset of diabetes and its complications to occur for patients with schizophrenia treated with second generation antipsychotics. Main measures of prevention include lifestyle changes and weight loss. A review of literature makes it possible to confirm on one hand whether a psychoeducation program for patients and their close family, based on a healthy lifestyle, helps preventing or delaying the onset of diabetes mellitus and its complications in this population, and on another hand whether regular target screening actions allow an early and effective care of diabetes mellitus when it occurs. We will then see that the implementation of these prevention actions mobilises the whole skill of an advanced practice nurse in mental health, to offer these patients an overall complete and optimal care.

INTRODUCTION :

La schizophrénie, maladie psychiatrique chronique classée dans les psychoses, se caractérise par un ensemble de symptômes très variables qui entraînent un handicap majeur pour les activités de la vie quotidienne et la placent parmi les dix maladies les plus invalidantes selon l'OMS (1,2) : délire, hallucinations, appauvrissement affectif et émotionnel, retrait social, désorganisation de la pensée, troubles de la concentration et de la mémorisation. Elle affecte environ 600.000 personnes en France et 0,7 à 1% de la population mondiale. Son étiologie est probablement multifactorielle, associant une vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux tels que le stress et des toxiques comme le cannabis. Outre le handicap et une qualité de vie altérée, la schizophrénie a aussi pour conséquence des tentatives de suicides : environ la moitié des patients commettent une tentative de suicide dans leur vie, dont 10 à 20% aboutissent (3).

Le diabète de type 2 est une maladie métabolique qui concerne en France 4,7% de la population en 2020, soient 3,2 millions de personnes (3,4). Elle est caractérisée par des niveaux de glycémie élevés et par des complications micro et macro-vasculaires qui altèrent la qualité de

vie et augmentent considérablement la morbidité et la mortalité. Cette perturbation de la régulation de la glycémie est la conséquence d'une insulino-résistance, elle-même liée à une surcharge pondérale et/ou à une obésité abdominale. Cette pathologie est considérée comme un risque cardiovasculaire majeur, d'autant plus élevé que le diabète de type 2 est fréquemment associé à court ou moyen terme à une hypertension artérielle, une dyslipidémie et une obésité abdominale (5). L'évolution de la maladie est très lente, et débute par une phase préclinique asymptomatique appelée prédiabète, marquée par une perturbation de la régulation du glucose (6). Le diagnostic de diabète est posé par une glycémie à jeun supérieure 1,26 g/l (7 mmol/l) à deux reprises. Pour le diagnostic de prédiabète ce seuil est abaissé à 1g/l (5,5 mmol/l). Il peut également être dépisté par un test d'hyperglycémie provoquée (HGPO) lorsque la glycémie est comprise entre 1,40 et 1,99 g/l (8 et 11 mmol/l), 120 minutes après l'ingestion de 75 g de glucose (7). On parle alors d'intolérance au glucose ou de prédiabète (8). A terme, et sans traitement antidiabétique bien conduit, des complications microvasculaires, macrovasculaires et neurologiques vont apparaître, jusqu'à provoquer une insuffisance rénale évoluant jusqu'à la dialyse, une cécité, des amputations des membres inférieurs, des AVC et des infarctus du myocarde (9).

Les médecins ont relevé il y a déjà plusieurs décennies une prévalence plus élevée de syndrome métabolique, et tout particulièrement de diabète de type 2 chez les patients souffrant de schizophrénie. Ainsi Henry Maudsley, psychiatre anglais du XIXème siècle, déclarait en 1895 : « *Le diabète est une maladie qui montre soi-même dans les familles là où la folie est prévalente* » (10). Depuis, plusieurs études ont été réalisées, mettant en évidence un lien étroit entre ces deux pathologies. Il est désormais avéré que non seulement la prévalence du syndrome métabolique chez ces patients est 2 à 3 fois plus élevée que dans la population générale, mais aussi que celle du diabète est 4 à 5 fois plus élevée, ce qui majore considérablement le risque cardiovasculaire. Cela est d'autant plus vrai que parmi les patients atteints de schizophrénie et de désordre métabolique, seulement 10% bénéficient d'une prise en charge somatique (11). Ainsi la morbi-mortalité cardiovasculaire chez ces patients est deux à trois fois plus élevée, et diminue leur espérance de vie de 20 à 30 ans (1,10).

La nature exacte de la relation entre la schizophrénie et le diabète n'est pas encore clairement établie. Il semblerait cependant qu'il s'agisse d'une part d'une composante génétique, et d'autre part d'un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien lui-même responsable d'un hypercorticisme (10). Au-delà de ces composantes génétiques et métaboliques, la question des habitudes alimentaires de ces patients revient régulièrement. En effet les troubles du comportement alimentaires sont fréquemment associés à la schizophrénie (12), avec notamment

une prévalence de 10% de Binge Eating Disorder et de Night Eating Syndrome, mais aussi 1 à 4% d'anorexie mentale.

Outre le lien étroit entre ces deux pathologies, certains traitements sont susceptibles de majorer encore ce risque. Ainsi plusieurs études ont mis en évidence un effet hyperglycémiant de certains de ces traitements. Il est important de préciser que le diabète représente ici un seul des effets de la iatrogénie médicamenteuse. En effet les traitements neuroleptiques entraînent fréquemment un syndrome métabolique, qui associe au moins trois des cinq pathologies suivantes : hypertriglycémie, obésité abdominale, hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie(5). En parallèle, ces traitements dits de seconde génération semblent modifier le seuil de satiété et développer l'appétence pour les aliments hautement énergétiques. Ainsi le patient atteint de schizophrénie est-il doublement exposé au risque de développer un diabète de type 2. Pourtant, sa prise en charge ne peut que rarement s'envisager sans traitement antipsychotique. Il convient alors de concilier le risque de développer la maladie diabétique avec la nécessité impérative d'améliorer la symptomatologie psychotique. C'est pourquoi les spécialistes ont été amenés à convenir de recommandations, soit au cours de conférences de consensus(6), soit au sein de sociétés savantes telles l'*American Diabetes Association* ou l'*American Psychiatric Association*(13).

Ces recommandations s'articulent en plusieurs axes (6,14). Avant l'instauration du traitement il s'agit d'évaluer les risques de développer un diabète de type 2, et d'informer le patient sur ce risque et les mesures qui seront prises pour en éviter la survenue. Tout au long de la thérapie par ce traitement, des dépistages réguliers sont associés à l'éducation thérapeutique du patient. Enfin en cas de survenue de diabète il est préconisé de changer de molécule car ceci favorise une rémission du diabète(15,16). Il est également recommandé d'associer le médecin traitant, tout au long du parcours de soin, afin d'assurer l'accompagnement somatique du patient. Les objectifs de cette prise en charge complexe sont multiples. Il s'agit bien entendu de diminuer la symptomatologie psychotique afin de maintenir l'autonomie du patient, son bien-être et sa qualité de vie. Il convient également de préserver sa santé en évitant la survenue d'une pathologie évitable dont les complications invalidantes altéreraient considérablement sa qualité de vie et majorer le risque d'accident cardiovasculaire. Enfin, cet accompagnement spécifique, en préservant la qualité de vie et l'autonomie, vise également à réduire le risque de non-observance du traitement qui est à l'origine de nombreuses rechutes.

Cette surveillance spécifique et l'éducation thérapeutique du patient peuvent être assurés par un infirmier de pratique avancée en psychiatrie et santé mentale. Il est en effet compétent pour mener les actions de prévention et de dépistage, l'éducation thérapeutique du patient et de son

entourage, et participer à la coordination du parcours de soin du patient (17). Aussi il paraît légitime de s'interroger sur les effets d'un tel accompagnement. Dans quelle mesure l'infirmier de pratique avancée en psychiatrie et santé mentale (IPA- PSM) peut-il contribuer à prévenir le diabète de type 2 chez le patient atteint de schizophrénie sous antipsychotique atypique ? Il s'agit ici de prévenir la survenue de la maladie, mais aussi de ses complications lorsqu'elle est déclarée. Les hypothèses de départ seraient d'une part qu'un programme d'éducation thérapeutique du patient et de son entourage, axé sur les règles hygiéno-diététiques, permet de retarder ou éviter l'apparition du diabète dans cette population, et d'autre part que des actions de dépistage ciblées et régulières permettent une prise en charge précoce et efficace du diabète lorsqu'il survient. Une revue de la littérature reprenant les principales études réalisées sur la prévention du diabète chez les patients à haut risque permet d'évaluer les différentes actions réalisées et leur efficacité, et d'envisager ainsi la pertinence d'un programme d'éducation thérapeutique dédié à la prévention du diabète de type 2 chez le patient atteint de schizophrénie sous antipsychotique atypique, associé aux mesures de dépistage telles qu'elles sont préconisées dans les recommandations officielles.

MÉTHODE

En partant de la question de recherche « Dans quelle mesure l'infirmier de pratique avancée en psychiatrie – santé mentale peut-il contribuer à prévenir le diabète chez le patient souffrant de schizophrénie sous anti-psychotique de seconde génération ? », je retiens dans un premier temps les mots clés « Infirmier (infirmière) », « pratique avancée », « psychiatrie », « santé mentale », « prévention », « diabète », et « schizophrénie ». En m'appuyant sur le décret de compétences des Infirmiers de Pratique Avancée, je rajoute les termes « éducation thérapeutique » ainsi que « psychoéducation ». Enfin, s'agissant d'une revue de la littérature axée sur des pratiques à l'étranger, il convient de traduire ces termes en anglais, mais également de préciser le statut de ces infirmières. Je complète donc par « infirmière clinicienne », « infirmière praticienne », et le vocabulaire anglais correspondant « nurse », "nursing », « advanced nurse » « clinician nurse », « nurse practitioner », « mental health », « psychiatry », « prevention », « diabetes », « schizophrenic », « schizophrenia » et « psychoeducation ». Les articles sont recherchés en croisant ces mots clés dans la base de données « PubMed » et dans le moteur de recherche « Google Scholar », et en accédant à certaines études utilisées pour la rédaction de ces articles lorsqu'ils ne sont pas accessibles.

L'objectif est d'évaluer les actions infirmières mises en place dans des pays où la pratique avancée est répandue, et qui permettent d'en apprécier les répercussions sur l'apparition du

diabète à moyen et long terme. C'est pourquoi les articles retenus doivent impérativement être rédigés en français ou en anglais, évoquer les actions non médicales mises en place pour éviter la survenue du diabète notamment en agissant sur les facteurs de risques de la maladie, et porter sur une durée d'étude au moins égale à un an. Sont ainsi écartés les articles rédigés dans une autre langue, ceux mettant en avant des actions qui ne relèvent pas de la compétence infirmière, et ceux portant sur des études réalisées sur une période inférieure à un an.

Enfin, pour affiner la perception de la prévention et la prise en charge du diabète de type 2, ces apports sont mis en parallèle avec les avancées exposées lors du congrès 2022 de International Diabetes (IDF), et les études sur lesquelles les intervenants se sont appuyés.

La recherche initiale associant les mots-clés « nurse » ou « infirmière » aux autres mots clés retenus n'a proposé que 5 articles. Aussi cette recherche a été réinitialisée sans ces mots-clés là et 120 articles ont alors été proposés, sur lesquels 11 ont été retenus. Au total 10 articles ont été retenus sur les 208 proposés par l'ensemble des moteurs de recherche et à l'issue du congrès de l'IDF.

RÉSULTATS

Recommandations de l'ADA en 2005 (13) sur le dépistage et la surveillance du diabète

Profil de patients		Dépistage	Surveillance
Population générale		Tous les 3 ans à partir de 45 ans, surtout si IMC \geq 25 kg/m ²	
IMC \geq 25 + 1 FDR		Dépistage régulier, quel que soit l'âge	
Traitement par Olanzapine, Risperidone, Aripiprazole, Clozapine, Quétiapine	+ Diagnostic de diabète à l'instauration		Surveillance renforcée
	+ Facteurs de risque de diabète associés à l'instauration	Glycémie à jeun à l'instauration	Surveillance régulière
	+ Quels que soient les facteurs de risque de diabète	Signes d'hyperglycémie, glycémie à jeun en présence de signes	
Diagnostic de schizophrénie + APSG			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les 6 mois : Glycémie à jeun, HbA1c*, cholestérol, triglycérides ▪ Régulièrement : poids

*HbA1c significative seulement chez le patient diabétique, doser l'insuline plasmatique si elle est anormale

Are there specific care requirements for patients with schizophrenia and diabetes or with a risk of diabetes (18):

Le diagnostic de schizophrénie et le traitement par APSG constituent des facteurs de risque de diabète de type 2. L'hypertriglycéridémie est un marqueur de l'insulinorésistance et toute élévation de la glycémie à jeun entre 1,10 et 1,26 g/l (entre 6,1 et 7 mmol/l) est un élément annonciateur de l'évolution vers le diabète nécessitant un changement de l'hygiène de vie. Il est nécessaire d'agir sur les facteurs de risque diabète de type 2. Ce groupe de travail recommande un bilan initial à l'instauration d'un traitement (évaluation des facteurs de risque de diabète de type 2 : poids, un bilan sanguin complet, la mesure de la pression artérielle et un électrocardiogramme) puis une surveillance spécifique tout au long du traitement (tableau 1).

Les difficultés qu'ont ces patients à s'investir dans un suivi et à garder le contact imposent d'adapter les actions de manière à optimiser l'alliance thérapeutique. Aussi le programme éducatif visera à sensibiliser le patient et sa famille à l'intérêt d'éviter une prise de poids. Il doit être présenté de manière utile, pratique et personnalisée, renforcer la motivation (surveillance régulière du poids et de la tension, pesées à domicile avec relevé des valeurs), proposer des alternatives accessibles (programme alimentaire proposé sur plusieurs semaines, avec une liste de courses faciles à obtenir, à cuisiner, et peu onéreuses. On peut commencer par conseiller d'éviter les en-cas très caloriques et les sodas), et réalisables (prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur, aller se promener).

Si certains traitements antipsychotiques présentent des effets délétères sur le métabolisme, on ne peut pas pour autant se passer de toute une classe de médicaments. Il convient alors d'évaluer le rapport bénéfices/risques, d'autant plus que d'autres traitements ont des conséquences neurologiques invalidantes. En cas de survenue de diabète, il convient de réfléchir à un changement de molécule, sans oublier qu'il est délicat de renoncer à un traitement efficace. Le partenariat psychiatre – endocrinologue est peu répandu, mais intéressant à développer à l'avenir. En effet en permettant à chaque médecin de mieux appréhender la maladie dont il n'est pas spécialiste et de comprendre les difficultés que son confrère peut rencontrer dans la prise en charge, on pourrait éviter des arrêts de traitement et donner ainsi aux patients un maximum de chances.

Bilans biologiques	Surveillance	Conduite à tenir
Dans les normes, sans FDR	GAI à 6 mois puis 1/an Poids et PA à chaque consultation	X
Dans les normes, + 1 autre FDR	BS tous les 6 mois Poids et PA à chaque consultation	X
Glycémie entre 1,10 et 1,26 g/l	GAI tous les mois Signes d'hyperglycémie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ETP avec la famille : poids, alimentation, activité physique, ▪ Orientation vers médecin traitant
Diabète diagnostiqué (à l'instauration ou en cours de traitement)	GAI et HbA1c 1/mois	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ETP sur le poids, la surveillance glycémique, l'activité physique, l'alimentation, en association avec la famille, le traitement antidiabétique, les signes d'hypoglycémie ▪ Réévaluation ATP ▪ Orientation endocrinologue

Tableau 1 : Recommandation *American Diabetes Association* de suivi spécifique au risque de diabète chez les patients sous antipsychotiques

FDR : Facteur De Risque – GAI : Glycémie A Jeun – BS : Bilan Sanguin – PA : Pression Artérielle – ETP : Education Thérapeutique du Patient

Le test de charge orale en glucose et le dosage d'insuline plasmatique sont utiles pour évaluer la sévérité de la maladie lorsque le diagnostic est posé, mais pas pour une surveillance ordinaire

Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère (19) :

L'absence de consensus sur le suivi somatique et métabolique des patients traités par antipsychotiques a imposé l'élaboration de recommandations assurant une prise en charge globale : la présence d'une pathologie psychiatrique au premier plan ne devant pas faire oublier un accompagnement somatique optimal. L'enjeu est d'une part de dépister les patients à risque métabolique et cardiovasculaire, qui nécessitent une prise en charge spécifique (facteurs de risque médicaux, comportementaux et génétiques), et d'autre part d'évaluer les patients à risque : symptômes cliniques évocateurs du diabète, cinétique des glycémies à jeun, HGPO, d'HbA1c, antécédents familiaux de diabète, mode de vie (habitudes alimentaires, activité physique, tabagisme, alcool), traitements influençant le métabolisme des glucides et/ou des lipides, mesure du poids, IMC, périmètre abdominal (<94 cm pour l'homme et <80cm pour la femme).

Recommandations de suivi :

Recherche des signes évocateurs de diabète (polyurie, polydipsie, soif, fatigue, amaigrissement) à chaque consultation et suivi physique et biologique résumé dans le tableau ci-dessous :

Bilans biologiques	Surveillance	Conduite à tenir
Dans les normes, sans FDR associé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poids et IMC à 4, 8 12 semaines, puis tous les 3 mois pendant 1 an puis 1/an ▪ Périmètre abdominal à 4semaines puis 1/an ▪ Glycémie à jeun à 12 semaines puis 1/an 	
Glycémie entre 1,10 et 1,26 g/l	2 ^{ème} contrôle et si toujours anormal =>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règles Hygiéno-diététiques ▪ Orientation endocrinologue
Diabète diagnostiqué (à l'instauration ou en cours de traitement)		Avis endocrinologue impératif
Glycémie à jeun >2,5 g/l		Recherche systématique de cétonurie
Glycémie à jeun > 3g/l		Prise en charge rapide

FDR : Facteur De Risque

Le coût de ce suivi est évalué à 49,95€ pour le bilan sanguin initial, puis 2,70€ par contrôle glycémique.

[Effects of lifestyle changes to reduce risks of diabetes and associated cardiovascular risks: results from large scale efficacy trials \(8\):](#)

La comparaison des résultats de plusieurs études met en avant, sur une période allant de 2,8 à 6 ans, les bénéfices de la perte de poids et de l'activité physique sur la réduction du risque de développer un diabète. Ainsi il apparaît que la pratique de l'équivalent d'au moins 20 minutes de marche rapide par jour associée à une modification des habitudes alimentaires (diminution de la consommation d'alcool, augmentation de la consommation de fruits et légumes et restriction calorique) permettent de réduire de 38 à 58% la survenue du diabète par rapport à un groupe témoin, mais aussi que la perte de 1kg réduit de 16% le risque de développer un diabète. Par ailleurs un groupe de patients traités par metformine (850mg 2 fois par jour en dose croissante) voit ce risque réduit à 31%. Le niveau d'activité physique régulière a pu être maintenu sur la durée, y compris sur plusieurs années. En revanche après que le poids ait diminué de 7%, et soit resté stable pendant 6 mois, il a augmenté ensuite tout en restant inférieur au poids initial. Le périmètre abdominal est également un bon indicateur, et la réduction du

risque chez les patients ayant bénéficié d'un changement d'hygiène de vie est corrélé à la diminution du périmètre abdominal. S'il apparaît que le changement des habitudes de vie permet de diminuer le risque de diabète, il apparaît également que ces changements sont difficiles à maintenir sur la durée, et les résultats à long terme sont alors décevants.

Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes (20):

Les patients qui présentent des symptômes de psychose peuvent éprouver des difficultés à s'investir dans des activités physiques, en raison de l'action sédatrice des traitements psychotropes, ce qui a pour effet d'augmenter le risque de surpoids et par là même celui de développer un diabète. Les infirmières de santé mentale ont besoin d'un ensemble de connaissances qui leur permette d'accompagner ces patients dans la prise de décisions concernant leurs autosoins et d'aller au-delà de l'observance des prescriptions médicales. Cela favorise le développement de stratégies d'accompagnement dans les décisions d'autosoins au cours du temps et en fonction des circonstances des trajectoires de vie.

La qualité de vie est étroitement liée à la perception que l'on a de notre propre situation. Ainsi la perception que l'on a de la maladie influence directement la perception de notre qualité de vie. L'empowerment est une approche des soins dans le diabète qui apporte aux patients des compétences, des connaissances et la possibilité d'être réellement acteur du soin.

En santé mentale, les soins doivent nécessairement se composer d'une surveillance régulière des indicateurs physiques et biologiques (pression artérielle, IMC / Périmètre abdominal, glycémie et bilan lipidique au moins une fois par an). L'éducation à la santé est également incontournable. Elle permet de faire des choix visant à préserver ou améliorer sa santé et portera ici sur la prévention de la survenue du diabète. En santé mentale il convient de procéder par des interventions quotidiennes. Il est avéré que les patients atteints de schizophrénie ont un régime hypercalorique, quel que soit leur sexe ou leur origine ethnique, ce qui implique de les inviter à augmenter leur activité physique pour minimiser le risque d'obésité. Cela peut paraître simple de prime abord. La difficulté réside dans le maintien de la motivation, d'autant plus que ces patients-là ont généralement reçu peu d'informations sur la nutrition et ne comprennent pas toujours l'importance de l'hygiène de vie. Il est donc évident que les infirmières doivent se faire accompagner dans leur démarche par des diététiciens, afin d'expliquer et proposer des modèles de repas. On ne peut pas faire d'éducation à la santé sans aborder la question du tabac, et ce d'autant plus que 70% du tabac consommé aux USA l'est par des personnes porteuses d'un

diagnostic de maladie mentale. Il convient de faciliter la réduction du tabagisme, ou même, dans l'idéal, le sevrage tabagique. Enfin, L'un des aspects de la promotion de la santé dispensée par les infirmières est l'orientation vers des médecins spécialistes. Pour cela il est essentiel de connaître le réseau de partenaires et d'en faciliter l'accès à des patients qui ont parfois un accès difficile aux services de santé

[Metabolic abnormalities among people diagnosed with schizophrenia: a literature review and implications for mental health nurses \(1\) :](#)

Il est primordial d'associer les infirmières de santé mentale à la prévention des complications métaboliques. Pour cela elles ont besoin de connaissances, d'information et de formation au dépistage et à la prise en charge des facteurs de risques de syndrome métabolique. Ainsi elles manquent d'assurance dans les soins propres au diabète, et bien qu'elles considèrent que la prise en charge de l'obésité (important facteur de risque de diabète) relève de leur responsabilité, elles ne bénéficient pas de formation adéquate. Néanmoins l'éducation doit être la priorité dans la prévention et la prise en charge de l'obésité. C'est pourquoi l'accent devrait être mis sur les actions visant à initier l'activité physique et la modification des habitudes alimentaires, car il s'agit du traitement le plus efficace dans la prévention des complications métaboliques associées. Il est donc essentiel que les infirmières en santé mentale soient formées au dépistage et à la prévention des facteurs de risques métaboliques pour proposer une qualité de soins optimale.

[Schizophrenia and type 2 diabetes mellitus \(9\) :](#)

Les interventions qui permettent de développer les connaissances et les compétences nécessaires à prévenir, dépister précocement et contrôler le diabète sont importantes. La promotion de ces mêmes actions permettrait aussi de limiter les complications du diabète telles la cécité, l'insuffisance rénale, les infarctus du myocarde, les AVC et les amputations, ce qui diminuerait les risques cardiovasculaires et le taux de mortalité parmi les patients atteints de schizophrénie. Repréciser toutes les causes qui entraînent un excès de diabète comorbide à la schizophrénie constitue la pierre angulaire de la gestion du problème. En effet plusieurs facteurs sont impliqués dans le développement du diabète chez les patients atteints de schizophrénie, qui interviennent également dans la population générale. Ils sont cependant plus répandus chez ces patients-là : le surpoids ou l'obésité (1,5 à 2 fois plus fréquent), l'âge avancé, l'hypertension (2 à 3 fois plus fréquent), la dyslipidémie (5 fois plus fréquent), le tabagisme (2 à 3 fois plus

fréquent), le syndrome métabolique (2 à 3 fois plus fréquent), le manque d'activité physique, de mauvaises habitudes alimentaires, les déterminants sociaux, la pauvreté, la qualité de sommeil, le stress et la sédentarité. Cette grande précarité, à laquelle s'ajoutent parfois un défaut de couverture sociale et des troubles cognitifs, pénalise la prévention du diabète. Pour ces patients, l'accès aux soins est compliqué par des procédures complexes, une législation inéquitable, et une forme de discrimination à l'encontre des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique. Il est primordial de placer le patient au centre du soin, et de définir le soin comme étant respectueux du choix du patient, de ses besoins, de ses valeurs, et de s'assurer que toutes les décisions cliniques s'appuient sur les valeurs du patient. Néanmoins tout patient atteint de schizophrénie devrait bénéficier d'un dépistage annuel du diabète et du prédiabète, d'une surveillance des variations du poids, de la glycémie, de la tension artérielle et du cholestérol, et la part du régime dans la thérapeutique devrait être réévaluée. Les soignants devraient avoir pour priorité la motivation à faire des choix qui préservent la santé (en matière d'alimentation, d'activité physique, d'arrêt du tabac, de gestion du poids et du stress). Ils devraient évaluer le contexte social et l'éventuelle précarité alimentaire, la stabilité financière, les difficultés pécuniaires, avant de prendre toute décision. Les patients devraient être adressés vers un réseau local quand il existe, et bénéficier de soutien aux autosoins avec des coachs en santé. C'est une équipe multidisciplinaire et collaborative qui est la plus indiquée pour prendre en charge les patients porteurs d'une maladie chronique, et pour faciliter leurs autosoins. L'équipe, qui inclut le patient, devrait prioriser un changement radical adapté du mode de vie, et /ou une thérapie médicamenteuse pour les patients qui ne parviendraient pas à atteindre les objectifs sur le plan métabolique. Pour prévenir le diabète, et obtenir les meilleurs résultats cliniques, il est fondamental de redéfinir les rôles de l'équipe soignante et de rendre le patient acteur de soins.

[Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin \(21\):](#)

La comparaison de trois groupes de patients à haut risque de diabète a permis de mettre en évidence les effets d'un changement des habitudes de vie d'une part et un traitement par metformine d'autre part sur la réduction du risque de diabète :

		24 semaines	Dernière visite	Incidence diabète par an	Incidence diabète comparé au groupe Placébo	Incidence diabète par an comparé au groupe Metformine
Changement mode de vie	Perte de poids 7% ou plus	50%	38%			
	Évolution poids		- 5,6kg			
	Activité 150mn/ semaine	74%	58%			
	Apports caloriques		-450 / j			
	Apports en graisse		-6,6 %			
	Incidence diabète		14,4 %	4 ,8 %	-58 %	-39 %
Metformine	Évolution poids		-2,1 kg			
	Apports caloriques		-296 / j			
	Apports en graisse		-0,8 %			
	Incidence diabète		21,7 %	7 ,8 %	31 %	X
	Observance 80% mini		72 %			
Placebo	Évolution poids		-0,1 kg			
	Apports caloriques		-249 / j			
	Apports en graisse		-0,8 %			
	Incidence diabète		28,9 %	11 %	X	X
	Observance 80% mini		77 %			

Pendant la première année, on observe une réduction comparable des glycémies à jeun entre les groupes « *metformine* » et « *modification du mode de vie* », tandis qu'elles étaient plus élevées dans le groupe « placebo ». Elles ont ensuite augmenté dans les mêmes proportions au sein des trois groupes. L'HbA1c a augmenté dans la même temporalité dans les trois groupes, avec cependant les valeurs du groupe « *Metformine* » inférieures au groupe « *placebo* » et supérieures au groupe « *modification du mode de vie* ». L'efficacité des modifications du mode de vie est comparable à celle du traitement par metformine en ce qui concerne la normalisation des glycémies à jeun, et meilleure en ce qui concerne l'HGPO.

Population level impact of the NHS Diabetes Prevention Programme on incidence of type 2 diabetes in England: An observational study (22) :

Le Programme de Prévention du Diabète (DPP) de la NHS britannique porte sur un total de 271.208 patients chez qui un prédiabète a été découvert, et orientés par leur médecin traitant ou un centre d'examen NHS. Ce programme a été développé dans le Royaume Uni, en trois phases : la première a débuté le 1^{er} juin 2016 et concernait 50% des médecins généralistes, la seconde à partir du 1^{er} avril 2017 pour 25% des médecins généralistes, et la dernière à partir du 1^{er} avril 2018 pour 25% des médecins généralistes. L'ensemble des données a été relevé en mars 2020. Les actions de prévention portent sur les modifications du mode de vie, mais ne sont pas détaillées. Les projections réalisées avant l'étude laissaient envisager 222.196 nouveaux cas en 2018-2019 dans le groupe déployé en juin 2016, 208.420 ont été diagnostiqué, soit une réduction de 13.776 cas. L'étude conclut à la diminution de l'incidence du diabète depuis la mise en place de ce programme (de 2016 à 2020 en trois phases), mais que cet effet préventif doit être évalué sur le long terme, de même que l'impact économique.

Uptake and impact of the English National Health Service digital diabetes prevention programme: observational study_(23):

Le DDPP (Digital Diabetes Prevention Program) est un programme de prévention du diabète qui propose le même contenu que le DPP mais sous forme numérique : applications, objets connectés, site internet dédié, pair-aidance, et soutien téléphonique. L'étude évalue ici les retombées à 12 mois de ce programme sur 3623 patients présentant un prédiabète, en comparant les différentes formules proposées :

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
Pair-aidance			X	X	
Objets connectés	X			X	
Service téléphonique + site internet dédié		X			X
Application smartphone et SMS	X		X	X	X

Ce sont les patients qui ont bénéficié de la pair-aidance + objets connectés + service téléphonique qui ont perdu le plus de poids, en revanche l'accès à une application pour smartphone et des SMS n'a eu aucun effet. Les patients ayant bénéficié de la pair-aidance + les services téléphoniques et site internet dédié ont vu la diminution d'HbA1c la plus importante, contrairement à ceux qui ont eu accès à une application pour smartphone et des SMS et qui dont l'HbA1c a le moins diminué. L'utilisation d'objets connectés n'a pas eu d'impact sur l'HbA1c.

	à 6 mois	à 12 mois
Poids	-3,5 (de -3,7 à - 3,3 kg)	-3,1 kg (de -2,8 à -3,4kg)
HbA1c	-1,8 mmol/mol (de - 2,0 à -1,7 mmol/mol)	-1,6 mmol/mol (de - 1,4 à -1,8 mmol/mol)

Toutes ces variations sont liées à d'autres facteurs de risques non modifiables tels l'âge, le sexe, les origines ethniques ou des indicateurs socio-démographique (niveau d'éducation, habitat rural / urbain...), et d'autres modifiables tels l'IMC.

DISCUSSION

L'ensemble des études évoquées met en évidence la nécessité de prévenir le diabète et ses complications dans la population psychiatrique, dans une optique d'amélioration du bien-être et de la qualité de vie, d'allongement de l'espérance de vie, de réduction des handicaps physiques, de développement de l'autonomie et de diminution des dépenses globales de santé, tout en favorisant l'accès aux soins. On observe un consensus de fait sur les différents axes de cette prévention : le dépistage, la surveillance, mais aussi la modification des habitudes de vie orientées essentiellement vers la perte de poids. Ainsi les hypothèses formulées au début de cette réflexion sont vérifiées, (« *Un programme d'éducation thérapeutique du patient et de son*

entourage, axé sur les règles hygiéno-diététiques, permet de retarder ou éviter l'apparition du diabète dans cette population », et « des actions de dépistage ciblées et régulières permettent une prise en charge précoce et efficace du diabète lorsqu'il survient. ») puisqu'il est démontré que la modification du mode de vie associée à des mesures de dépistage et de surveillance régulières permettent de réduire le risque de diabète et de ses complications chez le patient souffrant de schizophrénie sous APSG.

Si le dépistage et la surveillance peuvent être assurés par un binôme médecin-infirmier, la modification des habitudes de vie, avec la mise en place d'actions spécifiques, peut être confiée à un Infirmier en Pratique Avancée en Psychiatrie Santé Mentale (IPA-PSM). A partir de ces études et des recommandations officielles, nous allons nous pencher, sur le rôle de l'IPA-PSM dans la prévention du diabète au sein de cette population spécifique, et sur l'utilisation de l'ensemble de ses compétences dans ce projet.

LE DÉPISTAGE

Le dépistage du diabète et du prédiabète est un élément clé dans la prévention du diabète et de ses complications. Il intervient dès l'instauration d'APSG puis est régulièrement pratiqué pendant la durée du traitement. Simples à réaliser, de faible coût, sans danger pour le patient, les glycémies à jeun répétées et l'analyse de leur évolution permettent de surveiller efficacement l'apparition d'un diabète. Si l'on considère que l'hypertriglycéridémie est un marqueur de l'insulinorésistance(18) alors cette surveillance biologique doit être complétée par un dosage régulier des triglycérides. Les facteurs de risque doivent être évalués : habitudes alimentaires, activité physique, tabagisme, poids, IMC, périmètre abdominal, tension artérielle, recherche des antécédents familiaux de diabète et des traitements influençant le métabolisme des glucides et/ou des lipides. Lorsqu'un prédiabète apparaît, le patient bénéficie de conseils hygiéno-diététiques et est orienté vers son médecin traitant (16). Dès lors que le diabète est diagnostiqué, la surveillance biologique est intensifiée avec des contrôles plus fréquents complétée par un dosage trimestriel de l'HbA1c. La thérapeutique médicamenteuse va être discutée, en s'appuyant notamment sur le rapport bénéfices/ risques. Le patient va également bénéficier de conseils hygiéno-diététiques et être orienté vers un endocrinologue (16). Il est par ailleurs souhaitable de tenir informé le médecin traitant d'une part des préoccupations somatiques concernant le patient, et d'autre part de la prise en charge psychiatrique proposée.

LES FACTEURS DE RISQUES MODIFIABLES

La nécessité d'agir sur les facteurs de risques pour diminuer le risque a été démontrée. Si l'on ne peut agir sur l'âge, les antécédents personnels et familiaux (aucune étude n'a cité le diabète gestationnel comme facteur de risque de diabète de type 2 dans la population générale, bien qu'avéré (24)), ni l'origine ethnique, certaines interventions ciblées ont montré un réel bénéfice. Il est donc important d'agir sur :

- L'alimentation (3) , en incitant les patients à modifier leurs habitudes jusqu'à adopter une alimentation équilibrée, avec des apports énergétiques adaptés ;
- L'activité physique (3), en augmentant progressivement jusqu'à au moins 30mn par jour dans les cadre des activités quotidiennes ;
- L'obésité, pour limiter la prise de poids souvent liée aux traitements, voire à perdre progressivement du poids ;
- L'obésité abdominale, en favorisant la réduction des apports lipidiques et l'augmentation de l'apport en fibres ;
- Le tabac (25), en proposant un accompagnement au sevrage ;
- Les traitements, en évaluant les traitements diabétogènes prescrits au patient (corticoïdes, APSG, ...) et envisager la pertinence d'un changement de thérapeutique ;
- Le prédiabète, en régulant les apports en glucides et en favorisant la perte de poids ;
- Le stress, en donnant accès à des techniques de relaxation et de gestion du stress ;
- Le sommeil, en retrouvant des habitudes de vie bénéfiques pour le sommeil.

LES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

La stratégie thérapeutique médicamenteuse appartient au domaine médical. Le choix d'un traitement peu diabétogène, ou celui d'associer un antidiabétique, va essentiellement reposer sur le rapport bénéfices/risques. Cependant, la cohérence de la prise en charge médicale s'appuie sur la coopération et la coordination entre le psychiatre, le médecin traitant et éventuellement les médecins spécialistes dont l'endocrinologue. La difficulté réside dans l'accès aux soins de nos patients. En effet la pénurie de médecins généralistes laisse beaucoup de nos patients sans médecin traitant, et donc sans suivi somatique. Non seulement le psychiatre ne peut orienter le patient qui présenterait un prédiabète, mais aussi les patients ne peuvent plus être orientés, à l'issue d'un examen courant, vers d'autres spécialistes tels les cardiologues ou les pneumologues par exemple. Ces difficultés d'accès aux soins vont entraîner des retards de diagnostic, et donc de prise en charge, qui vont constituer une perte de chances considérable pour les patients.

La stratégie non médicamenteuse relève des recommandations nationales et/ou internationales, sur lesquelles les paramédicaux vont s'appuyer (16). Il s'agit d'une part de la surveillance des paramètres physiques et biologiques, d'autre part de la modification des habitudes de vie (alimentation, activité physique) et perte de poids. L'objectif de la perte de poids est facilement identifiable dans la mesure où l'indice de référence est l'IMC. Il est par ailleurs intéressant de noter que le changement de mode de vie réduit davantage le risque de développer un diabète qu'un traitement par metformine (9,21) et évite l'escalade médicamenteuse et l'effet cocktail qui en découle.

LE RÔLE SPÉCIFIQUE DE L'IPA

L'Infirmier de Pratique Avancée (IPA) a des compétences cliniques, mais aussi des compétences en matière d'éducation thérapeutique, de promotion de la santé et de coordination du parcours de soins (17). Aussi les différents aspects de la prévention du diabète chez le patient souffrant de schizophrénie sous antipsychotique de seconde génération entrent-ils dans le champ de compétences de l'IPA-PSM. Celui-ci doit désormais prendre en compte cette dimension dans l'accompagnement des patients qui lui sont confiés et qui présentent ce profil, tant dans l'accompagnement individuel que dans la mise en place de l'accompagnement en groupe.

Lorsqu'il relève des anomalies biologiques, l'IPA-PSM alerte le psychiatre référent du patient, qui va alors évaluer la pertinence d'un changement de molécule. Si le patient présente un prédiabète il est orienté vers son médecin traitant, et bénéficie de conseils hygiéno-diététiques. Dès lors que le diabète est avéré, la surveillance biologique va être plus rapprochée dans un premier temps et complétée par un dosage trimestriel de l'HbA1c. Le patient va également être orienté vers un endocrinologue et bénéficier de conseils hygiéno-diététiques. Il est également souhaitable de tenir informé le médecin traitant d'une part des préoccupations somatiques concernant le patient, et d'autre part de la prise en charge psychiatrique proposée.

LA MISE EN PLACE DES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

Si le choix des thérapeutiques médicamenteuses revient au médecin, c'est à l'IPA d'en assurer l'application et le suivi : il évalue l'observance, la tolérance et l'efficacité des traitements, adapte éventuellement la posologie (des psychotropes pour l'IPA-PSM), s'assure du suivi avec les spécialistes. Lorsqu'un diabète est diagnostiqué il vérifie que le patient soit alors pris en charge, d'autant plus qu'une grande majorité d'entre eux ne bénéficie pas de traitements somatiques.

L'IPA va également veiller à l'application et l'organisation des thérapeutiques non médicamenteuses, notamment en ce qui concerne la surveillance biologique et physique et la modification de certains comportements. Ainsi il est compétent pour organiser et mettre en place un programme d'éducation thérapeutique destiné au patient et à son entourage. Il accompagne l'ensemble de l'équipe soignante dans la co-construction de ce programme, et en facilite l'organisation. Dans le cadre de la prévention du diabète auprès de nos patients, il peut par exemple solliciter des intervenants spécifiques tels une diététicienne, un éducateur sportif formé à l'activité physique adaptée, un professionnel formé aux TCC, un pair aidant, un tabacologue, voire un addictologue selon le profil des patients... Le patient pourra alors développer ses compétences d'autosoins, dans une dynamique d'empowerment. Ce programme doit être relié à la prise en charge globale des patients et s'attacher non seulement à la modification du mode de vie mais aussi à l'appréhension de la pathologie psychiatrique (26), avec notamment ses comorbidités, ses complications, ses traitements, les liens entre la schizophrénie et le diabète, les facteurs de risque du diabète, ses conséquences, d'autres aspects de l'hygiène de vie tels que le sommeil et arrêt du tabac, le tout en y associant les familles. Il est intéressant de constater que parmi les différents moyens d'actions mis en œuvre dans ces études, le recours à la pair-aidance s'est avéré plus efficace que les interventions à distance et anonymes (objets connectés, sites internet dédiés) (23). Ainsi il apparaît qu'un accompagnement personnalisé a toute son importance, ce qui place le soignant dans une position centrale aux côtés du patient.

L'ORGANISATION ET LA COORDINATION DU PARCOURS DE SOIN

L'IPA-PSM est l'interface entre le psychiatre, le médecin traitant, les spécialistes, le patient et tous les soignants qui interviennent auprès de lui. Dans le cadre de la prévention du diabète et de ses complications, il va non seulement interpeler le psychiatre en cas d'anomalies glycémiques, mais il va également proposer au patient une orientation adaptée pour le suivi somatique, mettre à jour et transmettre à l'ensemble des médecins les antécédents et les traitements. Il pourrait également mettre en place une communication régulière avec le médecin traitant : compte-rendu ponctuel en cas de changement de traitement, compte-rendu annuel reprenant les événements importants de l'année avec le dernier bilan biologique et le traitement en cours. Cette transmission d'informations devrait également être transmise aux autres médecins spécialistes qui suivent le patient.

LA FORMATION AUX INFIRMIERS DE SANTE MENTALE

Les études réalisées auprès des infirmières de psychiatrie et de santé mentale révèlent que celles-ci manquent de formation sur la prise en charge somatique de leurs patients. Aussi l'IPA-PSM, compétent pour accompagner les infirmiers dans leurs besoins de formation, peut concevoir des actions de formation dirigées sur :

- Les facteurs de risque de diabète de type 2 que représentent la maladie schizophrénique d'une part et les antipsychotiques de seconde génération d'autre part ;
- Les autres facteurs de risque de diabète de type 2 (sans oublier le tabac) ;
- Les conséquences de la survenue de diabète au sein de cette population en termes de qualité de vie, d'observance du traitement, de complications, de handicap, de réduction de l'espérance de vie ;
- La nécessité d'accompagner les patients en agissant sur les différents facteurs de risque du diabète dans le cadre des différents ateliers du programme d'éducation thérapeutique, en développant l'alliance thérapeutique ;
- La posture soignante : pédagogie, bienveillance, altérité, tolérance, empathie... notions d'empowerment (patient au cœur du soin et acteur de soin) et de coping (capacités d'adaptation du patient).

Ces différentes actions s'appuieront sur les théories infirmières de Dorothea Orem, Nancy Ropper, et Hildegarde Peplau. Ces théories sont basées sur les concepts d'autosoins, d'indépendance et de relations interpersonnelles. L'être humain est considéré comme une personne qui a des besoins qu'il satisfait lui-même par le biais d'autosoins (par exemple se nourrir), de manière indépendante. La maladie vient perturber ces autosoins en altérant l'indépendance de l'être humain, qui devient alors patient. Les soins infirmiers permettent de restaurer cette indépendance par le biais d'activités qui facilitent la satisfaction de ces besoins de base, et qui visent à la prévention et à la recherche du confort. L'infirmier apporte alors des réponses spécifiques au patient, il lui donne les informations nécessaires pour retrouver cette indépendance, dans un cadre de coopération et de participation active, au cours du processus éducatif.

LES LIMITES

Les critères d'évaluation ont évolué sur la période des études concernées (2003-2022) : les normes glycémiques ont été revues à la baisse, les valeurs de référence du périmètre abdominal aussi, d'autres ont été abandonnés tel le rapport tour de taille/tour de hanches (2005), auquel on

préfère désormais le périmètre abdominal (2009). De plus ces valeurs de référence peuvent varier d'un groupe d'expert à un autre.

Peu d'études concernent à la fois la prévention du diabète et les patients souffrant de schizophrénie sous APSG :

Certaines portent sur la population identifiée comme à haut risque de développer un diabète, d'autres sur la population psychiatrique, d'autres enfin étudient le diabète dans le cadre du système métabolique. Elles ont été néanmoins retenues car elles ont mis en évidence l'efficacité de certaines mesures de prévention chez ces patients considérés comme particulièrement exposés au diabète. La plupart des études ont été réalisées à l'étranger (USA, Grèce, Royaume-Uni), dans des pays où le système de protection sociale et l'accès aux soins ne sont pas toujours comparables au système français. Enfin, si les mesures préventives se sont montrées efficaces à court terme, nous n'avons pas de recul sur les effets à long termes (5 ans, 10 ans, 15 ans par exemple), alors qu'il s'agit ici de pathologies chroniques évoluant sur plusieurs dizaines d'années.

LES QUESTIONNEMENTS

La principale prise de poids se produit, d'après les études, essentiellement pendant la première année de traitement, voire même les premiers mois : est-ce que la mise en place de modifications spécifiques pendant la première année permet d'influencer ensuite sur la cinétique de la prise de poids et de la survenue du diabète ? Les mesures préventives proposées ici peuvent-elles être transposées à d'autres patients sous antipsychotiques, tels les patients qui bénéficient de ce traitement à visée thymorégulatrice ? D'autant plus que d'autres traitements psychotropes présentent également des effets indésirables sur le plan métabolique (9).

Enfin, quels sont les effets à long terme des modifications des habitudes de vie, et comment maintenir la motivation des patients et les aider à ne pas revenir en arrière ?

CONCLUSION

Ainsi, outre la probable origine génétique/épigénétique des liens entre le diabète et la schizophrénie, les patients souffrant de schizophrénie cumulent plusieurs facteurs de risque de diabète directement liés aux caractéristiques de leur pathologie psychiatrique : sédentarité, faible activité physique, appétence accrue pour les aliments gras, sucrés et hypercaloriques, perturbation du phénomène de satiété. A cela s'ajoutent les traitements antipsychotiques, et de fréquentes comorbidités telles le tabagisme et l'obésité. Cette vulnérabilité participe à une

morbi-mortalité élevée et une importante réduction de leur espérance de vie. C'est pourquoi il est important de prévenir la survenue du diabète chez ces patients. Cet aspect de leur prise en charge peut être confié à un infirmier de pratique avancée en psychiatrie santé mentale, non seulement pour mener les actions de surveillance et de dépistage appropriées, mais aussi pour permettre d'instaurer un accompagnement somatique, créer un lien entre les différents médecins et coordonner ainsi la prise en charge médicale. Il devra également mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique dédiés et accompagner les équipes infirmières dans cette nouvelle dynamique. Toutes ces actions devront toujours s'appuyer sur l'alliance thérapeutique, sans laquelle elles sont vouées à l'échec (27,28). La prévention du diabète ne représente qu'une part de la surveillance somatique de ces patients, dont les désordres métaboliques associés sont fréquents. Elle s'inscrit donc dans la prise en charge générale des patients souffrant de schizophrénie sous antipsychotiques de seconde génération, et est complétée par la surveillance d'autres paramètres métaboliques. Si peu de travaux mettent en lumière la plus-value d'un IPA-PSM au sein de l'équipe soignante, il conviendrait d'évaluer l'impact de ces missions sur la qualité de vie des patients, leur espérance de vie, leur prise en charge somatique, les hospitalisations (autant en psychiatrie qu'en soins généraux) et les répercussions financières des dépenses de santé afférentes, à travers des études sur le long terme.

BIBLIOGRAPHIE

1. McDaid TM, Smyth S. Metabolic abnormalities among people diagnosed with schizophrenia: a literature review and implications for mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* avr 2015;22(3):157-70.
2. Chabroux S, Haffen E, Penfornis A. Diabète et antipsychotiques de seconde génération. *Ann Endocrinol.* sept 2009;70(4):202-10. 3. INSERM. Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/>
4. Sante Publique France. Diabète: données [Internet]. Santé Publique France. [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete>
5. Solida A, Choong E, Lechaire C, Conus P. Syndrome métabolique et antipsychotiques atypiques : recommandations et prise en charge clinique. *Inf Psychiatr.* 2011;87(9):715-24.
6. De Nayer A, De Hert M, Scheen A, Van Gaal L, Peuskens J, on behalf of the Consensus Group. Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *Int J Psychiatry Clin Pract.* juin 2005;9(2):130-7.
7. Buysschaert M, Bergman M. Dépistage précoce du prédiabète : y a-t-il une place pour une mesure de la glycémie à la 60e minute d'un test de surcharge orale en glucose ? *Médecine Mal Métaboliques.* nov 2020;14(7):639-44.

8. Horton ES. Effects of lifestyle changes to reduce risks of diabetes and associated cardiovascular risks: results from large scale efficacy trials. *Obes Silver Spring Md.* déc 2009;17 Suppl 3:S43-48.
9. Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Mamakou V, Thanopoulou A, Gonidakis F, Tentolouris N, Kontaxakis V. Schizophrenia and type 2 diabetes mellitus. *Psychiatriki.* 1 avr 2018;29(1):64-73.
10. Bou Khalil R. Syndrome métabolique chez les patients atteints de schizophrénie indépendamment de la prise d'antipsychotiques atypiques. *Presse Médicale.* 1 mai 2012;41(5):e238-43.
11. Frajerman A, Morin V, Chaumette B, Kebir O, Krebs MO. Prise en charge des comorbidités cardiovasculaires chez les jeunes patients souffrant d'une psychose débutante : état des lieux et perspectives thérapeutiques. *L'Encéphale.* 1 oct 2020;46(5):390-8.
12. Kouidrat Y, Amad A, Renard N, Louhou R, Corneille F, Lalau JD, et al. P035: Schizophrénie et comportements alimentaires. *Nutr Clin Métabolisme.* déc 2014;28:S86.
13. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. *Diabetes Care.* 1 févr 2004;27(2):596-601.
14. Scheen AJ, De Hert M. Risque de diabète sucré sous antipsychotiques atypiques. *Médecine Hygiène.* 25 août 2004;(2493):1591.
15. De Nayer A, De Hert M, Scheen A, Van Gaal L, Peuskens J, on behalf of the Consensus Group. Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *Int J Psychiatry Clin Pract.* juin 2005;9(2):130-7.
16. Reco_Soins_Soma_Psy.pdf [Internet]. [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf
17. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
18. Thomas P, Raymondet P, Charbonnel B, Vaiva G. Are there specific care requirements for patients with schizophrenia and diabetes or with a risk of diabetes? *Eur Psychiatry.* 1 déc 2005;20:S358-63.
19. Saravane D, Fève B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, 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.
20. Edward KL, Rasmussen B, Munro I. Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes. *Arch Psychiatr Nurs.* févr 2010;24(1):46-53.
21. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *N Engl J Med.* 7 févr 2002;346(6):393-403.
22. McManus E, Meacock R, Parkinson B, Sutton M. Population level impact of the NHS Diabetes Prevention Programme on incidence of type 2 diabetes in England: An observational study. *Lancet Reg Health - Eur.* 1 août 2022;19:100420.
23. Ross JAD, Barron E, McGough B, Valabhji J, Daff K, Irwin J, et al. Uptake and impact of the English National Health Service digital diabetes prevention programme: observational study. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 1 mai 2022;10(3):e002736.

24. Vériier-Mine O. Devenir maternel après un diabète gestationnel. Dépistage et prévention du diabète de type 2. Revue de la littérature. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2010;39(8, Supplement 2):S299-321.
25. Gruyer B, Vergès B. Association tabac et diabète de type 2 : preuves et mécanismes physiopathologiques. Médecine Mal Métaboliques. mars 2020;14(2):148-51.
26. Catana A, Baudoux-Meunier A, Charpeaud T, Chéreau I, Denizot H, Gremeau I, et al. Intérêt de l'éducation thérapeutique chez les malades souffrant de schizophrénie : le programme SCHIZ'EDUC. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 févr 2015;173(1):97-100.
27. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. Perspect Psy. 2010;49(4):317-26.
28. Valot L, Lalau JD. L'alliance thérapeutique. Médecine Mal Métaboliques. 1 déc 2020;14(8):761-7.