

Pôle Guidance Infantile

Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile N°III

15 chemin du Tricou

31670 LABEGE

Tél : 05.61.62.60.35

poleguidance@arseaa.org



IMPLANTATION D'UN IPA AU SEIN DU PÔLE GUIDANCE INFANTILE DE L'ARSEAA : IMPLICATIONS CLINIQUES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

22 SEPTEMBRE 2022

DAMIEN GIRAULT
INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE – PSM
PÔLE GUIDANCE INFANTILE - ARSEAA

PLAN

1. Introduction
2. Genèse du projet
3. Modalités d'implantation
4. Perspectives de recherche
5. Conclusion



GLOSSAIRE

NL1G: Antipsychotiques de première génération

NL2G: Antipsychotiques de seconde génération

IPA PSM: IPA en Psychiatrie et Santé Mentale

MetS: Syndrome métabolique

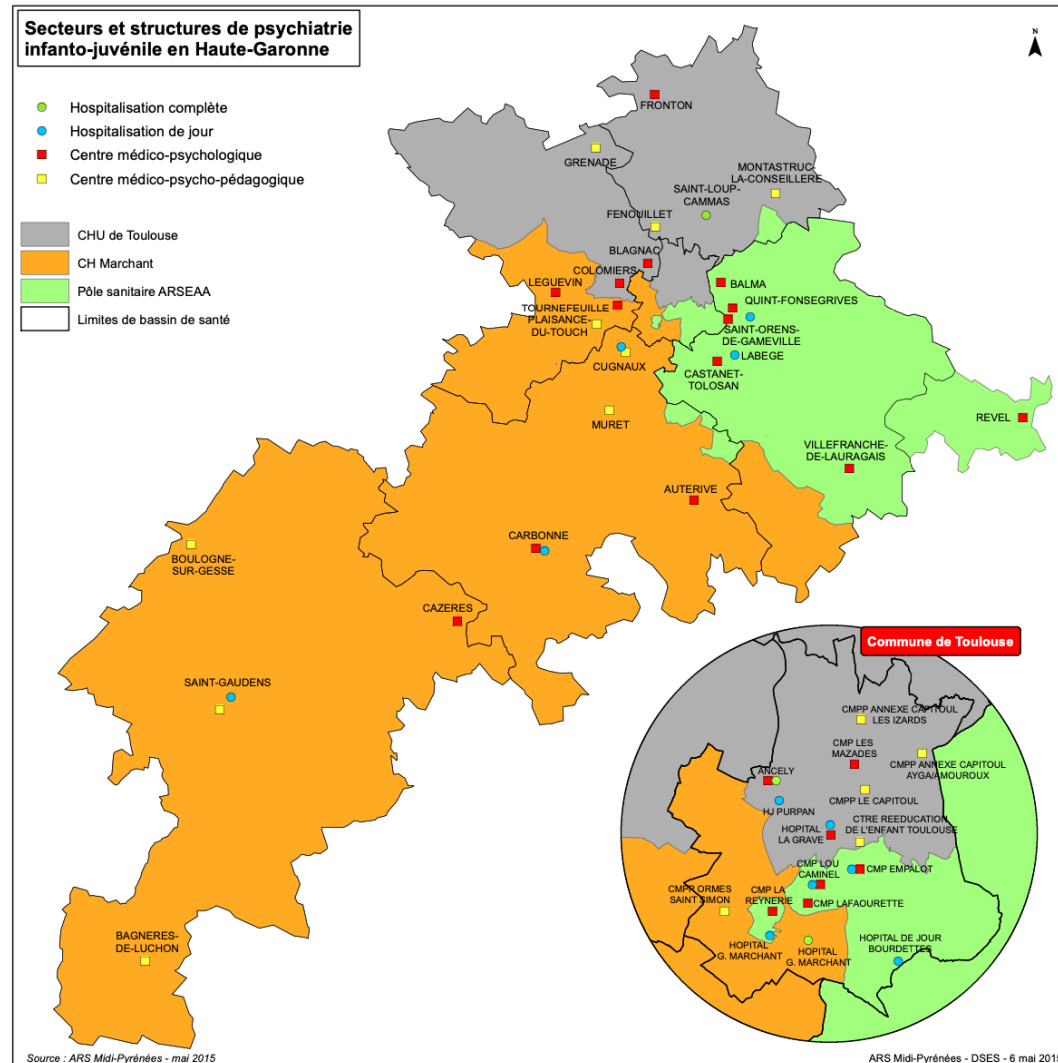
PGI: Pôle Guidance Infantile

INTRODUCTION



INTRODUCTION

- ARSEAA – PGI
 - Secteur 3
 - Ambulatoire
 - Travail partenarial



GENÈSE DU PROJET





GENÈSE DU PROJET

- 2014 - 2022
- Montée en compétences
 - D.U « Enfant adolescent famille: clinique et psychodynamique »
 - DEIPA – PSM
- Accompagnement de l'institution
- Cadre PEPPA



GENÈSE DU PROJET

STRATÉGIES D'IMPLANTATION D'UN INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCÉE EN MILIEU HOSPITALIER : UNE REVUE DE LITTÉRATURE

Stephan Aguilard, Sébastien Colson, Karen Inthavong

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2017/2 Vol. 29 | pages 241 à 254

ISSN 0995-3914

IMPLANTATION SUR LE PGI





IMPLANTATION

- 2 axes
 - Clinique (0,8 ETP)
 - Transversal (0,2 ETP)

AXE CLINIQUE

- 2 CMPEA (0,4 ETP x 2)
- Filière ado (10-17)
- Spectre de la psychopathologie de l'adolescence
- Situations complexes
- Dynamique inter disciplinaire-partenariale
- Coordination des acteurs du réseau



IMPLANTATION

AXE TRANSVERSAL «recherche et formation»

- Amélioration des Pratiques Professionnelles
 - Formations équipes & évaluation des besoins
 - Instances (CVV ; groupe filière ado)
 - Veille documentaire & diffusion des RBP
 - Soutien cellule Qualité
- Territorial
 - CPTEA (transition ado-adulte)
- Recherche & Communication
 - Colloques, publications, accompagnement à la publication...

RECHERCHE EN PRATIQUE AVANCÉE

DÉFINITION





Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

International Journal of Nursing Studies

journal homepage: www.elsevier.com/ijns

Tasks and activities of Advanced Practice Nurses in the psychiatric and mental health care context: A systematic review and thematic analysis

Stefan Scheydt^{a,*}, Anna Hegedüs^b

^a Central Institute of Mental Health, Research group Psychiatric and Mental Health Nursing, Square J5, 68159 Mannheim, Germany

^b Careum School of Health, Research, Zurich, Pestalozzistrasse 5, CH-8032 Zurich, Switzerland



CONSLUSIONS DE LA REVUE

- 24 tâches et activités (dimensions de pratique)
- 6 catégories (domaines de pratique)
 - Pratique clinique directe (IPA prescripteur)
 - Recherche et développement de la pratique



CONCLUSIONS DE LA REVUE

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE EN PRATIQUE AVANCÉE

- Réalisation d'études et de recherches scientifiques
- Responsabilité de la mise en place d'une pratique infirmière basée sur la science (EBP)
- Réalisation d'évaluations cliniques ou systémiques
- Développement, mise en place et évaluation de parcours de soins et de lignes directrices pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Diffusion des nouvelles découvertes (scientifiques et cliniques)

PROJET DE RECHERCHE EN PRATIQUE AVANCÉE EN PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENT





PLUS-VALUE DE L'IPA EN PÉDOPSYCHIATRIE DANS LA
PRÉVENTION DU SYNDROME MÉTABOLIQUE CHEZ LES
ADOLESCENTS TRAITÉS PAR NEUROLEPTIQUES DE PREMIÈRE
ET SECONDE GÉNÉRATION

|CONSTAT & CONTEXTE



PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

- Augmentation des besoins
- Difficultés d'accès aux soins
- Arrivée tardive de nouveaux métiers (IPA)
- À ce jour: **556** IPA-PSM sur le territoire



ENFANCE ET ADOLESCENCE

- Période de maturation-remaniement
 - Physique, psychique, neuronale (maturation puis élagage)
- 1 jeune/7 (10-19) = 14% (OMS)



L'USAGE DES NEUROLEPTIQUES EN PEA

- Majoritairement hors AMM (jusqu'à 50%)
- Prévalence d'utilisation 0-19 ans 3,8/°° (2014) à 0,9% (2017)
- Enfants et adolescents:
 - plus sensibles aux EI des NL
 - 2 à 3 fois plus de risque de développer
 - un syndrome métabolique (18,5% dans le TBP; 24,5% dans la SCZ)
 - Un diabète
 - Une maladie cardiovasculaire

C'est quoi le syndrome métabolique ?

**Un tour de taille élevé
et au moins deux autres troubles :**

- anomalies de la glycémie
- trop de triglycéride et/ou pas assez de « bon » cholestérol HDL
- hypertension artérielle

Les risques associés

- maladies du cœur (infarctus, AVC)
- diabète
- maladies du foie ou du rein
- apnée du sommeil
- maladies gynécologiques (SOPK)...



The IDF consensus worldwide definition of the

METABOLIC SYNDROME



International Diabetes Federation

Table 1: The new International Diabetes Federation (IDF) definition

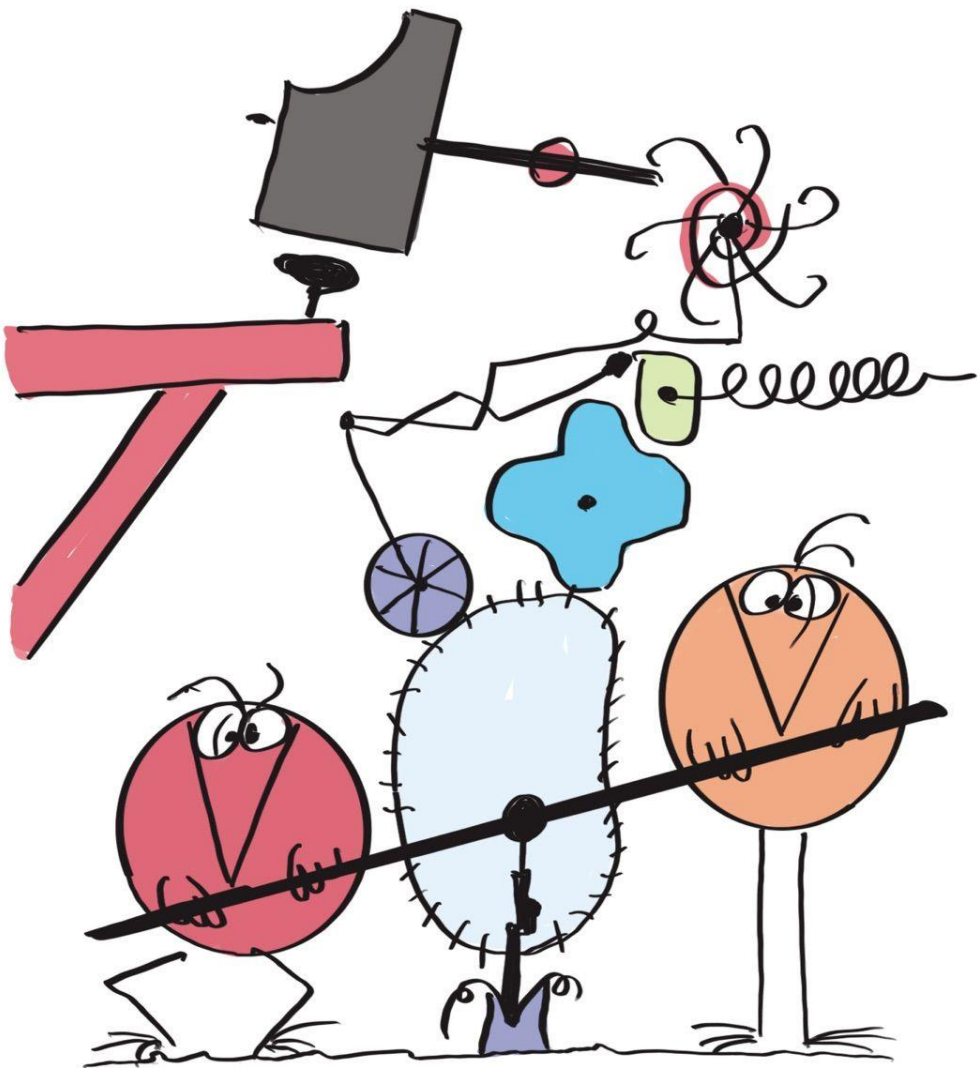
According to the new IDF definition, for a person to be defined as having the metabolic syndrome they must have:

Central obesity (defined as waist circumference* with ethnicity specific values)

plus any two of the following four factors:

Raised triglycerides	≥ 150 mg/dL (1.7 mmol/L) or specific treatment for this lipid abnormality
Reduced HDL cholesterol	< 40 mg/dL (1.03 mmol/L) in males < 50 mg/dL (1.29 mmol/L) in females or specific treatment for this lipid abnormality
Raised blood pressure	systolic BP ≥ 130 or diastolic BP ≥ 85 mm Hg or treatment of previously diagnosed hypertension
Raised fasting plasma glucose	(FPG) ≥ 100 mg/dL (5.6 mmol/L), or previously diagnosed type 2 diabetes If above 5.6 mmol/L or 100 mg/dL, OGTT is strongly recommended but is not necessary to define presence of the syndrome.

** If BMI is $>30\text{kg/m}^2$, central obesity can be assumed and waist circumference does not need to be measured.*



COMMENT LE
PRÉVENIR ?



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

	Début	1 mois	2 mois	3 mois	6 mois	9 mois	1 an
Taille, Poids et IMC	X	X		X	X	X	X
Tour de Taille (ombilic)	X						X
Tension Artérielle	X						X
Examen Neurologique	X						X
Glycémie à jeun (≤ 6.1 mmol/l) Insuline à jeun (≤ 100 μ mol/l) Cholestérol total (≤ 5.2 mmol/l) HDL (≥ 1.05 mmol/l) LDL (≤ 3.35 mmol/l) Triglycéride (≤ 1.5 mmol/l)	X			X			X / 5 ans
ASAT / ALAT							
Prolactine (1G et risperidone)							
25OHD3							
Tableau de surveillance des effets indésirables des antipsychotiques adapté des recommandations canadiennes CAMESA (4) Taille, Poids, IMC et Tension Artérielle sont en percentile et en rapport avec l'âge et le sexe (tableaux http://u2pea.free.fr).							



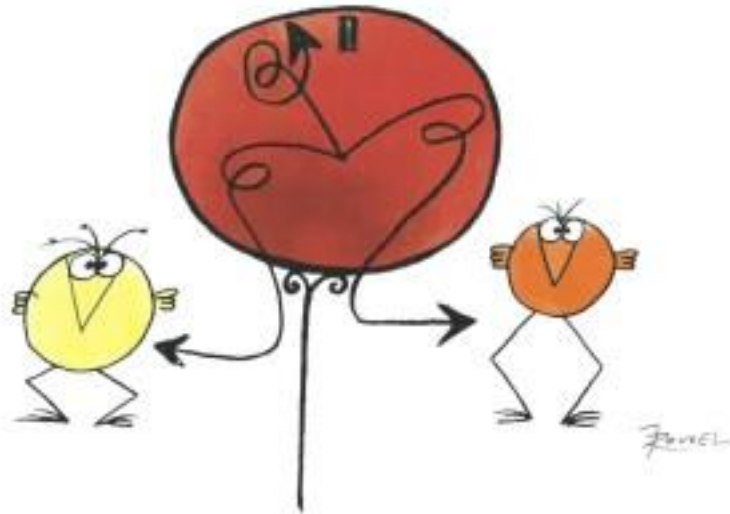
CAMESA

Canadian Alliance for Monitoring Effectiveness and Safety
of Antipsychotics in Children

	Début	1 mois	2 mois	3 mois	6 mois	9 mois	1 an
Taille, Poids et IMC	X	X	X	X	X	X	X
Tour de Taille (ombilic)	X	X	X	X	X	X	X
Tension Artérielle	X	X	X	X	X	X	X
Examen Neurologique	X	X	X	X	X	X	X
Glycémie à jeun (≤ 6.1 mmol/l) Insuline à jeun (≤ 100 μ mol/l) Cholestérol total (≤ 5.2 mmol/l) HDL (≥ 1.05 mmol/l) LDL (≤ 3.35 mmol/l) Triglycéride (≤ 1.5 mmol/l)	X	X	X			X	
ASAT / ALAT	X	X	X	X		X	
Prolactine (1G et risperidone)	X	X				X	
25OHD3	X						X

Tableau de surveillance des effets indésirables des antipsychotiques adapté des recommandations canadiennes CAMESA (4)
Taille, Poids, IMC et Tension Artérielle sont en percentile et en rapport avec l'âge et le sexe (tableaux <http://u2pea.free.fr>).

SYNDROME MÉTABOLIQUE. OÙ EN EST-ON?





Advocacy for better metabolic monitoring after antipsychotic initiation: based on data from a French health insurance database

Samuel Bulteau , Marine Le Pierres , Pascal Artarit , Bastien Forestier ,
Emmanuelle Michaud , Anicet Chaslerie , Olivier Bonnot & Caroline Victorri-
Vigneau

To cite this article: Samuel Bulteau , Marine Le Pierres , Pascal Artarit , Bastien Forestier ,
Emmanuelle Michaud , Anicet Chaslerie , Olivier Bonnot & Caroline Victorri-Vigneau (2020):
Advocacy for better metabolic monitoring after antipsychotic initiation: based on data from a French
health insurance database, Expert Opinion on Drug Safety, DOI: [10.1080/14740338.2021.1851678](https://doi.org/10.1080/14740338.2021.1851678)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/14740338.2021.1851678>

Conclusion: Antipsychotic monitoring remains dramatically insufficient. New actions involving
patients, practitioners, and authorities are warranted.

DANS LE DÉTAIL...

	Population (n=19384)		Child (0-19), n=1264		Adults (20-64), n=11119		Senior (•65), n=7001	
Monotherapy n (%)	17 548 (90.53)		1117 (88.37)		9736 (87.56)		6695 (95.63)	
Bitherapy n (%)	1704 (8.79)		142 (11.23)		1262 (11.35)		300 (4.29)	
• Tritherapy n (%)	132 (0.68)		5 (0.39)		121 (1.09)		6 (0.08)	
Most frequent molecules n (%)	Cyamemazine	5158 (26.61)	Cyamemazine	552 (43.67)	Cyamemazine	3472 (31.23)	Risperidone	2530 (36.14)
	Risperidone	4874 (25.14)	Risperidone	506 (40.03)	Risperidone	1838 (16.53)	Cyamemazine	1134 (16.20)
	Olanzapine	2331 (12.03)	Aripiprazole	127 (10.05)	Olanzapine	1776 (15.97)	Tiapride	872 (12.46)
	Aripiprazole	1834 (9.46)	Olanzapine	59 (4.67)	Aripiprazole	1488 (13.38)	Olanzapine	496 (7.08)
	Quetiapine	1590 (8.20)	Loxapine	42 (3.32)	Quetiapine	1282 (11.53)	Haloperidol	475 (6.78)
	Loxapine	1254 (6.47)	Periciazine	28 (2.22)	Loxapine	870 (7.82)	Loxapine	342 (4.89)

Table 1. Most prevalent drugs according to age subgroup.

Monotherapy, bitherapy and tritherapy refer to 1, 2 and 3 APs at initiation, respectively.

DANS LE DÉTAIL...

Number of testing	Complete testing on time n=14421*	Complete +Partial testing on time n=14421*	Complete testing on time and with intermediate period n=14330*
All (M0, M3, M12), n (%)	417 (2.89)	687 (4.76)	822 (5.7)
1 or 2, n (%)	7308 (50.6)	7871 (54.58)	10602 (74)
Absence, n (%)	6696 (46.43)	5863 (40.66)	2906 (20.3)

Table 2(a). Main results of biological monitoring.

DANS LE DÉTAIL...

Variables		Insufficient lab testing* vs optimal lab testing*	
		Estimate (95% CI)	p-value
Age (years)	Child (0-19)	2 (1.4 – 2.9)	0.001
	Adult (20-64)	1.4 (1.2 – 1.7)	< 0.0001
	Elderly (• 65)	ref	
Low income (universal medical coverage)	yes	ref	
	no	0.78 (0.62 – 0.98)	0.038
Number of physicians in first-year AP treatment (1; 2; •3)	<3	2 (1.8 – 2.4)	< 0.0001

Table 3. Logistic regression: factors associated with insufficient lab testing

- **Optimal lab testing: complete lab testing at M0, M3 and M12 (on-time with intermediate period)**
- **Insufficient lab testing: non complete or no lab testing at M0 and/or M3 and/or M12 (on-time with intermediate period)**

Variable with a threshold of $p < 0.20$ in the univariate analysis included in the model: age, low income, area, deprivation, physicians (GP, psychiatrist), number of physicians.

Hosmer–Lemeshow test: 8.7 (df = 5; $p = 0.12$) and AUC (area under the curve): 0.61



CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

Période de l'étude: 2013-2017

- Une surveillance insuffisante
 - Améliorer la supervision médicale
 - Mise à jour des recommandations HAS 2010
 - **Besoin de recherches** pour expliquer ces résultats
 - **Actions urgentes** en matière de santé publique impliquant patients, **praticienS** et autorités



QUESTION DE DÉPART

Comment l'IPA spécialisé en pédopsychiatrie peut-il participer à l'amélioration de la prévention du syndrome métabolique chez l'adolescent?

REVUE DE LITTÉRATURE

CRBM

- PubMed
- CiSMaF
- LiSSa

CINAHL

0 RÉSULTATS





QUESTION DE RECHERCHE

Comment l'IPA spécialisé en pédopsychiatrie peut-il participer à l'amélioration de la prévention du syndrome métabolique chez l'adolescent traité par neuroleptique de 1^{ère} ou 2nd génération?



HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

L'IPA spécialisé en pédopsychiatrie, en qualité de prescripteur et en s'appuyant sur les recommandations internationales de bonne pratique, participe à l'amélioration de la prévention du syndrome métabolique chez l'adolescent en permettant une meilleure surveillance métabolique des adolescents sous NL1G & NL2G



QUELLE MÉTHODOLOGIE POUR L'ÉTUDE?

- Quantitative
- Prospective
- Mono ou multicentrique?
- Echantillonnage et méthode de collecte de données à définir

CONCLUSION





UN PROJET DE RECHERCHE NOVATEUR

- PAI = nouvelle profession
- IPA = nouveau prescripteur
- IPA = maillon indispensable dans le parcours de soins des adolescents sous NL1&2G
- Objectif:
 - Augmenter la qualité et les performances du système de soin en améliorant la surveillance biologique des adolescents sous NL
 - Exercice coordonné (Pédo)psychiatre-IPA-Équipe-Ville
 - Leadership clinique auprès des équipes (IDE)



BIBLIOGRAPHIE

Bonnot O, Inaoui R, Raffin-Viard M, *et al.* Children and adolescents with severe mental illness need vitamin D supplementation regardless of disease or treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2011;**21**:157–61. doi:10.1089/cap.2010.0079

Bulteau S, Le Pierres M, Artarit P, Forestier B, Michaud E, Chaslerie A, Bonnot O, Victorri-Vigneau C. Advocacy for better metabolic monitoring after antipsychotic initiation: based on data from a French health insurance database. *Expert Opin Drug Saf.* 2021 Feb;20(2):225-233. doi: 10.1080/14740338.2021.1851678. Epub 2020 Dec 29. PMID: 33225754.

De Hert M, Dobbelaere M, Sheridan EM, Cohen D, Correll CU. Metabolic and endocrine adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: A systematic review of randomized, placebo controlled trials and guidelines for clinical practice. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists.* 2011;26(3):144-58.

Dinnissen M, Dietrich A, van der Molen JH, Verhallen AM, Buiteveld Y, Jongejan S, *et al.* Prescribing antipsychotics in child and adolescent psychiatry: guideline adherence. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2020.

Godin O, Leboyer M, Gaman A, *et al.* Metabolic syndrome, abdominal obesity and hyperuricemia in schizophrenia: Results from the FACE-SZ cohort. *Schizophr Res.* 2015;168(1-2):388-394. doi:10.1016/j.schres.2015.07.047



BIBLIOGRAPHIE

Godin O, Etain B, Henry C, et al. Metabolic syndrome in a French cohort of patients with bipolar disorder: results from the FACE-BD cohort. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(10):1078-1085; quiz 1085. doi:10.4088/JCP.14m09038

Hálfðánarson Ó, Zoëga H, Aagaard L, Bernardo M, Brandt L, Fusté AC, et al. International trends in antipsychotic use: A study in 16 countries, 2005-2014. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017;27(10):1064-76.

Harrison JN, Cluxton-Keller F, Gross D. Antipsychotic medication prescribing trends in children and adolescents. *J Pediatr Health Care*. 2012;26(2):139-45.

Holzer L, Eap CB. Risperidone-induced symptomatic hyperprolactinaemia in adolescents. *J Clin Psychopharmacol* 2006;**26**:167–71. doi:10.1097/01.jcp.0000203194.58087.9a

Howard L, Kirkwood G, Leese M. Risk of hip fracture in patients with a history of schizophrenia. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2007;**190**:129–34. doi:10.1192/bjp.bp.106.023671



BIBLIOGRAPHIE

Pringsheim T, Panagiotopoulos C, Davidson J, Ho J. Des recommandations probantes pour surveiller l'innocuité des antipsychotiques de deuxième génération chez les enfants et les adolescents. *Paediatr Child Health*. 2012 Oct;17(Suppl B):12B-21B. French. PMID: 24082813; PMCID: PMC3486685.

Scheydt S, Hegedüs A. Tasks and activities of Advanced Practice Nurses in the psychiatric and mental health care context: A systematic review and thematic analysis. *Int J Nurs Stud*. 2021 Jun;118:103759. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103759. Epub 2020 Aug 26. PMID: 32958260.

Woods SW, Martin A, Spector SG, *et al*. Effects of development on olanzapine- associated adverse events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;**41**:1439–46. doi:10.1097/00004583-200212000-00015

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

<https://idf.org/>

<https://www.inserm.fr/c-est-quoi/pour-seviter-un-bide-cest-quoi-le-syndrome-metabolique/>



arsera
action solidaire