

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evaluation du repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire
chez les patients hospitalisés dans les EPSM du GHT Nord Pas-De-
Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 20 Mai 2021 à 18h
au Pôle Recherche
par **Marie CRAPET**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Gwendal MENARD

**Travail en collaboration avec la Fédération Régionale de Recherche
en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts-De-France**

Avertissement

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

LISTE DES ABREVIATIONS

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IMC : Indice de Masse Corporelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

SMI : Severe Mental Illness traduit par pathologie psychiatrique sévère

HTA : Hypertension Artérielle

ECG : Electrocardiogramme

EAL : Exploration des Anomalies Lipidiques

DIM : Département d'Information Médicale

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

CME : Commission Médicale d'Etablissement

HAS : Haute Autorité de Santé

FID : Fédération Internationale du Diabète

SOMMAIRE

RESUME	12
INTRODUCTION	14
A- La santé mentale en France et dans le Nord-Pas-de-Calais	14
B- La psychiatrie dans le Nord-Pas-De-Calais	16
C- Etat de santé des patients atteints de pathologie psychiatrique chronique.....	17
a) Morbi-mortalité des patients atteints de pathologie psychiatrique chronique	17
b) Causes de la mortalité accrue des patients atteints de pathologie psychiatrique chronique	18
c) Morbi-mortalité cardio-vasculaire des patients souffrant de pathologie psychiatrique chronique	20
MATERIEL ET METHODE	23
A- Type d'étude	23
B- Population étudiée	23
a) Critères d'inclusion.....	23
b) Critères d'exclusion	23
C- Objectifs.....	24
D- Recueil de données	24
a) Méthodologie	24
b) Nature des données recueillies.....	25
E- Statistiques	26
F- Ethique.....	27
RESULTATS	28
A-Description de la population.....	28
B-Description des traitements administrés aux patients.....	30
C-Repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire.....	31
D-Repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire en fonction des thérapeutiques administrées	33
E-Repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire en fonction des pathologies des patients	34
DISCUSSION	35
A-Population étudiée	35
B-Différence de recueil en fonction des facteurs de risque	36
C-Différences de recueil en fonction des thérapeutiques administrées.....	39
D-Différence de recueil en fonction des pathologies des patients.....	40
E-Limites et biais de l'étude.....	40
F-Perspectives	41
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXES	49

RESUME

Introduction : La mortalité cardio-vasculaire des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique est plus importante que dans la population générale. Dans ce contexte le dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire dans les EPSM doit être une priorité afin de les prendre en charge précocement. L'objectif principal est donc d'évaluer le repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients hospitalisés en psychiatrie.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique, rétrospective, observationnelle réalisée dans les EPSM du GHT de psychiatrie Nord Pas-de-Calais. Par analyse des dossiers informatisés des patients hospitalisés à temps complet dans un des EPSM du GHT Nord Pas-de-Calais entre le 13/01/2020 00h01 et le 19/01/2020 23h59, il a été relevé les critères d'analyse de la population et les facteurs de risque cardio-vasculaire.

Résultats : 217 patients ont été inclus. Parmi les facteurs de risque cardio-vasculaire, la tension artérielle et l'IMC étaient consignés chez plus de 80% des patients, le périmètre abdominal chez 36.9% des patients. La recherche de tabagisme avait été faite chez 74.2% des patients. L'exploration des anomalies lipidiques a été réalisée chez 18.4% des patients, la glycémie à jeun chez 18.4% des patients. Un électrocardiogramme était retrouvé chez 59.9% des patients.

Discussion : Le relevé des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients hospitalisés en psychiatrie est encore incomplet et très aléatoire en fonction des indicateurs. Ce repérage doit tendre à être systématisé afin d'améliorer le suivi somatique et la santé globale de cette population.

Introduction :Mortality due to cardiovascular diseases in patients with severe mental illness is higher than in the general population. With this background, find those cardiovascular risks factor is important to prevent and treat them. The main objective of this study is to evaluate the tracking of cardiovascular risks factors in patient hospitalized in psychiatry.

Materiels and methods : It is a multicentric, retrospective, observationnal study wich was done in psychiatrics hospitals in the Nord Pas-De-Calais' territorial psychiatric group. By analysing informatic devices of full time hospitalized patients in one of the hospital of the Nord Pas-de-Calais' territorial psychiatric group between 01/13/2020 00:01am and 01/19/2020 11 :59pm, characteristics of the population and cardiovascular risk factors have been raised.

Results : 217 patients had been included. Among cardiovascular risk factors, blood pressure and BMI were raised in more than 80% of the population, abdominal circumference in 36.9% of the patients. Searching for a smoking addiction had been done in 74.2% of the population. Lipidics abnormalities was researched in 18.4% of the patients, fasting glucose level in 18.4% of the patients. An electrocardiogram was found in 59.9% of the patients.

Discussion : The tracking of cardio-vascular risk factors in patients hospitalized for mental illness is still uncomplete and hazardous, it depends on the indicator. This tracking must be systematised to improve health of this population

INTRODUCTION

A- La santé mentale en France et dans le Nord-Pas-de-Calais

Pour l'OMS, la santé désigne un « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

(1). Ainsi la santé mentale est une préoccupation mondiale, elle ne se limite pas à une infirmité mais s'entend dans un champ plus large de bien-être général. Cette définition place également la santé mentale aux cotés de la santé somatique, les deux étant interdépendantes. L'OMS propose donc d'élargir le champ de la santé mentale sans se limiter à la prise en charge des troubles mentaux et d'y inclure des champs plus larges.

L'importance de la prise en charge de la santé mentale a même été formalisée par un plan d'action mondiale en 2013 (2). L'Assemblée Mondiale de la Santé a donc approuvé le *Plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020*, actant ainsi l'importance d'une bonne prise en charge globale des troubles mentaux et de leurs conséquences. Son but est « de promouvoir le bien être mental, de prévenir les troubles mentaux, de dispenser des soins, d'améliorer les chances de guérison, de promouvoir les Droits de l'Homme et de réduire la mortalité, la morbidité et le handicap, chez les personnes atteintes de troubles mentaux. ». Ce plan montre donc que la psychiatrie est un domaine en grande évolution et que son champ d'action s'élargit.

En France, l'un des textes fondamentaux de la psychiatrie moderne est la loi du 30 juin 1838 dite « loi sur les aliénés » (3). Dans ce texte, rédigé par Jean-Etienne

Esquirol, il doit être créé, dans chaque département, un établissement public spécialisé pour le traitement des personnes atteintes de maladies mentales. Ce texte, destiné à soustraire les personnes atteintes de pathologies psychiatriques de la société civile, formalise le cadre asilaire. Ce cadre sera progressivement critiqué et controversé. Ainsi, en Octobre 1937 (4), une circulaire ouvre les établissements psychiatriques et crée des dispensaires d'hygiène mentale. Cette circulaire constitue un réel tournant dans la prise en charge des troubles mentaux. Il faut attendre les années 1950, avec l'arrivée des chimiothérapies, pour permettre aux patients atteints de maladie mentale de sortir des asiles et de se réhabiliter à une vie sociale. Mais 2 systèmes persistent avec des établissements asilaires très fermés et l'ébauche des actuels CMP.

Plusieurs circulaires dans les années 1960 et 1970, commencent à conceptualiser la réhabilitation psycho-sociale en considérant l'hospitalisation non pas comme une finalité mais comme une étape dans le traitement des patients.

Le 25 Juillet 1985 paraît une loi fondatrice de la psychiatrie actuelle avec la mise en place de la sectorisation (5). Chaque personne présentant des troubles mentaux est hospitalisée dans l'établissement rattaché à son domicile.

Il faut attendre la loi du 27 juin 1990 (6) pour abroger la loi du 30 juin 1838 et définir les droits des patients hospitalisés dans les établissements de santé mentale.

Progressivement, la santé mentale s'est imposée comme un enjeu majeur de Santé Publique. En 1994, le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) définit la santé mentale comme un des problèmes prioritaires de santé. Puis, en 1998, les états généraux de la santé ont défini la santé mentale comme l'un des quinze thèmes soumis à débat lors de ceux-ci, sans pour autant légiférer.

Progressivement, le champ de la santé mentale ne se restreint plus uniquement à

des asiles fermés. Les structures extrahospitalières se créent, et la santé mentale dans son ensemble est considérée. La prise en charge de ces malades devient une réelle problématique de santé mentale et il existe une volonté de réforme et d'évolution, faisant de la psychiatrie un domaine en perpétuel changement.

B – La psychiatrie dans le Nord Pas-de-Calais

Dans le cadre du processus de modernisation du système de santé, l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 (7) a fondé les GHT : Groupement Hospitalier de Territoire. Il en existe 135 sur tout le territoire dont 13 spécialisés en psychiatrie regroupant 891 établissements de santé. Ces GHT ont pour but d'homogénéiser les pratiques et l'accès aux soins à l'échelle d'un territoire. Il s'agit également de mutualiser les ressources disponibles sans considération hiérarchique.

Ainsi, par arrêté du directeur de l'ARS, le 1er juillet 2016 est fixée la composition du GHT de psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais :

- EPSM Lille Métropole, situé à Armentières
- EPSM Agglomération lilloise, situé à Saint André lez Lille
- EPSM des Flandres, situé à Bailleul
- EPSM Val de Lys Artois, situé à Saint Venant

L'EPSM Lille Métropole est nommé établissement support du GHT. Celui-ci prend réellement vie en Novembre 2017 après création du Projet Médical Partagé.

Ce GHT représente 1 987 159 habitants soit 33% de la population des Hauts de France. Il comprend 30 secteurs de psychiatrie générale.

C – Etat de santé des patients atteints de pathologie psychiatrique chronique

a) Morbi-mortalité des patients atteints de pathologie psychiatrique chronique

Il est identifié, depuis de nombreuses années maintenant, que les patients avec une pathologie psychiatrique chronique, *severe mental illness* en anglais (SMI), présentent une mortalité prématurée et un état de santé globalement moins bon que la population générale. Dès 1937, malgré les balbutiements de ce que sera la psychiatrie moderne, Malzberg constate déjà une mortalité prématurée des patients atteints de psychose (8). L'évolution de la psychiatrie a formalisé ces données et les a modifiées, mais on constate toujours aujourd'hui, alors que les mécanismes et pathologies psychiatriques sont de mieux en mieux compris, la persistance d'une mortalité prématurée. De nombreuses études, au fur et à mesure des années, ont constaté cette surmortalité en comparaison des patients ne présentant pas ce type de pathologies (9) (10). Aux Etats-Unis, la mortalité des patients atteints de SMI est deux à trois fois plus élevée que la population générale (11). Dans une méta-analyse, il est retrouvé que l'espérance de vie chez les patients atteints de pathologie psychiatrique chronique est réduite de 14 à 32 ans avec une médiane à 10.1 ans (10). Ainsi, les patients atteints de ces pathologies n'ont pas bénéficié de l'allongement global de l'espérance de vie (10). Il est donc bien documenté que les patients possiblement hospitalisés dans les EPSM meurent plus jeunes en comparaison de la population générale.

Au niveau mondial, il est considéré que 21% de la charge globale de santé est représentée par les pathologies psychiatriques (12). Non seulement les patients

atteints de SMI meurent plus jeunes mais vieillissent aussi moins bien. Cela représente un réel impact de santé publique au niveau mondial. En effet, au-delà de la mortalité, ces patients vivent avec une morbidité plus importante, avec un réel impact sur leur qualité de vie. Il apparaît que les comorbidités somatiques sont surreprésentées chez les patients souffrant de pathologie psychiatrique chronique (13).

b) Causes de la mortalité accrue des patients atteints de pathologie psychiatrique chronique

L'une des causes évidentes et attendues de la surmortalité des patients souffrant de pathologie psychiatrique chronique est représentée par les décès de causes non naturelles telles que le suicide. Mais ces causes ne sont pas les majoritaires. Les causes dites naturelles, par des pathologies somatiques, représentent la majorité de la mortalité chez ce type de patients. En effet, dans une méta-analyse de 2014 (10), il est retrouvé qu'environ 67.3% des causes de décès le sont par des causes dites naturelles et 17.5% sont dues à des causes non naturelles. Plus de 2/3 des décès sont donc engendrés par des causes somatiques, dont une grande partie évitable. De nombreuses pathologies somatiques sont donc très présentes dans cette population. On y retrouve de patients une très grande prévalence du surpoids et de l'obésité, prévalence plus importante que dans la population générale. Ainsi, par exemple, un patient schizophrène présente un risque multiplié par 2.8 à 3.5 d'être obèse (14). Le syndrome métabolique (annexe 1), est également grandement retrouvé chez les patients avec SMI. De ces deux premiers éléments, on constate donc une très forte prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire chez ce type

de patient. De cela découle une augmentation de fréquence de l'hypertension artérielle, des cardiopathies ischémiques, des accidents vasculaires cérébraux, du diabète de type 2. Ainsi, le risque de mortalité cardio-vasculaire chez un patient avec trouble bipolaire est augmenté de 35% à 250% par rapport à la population générale en fonction des études (15).

Par ailleurs, on retrouve aussi une plus grande prévalence des complications obstétricales, de la séropositivité au VIH, et à l'ostéoporose. (15).

Non seulement il existe une plus grande prévalence des comorbidités métaboliques, mais celles-ci sont également moins bien traitées. Une étude de grande ampleur, l'étude CATIE (16), montre que chez les patients schizophrènes, la dyslipidémie, l'HTA et le diabète sont très peu traités. En effet, les résultats de cette étude montrent que 88% des dyslipidémies, 62.4% des HTA et 30.2% des diabètes ne sont pas traités chez ces patients.

Et même avant le traitement des co-morbidités, une cause importante à la mortalité accrue des patients souffrant de pathologie psychiatrique sévère et chronique est le manque de diagnostic. Ces pathologies diminuent les capacités de communication des patients et les empêchent d'expliquer leurs éventuels problèmes de santé à leur entourage et à leur médecin traitant (17). Notamment, lorsque l'on pense aux symptômes négatifs de la schizophrénie, parfois prédominants chez certains patients, on comprend bien que ces personnes ne sont pas aptes à prendre soin de leur santé et échanger avec les différents interlocuteurs de santé qu'ils peuvent rencontrer (18). Les patients atteints de SMI sont donc sous-diagnostiqués par rapport à la population générale (19).

Le plus faible niveau éducatif des patients est un des leviers expliquant cette morbi-mortalité accrue également. En effet, ayant une moins bonne connaissance des

conséquences et du repérage des éventuels problèmes de santé, ils sont moins aptes à les prendre en charge et interpellent les personnes compétentes. (20) (21). Ensuite, il est prouvé que les individus présentant un trouble psychiatrique sévère ont un suivi de médecine générale non optimal, en partie lié aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour répondre aux problématiques de ces patients (21). Par les éléments présentés ici, sur la présence accrue des facteurs de risque cardio-vasculaire chez ces patients, on aurait pu penser que ceux-ci ont plus recours aux soins somatiques que la population générale mais cela est en réalité le contraire. (21).

c) Morbi-mortalité cardio-vasculaire des patients souffrant de pathologie psychiatrique chronique

Nous avons donc vu jusqu'ici que les personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques sont moins touchées par les actions de prévention et dépistage induisant un état de santé plus précaire que celui de la population générale, provoquant une morbi-mortalité accrue. L'étiologie cardio-vasculaire en est une des raisons majeures. On peut alors se demander qu'elles sont les raisons intrinsèques de cette plus forte prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire au delà du plus faible recours aux soins comme cité plus haut.

On retrouve dans plusieurs études des explications physiopathologiques reliant les pathologies psychiatriques aux pathologies somatiques (22). En effet, on retrouve une plus forte insulino-résistance chez les patients schizophrènes (23). Ce phénomène induit chez ces patients une augmentation de la prévalence du diabète indépendamment de leur hygiène de vie. Egalement, en comparaison des patients obèses sans pathologie psychiatrique, les patients bipolaires ont des taux plus

élevés de graisse abdominale et sont plus souvent hypertendus (24) (16). Une nouvelle fois, on voit que certaines pathologies mentales induisent des modifications physiopathologiques à l'origine de d'une augmentation des facteurs de risque cardio-vasculaire comme le syndrome métabolique qui est sur-représenté chez nos patients.

En terme de physiopathologie, il existe des similarités entre le syndrome métabolique et la pathologie psychiatrique sévère telles que la dysfonction hypothalamo-hypophysaire et mitochondriale, la neuro-inflammation (25). Il existe également une dysautonomie dans la schizophrénie qui peut avoir un rôle dans le développement de pathologies cardio-vasculaires bien que le mécanisme de la suppression de l'activité vagale dans la schizophrénie soit mal élucidé.

La génétique et l'épigénétique peuvent également être impliquées dans cette sur-représentation de la pathologie cardio-vasculaire. Il existe des polymorphismes génétiques liés à la schizophrénie qui sont aussi retrouvés dans la pathologie cardio-vasculaire, bien que cela soit encore controversé (26).

Les traitements antipsychotiques sont aussi incriminés dans la forte prévalence des facteurs de risque cardio-vasculaire. Au-delà des effets d'allongement du QT bien connus, les traitements antipsychotiques changent le profil métabolique des individus (27). Mais il existe aussi un risque coronaire, ischémique, majoré lors d'un traitement par olanzapine, quetiapine ou risperidone (16), risque mal connu des médecins. Il est également montré que dans les suites récentes d'un évènement cardio-vasculaire, les patients sous antipsychotiques sont plus à risque d'arythmie. (28)

Par ailleurs, de façon spécifique, on retrouve des cardiomyopathies liées à la clozapine. Une analyse de pharmacovigilance française a retrouvé un odds ratio de

11.5 de développer une cardiomyopathie sous clozapine (29).

On retrouve donc de nombreux éléments permettant de comprendre la morbi-mortalité accrue des patients présentant une maladie mentale chronique, en particulier pour les patients traités par antipsychotiques.

Ainsi, il apparaît très important d'agir sur la réduction des facteurs de risque cardiovasculaire et notamment le syndrome métabolique (annexe 1). La relation entre maladie mentale sévère et morbi-mortalité cardiovasculaire doit être prise en compte par les psychiatres et les médecins somaticiens des EPSM. Il est prouvé que le dépistage périodique des facteurs de risque modifiables permet de diminuer le risque global (30).

MATERIELS ET METHODES

A- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective, multicentrique, réalisée sur les 4 EPSM du GHT de psychiatrie Nord Pas-de-Calais.

B- Population étudiée

Les EPSM du GHT de psychiatrie Nord Pas-de-Calais sont :

- EPSM Val de Lys Artois
- EPSM Lille métropole
- EPSM Agglomération lilloise
- EPSM des Flandres

a) Critères d'inclusion

La population étudiée était l'ensemble des patients entrés en hospitalisation temps complet dans l'un des 4 EPSM du 13/01/2020 00h01 au 19/01/2020 23h59.

b) Critères d'exclusion

Les patients mineurs ont été exclus de l'étude.

C- Objectifs

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients hospitalisés en psychiatrie.

Les objectifs secondaires sont :

- Étudier les caractéristiques de la population hospitalisée en psychiatrie
- Étudier si l'attention portée au recueil des facteurs de risque cardio-vasculaire est différente en fonction des pathologies présentées, des traitements prescrits ou à d'autres facteurs.

D- Recueil de données

a) Méthodologie

Les données ont été recueillies par analyse des dossiers médicaux informatisés des patients. Certaines données ont été extraites automatiquement par les techniciens du Département d'Informatique Médicale (DIM). D'autres données ont été extraites par consultation de chaque dossier et recherche manuelle des informations après anonymisation des dossiers patients.

Les données extraites manuellement et celles automatiquement étaient différentes en fonction de l'établissement.

Les logiciels contenant les dossiers patients étaient Cariatides® pour les EPSM Val de Lys Artois, des Flandres et Lille Métropole. Pour l'EPSM Agglomération Lilloise, le

logiciel était Crossway®.

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

b) Nature des données recueillies

Les données recueillies portaient sur les critères d'analyse de la population et les facteurs de risque cardio-vasculaire identifiés par la HAS et dans les recommandations de bonne pratique en psychiatrie de la Fédération Française de psychiatrie (31) :

- Sexe
- Âge
- Date d'entrée
- Code diagnostique selon la CIM-10
- IMC
- Périmètre abdominal
- Réalisation d'une exploration des anomalies lipidiques
- Si EAL réalisée : présence d'une dyslipidémie ou non
- Réalisation d'une glycémie à jeun
- Recherche d'un tabagisme
- Si patient tabagique, proposition de sevrage ou non
- Réalisation d'un ECG
- Tension artérielle
- Si patient hypertendu, présence d'un traitement anti-hypertenseur ou non
- Nature des traitements psychotropes par classe thérapeutique : neuroleptique, benzodiazépine, anti-dépresseur, hypnotiques, autres traitements

Pour les variables sexe, âge, date d'entrée, code diagnostique, IMC, périmètre abdominal, glycémie à jeun, tension artérielle, les valeurs des données ont été recueillies.

Pour les variables « réalisation d'une EAL », « présence d'une dyslipidémie », « recherche d'un tabagisme », « proposition de sevrage tabagique », « réalisation d'un ECG », « présence d'un traitement anti-hypertenseur », « classe des thérapeutiques psychotropes », les valeurs étaient recueillies sur un mode OUI/NON. La dyslipidémie s'entend par rapport à la notification de sa présence dans le dossier ou par un faible taux de HDL-cholestérol (<0.6g/L) et/ou un taux de triglycérides élevé (>1.50g/L) et/ou un LDL-cholestérol élevé par rapport au niveau de risque cardio-vasculaire.

Les données étaient considérées comme relevées si elles apparaissaient clairement dans le dossier informatisé. Si les résultats d'un bilan biologique ou d'un ECG prescrit n'étaient pas notés dans le dossier, celui-ci était considéré comme non réalisé.

E- Statistiques

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

Les variables qualitatives étaient exprimées par leurs effectifs et pourcentages par modalité de réponse. Les variables quantitatives étaient exprimées sous forme de moyennes et écarts types.

Des analyses bivariées ont été réalisées afin de comparer le repérage des facteurs

de risque en fonction du type de traitement reçu (patient avec ou sans antipsychotique) et du type de trouble (patient présentant un trouble bipolaire ou psychose ou non). Des tests de Student ont été réalisés pour comparer les moyennes, et les proportions ont été comparées au moyen de tests de Chi-2. Tous les tests étaient bilatéraux et étaient considérés comme significatifs en cas de p-valeur inférieure à 0,05.

Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel R 3.6.1.

F- Ethique

L'étude n'intéressant pas la personne humaine par son caractère rétrospectif, elle ne relève pas de la loi Jardé et n'est donc pas soumise à un comité de protection des personnes.

Un contact a été pris avec le médecin DIM du GHT de psychiatrie et le Délégué à la Protection des Données. Ainsi il a été procédé à une demande de méthodologie MR-004 à la CNIL pour réalisation de cette étude, conforme à ses critères. De plus, un accord par mail a été demandé et obtenu auprès des différents présidents de Comité Médical d'Etablissement des différents EPSM, cela a aussi été discuté et accepté en réunion de CME.

RESULTATS

A– Description de la population

Sur les 4 EPSM du GHT, 217 patients ont été inclus.

L'âge moyen de ces patients était de 43,9 ans (sd : 15,5). Sur ces 217 patients, il y avait une répartition quasi identique d'hommes et de femmes avec 100 femmes, 104 hommes et pour 13 patients le sexe n'était pas disponible, soit 46,1% de femmes et 47,9% d'hommes, 6% non disponibles.

La proportion de patients avec un trouble bipolaire ou une psychose était de 22,6% soit 49 patients. 144 patients soit 66,3% de la population avaient un diagnostic principal n'appartenant pas à ces diagnostics. Pour 24 patients soit 11,1%, il n'y avait pas de diagnostic disponible.

138 patients soit 63,6% de la population recevaient un traitement antipsychotique, 65 patients soit 30% de la population n'en avaient pas et pour 14 patients soit 6,4%, l'information n'était pas disponible.

Pour les patients dont ces valeurs étaient relevées, l'IMC moyen était de 26,02 (sd : 6,4), le périmètre abdominal moyen était de 95,6 cm (sd : 17,6). On retrouve donc une population ayant tendance à être en surpoids.

La glycémie à jeun moyenne était de 0,97g/L (sd : 0,21). 3 patients soit 7,5% avaient une glycémie à jeun supérieure à 1,26g/L et 5 patients soit 12,5% avaient une glycémie à jeun entre 1,10 et 1,26 g/L. De même, lorsque les tensions artérielles avaient été recherchées, la moyenne de la pression artérielle systolique était de 124,22mmHg (sd : 17,75) et de 75,52mmHg (sd : 14,08) pour la pression artérielle diastolique. Ces valeurs de glycémie à jeun moyenne et de tension artérielle

moyennes étaient donc dans la norme.

Il y avait dans la population 56 patients soit 29,6% des individus qui étaient hypertendus d'après les chiffres tensionnels recueillis ou parce qu'ils recevaient un traitement antihypertenseur.

Concernant le tabagisme, 61,5% des patients soit 99 patients fumaient, 28,6% des patients soit 62 patients ne fumaient pas et pour 25,8% des patients soit 56 patients l'information n'était pas disponible. Parmi les fumeurs, on avait proposé un sevrage dans 27,3% des cas.

Sur le faible effectif de patients ayant bénéficié d'une exploration des anomalies lipidiques (40 patients), on retrouvait une dyslipidémie dans 32,5% des cas soit 13 patients.

Tableau 1- tableau descriptif de la population

	N = 217
Age, m (sd)	43,9 (15,5)
Sexe, n (%)	
femme	100 (46,1)
homme	104 (47,9)
NA	13 (6,0)
Trouble bipolaire ou psychose, n (%)	
oui	49 (22,6)
non	144 (66,3)
NA	24 (11,1)
Traitement antipsychotique, n (%)	
oui	138 (63,6)
non	65 (30,0)
NA	14 (6,4)

B– Description des traitements administrés aux patients

Concernant les thérapeutiques, 63,6% (IC 95 56,8-69,9) des patients (soit 138 patients) recevaient une thérapeutique appartenant aux antipsychotiques, 78,8% (IC95 72,6-83,9) des patients (soit 171 patients) recevaient une benzodiazépine, 40,6% (IC95 34,0-47,4) des patients (soit 88 patients) recevaient un hypnotique et 50,7% (IC 95 43,8-57,5) des patients (soit 110 patients) recevaient un antidépresseur.

Dans la catégorie « autres » sont classés tous les autres traitements à tropisme psychiatrique ou neurologique ne pouvant être inclus dans les autres catégories tels que les antiépileptiques ou les thymorégulateurs. Ainsi, 23% des patients (soit 50 patients) recevaient ces autres types de thérapeutiques.

Pour le nombre de classes de traitements reçus par les patients, il a été recherché combien de patients recevaient 0, 1, 2, 3, 4 et 5 classes de traitements. Ainsi, 6,4% des patients (IC95 3,7-10,8), soit 14 patients, ne recevaient aucun traitement. 12,4% des patients (IC95 8,5-17,7) soit 27 patients recevaient 1 seule classe de thérapeutique, 22,6% des patients (IC95 17,3-28,8) soit 49 patients recevaient 2 classes, 37,3% des patients (IC95 30,9-44,2) soit 81 patients recevaient 3 classes, 18,9% des patients (IC95 14,0-24,9) soit 41 patients recevaient 4 classes de traitement et enfin 2,3% des patients (IC95 0,8-5,6) soit 5 patients recevaient les 5 classes de traitement. On constate donc que plus de la moitié des patients inclus (58,5%) recevaient 3 classes de thérapeutique et plus.

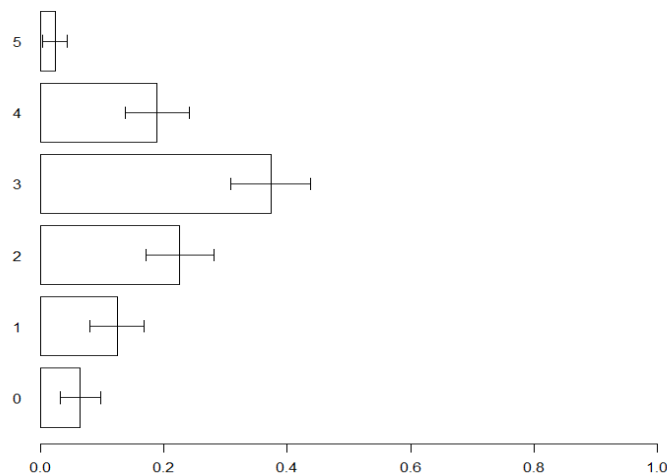


Figure 1- nombre de classes de traitement reçus

En ordonnée le nombre de classes thérapeutiques reçues, en abscisse la proportion de patients

C– Repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire

Pour répondre à l'objectif principal de cette étude, il a été recueilli chez tous les patients si les facteurs de risque cardio-vasculaire, identifiés plus tôt dans le paragraphe « Matériels et méthodes », ont été relevés. Il a donc été recherché dans les dossiers patients si ceux-ci ont été consignés.

Les paramètres le plus souvent recherchés sont la tension artérielle et l'IMC, évalués chez plus de 80% des patients. En effet, on a retrouvé la présence d'un relevé d'IMC chez 82,5% des patients (IC95 76,6-87,2) soit 179 personnes. Concernant la tension artérielle, celle-ci était retrouvée dans 189 dossiers soit 87,1% (IC95 81,7-91,1).

En regard de l'IMC, le périmètre abdominal a été beaucoup moins recherché puisqu'il est consigné dans 36,9% des dossiers (IC95 30,5-43,7), soit 80 patients.

La recherche d'un tabagisme était notée dans les dossiers de 141 patients, soit 74,2% de la population étudiée (IC95 67,7-79,8).

Il était noté la réalisation d'exploration des anomalies lipidiques chez 40 patients soit

18,4% de la population étudiée (IC95 13,6-24,4). Parmi ces patients où l'on retrouve une EAL de faite, le résultat était disponible chez 31 patients.

La glycémie à jeun était consignée chez 18,4% des patients (IC95 13,6-24,4), soit 40 personnes.

Ainsi, alors que l'IMC, la tension artérielle et la présence d'un tabagisme sont des facteurs très souvent recherchés puisqu'ils le sont pour plus des $\frac{3}{4}$ de la population ; la glycémie à jeun et la réalisation d'une exploration des anomalies lipidiques ne le sont que pour moins d'1/4 de la population.

La notion de la réalisation d'un électrocardiogramme lors de l'hospitalisation ou la recherche d'un électrocardiogramme récent était retrouvée dans 59,9% des dossiers (IC95 53,0-66,4), soit chez 130 des 217 patients inclus.

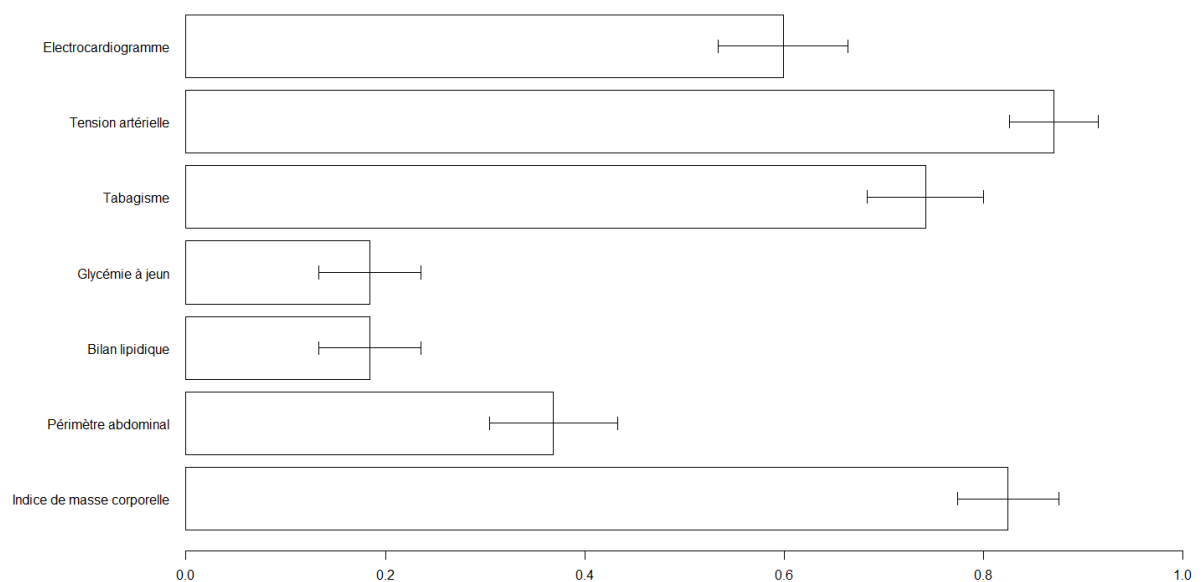


Figure 2- Repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire

D- Repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire en fonction des thérapeutiques administrées.

La population a été répartie en deux groupes selon que les patients recevaient un antipsychotique ou non. Les populations étaient comparables dans les deux groupes (figure 3).

Il n'y a pas de différence significative dans le repérage de l'IMC, du périmètre abdominal, de la réalisation d'une exploration des anomalies lipidiques, de la recherche d'une glycémie à jeun, d'un tabagisme et de la prise tensionnelle entre les deux groupes.

Il n'y avait également pas de différence significative dans le nombre de facteurs de risque recherchés par patient entre les deux groupes.

En revanche, on retrouve une différence significative dans la réalisation d'un électrocardiogramme. 70,8% de la population sans traitement antipsychotique avaient bénéficié d'un ECG alors que 54,3% de la population avec un traitement antipsychotique avaient bénéficié d'un ECG ($p : 0,038$). Il y avait donc moins d'ECG réalisés dans le groupe avec antipsychotique que dans le groupe sans.

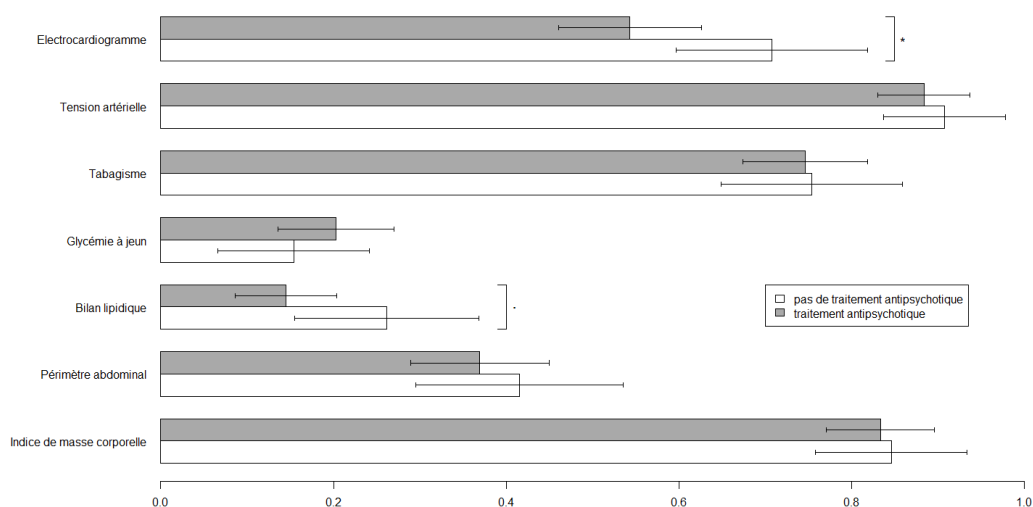


Figure 3- Repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire en fonction des thérapeutiques

E– Repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire en fonction des pathologies des patients.

Si l'on répartit la population en deux groupes en fonction de leur diagnostic, un groupe avec un diagnostic appartenant à la lignée de la psychose ou des troubles bipolaires (diagnostics F20, 22, 25, 28, 30, 31) et le second avec tous les autres diagnostics, les deux groupes sont comparables.

Il n'existe aucune différence significative dans la recherche de chacun des facteurs de risque cardio-vasculaire étudiés ici.

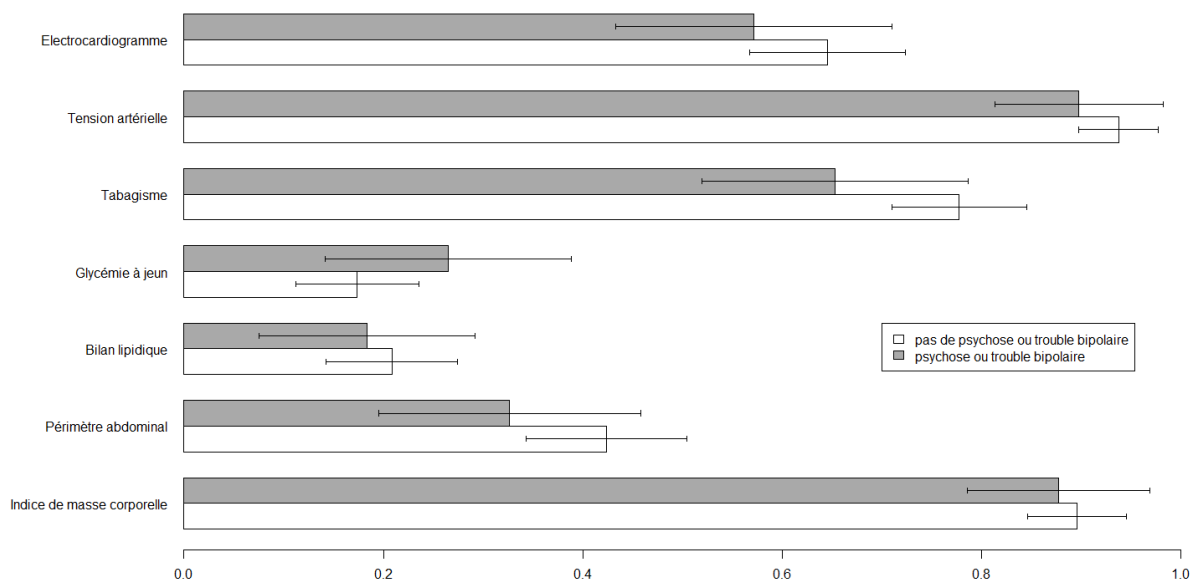


Figure 4- Repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire en fonction des pathologies

DISCUSSION

Cette étude a permis le recueil de données sur un nombre relativement important de patients, dans des hôpitaux différents mais faisant partie d'une entité commune, créant ainsi une base significative d'étude des pratiques.

Les résultats principaux à souligner sont :

- Le relevé de la tension artérielle, de l'IMC et du tabagisme chez plus de $\frac{3}{4}$ de la population
- La faible réalisation de l'exploration des anomalies lipidiques et le dosage de la glycémie à jeun
- L'absence de différence significative dans le recueil des facteurs de risque cardio-vasculaire en fonction des thérapeutiques administrées, sauf pour la réalisation de l'électrocardiogramme, plus rarement réalisé chez les patients sous antipsychotiques
- L'absence de différence significative dans la recherche des facteurs de risque cardio-vasculaire en fonction des pathologies des patients

A- Population étudiée

La population de 217 patients représente un échantillon de bonne taille afin d'analyser le recueil des facteurs de risque cardio-vasculaire. Les proportions d'hommes et femmes similaires laissent penser qu'il n'existe pas de biais en fonction du sexe du patient. Il est cependant à déplorer qu'une faible part de la population avait un diagnostic de la lignée de la psychose ou du trouble bipolaire, population ayant été la cible des études retrouvées dans la littérature. La majorité des patients

ont des diagnostics autres ou non disponibles. Mais on peut aussi s'interroger sur la bonne réalisation du codage de diagnostic principal, problématique ne faisant pas l'objet d'une recherche dans cette étude. En effet, en superposant cela à la part majoritaire de la population recevant un traitement antipsychotique, on peut penser à la présence d'erreurs de codage. Tout en gardant en mémoire que les traitements appartenant à la classe des antipsychotiques peuvent aussi être utilisés dans des pathologies autres que celles de cette lignée. De ces deux éléments on peut tout de même penser que la majorité des patients pouvaient être atteints d'une pathologie psychiatrique sévère ou *severe mental illness* en anglais, comme décrit dans la littérature.

Dans la population étudiée, on retrouvait comme attendu par l'étude de la littérature présentée en introduction, une tendance à la surreprésentation des facteurs de risque cardio-vasculaire avec une population présentant un IMC moyen supérieur à 25 et un tabagisme très important. En revanche, la moyenne des tensions artérielles et des glycémies à jeun disponibles étaient dans la normalité, ce que l'on peut pondérer par l'âge moyen de la population.

B– Différence de recueil en fonction des facteurs de risque

On constate que le recueil des facteurs de risque cardio-vasculaire des patients est un domaine dans lequel les personnels soignants sont sensibilisés mais l'exhaustivité n'est pas de mise. Il existe notamment une disparité dans les données recueillies.

La tension artérielle et l'IMC sont des valeurs bien représentées. On peut supposer que cela est dû au recueil exhaustif réalisé par un personnel infirmier lors de l'entrée. Les infirmiers sont particulièrement bien formés et utilisent au quotidien des

méthodes de recueil standardisées, la présence du recueil de la tension artérielle et de l'IMC dans leur « check list » d'entrée de patient peut expliquer ce relevé plus important. Le fait que les valeurs de tension artérielle et d'IMC aient des emplacements bien définis dans le logiciel informatique permet d'éviter d'en oublier la consigne. L'absence de ces paramètres est plus évidente que lorsqu'il s'agit de notes prises manuellement et mélangées à l'entretien avec le patient.

Il est à noter que le périmètre abdominal est moins bien répertorié que les autres données anthropométriques. Il est pourtant un bon reflet de l'insulinorésistance et il constitue un paramètre rentrant dans le repérage du syndrome métabolique.

La présence d'un éventuel tabagisme était une donnée très bien recherchée.

Plusieurs raisons peuvent être imputées à cela. Tout d'abord, il s'agit d'une information souvent recherchée à la fois par le personnel paramédical et médical.

Lorsque deux personnes sont susceptibles de rechercher une information, elle est finalement mieux relevée que lorsqu'elle n'est recherchée que d'une seule. Ensuite, la place prépondérante des addictions dans la décompensation des pathologies psychiatriques est un facteur expliquant son relevé assidu dans les dossiers des patients. Enfin, les problématiques autour de la gestion du tabac lors des hospitalisations des patients fait de la recherche de sa consommation une inquiétude importante pour les professionnels, dans un souci d'anticipation.

La proposition de sevrage tabagique est encore peu effectuée puisque seul un peu plus d'un quart des patients ont été sensibilisés au sevrage tabagique. On peut supposer encore une fois une faible traçabilité de cette demande mais aussi un manque de sensibilisation du personnel médical et paramédical à profiter de l'hospitalisation pour induire une réflexion sur l'intérêt de la réduction de consommation de tabac. Beaucoup de patients atteints de pathologie psychiatrique

sévère ont besoin d'être accompagnés dans cette démarche de réduction des addictions et en particulier celle du tabac. Une étude récente a montré qu'il n'était pas plus difficile pour un patient suivi pour une maladie mentale sévère de se sevrer du tabac que la population générale (32). Il conviendrait de sensibiliser toujours un peu plus les équipes à cette démarche pour optimiser la prise en charge des patients et tirer un bénéfice maximal des séjours hospitaliers.

Les paramètres habituellement effectués par le personnel strictement médical sont un peu moins bien représentés. En effet, les paramètres biologiques que sont la réalisation d'une exploration des anomalies lipidiques ou la glycémie à jeun sont peu consignés dans les dossiers patients. On peut supposer que chez les patients jeunes ou ne présentant pas de comorbidité apparente, connue, les dosages biologiques peuvent être moins réalisés que chez un patient ayant des antécédents cardio-vasculaires. Une autre raison imputable à ce recueil faible est que l'évaluation des paramètres biologiques des patients peut être laissée aux médecins traitant de ceux-ci. Il convient donc d'informer les personnels médicaux et paramédicaux des EPSM de l'importance du dépistage et notamment des anomalies du métabolisme lipidique et glucidique afin de dépister le syndrome métabolique et d'en diminuer les conséquences cardio-vasculaires. Le manque d'informations notamment concernant le périmètre abdominal et la glycémie à jeun rend le dépistage du syndrome métabolique plus difficile puisqu'il manque fréquemment des paramètres.

Un biais notable à ce recueil faible de données biologiques est que l'étude n'a porté que sur le dossier informatisé. Il est probable que bon nombre d'exams biologiques aient été prescrits et réalisés sans avoir été consignés par note dans le dossier informatisé patient. En effet, les logiciels des dossiers informatisés des

patients n'avaient pas intégrés automatiquement les résultats de biologie ; ils nécessitaient un report écrit, probablement peu réalisé.

La mention de la réalisation d'un électrocardiogramme lors de l'hospitalisation des patients était présente dans plus de la majorité des cas. Cela montre une prise de conscience effective de l'importance de la réalisation de cet examen. On peut alors supposer une bonne connaissance des effets d'allongement du QT et du risque de torsade de pointe des traitements à tropisme psychiatrique comme les neuroleptiques.

C- Différences de recueil en fonction des thérapeutiques administrées

Les facteurs de risque cardio-vasculaire sont recherchés indifféremment qu'ils s'agissent de patient ayant un antipsychotique ou non. Ce choix de groupe (avec VS sans antipsychotique) avait été fait car de nombreuses études sont effectuées chez les patients souffrant de psychose. Il est aussi identifié que les neuroleptiques en eux-mêmes (28) majorent les risques cardio-vasculaires. Ce recueil statistiquement non différent entre les deux groupes montre que le personnel soignant applique la même approche quels que soient les traitements reçus.

Il est en revanche plus étonnant de constater qu'il existe une différence significative dans la réalisation d'un électrocardiogramme entre le groupe avec et sans antipsychotique. Il ressort de l'étude qu'il y a significativement moins d'ECG réalisés dans le groupe de patients recevant un neuroleptique. Quand on sait que l'ECG est un examen de dépistage très important pour repérer les QT long, contre-indication à l'usage des neuroleptiques, ce résultat peut interpeller. L'une des hypothèses expliquant ce phénomène est que les patients ayant un neuroleptique déjà introduit pouvaient avoir bénéficié de la réalisation d'un ECG lors d'une hospitalisation

antérieure récente ou de leur passage aux urgences avant l'hospitalisation.

D- Différence de recueil en fonction des pathologies des patients

Il n'a pas été trouvé de différence significative de repérage des facteurs de risque en fonction des codes diagnostic et donc des pathologies des patients. Deux groupes avaient été faits, l'un avec les pathologies regroupées sous le terme anglais de *severe mental illness* et l'autre regroupant les autres pathologies, les deux groupes étaient comparables. Ce résultat est intéressant car il montre que les praticiens prennent en compte les patients dans leur ensemble et non pas à travers le prisme de leur pathologie psychiatrique.

Cependant, on peut aussi réfléchir à la possible méconnaissance médicale de l'importance du repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients ayant une pathologie appartenant à la lignée du trouble bipolaire ou de la psychose. Ces patients étant plus à risque de comorbidités, on aurait pu s'attendre à un repérage plus attentif chez eux.

E- Limites et biais de l'étude

Les données retrouvées dans cette étude sont à intégrer en fonction du fait que les indicateurs recherchés l'étaient uniquement dans le dossier informatisé des patients et pour une seule hospitalisation. Ce paramètre constitue le biais de recueil principal. En effet, les documents annexes tels que l'électrocardiogramme ou les résultats biologiques n'avaient peut-être pas été systématiquement reportés dans le logiciel du dossier informatisé du patient. Le recueil manuel par lecture des dossiers sur plusieurs paramètres laisse aussi supposer des erreurs de recueil. Mais considérant

que seul le dossier informatisé du patient doit être source d'information et que les documents papiers doivent disparaître, on peut établir qu'il s'agit de données robustes pour évaluer le recueil des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients hospitalisés.

Une autre limite est la recherche exclusive des facteurs de risque cardio-vasculaire explicités par la HAS dans ses recommandations. D'autres facteurs, pourtant importants, n'ont pas été relevés telles que les présences d'une addiction (alcool, toxiques), d'une sédentarité...

F- Perspectives

Cette étude vise à favoriser l'amélioration des pratiques et à mettre en lumière les points perfectibles. On comprend, ici, le rôle important des médecins somaticiens au sein des hôpitaux accueillant des patients atteints de pathologie psychiatrique sévère. Ils dépistent et initient la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire et des éventuelles comorbidités.

La présence de médecins généralistes, somaticiens au sein des établissements de santé mentale est donc un élément décisif dans l'amélioration de la santé globale des patients présentant une pathologie psychiatrique. Mais il est à déplorer qu'encore peu de structures bénéficient d'une telle prise en charge. Dans une étude française de 2006, moins de 50% des structures possédaient du personnel médical dédié aux soins somatiques (33).

On constate également dans cette étude que l'emploi d'un outil systématisé pour le relevé de certains paramètres lors de l'entrée des patients permet une meilleure exhaustivité. Cela est d'ailleurs suggéré dans la littérature (33). Il est notamment nécessaire d'améliorer les outils informatiques pour les rendre didactiques et

permettre aux personnels de ne pas oublier de données. On peut imaginer qu'un questionnaire plus systématique, lors des entretiens de patient, permettrait d'éviter l'omission ou la perte d'information. Mais il ne faut pas oublier de laisser aux praticiens leur bon sens clinique et leur liberté de prescription dans les règles de bonne pratique.

Des changements et améliorations sont à poursuivre, le soin somatique doit s'intégrer dans la prise en charge psychiatrique, cela est d'ailleurs bien évoqué dans la littérature (20)(34)(35).

Ainsi, pour notre population étudiée, le projet médical partagé du GHT soins somatiques va mettre en place une évaluation somatique annuelle permettant un dépistage et une prise en charge globale des facteurs de risque cardiovasculaire et d'autres maladies chroniques comme la BPCO.

CONCLUSION

Cette étude montre que le suivi somatique des patients hospitalisés dans les EPSM du GHT Nord Pas-de-Calais est une préoccupation des personnels impliqués dans la prise en charge des patients, tant sur le plan médical que paramédical.

Les maladies cardiovasculaires sont la deuxième cause de mortalité dans notre pays aussi bien chez les patients souffrant de maladie mentale sévère que dans la population générale. Les établissements publics de santé mentale ont tous un rôle important à jouer en termes de santé publique.

Malgré tout, le recueil des facteurs de risque cardio-vasculaire explicités par la HAS est encore perfectible et inégal.

Il convient de sensibiliser et toujours rappeler aux différents personnels intervenant auprès du patient l'importance du dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire dans cette population fragile. Ainsi médecins généralistes, psychiatres, infirmiers doivent être formés correctement pour mettre en place des actions d'amélioration et de prise en charge de ces facteurs.

On peut aussi imaginer des outils permettant l'amélioration des pratiques. L'outil informatique étant généralisé dans l'ensemble des établissements grâce au Dossier Patient Informatisé (DPI), il est une base de travail solide. L'intérêt de la mise en place d'un questionnaire d'entrée systématisé est une piste de réflexion pour rendre le recueil toujours plus exhaustif.

Sur l'EPSM Val de Lys Artois de Saint Venant, une fiche informatisée va permettre de regrouper tous les paramètres clinico-métaboliques utiles à une prise en charge efficiente du patient (Annexe 2). Cette Fiche pourra être également partagée avec les autres EPSM du GHT.

L'interconnexion et les échanges avec les médecins généralistes traitants, de ville, est également un médium d'optimisation des pratiques, et permettra d'améliorer non seulement l'espérance de vie mais aussi la qualité de vie des patients atteints de pathologie psychiatrique. A l'heure du virage ambulatoire, le temps d'hospitalisation doit se révéler être un temps où les bases sont posées pour améliorer le suivi, l'observance et l'implication des patients dans le parcours de soins.

A terme, une prise en charge multimodale incluant éducation thérapeutique, prise en charge psychiatrique, évaluation somatique annuelle, diététique, activité physique, appuyée par les associations de patients, pourrait permettre de réduire les inégalités sanitaires chez nos patients atteints de maladie mentale sévère.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Constitution de l'OMS. Constitution 1946. [en ligne] <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution> Consulté le 20 Avril 2021
2. WHO. « OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 ». Consulté le 22 avril 2021. https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/.
3. « Le XIXe siècle, la loi de 1838 et l'« aliéniste » - Le site du CNLE ». Consulté le 22 avril 2021. <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>.
4. Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental.
5. Loi n°85-772 du 25 Juillet 1985 –Article 8.1
6. Loi n° 90-527 du 27 Juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
7. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (J.O. 27 janvier 2016).
8. Malzberg B. Mortality among patients with involuition melancholia. *Am Jour of Insanity* 1937 ;93(5) :1231-1238
9. Munk Laursen T, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 2014 ;10 :425-448
10. Reisinger Walker E, McGee RE, Druss BE. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications : A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015 ;72(4) :334-341
11. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 [Internet]. [cité 22

avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ressources-electroniques.univ-lille.fr/pmc/articles/PMC4561509>

12. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review or mortality in schizophrenia : is the differential mortality gap worsening over time ? *Arch Gen Psychiatry* 2007 ;2007 :1123-31
13. John A, McGregor J, Jones I, Lee SC, Walters JTR, Owen MJ, et al. Premature mortality among people with severe mental illness - New evidence from linked primary care data. *Schizophr Res* sept 2018;199:154-62.
14. 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* 2011 ;10 :52-77
15. Roshanaei-Moghaddam B, Katon W. Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder : a review. *Psychiatr Serv* 2009;60 :147-56.
16. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res.* 1 sept 2006;86(1):15-22.
17. Bunce DF 2nd, Jones LR, Badger LW, et al. Medical illness in psychiatric patients: barriers to diagnosis and treatment. *South Med J* 1982; 75(8):941-944
18. Dixon L, Postrado L, Delahanty J, et al. The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *J Nerv Ment Disord* 1999 ;187(8) :496-502.
19. Druss BG, Rosenheck RA, Desai MM, et al. Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. *Med Care.* 2002 ;40(2) :129-136

20. Kane JM. Creating a health care team to manage chronic medical illnesses in patients with severe mental illness: the public policy perspective. *J Clin Psychiatry* 2009;70 Suppl 3:37-42.
21. Gandré C, Coldefy M. Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°250, septembre 2020
22. Mensah GA, Collins, PY. Understanding mental health for the prevention and control of cardiovascular diseases. *Glob Heart* 2015 ;10(3) :221-224
23. Ryan MC, Collins P, Thakore JH. Impaired fasting glucose tolerance in first episode, drug-naive patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003 ;160(2) :284-289
24. Faryne SM, Halanych JH, Miller DR, et al. Disparities in diabetes care : impact of mental illness. *Arch Intern Med* 2005 ;165(22) :2631-2638.
25. Fleet-Michaliszyn SB, Soreca I, Otto AD, et al. A prospective observational study of obesity, body composition, and insulin resistance in 18 women with bipolar disorder and 17 matched control subjects. *J Clin Psychiatry* 2008 ;69(12) :1892-1900.
26. Herbsleb M, Schumann A, Malchow B, et al. Chronotropic incompetence of the heart is associated with exercise intolerance in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2018;197:162.
27. Vancampfort D, Stubbs B, Michell AJ, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder : a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* .2015 ;14 :339-47
28. Howell S, Yarovova E, Khwanda A, et al. Cardiovascular effects of psychotic illnesses and antipsychotic therapy. *Heart* 2019 ;105:1852-1859.
29. Rostagno C, Domenichetti S, Franco Gensini G, Gensini GF. Does a subclinical

cardiotoxic effect of clozapine exist ? results from a follow-up pilot study. *Cardiovasc Hematol Agents Med Chem* 2012 ;10 :148-53

30. Newcomer JW. Metabolic syndrome and mental illness. *Am Jour Man Care* 2007 ;13(7) :170-177
31. Fédération française de psychiatrie, Recommandation de bonne pratique en psychiatrie: Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Juin 2015
32. Gilbody S, Peckham E, Bailey D, et al. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2019 ;6 :379-90
33. Bensa Q, Auxemery Y. Somatic treatments in psychiatry : A descriptive study of laboratory tests and systematic involvement in terms of overall care. *L'Encephale* 2017 ;43 :205-211
34. Druss BG, Chwastiak L, Kern J, et al. Psychiatry's role in improving the physical health of patients with serious mental illness : a report from the american psychiatric association. *Psychiatric Services* 2018 ;69 :254-256
35. De Hert M, Dekker JM, Kahl KG, et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the study of diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry* 2009 ;24 :412-424

ANNEXES

Annexe 1 – Définition du syndrome métabolique selon la FID

Facteurs de risque	Seuil retenu
Le syndrome métabolique est défini par la présence d'une obésité abdominale (périmètre abdominal >80cm chez la femme et >94cm chez l'homme) associée à au moins 2 des critères suivant :	
Taux de triglycérides	>ou = 1.50g/L
Taux de HDL-cholesterol	<0.5g/L chez la femme <0.4g/L chez l'homme
Tension artérielle	>130/85mmHg
Glycémie à jeun	>ou= 1.00g/L

Annexe 2 – Fiche informatisée de suivi somatique

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE	
Age	
<input type="radio"/> Homme >= 45 ans	<input type="radio"/> Femme >= 55 ans
Tabagisme : Actif ou sevrage < 1 an	
<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
HTA : PAD > ou = 140 mmHg et/ou PAS > ou = 90 mmHg	
<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Dyslipidémie : LDL >= 130 mg/dl ou HDL < 40 mg/dl ou traitement hypolipémiant ou cholestérol total > 200 mg/dl	
<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Obésité : IMC >= 30KG/M2 et ou >> Homme : PA > 102 cm >> Femme : PA > 88 cm	
<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Antécédents Familiaux au 1er degré (père, mère, frère, soeur) IDM / AVC / Insuffisance coronarienne avec revascularisation / mort subite avant l'âge de 50 ans	
<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Mode de vie : Physiquement inactif et/ou sédentaire	
<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Syndrome métabolique : Présence obligatoire : d'un critère majeur + 2 critères mineurs	
Critère majeur : Obésité abdominale > Homme : PA >= 94 cm > Femme : PA >= 80 cm	
<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Critères mineurs	
<input type="checkbox"/> Triglycérides > 150 mg/dl ou traitement spécifique	
<input type="checkbox"/> HDL chez l'homme : <40 mg/dl ; Femme <50 mg/dl ou traitement spécifique	
<input type="checkbox"/> TA systole >= 130 mmHg et/ou diastole >= 85 mmHg ou traitement spécifique en cours	
<input type="checkbox"/> Hyperglycémie à jeun > 100 mg/dl ou traitement par ADO ou insuline	
Score Risk (Si homme > 40 ans ou femme > 50 ans)	
Risque relatif (si homme < 40 ans ou femme < 50 ans)	
Saisir le score	
<input type="text"/>	
Nécessité d'une prise en charge diététique et/ou activité physique	
<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> activité physique 90 minutes par semaine à 80% de FMT (marche rapide 30 minutes 3 fois par semaine)
<input type="radio"/> diététique	
Prise en charge dédiée tabacologique :	
Evaluation de la consommation en paquets/année	
<input type="text"/>	
Souhait de sevrage	
<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
Substituts nicotiniques prescrits	
<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON

- TA systole \geq 130 mmHg et/ou diastole \geq 85 mmHg ou traitement spécifique en cours
 Hyperglycémie à jeun $>$ 100 mg/dl ou traitement par ADO ou insuline

Score Risk (Si homme $>$ 40 ans ou femme $>$ 50 ans)

Risque relatif (si homme $<$ 40 ans ou femme $<$ 50 ans)

Saisir le score

Nécessité d'une prise en charge diététique et/ou activité physique

- NON activité physique 90 minutes par semaine à 80% de FMT (marche rapide 30 minutes 3 fois par semaine)
 diététique

Prise en charge dédiée tabacologique :

Evaluation de la consommation en paquets/année

Souhait de sevrage

- OUI NON

Substituts nicotiques prescrits

- OUI NON

Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) demandée

- OUI NON

Autres thérapeutiques (médicaments, e-cigarettes...)

- OUI NON

Si oui précisez

Conciliation Médicamenteuse

Conciliation Médicamenteuse

- OUI NON

(copie)

Si oui précisez

Risque de chute (évaluation par test unipodal et timed up and go test)

- OUI NON

(copie) (copie)

Si oui précisez



Impression

Imprimante : PREVISUALISATION

AUTEUR : Nom : CRAPET

Prénom : Marie

Date de soutenance : 20 Mai 2021

Titre de la thèse : Evaluation du repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients hospitalisés dans les EPSM du GHT Nord Pas-De-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : suivi somatique, facteur de risque cardio-vasculaire, mortalité cardio-vasculaire, maladie mentale sévère

Résumé : Introduction : La mortalité cardio-vasculaire des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique est plus importante que celle de la population générale. Dans ce contexte, le repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire est important pour les prévenir et les traiter. L'objectif principal est donc d'évaluer le repérage des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients hospitalisés en psychiatrie.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique, rétrospective, observationnelle réalisée dans les EPSM du GHT de psychiatrie Nord Pas-de-Calais. Par analyse des dossiers informatisés des patients hospitalisés à temps complet dans un des EPSM du GHT Nord Pas-de-Calais entre le 13/01/2020 00h01 et le 19/01/2020 23h59, il a été relevé les critères d'analyse de la population et les facteurs de risque cardio-vasculaire.

Résultats : 217 patients ont été inclus. Parmi les facteurs de risque cardio-vasculaire, la tension artérielle et l'IMC étaient consignés chez plus de 80% des patients, le périmètre abdominal chez 36.9% des patients. La recherche de tabagisme avait été faite chez 74.2% des patients. L'exploration des anomalies lipidiques a été réalisée chez 18.4% des patients, la glycémie à jeun chez 18.4% des patients. Un électrocardiogramme était retrouvé chez 59.9% des patients.

Discussion : Le relevé des facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients hospitalisés en psychiatrie est encore incomplet et très aléatoire en fonction des indicateurs. Ce repérage doit tendre à être systématisé afin d'améliorer le suivi somatique et la santé globale de cette population.

Composition du Jury :

Président : Pr Pierre THOMAS

Assesseurs : Pr Denis DELEPLANQUE, Dr Ali AMAD

Directeur de thèse : Dr Gwendal MENARD

