

Santé mentale, santé du corps. Les enseignements de 2 audits croisés inter-établissements

Danel T.^{1,7}, Deprince J.², Verrier V.², Haddouche A.³, Pottier C.³, Lepla A.⁴, Gossart A.⁵, Ethuin C.⁶, Amariei A.¹, Pastureau D.¹, Plancke L.¹

¹ Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord – Pas-de-Calais, Lille

² EPSM des Flandres, Bailleul

³ EPSM de l'Agglomération lilloise, Saint-André-lez-Lille

⁴ Centre hospitalier de Cambrai

⁵ Centre de santé mentale MGEN, Lille

⁶ Nord Mentalités, Tourcoing

⁷ CHRU de Lille

Introduction

Le partage des pratiques inter-établissements est un outil performant pour améliorer les interventions thérapeutiques et le fonctionnement des services médicaux (Danel 2012) : observer le fonctionnement d'une équipe pour améliorer le sien et en retour, prendre des idées pour sa propre évolution. Il contribue à diffuser les méthodes diagnostiques et thérapeutiques. Il lève le voile sur des pratiques qui ne doivent pas être confidentielles.

La Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) du Nord - Pas-de-Calaisⁱ a initié ce mouvement de transparence et de destigmatisation des pratiques en pilotant notamment des audits inter-établissements dont les thèmes portent sur les pratiques qui interrogent la profession.

Principe de l'audit croisé inter-établissements

Afin d'observer et de tendre à modifier les pratiques du dispositif psychiatrique de la région Nord - Pas-de-Calais, la F2RSM pilote depuis 8 ans un audit régional inter-établissements. Il ne s'agit ni d'un audit externe réalisé par une autorité extérieure ou par des professionnels de l'évaluation, ni d'une évaluation interne dans le cadre d'une démarche qualité mais d'une pratique qui s'approche du *benchmarking*. Ce travail est réalisé régulièrement au sein des 34 établissements adhérents de la région Nord - Pas-de-Calais : établissements publics qui gèrent 60 secteurs de psychiatrie adulte et 21 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, établissements privés et Espic (établissements de santé privés d'intérêt collectif). Cet audit inter-établissements est piloté par des personnels de soins infirmiers et cadres de santé qui déterminent annuellement le sujet de l'audit et se chargent de sa mise en œuvre pratique.

L'audit croisé inter-établissements est une méthode originale de partage des pratiques. Le principe en est simple : les établissements adhérents de la F2RSM participent à un audit de leur pratique par un pair tiré au sort tandis qu'ils auditent en retour un 3^e établissement lui-même candidat et tiré au sort. Ainsi chaque établissement candidat est audité et auditeur. L'objectif de l'audit croisé est de questionner des pratiques professionnelles qui interrogent les personnels soignants.

Entre 2007 et 2014, 3 sujets ont été expérimentés : l'isolement et la contention (Deprince et al, 2009) éprouvés à deux reprises en 2007 et en 2011 afin d'évaluer la modification des pratiques, l'accueil des troubles psychiatriques aux urgences de l'hôpital généralⁱⁱ, la prise en compte de la santé somatique par le dispositif psychiatrique réalisé à deux reprises, la première en 2009, la seconde en 2014 afin d'évaluer son évolution. Les résultats de l'audit 2009 ont été publiés (Danel et al, 2011), celles du second et l'évolution par rapport à celui de 2009 font l'objet de ce travail.

S'agissant de ce thème, un groupe de travail composé des cadres de santé des établissements adhérents et d'usagers du dispositif de santé mentale a élaboré une grille de recueil de données concernant l'aspect somatique de la santé des personnes souffrant de schizophrénie. L'objectif était de repérer à partir de cette grille, dans les 10 derniers dossiers d'hospitalisation des services audités, si la santé physique des personnes était documentée dans les observations. Ce questionnaire portait sur :

- les données générales de prise en compte de l'aspect somatique de la santé
- le repérage des facteurs de risque cardio-vasculaires
- les surveillances des traitements psychoactifs mis en œuvre
- le repérage des cancers
- la prise en compte des conduites addictives
- l'hygiène de vie

Un appel à participation pour auditer et être audité a été fait auprès des établissements adhérents de la Fédération.

Une journée de formation réunissant les auditeurs et les référents a été organisée en préalable à l'audit afin de présenter le rationnel, la méthode et le questionnaire.

L'audit 2009 : rappel des résultats

La préoccupation des équipes de psychiatrie pour la santé physique des usagers était bien présente avec un examen clinique somatique et les résultats d'un bilan biologique standard dans la grande majorité des dossiers. La collaboration entre la psychiatrie et la médecine somatique était généralisée puisque, dans la plupart des services, intervenait un médecin somaticien (82,8%). Le médecin généraliste des patients était connu et ses coordonnées inscrites dans 86,2% des dossiers.

Le bilan lipidique et la glycémie, témoins de la prise en compte du risque métabolique de l'utilisation des nouveaux antipsychotiques, étaient documentés dans les 2/3 des dossiers ; pour autant, la surveillance n'était protocolisée que dans 76% des cas.

De même, l'index de masse corporelle et le périmètre abdominal, deux indicateurs connus pour être corrélés au risque d'accident cardio-vasculaire, n'étaient pas indiqués dans les dossiers. Les facteurs de risque individuels (consommation de tabac, de cannabis ou d'alcool) étaient peu rapportés dans les observations et ne bénéficiaient ni d'évaluations standardisées par des échelles validées ni de collaboration avec les spécialistes en addictologie au contraire de l'hygiène alimentaire plus souvent prise en compte. Cette réticence à l'utilisation d'outils de métrologie objective est également rencontrée concernant l'échelle de somnolence d'Epworth qui évalue la somnolence diurne excessive, indicateur de syndrome d'apnée du sommeil et de ses répercussions cardio-vasculaires et cognitives. Le repérage du syndrome d'apnée du sommeil pourrait en effet être utile tel qu'il en est des bilans lipidiques, glycémiques, comportementaux (tabagisme, obésité, sédentarité) exposant les personnes souffrant de troubles mentaux à des accidents cardiaques et vasculaires pouvant expliquer la surmortalité de cette population (Charrel et al, 2015).

Alors que l'on sait que les patients présentant un trouble mental ont des facteurs de risque importants de développer un cancer eu égard aux consommations de tabac, d'alcool et autres addictions, on constatait que les équipes de psychiatrie ne se sentaient pas véritablement impliquées. Nous l'expliquions en posant l'hypothèse que à « l'inverse du trouble métabolique et des risques cardio-vasculaires qui sont putativement induits par les traitements prescrits par les psychiatres (...) le cancer est éloigné de la clinique des maladies mentales » en notant que dans « l'immense majorité des observations cliniques des dossiers ignorent cet aspect de la prévention primaire ».

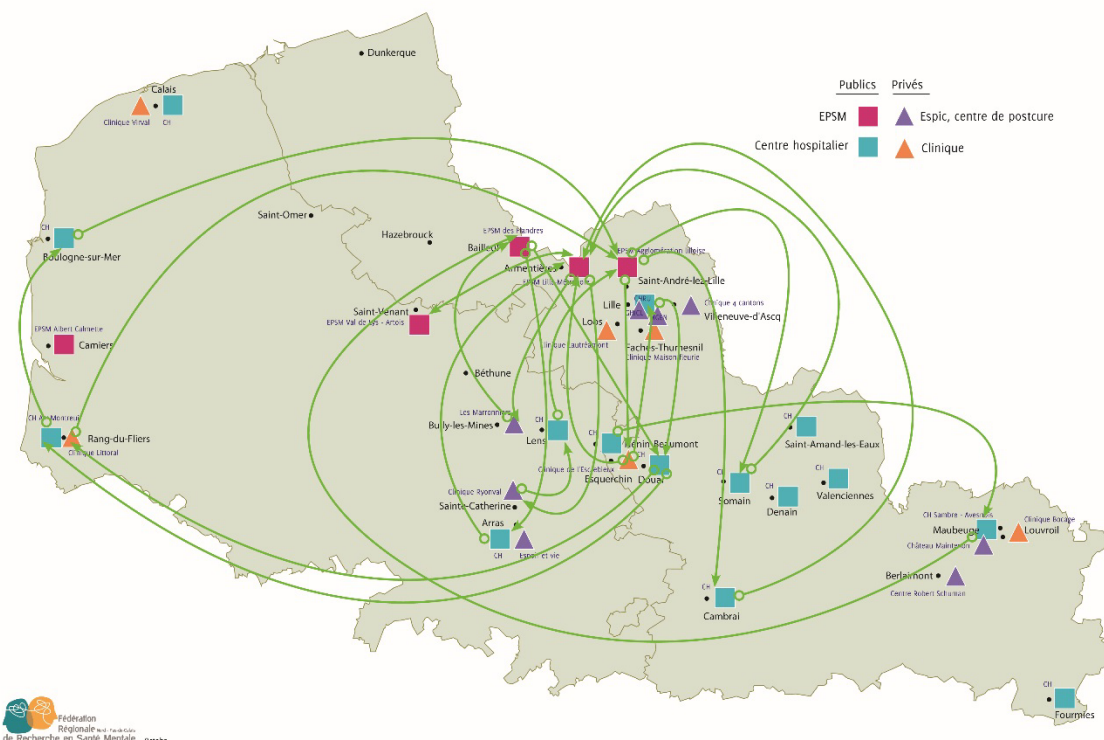
L'audit 2014

Afin d'apprécier l'évolution des pratiques quant à la prise en charge somatique au cours des dernières années - et disposant d'un point de comparaison initial pour 2009 - un même audit a été réalisé en 2014. La même méthode et le même questionnaire ont été utilisés lors d'une enquête

rétrospective sur dossiers sélectionnés au hasard. Le recueil des données a été réalisé pour chaque service de psychiatrie (en établissement public ou en établissement privé) à partir des 10 derniers dossiers de patients hospitalisés dans l'année. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- patient des deux sexes d'âge compris entre 30 et 60 ans
- répondant aux critères diagnostiques de psychose chronique

Etablissements participants en 2014



Exemple de lecture : Les professionnels du CH de Boulogne-sur-Mer ont consulté les dossiers de l'EPSM de l'Agglomération lilloise et ont vu leurs dossiers consultés par les professionnels de la Clinique du Littoral.

Méthodes statistiques

Pour les 2 années d'audit, une distribution de fréquence a été réalisée pour chaque item du questionnaire ; le test du χ^2 a été employé pour comparer les résultats des 2 années. Une réponse positive (sérologie hépatite documentée, index de masse corporelle renseigné ou dépistage du cancer VADS, par exemple) a été considérée comme une valeur positive.

Pour chaque item, la part de valeurs positives a été calculée¹, en 2009, puis en 2014, et l'évolution a été mesurée. Selon le résultat du test du χ^2 ($p < 5\%$) et le sens de cette évolution, 4 situations ont été distinguées :

1. Evolution favorable significative
2. Evolution favorable mais non significative
3. Evolution défavorable significative
4. Evolution défavorable mais non significative

¹ Sujets non concernés par l'item et valeurs manquantes écartés.

Le traitement des données statistiques a été effectué avec les logiciels SAS 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC) et Excel 2007 (Microsoft, Redmond, WA).

Résultats

Audit 2014

465 dossiers ont été documentés dans 18 établissements en 2009 et 460 dans 18 établissements en 2014 ; 14 ont participé aux 2 audits (4 uniquement au 1^{er}, 4 uniquement au 2nd).

Tableau 1. Résultats de l'audit 2014 : informations documentées dans le dossier du patient et disponibilité du/des matériel/instruments de mesure dans le service.

Catégorie	Indicateur	Oui	Total documentés	% Oui
Addictions	Tabagisme renseigné	316	455	69,5%
	Une évaluation du patient a été proposée quant à ses conduites d'alcoolisation	98	333	29,4%
	Sa consommation d'alcool : Une aide spécifique lui a-t-elle été proposée ?	23	330	7,0%
	Une évaluation du patient a été proposée quant à sa consommation de tabac	171	402	42,5%
	Sa consommation de tabac : Une aide spécifique lui a-t-elle été proposée ?	58	400	14,5%
	Une évaluation du patient a été proposée quant à sa consommation de cannabis	89	329	27,1%
	Sa consommation de cannabis : Une aide spécifique lui a-t-elle été proposée ?	14	328	4,3%
	Disponibilité matériel : Analyseur de CO	238	459	51,9%
	Disponibilité matériel : Ethylomètre	428	460	93,0%
	Echelle de repérage disponible : Fagerström	81	447	18,1%
	Echelle de repérage disponible : AUDIT	38	447	8,5%
	Echelle de repérage disponible : CAGE	58	437	13,3%
	Echelle de repérage disponible : CAGE cannabis	47	436	10,8%
Dépistages habituels	Surveillance biologique	163	395	41,3%
	Le suivi gynécologique avec repérage du cancer du col de l'utérus est noté dans le dossier	38	166	22,9%
	Les antécédents familiaux du cancer du sein sont renseignés dans le dossier	25	170	14,7%
	Le dépistage du cancer du sein par mammographie est documenté chez la femme de plus de 50 ans	18	68	26,5%
	Le dépistage du cancer de la prostate (dosage des PSA) est documenté chez l'homme de plus de 50 ans	29	81	35,8%
	Les antécédents de cancer colorectaux sont documentés	29	459	6,3%
	Le repérage du cancer colorectal est documenté chez la personne de plus de 50 ans	15	147	10,2%
Dépistages viraux	Le repérage des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) et du poumon est effectué chez le fumeur	60	359	16,7%
	La sérologie des hépatites est documentée	83	456	18,2%
	La sérologie du VIH est proposée	102	454	22,5%
	La sérologie du VIH est documentée	72	457	15,8%

Tableau 1 (suite)

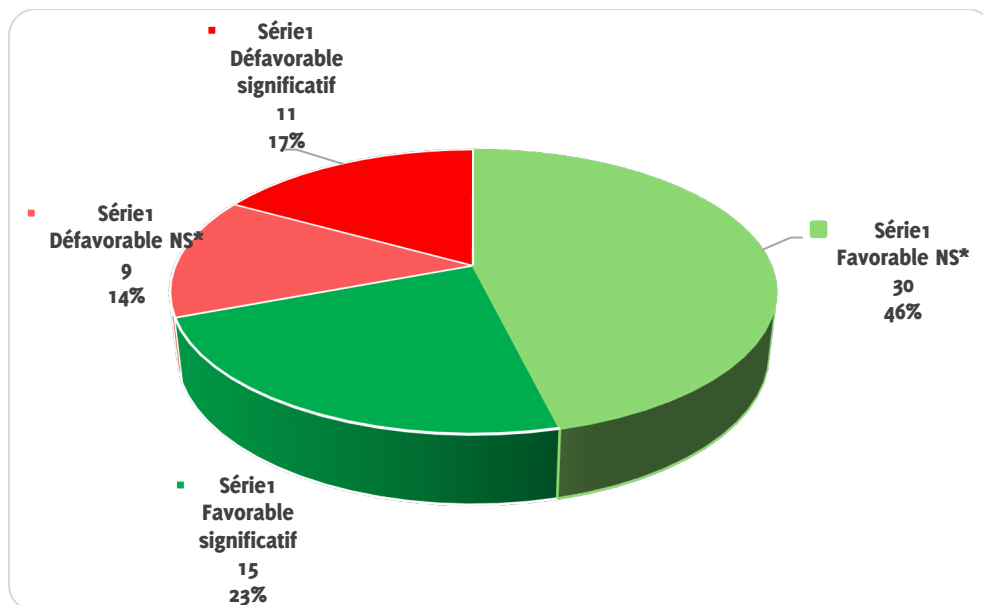
Catégorie	Indicateur	Oui	Total documentés	% Oui
Effets secondaires psychotropes	La surveillance des effets secondaires liés à la prescription de psychotropes est mise en place :			
	Lipide	281	458	61,4%
	Glycémie	307	457	67,2%
	Lithémie	19	43	44,2%
	Créatinine	126	169	74,6%
	Bilan thyroïdien	99	155	63,9%
	Antécédents personnels de troubles cardio-vasculaires	151	457	33,0%
	Antécédents familiaux de troubles cardio-vasculaires	72	455	15,8%
	Contraception hormonale	35	134	26,1%
	Poids	436	454	96,0%
	Index de masse corporelle	398	452	88,1%
	Périmètre abdominal	154	450	34,2%
	Tension artérielle	437	451	96,9%
	Glycémie à jeun	351	458	76,6%
	Hémoglobine glycosylée (HbA1C)	99	446	22,2%
	Cholestérol total	333	459	72,5%
	LDL	291	456	63,8%
	HDL	286	455	62,9%
	Triglycérides	321	457	70,2%
	Electrocardiogramme	349	452	77,2%
	Avis d'un spécialiste	132	443	29,8%
	Cardiologue	75	127	59,1%
	Nutritionniste	26	127	20,5%
	Endocrinologue	33	127	26,0%
	Une évaluation du patient a été proposée quant à son régime alimentaire	144	410	35,1%
	Son régime alimentaire : Une aide spécifique lui a-t-elle été proposée ?	61	410	14,9%
	Disponibilité : Pèse-personne	460	900	100,0%
	Disponibilité : Toise	440	460	95,7%
	Disponibilité : Tensiomètre	460	460	100,0%
	Disponibilité Mètre ruban	412	457	90,2%
	Disponibilité : Glucomètre utilisé	460	698	100,0%
	Disponibilité : Electrocardiographie	459	460	99,8%
Indices globaux	Intervention somaticien service	411	458	89,7%
	Un bilan biologique standardisé systématique est pratiqué	294	458	64,2%
	Les résultats d'un examen clinique sont notés dans le dossier patient	373	450	82,9%
	Suivi dentaire connu	107	452	23,7%
	Suivi ophtalmologique connu	77	452	17,0%
	La surveillance des effets secondaires liés à la prescription de psychotropes est mise en place : NFS	40	49	81,6%
	Coordonnées connues : Médecin généraliste	384	459	83,7%
	Coordonnées connues : Médecin spécialiste	148	456	32,5%
	Coordonnées connues : Paramédicaux	122	453	26,9%
	Echelle de repérage disponible : Epworth	29	428	6,8%
	Echelle de repérage disponible : Douleur – Echelle Verbale Simple	306	416	73,6%
	Echelle de repérage disponible : Douleur – Echelle Visuelle Analogique	403	444	90,8%
	Echelle de repérage disponible : Douleurs – Echelle Comportementale de la douleur chez la personne âgée	151	409	36,9%

Exemple de lecture : Sur 456 dossiers renseignés en 2014 sur cet item, 83 (18,2%) ont la sérologie des hépatites documentée.

Evolution par rapport à l'audit 2009

65 indicateurs (item documenté dans le dossier ou présence de matériel dans le service) ont été étudiés de manière comparative entre les deux audits. Les évolutions favorables sont majoritaires (45 sur 65) : elles sont significatives (23%) ou non significatives (46%).

Figure 1. Evolution 2009-2014 de l'ensemble des indicateurs renseignés les deux années.

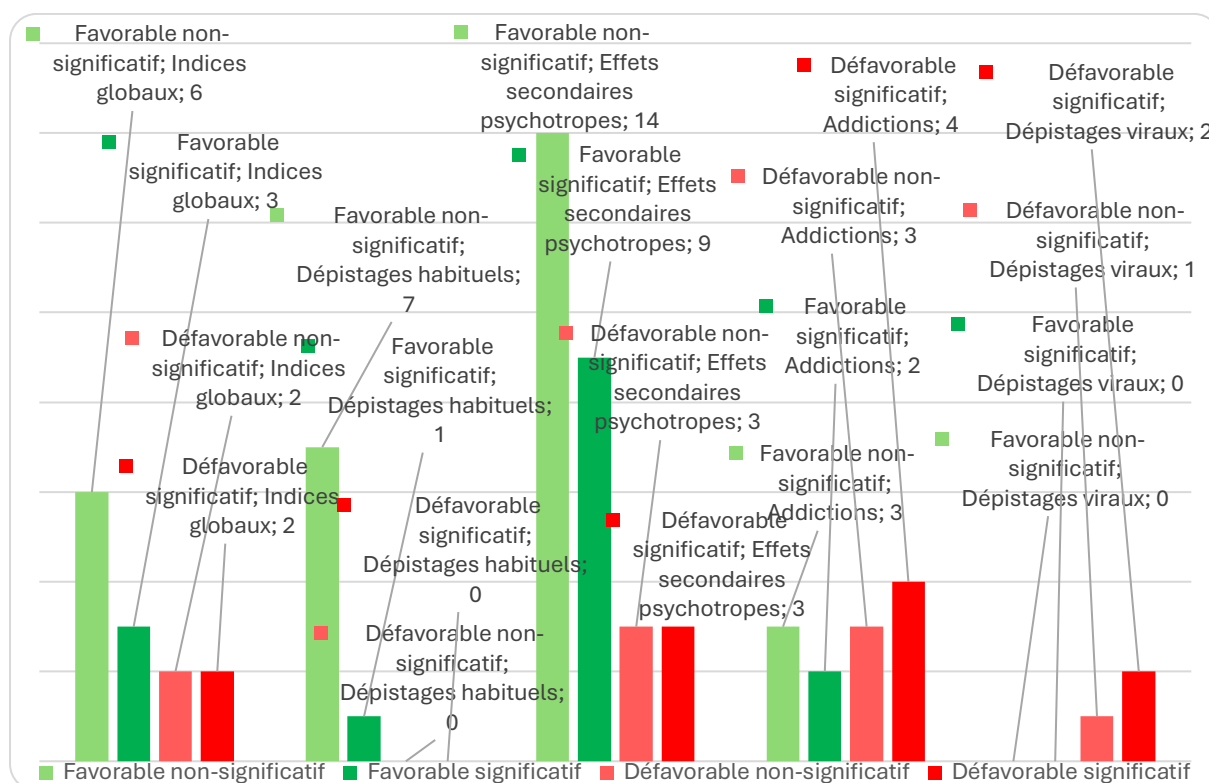


Exemple de lecture : Sur l'ensemble de 65 indicateurs renseignés dans les 2 audits, 23% (15) connaissent une évolution favorable significative.

Dans un deuxième temps, l'évolution par rapport au premier audit a été analysée par catégories d'indicateurs :

- Indices globaux
- Dépistages viraux
- Dépistages habituels
- Effets secondaires psychotropes
- Addictions

Figure 2. Evolution des indicateurs 2009-2014 selon leurs grandes catégories d'appartenance.



Exemple de lecture : Sur les 13 indicateurs d'indices globaux recherchés par les audits, 9 sont mieux renseignés en 2014 qu'en 2009 (il y a plus de dossiers où l'information est présente la 2^e année que la 1^{ère}), 6 de manière significative et 3 de manière non significative.

Les groupes des indices globaux, du suivi des effets secondaires des médicaments psychotropes et des dépistages habituels évoluent favorablement, notamment ces derniers, pour lesquels la part des dossiers documentés en 2014 est toujours supérieure à celle qui avait été observée en 2009.

A l'inverse, une dégradation est à souligner dans le registre des évaluations addictologiques et des dépistages viraux (hépatite B et VIH). Ce dernier constat s'inscrit dans un contexte de baisse d'attention aux risques infectieux, de la part de la population, mais aussi des professionnels qui la prennent en charge. C'est le cas particulièrement du sida, maladie moins redoutée depuis l'allongement de l'espérance de vie des malades grâce aux thérapies multiples.

Discussion

Préoccupés par la santé physique des patients, les professionnels des services de psychiatrie du Nord - Pas-de-Calais ont reconduit en 2014 un audit croisé sur le sujet, 5 ans après le premier mené dans cette région. C'est dans cette même perspective qu'une étude sur la mortalité d'une population psychiatrique a été menée sur environ 5000 patients (Charrel et al., 2014) ; utilisant l'indice comparatif de mortalité (ICM) comme indicateur, ce travail a confirmé la surmortalité de ces patients. Elle est imputable pour 1/3 aux morts violentes (suicides et accidents) dites causes externes dans la publication de Charrel et al (2014) et pour les 2/3 à une maladie somatique dite causes internes dans cette même publication. Un travail de plus vaste envergure est mené actuellement dans les établissements du groupement et les résultats concernant près de 15000 patients sont attendus.

Les résultats des audits sur la santé physique des patients souffrant de schizophrénie et soignés dans le dispositif psychiatrique régional menés en 2009 et 2014 montrent une évolution favorable en ce qui concerne les dépistages des effets secondaires de la prescription des psychotropes. Il est acquis aujourd'hui que les effets métaboliques dus à l'action conjuguée des psychotropes, de l'hygiène de vie notamment alimentaire, des addictions, de la sédentarité ont des conséquences

directes sur les morbidités et mortalité dont souffrent les patients du dispositif de soins en psychiatrie. La préoccupation croissante des professionnels de soins en psychiatrie est un indicateur encourageant quant à l'évolution favorable du phénomène.

Par contre, on peut s'inquiéter du peu de préoccupation des professionnels de la psychiatrie concernant les conduites addictives et leurs conséquences. Alors que les conduites addictives sont une préoccupation en population générale, leurs prévalences chez les personnes souffrant de troubles mentaux sont majeures. Dans une méta-analyse de 42 études sur la consommation de tabac dans des populations de patients schizophrènes, la fréquence de la consommation de tabac variait entre 55 et 95 % sur la vie entière (Desai et al, 2001). Pour Llorca la prévalence chez les schizophrènes de l'abus ou la dépendance de substances psychoactives serait de 14 à 30% pour les drogues et l'alcool (Llorca, 2006). Ces consommations sont, on le sait, des facteurs de risques majeurs pour le développement des troubles cardio-vasculaires et des cancers justifiant par ailleurs une proposition de prise en charge spécifique et un dépistage orienté chez ces consommateurs.

Bibliographie

1. Charrel CL, Plancke L, Genin M, Defromont L, Ducrocq F, Vaiva G, Danel T. Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the north of France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015 ;50:269-7
2. Danel T, Deconstanza P, Deprince J, Elouahi F, *et al.* La santé physique des personnes souffrant de schizophrénie : implication du dispositif de soins psychiatriques. *L'information psychiatrique*, 2011 ; 87 : 215-222.
3. Danel T. Promotion des recherches cliniques et épidémiologiques en santé mentale par les établissements de soins du Nord Pas de Calais. *L'information psychiatrique*, 2012 ; 88 : 295-298
4. Deprince J., Ethuin C., Gall M., Haddouche A., Lepla A., Meaux A., Plaetevoet J.M., Quagliozzi S., Verrier V., Yada M. Audit croisé inter-établissements sur l'isolement thérapeutique dans la région Nord – Pas-de-Calais. *Soins Cadres*, 2009 ; 70 :37-40.
5. Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs* 2001 ; 15 : 469-94.
6. Pierre-Michel Llorca. Mieux connaître la schizophrénie. 2006, John Libbey Eurotext

ⁱ www.santementale5962.com

ⁱⁱ <http://www.santementale5962.com/nos-travaux/l-audit-croise-inter-etablissement/article/l-audit-croise-2013>