



FERREPSY
Occitanie



Santé mentale : il faut aussi soigner le corps

MATINALE DE LA RECHERCHE DU DRAPPS OCCITANIE

9 OCTOBRE 2020

F.OLIVIER

OMS

- ▶ **25%** de la population mondiale développera une ou des maladies mentales au cours de sa vie.
- ▶ **450 millions** de personnes souffrent de maladies mentales et comportementales dans le monde.
- ▶ **10%** de la population adulte est atteinte de maladie mentale et comportementale à un instant donné.

OMS

▶ 5 des 10 pathologies les plus préoccupantes dans le monde relèvent de la psychiatrie :

- ▶ Schizophrénie : 0,8-1%
- ▶ Troubles bipolaires : 1,4-4%
- ▶ Addictions (4,9% OH, 22,5% Tabac, 3,5% THC... monde 2014)
- ▶ Dépression : 15-20% (30% D Résistante)
- ▶ Troubles obsessionnels compulsifs (2-3%)

Espérance de vie des personnes suivies pour troubles psychiques sévères

- ▶ Espérance de vie plus faible connue depuis plusieurs décennies (Newman et al, 1991)
- ▶ Années 2010 : **Persistance, voire aggravation de l'écart** entre :
 - ▶ l'espérance de vie de la population générale
 - ▶ celle des personnes avec des maladies chroniques
- ▶ Y compris dans des pays développés ayant des systèmes de santé jugés équitables et efficaces

Coldefy M, Grande C et al., sept 2018 IRDES

Espérance de vie des personnes suivies pour troubles psychiques sévères

- ▶ Estimation amputation espérance de vie :
 - 20 ans pour les hommes
 - 15 ans pour les femmes

Thornicroft, 2011
Wahlbeck et al, 2011

- ▶ Taux de mortalité :
 - X 2 à 3 > (par rapport à la population générale)

Coldefy M, Grande C et al., sept 2018 IRDES



Etat des lieux

Mortalité précoce des personnes souffrants de maladies psychiatriques en France

Ha et al., BEH 2017

Tableau 1 : Âge moyen au décès selon la nature des troubles mentaux (TM) et selon le sexe, France, 2000-2013

	Âge au décès (ans)					
	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Pas de trouble mental	76,2	16,8	72,4	17,0	80,2	15,7
TM tous types confondus	75,0	17,3	68,9	17,1	81,6	14,9
TM organiques	86,7	7,7	83,9	7,9	88,2	7,1
TM non-organiques	65,9	17,0	62,7	15,8	72,0	17,5
TM liés à l'utilisation de substances psychoactives	61,8	14,1	61,5	13,9	62,8	14,7
TM dus à l'alcool	59,6	13,1	59,4	12,9	60,7	13,7
Troubles psychotiques	69,9	17,9	63,0	18,0	76,1	15,2
Schizophrénie	59,8	18,5	55,9	17,9	67,6	17,0
Troubles de l'humeur	69,0	19,4	63,1	19,4	74,5	17,8
Troubles bipolaires	71,5	15,0	66,9	15,5	74,4	14,0
Troubles dépressifs	68,8	19,7	62,9	19,6	74,5	18,1
Troubles névrotiques	77,2	16,9	71,3	18,5	81,2	14,3

Ophélie Godin

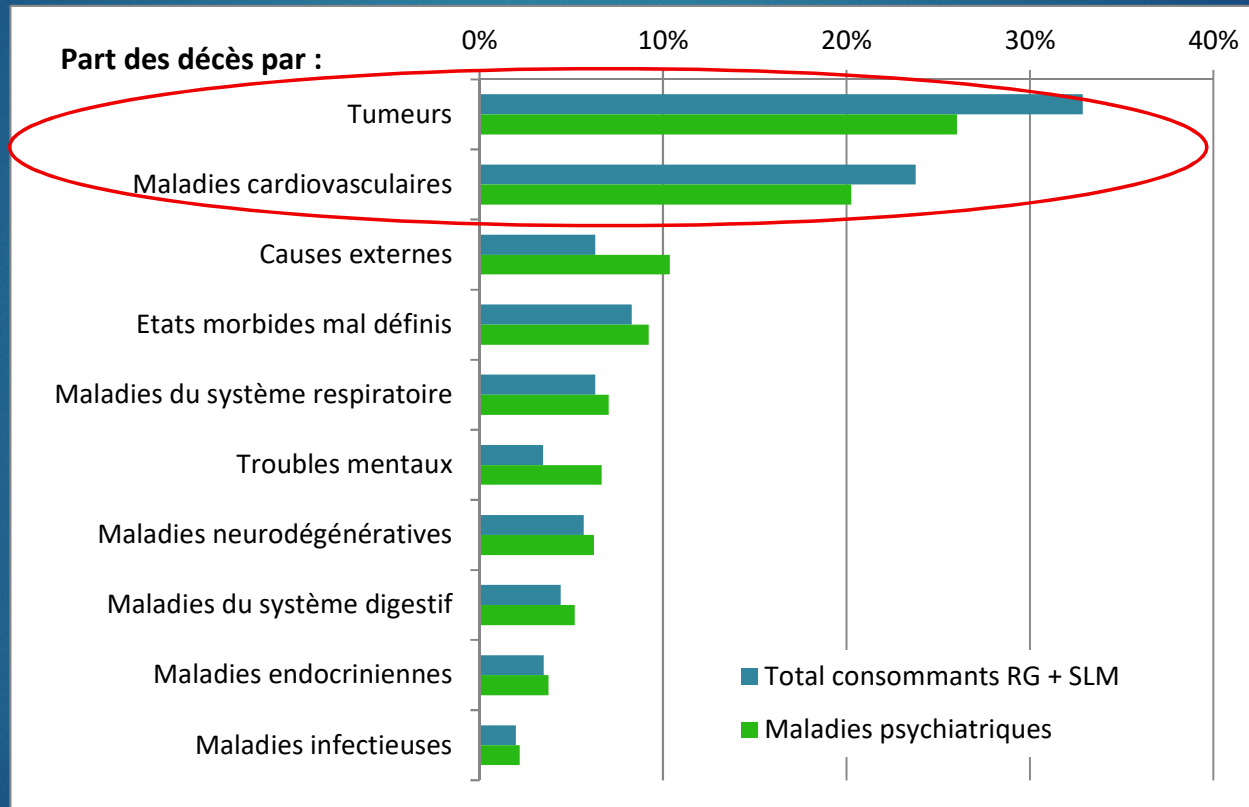
Fondation FondaMental

Institut Mondor de Recherches Biomédicales

Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

Etat des lieux en France

1^{ère} cause de mortalité: **maladies somatiques**



Coldefy M, Grande C et al., sept 2018 IRDES

Ophélie Godin
Fondation FondaMental
Institut Mondor de Recherches Biomédicales
Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

T2

Ratios de mortalité entre taux de mortalité des personnes suivies pour des troubles psychiatriques et taux de mortalité des bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) par cause, selon les groupes pathologiques traités

	Taux standardisé de mortalité		Ratio de mortalité (toutes pathologies psychiatriques)
	Consommateurs régime général et SLM	Personnes suivies pour un trouble psychiatrique	
Causes externes (accidents, suicides, chutes...)	45,4	222,7	4,9
Maladies du système digestif	31,9	101,4	3,2
Etats morbides mal définis	59,7	177,5	3,0
Maladies neurodégénératives	40,9	115,6	2,8
Maladies du système respiratoire	45,8	129,0	2,8
Maladies infectieuses	14,3	39,9	2,8
Maladies endocriniennes	25,2	68,9	2,7
Tumeurs	235,3	499,1	2,1
Maladies hématologiques	2,7	5,6	2,1
Maladies cardiovasculaires	172,0	349,9	2,0
Mortalité générale (toutes causes confondues)	719,9	1 886,2	2,6
Mortalité prématurée (avant 65 ans)	143,9	629,3	4,4

Note : Les décès dont la cause principale identifiée était un trouble mental ont été exclus, car une maladie psychiatrique ne peut conduire de façon organique à un décès. Taux pour 100 000 habitants (standardisation population de référence Insee 2014).

Lecture : Le taux standardisé de mortalité par tumeurs des personnes suivies pour un trouble psychiatrique est de 499,1 pour 100 000 habitants, contre 235,3 pour 100 000 pour les bénéficiaires du Régime général et des SLM, soit un ratio de surmortalité par tumeurs de 2,1.

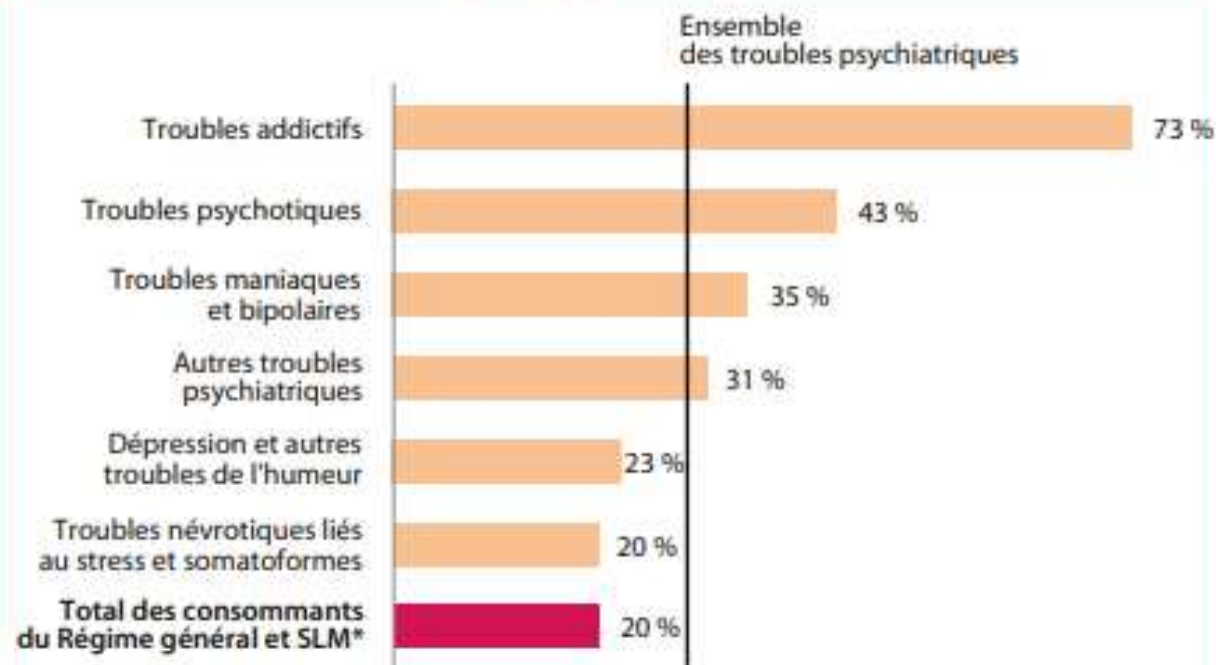
Champ : Bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

Source : Système national des données de santé (SNDS), Insee Recensement de population 2014.

Télécharger les données

G2

Part des décès prématurés (avant 65 ans) parmi les décès de 2014, selon les groupes pathologiques traités



* SLM : Sections locales mutualistes.

Champ : Bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

Source : Système national des données de santé (SNDS).

Télécharger les données



Pourquoi ?

L'impact gravement délétère du Syndrome métabolique

Syndrome métabolique

- ▶ Années 2000 on parle du syndrome métabolique ou dysmétabolique ou plurimétabolique : association de l'obésité abdominale à l'HTA et aux perturbations métaboliques



1 - HTA



- ▶ L'HTA est présente si la pression artérielle est
 - ▶ **supérieure à 13 cmHg (systolique)**
 - et /ou
 - ▶ **supérieure à 8,5 cmHg (diastolique)**

2- Obésité abdominale

- ▶ Pour définir l'obésité abdominale il faut mesurer le tour de taille avec un mètre ruban à mi distance entre la dernière côte flottante et la partie supérieure de la crête iliaque
- ▶ La mesure du périmètre abdominal est anormale si le tour de taille est
 - **supérieur à 80 cm chez la femme**
 - **supérieur à 94 cm chez l'homme**





- ▶ Le Tour de taille est reconnu comme un bon marqueur de la graisse abdominale et intra abdominale avec un impact métabolique puissant
- ▶ La présence d'une obésité avec IMC supérieur à 30 est également un paramètre entrant dans la définition du syndrome métabolique

3 – Hypertriglycémie (Dyslipidémie)

- ◆ Hypertriglycémie si
TG \geq 1,7 mmol/L ou traitée



4 – Baisse du HDL Cholestérol (Dyslipidémie)

- ◆ Présence d'une **baisse du cholestérol HDL -C**
 - ▶ **< 1,03 mmol/L (H),**
 - ▶ **< 1,3 mmol/L (F) ou traitement spécifique**



5 - Hyperglycémie à jeûn

- ▶ Glycémie à jeun $\geq 5,6$ mmol/L ou traitement



Le syndrome métabolique

► Le syndrome métabolique :

. associe **3** de ces paramètres

. expose à une morbidité et une mortalité accrue

Présence de 3/5 des paramètres suivants :



Obésité abdominale

Tension artérielle

Triglycérides

HDL Cholestérol

Glycémie à jeun

Syndrome métabolique

- **Important facteurs de risque de pathologies cardiovasculaires & diabètes**
 - Morbidité & mortalité cardiovasculaire (x2/x3)
 - Diabètes de type II (x 5)
- Pas une maladie mais un **ensemble d'anomalies métaboliques** qui prédispose aux maladies cardiovasculaires
- Valeurs seuil inférieur au seuil pathologique **MAIS** ce risque est fortement augmenté et c'est l'association de ces désordres qui constituent un danger

Prévalence du Syndrome métabolique

- Prévalence du MetS dans la population générale
 - Dépend de la définition, des caractéristiques de la population (âge, sexe, ethnie), de l'année de l'étude
 - US: 25 – 30%
 - France:
 - Etude Désir (Balkau et al. 2003) : 5200 sujets âgés de 30-65 ans
 - 10% chez les hommes
 - 7% chez les femmes
 - Etude SYMPHONIE (Panier et al. 2006): 101,697 individus âgés de 18 à 80 ans
 - 10.2% chez les hommes (47.4+/-11.8 years)
 - 6.1% chez les femmes (48.5+/-13.6 years)
 - Chez les ≤ 40 ans: 5.0% chez les hommes et 2.2% chez les femmes

Ophélie Godin

Fondation FondaMental

Institut Mondor de Recherches Biomédicales
Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

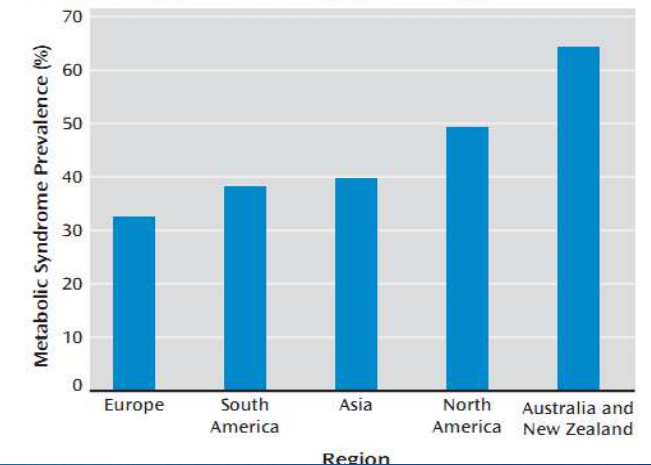


FERREPSY
Occitanie

Prévalence du Syndrome métabolique

- Chez les individus atteints de maladies psychiatriques
 - 2x plus élevée que dans la population générale
 - **Chez les individus atteints de schizophrénie :**
 - ≈ 37,3 % (méta-analyse Vancampfort et al., 2015)
 - En Europe: Etude Meteor : 33,9% (De Hert et al., 2010)
 - **Chez les individus atteints de troubles bipolaires:**
 - ≈ 33 % (méta-analyse Vancampfort et al., 2016)
 - Varie de 30% à 64% en fonction du pays
 - **Chez les individus atteints d'EDM**
 - ≈ 31.3 % (Vancampfort et al., 2015)

FIGURE 4. Metabolic Syndrome Prevalence Rates in Bipolar Disorder Patients Across Geographical Regions



1^{ères} études Françaises: Centres Experts FondaMental

Objectif: Aider au diagnostic précoce et améliorer le suivi et la prise en charge des individus atteints de maladies psychiatriques

Modèle des Centres Experts FondaMental : une psychiatrie spécialisée par pathologie et personnalisée pour chaque patient

43 Centres Experts au sein de services hospitaliers spécialisés

4 pathologies:

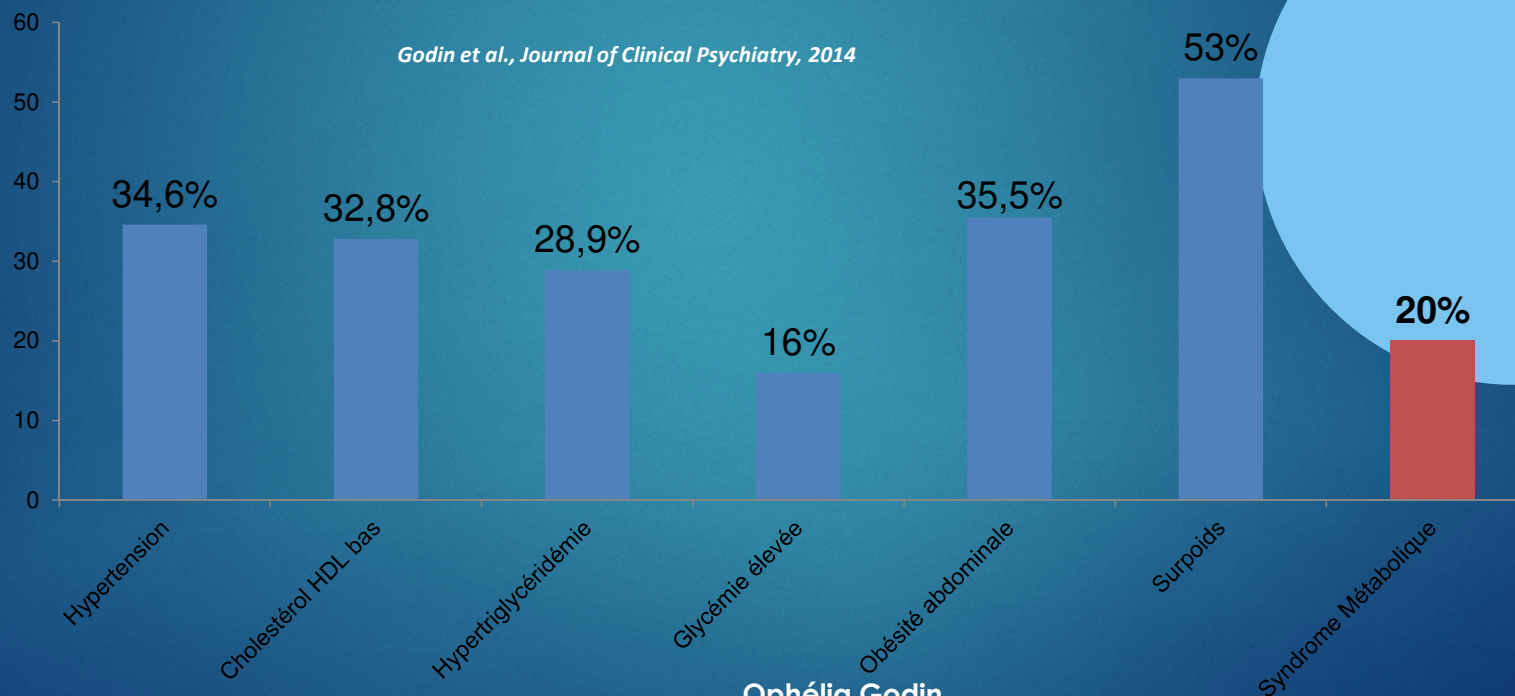
- Troubles bipolaires
- Schizophrénie
- Autisme de haut niveau
- Dépression résistante



Ophélie Godin
Fondation FondaMental
Institut Mondor de Recherches Biomédicales
Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

Prévalence du Syndrome métabolique chez les patients Bipolaires en France

- 654 individus atteints de TB issus de la cohorte (FACE-BD)
- Age moyen 41.3 ans (sd=12.5) & 44% Hommes

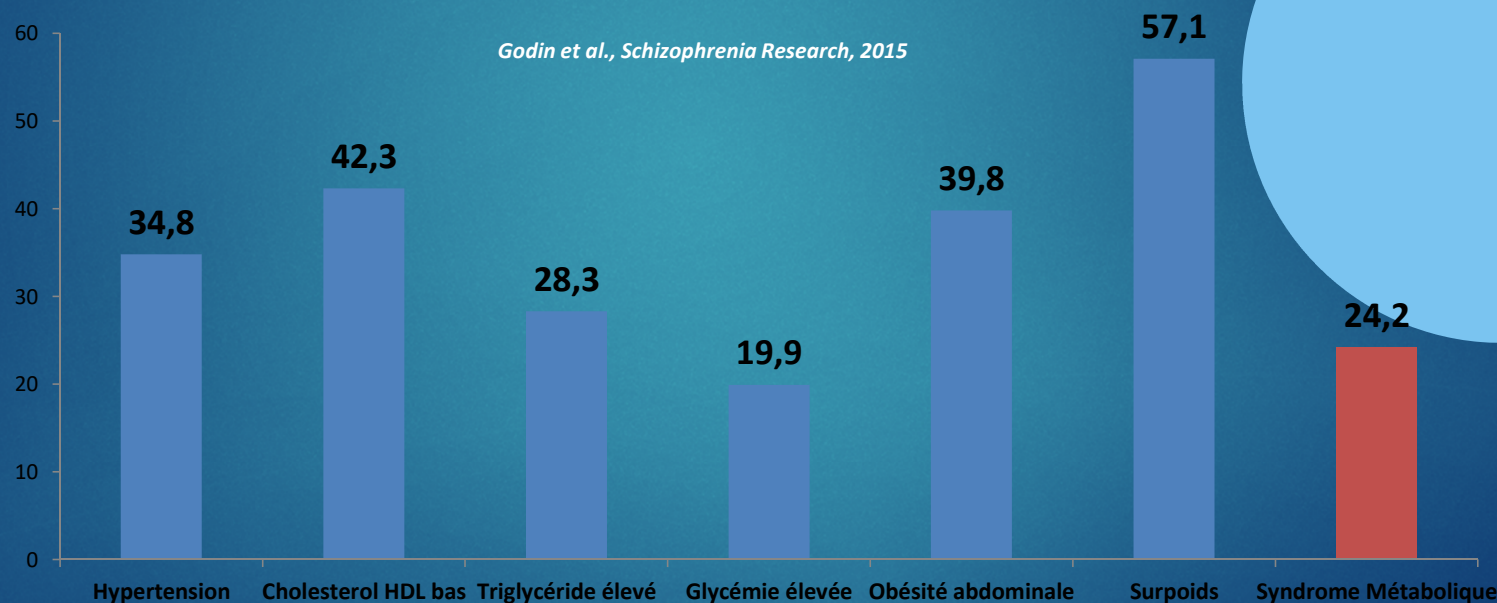


Ophélie Godin

Fondation FondaMental
Institut Mondor de Recherches Biomédicales
Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

Prévalence du Syndrome métabolique chez les patients SZ en France

- 240 individus atteints de SZ issus de la cohorte (FACE-SZ)
- Age moyen 31 ans (sd=10,7) & 75% Hommes
 - Durée de la maladie: 9,5 ans

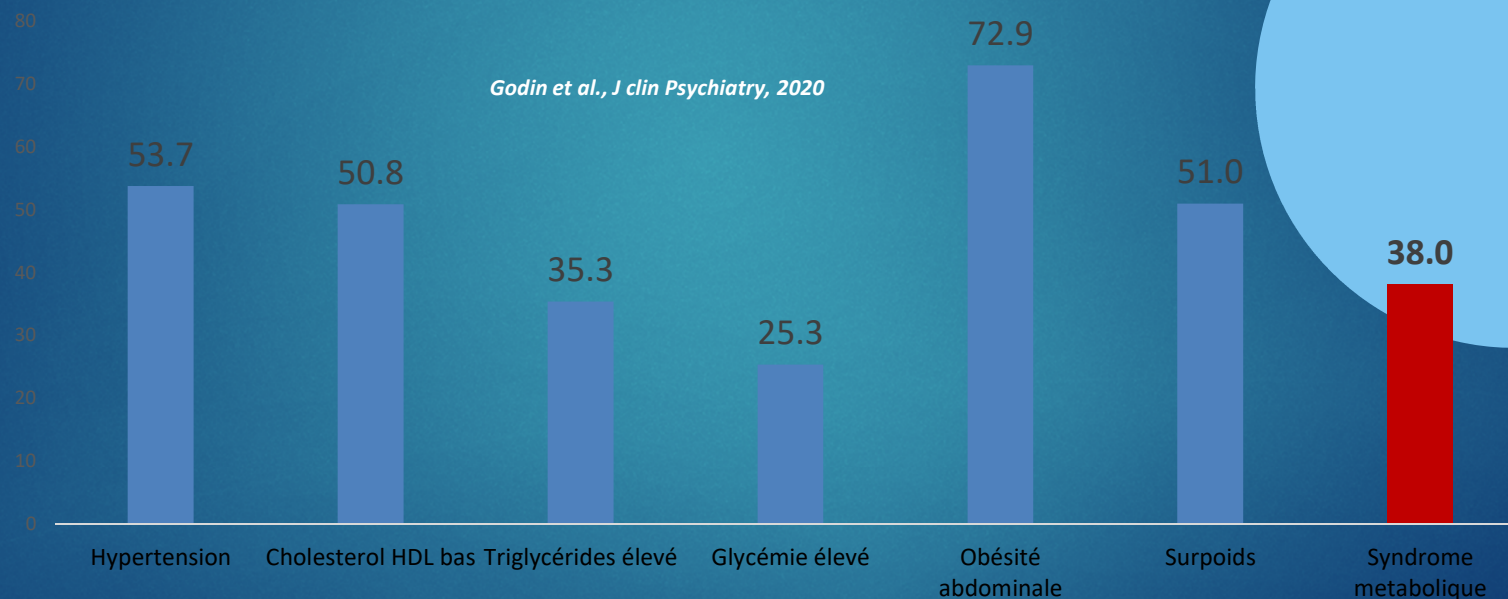


Ophélie Godin

Fondation FondaMental
Institut Mondor de Recherches Biomédicales
Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

Prévalence du Syndrome métabolique chez les patients TRD en France

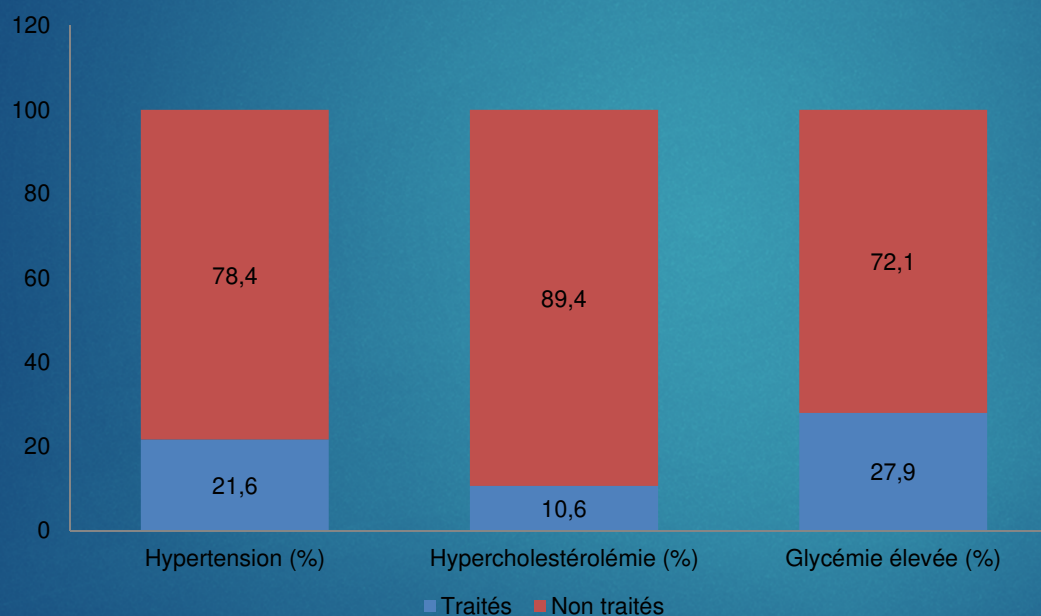
- 205 individus atteints de dépression résistante issus de la cohorte (FACE-DR)
- Age moyen 54.3 ans (sd=10,7) & 63% femmes



Ophélie Godin
Fondation FondaMental
Institut Mondor de Recherches Biomédicales
Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

Prise en charge des comorbidités dans les maladies psychiatriques

Godin et al., *Journal of Clinical Psychiatry*, 2014, 2020
Godin et al., *Schizophrenia Research*, 2015



2/3 des patients ne sont pas traités correctement pour les pathologies cardio-metabolique

(sauf pour la prise en charge du diabète dans la DR :80%)

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Taille (m) :

Antécédents familiaux de troubles métaboliques :

Suivi des paramètres métaboliques

Date	Poids (kg)	BMI (kg/m ²)	Tour de taille* (cm)	Pression artérielle (mmHg) PAS/PAD	Glycémie à jeun (g/l)	HDL-Chol (mmol/l)	Triglycérides (mmol/l)	Chol Total (mmol/l)	LDL-Chol (mmol/l)

Modalités de surveillance (*)

Voici les éléments recommandés par l'association ADA pour la surveillance optimale de tous les patients sous traitements antipsychotiques de seconde génération.

	Examen initial	1 mois	2 mois	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	Puis
Antécédents Personnels/Familiaux		+					+	Tous les ans
Poids		+	+	+	+		+	Tous les 3 mois
Tour de taille*					+		+	Tous les ans
Pression artérielle		+					+	Tous les ans
Glycémie à jeun		+			+		+	Tous les ans
Bilan lipidique					+		+	Tous les 5 ans si bilan lipidique normal

* Le tour de taille est la mesure du périmètre abdominal qui doit être mesuré à mi-distance entre la dernière côte flottante et la partie supérieure de la crête iliaque

Et pourtant...

- ▶ Contrairement aux maladies somatiques, les pathologies psychiatriques n'entraînent pas de conséquences organiques directes pouvant être létales
- ▶ (Causes externes exclues, tel que le suicide, les morts violentes ou accidentelles)

Plusieurs hypothèses : Mode de vie délétère...

- ▶ Forte consommation de tabac, alcool, drogues
 - ▶ + de 50% des patients SZ fument en France, X3 comparé à la population générale

Berg et al, 2013. Di Matteo et al, 2000. Mitchell et al, 2013.
Thornicroft, 2011. Wahlbeck et al, 2011

Plusieurs hypothèses : Mode de vie délétère...

- ▶ Mauvaises habitudes alimentaires
 - ▶ riche en graisses saturées et en sucres rapides / pauvre en fibres, légumes et fruits

Berg et al, 2013. Di Matteo et al, 2000. Mitchell et al, 2013.
Thornicroft, 2011. Wahlbeck et al, 2011

Plusieurs hypothèses : Mode de vie délétère...

- ▶ Grande sédentarité (difficulté accès à l'emploi, isolement social...)
 - ▶ Peu d'activité physique,
 - ▶ Syndrome amotivationnel
 - ▶ apragmatisme (incapacité à entreprendre des actions, perte d'initiative motrice, inaction prolongée),
 - ▶ Aboulie (affaiblissement brutal ou progressif de la volition (réaliser un acte selon sa volonté) pouvant aller jusqu'à sa disparition totale, entraînant une inhibition de l'activité tant physique qu'intellectuelle)
 - ▶ clinophilie

Berg et al, 2013. Di Matteo et al, 2000. Mitchell et al, 2013.
Thornicroft, 2011. Wahlbeck et al, 2011

Plusieurs hypothèses : Traitements

- ▶ Moindre observance au traitement
 - ▶ Déni, troubles cognitifs (attention, mémoire), altération volonté, troubles de la pensée, idées pessimistes...

Berg et al, 2013. Di Matteo et al, 2000. Mitchell et al, 2013.
Thornicroft, 2011. Wahlbeck et al, 2011

Plusieurs hypothèses : Traitements

- ▶ Effets secondaires des traitements psychotropes

Berg et al, 2013. Di Matteo et al, 2000. Mitchell et al, 2013.
Thornicroft, 2011. Wahlbeck et al, 2011

Psychotropes nécessitant un suivi métabolique

Antipsychotiques atypiques :

Amisulpride
Aripiprazole
Asenapine
Clozapine
Olanzapine
Paliperidone
Quétiapine
Risperidone
Sertindole

Antipsychotiques classiques :

Chlorprothixène
Flupentixol
Haloperidol
Lévomépromazine
Perphénazine
Pipampérone
Promazine
Sulpiride
Tiapride
Zuclopenthixol

Antidépresseurs tricycliques

Amitriptyline
Clomipramine
Dibenzépine
Doxépine
Imipramine
Nortriptyline
Opipramol
Trimipramine

Stabilisateurs de l'humeur :

Carbamazépine
Lithium
Valproate

Antidépresseurs :

Mirtazapine

Rôle des traitements : variables selon les traitements

AP	Prise de poids	Risque DM	Aggravation du profil lipidique
Clozapine	+++	+	+
Olanzapine	+++	+	+
Risperidone	++	-	-
Aripiprazole	+/-	-	-
Ziprasidone	+/-	-	-
Amisulpride	+/-	-	-
Quétiapine	++	+	+
Palipéridone	++	-	-

Ophélie Godin
Fondation FondaMental
Institut Mondor de Recherches Biomédicales
Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

Surveillance des AP de 2^{ème} génération

	Court terme					Long terme		
	J0	M1	M2	M3	4x/an	1x/an	1x/5 ans	
ATCD familiaux & personnels (poids/métab.)	X					X		
Poids	X	X	X	X	X			
IMC [$>30 \text{ kg/m}^2$]								
Tour de taille	X					X		
TA/ECG (QT _c)	X			X		X		
Profil glycémique	X			X		X		
Profil lipidique	X			X			X	

Consensus de l'ADA (2006)

En pratique avec le patient

- ▶ Lui demander de prendre son poids avant le changement de traitement et de se peser une fois par semaine durant les 2 premiers mois du nouveau traitement
- ▶ Une augmentation de plus de 4 kgs doit être signalée rapidement à son médecin traitant

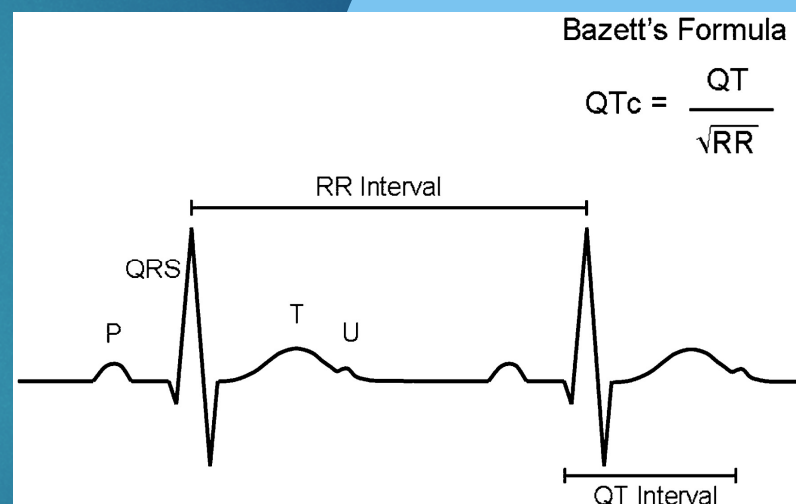
Grille de surveillance de la prise de poids

	Poids	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.	Sem.
	initial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Date																	
Poids en kg																	

Une prise de poids de plus de 4 kilos doit être signalée rapidement au médecin traitant

Augmentation du QTc

- Risque de survenue de troubles du rythme ventriculaire graves (torsades de pointe, fibrillation ventriculaire) se manifestant par des syncopes ou une mort subite.



Plusieurs hypothèses : Suivi médical

- ▶ Moins bonne prise en charge somatique que celle de la population générale :
 - ▶ accès aux soins (pas de médecin traitant 15%/6%),
 - ▶ Moindre accès aux soins somatiques courants croît avec la sévérité des troubles
 - ▶ qualités des soins délivrés.

Berg et al, 2013. Di Matteo et al, 2000. Mitchell et al, 2013.
Thornicroft, 2011. Wahlbeck et al, 2011

PRISE EN CHARGE DE FIN DE VIE DES PATIENTS AVEC TROUBLES MENTAUX SEVERES ET CANCER

Dr Guillaume FOND/ Pr Laurent BOYER

► Contexte :

- Une étude taiwanaise publiée en 2014 a suggéré que les patients avec schizophrénies ne recevaient pas les mêmes soins pour leur cancer en phase terminale que les autres patients dans les 30 derniers jours de vie avec plus d'actes invasifs et moins de chimiothérapie et d'imagerie
- Des études plus petites dans des populations spécifiques (vétérans américains) suggèrent une moindre qualité de prise en charge pour ces patients

Fond et al. 2019 Lancet Public Health

PRISE EN CHARGE DE FIN DE VIE DES PATIENTS AVEC TROUBLES MENTAUX SEVERES ET CANCER

Dr Guillaume FOND/ Pr Laurent BOYER

► OBJECTIF :

- Déterminer si les patients français avec troubles mentaux sévères recevaient la même prise en charge que les autres pour leur cancer en phase terminale, dans les 30 derniers jours de vie

Fond et al. 2019 Lancet Public Health

PRISE EN CHARGE DE FIN DE VIE DES PATIENTS AVEC TROUBLES MENTAUX SEVERES ET CANCER

Dr Guillaume FOND/ Pr Laurent BOYER

► Méthode :

- Exploitation des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)
- Patients hospitalisés avec des codes de **cancer en fin de vie entre 2013 et 2016**
- Diagnostic de schizophrénie dans la période d'antériorité remontant à 2008

Fond et al. 2019 Lancet Public Health

PRISE EN CHARGE DE FIN DE VIE DES PATIENTS AVEC TROUBLES MENTAUX SEVERES ET CANCER

Dr Guillaume FOND/ Pr Laurent BOYER

► Résultats :

- 2481 patients avec schizophrénies (SZ) et cancer en phase terminale
- Les patients SZ mourraient en moyenne **8 ans plus tôt**

Fond et al. 2019 Lancet Public Health

PRISE EN CHARGE DE FIN DE VIE DES PATIENTS AVEC TROUBLES MENTAUX SEVERES ET CANCER

Dr Guillaume FOND/ Pr Laurent BOYER

- ▶ Etude répliquée avec patients bipolaires :
- ▶ 2015 patients bipolaires
- ▶ les patients bipolaires sont morts en moyenne **5 ans plus tôt** que les contrôles

Fond et al. 2019 Lancet Public Health

Stigmatisation

- ▶ Sociale : véhiculée par grand public
- ▶ Structurelle : véhiculée par les institutions et les médias
- ▶ L'auto-stigmatisation ou stigmatisation internalisée = auto-inhibition des individus stigmatisés par le fait qu'ils partagent eux-mêmes les préjugés sur la maladie mentale

Réelle susceptibilité à l'apparition de troubles métaboliques dans les maladies psychiatriques

- Perturbation endocrinienne (Insulinorésistance)
- Dysfonctionnement de l'axe HPA /système nerveux sympathique (hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) ou axe corticotrope qui ressemble à la réponse neuroendocrine au stress).
- **Dysfonctionnement du système immuno-inflammatoire**
 - Inflammation de bas niveau
 - Comorbidités infectieuse, auto-immunes
 - Obésité, perturbations métaboliques et endocriniennes existent avant le début de la maladie (Jerrell et al., 2012)

Ophélie Godin

Fondation FondaMental
Institut Mondor de Recherches Biomédicales
Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

Conséquence du syndrome métabolique chez les patients atteints de troubles psychiatriques : Troubles cardio-vasculaires

- Dyslipidémie athérogène
- Augmentation des marqueurs et des protéines inflammatoires athérogènes
- Risque d'apparition du diabète et de ses complications vasculaire (micro et macro angiopathies)
- Conséquences sur la maladie/mortalité cardiovasculaire +++ (athérosclérose X2 à 4, coronaropathie ischémique, HTA, AVC)

Conséquence du syndrome métabolique chez les patients atteints de troubles psychiatriques :

- Insulinorésistance, diabète x 5
- Stéatopathies non alcooliques (Stéatose puis NASH, apparition fibrose puis cirrhose / carcinomes)
- Syndrome des ovaires polykystiques (première cause d'infertilité par anovulation, troubles des règles et hirsutisme)
- Maladie rénale chronique (microalbuminurie avec diminution de la filtration glomérulaire)
- Désordre de la respiration lors du sommeil incluant le SAS
- néoplasies avec un risque augmenté de cancers digestifs (colorectal, foie, estomac, œsophage, pancréas) et de cancers gynécologiques(seins et endomètre)

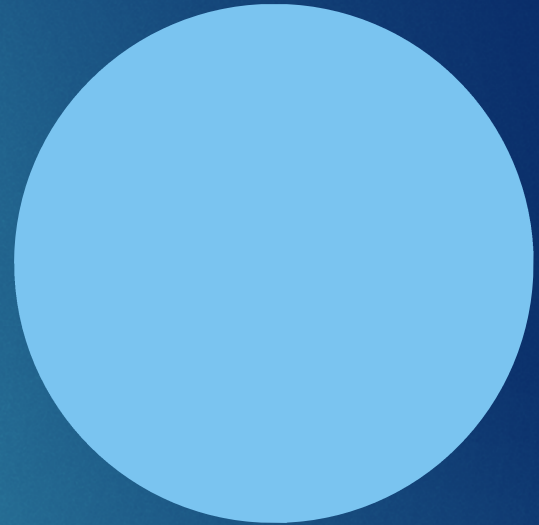
Conséquence du syndrome métabolique chez les patients atteints de troubles psychiatriques

➤ Conséquences psychologiques

- Perte de l'estime de soi
- Repli, Isolement social
- Auto-stigmatisation
- Dépression



Mauvaise adhérence au suivi et aux soins



Conséquence du syndrome métabolique chez les patients atteints de troubles psychiatriques

➤ Conséquences sur le **fonctionnement cognitif**

- Diabète -----> ↘ Fonction cognitive global et en particulier 3 domaines : vigilance, processing speed, and reasoning (Dickinson et al., 2008, Takayanagi et al., 2012)
- Syndrome métabolique -----> ↘ Fonction cognitive global, vitesse de traitement, mémoire, attention (Lindenmayer et al., 2012)

Ophélie Godin

Fondation FondaMental

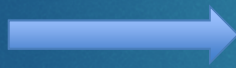
Institut Mondor de Recherches Biomédicales

Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

Conséquence du syndrome métabolique chez les patients Schizophrènes

➤ Conséquence sur les rechutes

- 185 individus atteints de SZ issus de la cohorte (FACE-SZ) des Centres Experts FondaMental suivi pendant 1 an
- Age moyen 31 ans (sd=10,7) & 75% Hommes, durée de la maladie: 9,5 ans
- Taux de rechute : 36,8%



OR = **3.0 (1.1-8.4)** chez les patients SZ avec METS + (après ajustement sur le sexe, l'âge, la durée de la maladie, la sévérité de la maladie, troubles anxieux et adhérence au traitement)

Godin et al., 2018, Journal of clinical Psychiatry

Ophélie Godin
Fondation FondaMental
Institut Mondor de Recherches Biomédicales
Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

Constat

- ▶ La surmortalité constatée dans cette population est en grande partie liée à des facteurs sur lesquels il est possible d'agir
 - ▶ Par des actions de prévention
 - ▶ Par une offre de soins plus adaptée à leurs besoins

Activité physique adaptée + RHD Programmes

- ▶ In SHAPE (Self Health Action Plan for Empowerment)
- ▶ KBIM (Keep the Body in Mind)
- ▶ Ce qui fonctionne (E. Halausa, 2019) :
 - ▶ Activités physiques : Importance de l'encadrement par un professionnel (préparateur physique, moniteur, professionnel de santé formé). « Plus l'encadrement est défini, meilleurs sont les résultats ».
 - ▶ Travail sur les règles hygiéno-diététiques : « Ce qui marche, c'est de combiner l'activité physique à des exercices de remédiation et à d'autres conseils, notamment nutritionnels ».

Activité physique adaptée + RHD Programmes

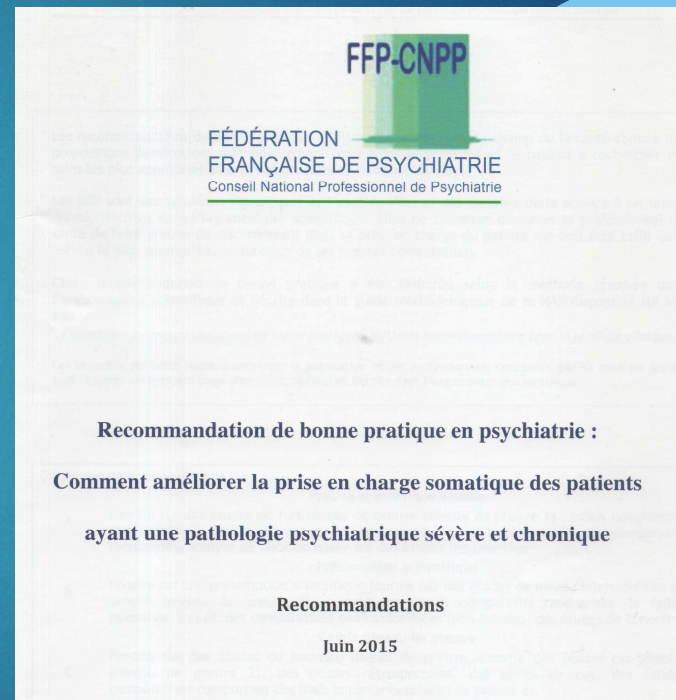
- ▶ Méta-revue : améliorations sur :
 - ▶ la masse corporelle (pas dans la schizo)
 - ▶ le conditionnement à l'effort
 - ▶ les symptômes thymiques et d'anxiété, la diminution des symptômes schizophréniques (+et-), les symptômes dépressifs dans la dépression unipolaire (++)
 - ▶ la qualité de vie
 - ▶ les paramètres biologiques

Sensibilisation Déstigmatisation

- ▶ Sensibilisation des professionnels, des usagers, des aidants, de l'entourage, du grand public (problème de santé publique majeur)
- ▶ Lutter contre la stigmatisation des troubles mentaux

Recommandations

- Elaboration de recommandations consensuelles sur le repérage et la prise en charge des comorbidités



Partenariats -Territoires

- ▶ Renforcer les partenariats et faciliter les filières psychiatres/Médecins traitants/Specialistes
- ▶ Projets Territoriaux de Santé Mentale : opportunités intéressantes

Accès au soin Recherche

- ▶ Nécessité de faire la promotion de l'amélioration de l'accès aux soins et
- ▶ Réduire les inégalités d'accès aux soins
- ▶ Promouvoir la Recherche
- ▶ Dans le domaine des soins somatiques en santé mentale
- ▶ (ANP3SM : Association Nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale)

**LES 3 PILIERS FERREPSY :
SENSIBILISATION – RECHERCHE – FORMATION**

**2020/21 : PROJET SYNDROME MÉTABOLIQUE
Projet multicentrique
établissements FERREPSY**

Lancement : courant 2021

Objectif : évaluer la prévalence du syndrome métabolique dans les populations de patients souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires .

Prévalence du syndrome métabolique dans les populations de patients souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires

Coordonné par A. Yroni et E. Very/CHU Toulouse

☞ Reflet de la réalité des pratiques

un recueil exhaustif, sur un temps limité, des données de l'ensemble des patients schizophrènes ou souffrant de troubles bipolaires présentant un syndrome métabolique au niveau de chaque centre.

☞ **Partenariat avec la fondation FondaMental**

Conclusion

- **La santé mentale et la santé physique** sont indissociables

- **Dépistage systématique et surveillance en routine**
 - syndrome métabolique, de ses composantes
 - autres facteurs de risque cardiovasculaire
 - ECG (QTc)
 - Tabac, antécédents familiaux...

- **Décloisonnement** entre soins **somatiques** et soins **psychiatriques**

Ophélie Godin
Fondation FondaMental
Institut Mondor de Recherches Biomédicales
Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

Conclusion

- Promouvoir l'éducation des patients/**former, remobiliser l'ensemble des professionnels de santé**
- Recommandations sur les bonnes pratiques
 - Les **habitudes alimentaires** (Alimentation + équilibrée)
 - **L'exercice physique** (30 min de marche par jour)
 - La **diminution** de la consommation de **tabac**
 - **Interventions non-pharmacologiques** (stratégies comportementales, exercices et conseils nutritionnels)

Ophélie Godin

Fondation FondaMental
Institut Mondor de Recherches Biomédicales
Equipe Psychiatrie Translationnelle, 2020

Conclusion

- ▶ « Des interventions simples et déclinables comme la marche, le yoga... permettent de montrer des **améliorations significatives**.
- ▶ Celles-ci sont autant d'arguments en faveur de **l'intégration et du développement de l'activité physique adaptée dans la prise en charge des patients suivis en psychiatrie** ». E.Halauze

Merci de votre attention