

---

# Soins Somatiques en Santé Mentale

---

**Dr Stéphan SOREDA,**  
Pharmacien gérant  
Chef du pôle Pharmacie, Hygiène, Médecine Somatique  
Centre Hospitalier Camille CLAUDEL

D'après Monsieur le Dr Djéa SARAVANE,  
MSc, MD  
Chef de Service  
Directeur de l'enseignement Paris-Sud  
Inserm 1178, CESP Université Paris-Sud  
Membre associé CHUS Sherbrooke-Canada

---

# Liens d'intérêt

---

- ❖ Laboratoire Otsuka.

---

# La procédure de certification

---

Dans sa version la plus récente - Manuel de certification des établissements de santé V2010 de janvier 2014 - , une Pratique Exigible Prioritaire pour la santé mentale est inscrite pour la première fois. Cette nouvelle exigence figurant dans le parcours du patient porte sur la prise en charge somatique (critère 17b)

## E 1 PREVOIR

Formalisation d'un projet de prise en charge somatique et du recours aux avis spécialisés

## E 2 METTRE EN OEUVRE

Evaluation initiale du patient avec un volet somatique  
  
Organisation tout au long de la prise en charge d'un suivi somatique du patient

## E 3 EVALUER ET AMELIORER

Evaluation et organisation de la prise en charge somatique  
Mise en oeuvre des actions d'amélioration

---

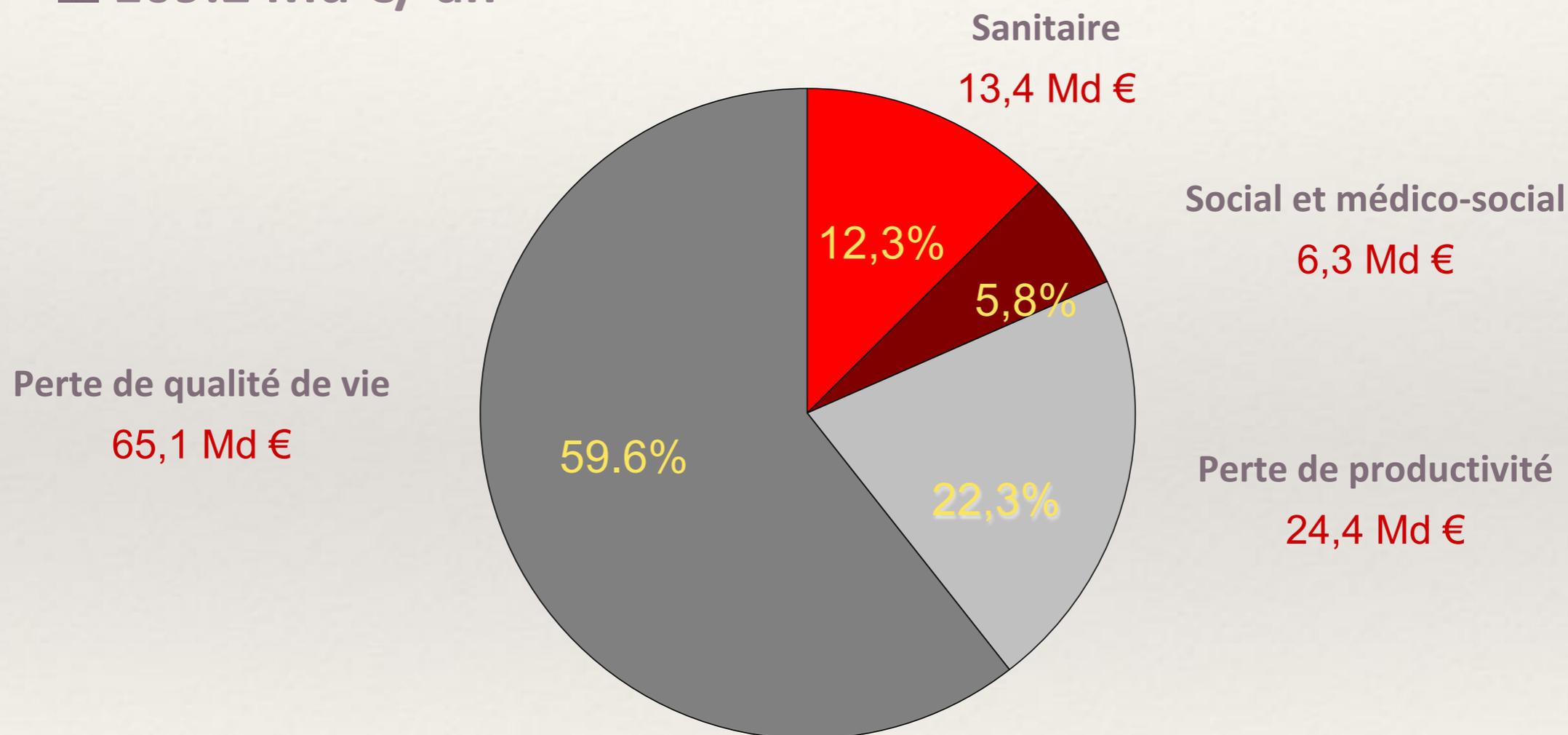
# Introduction

---

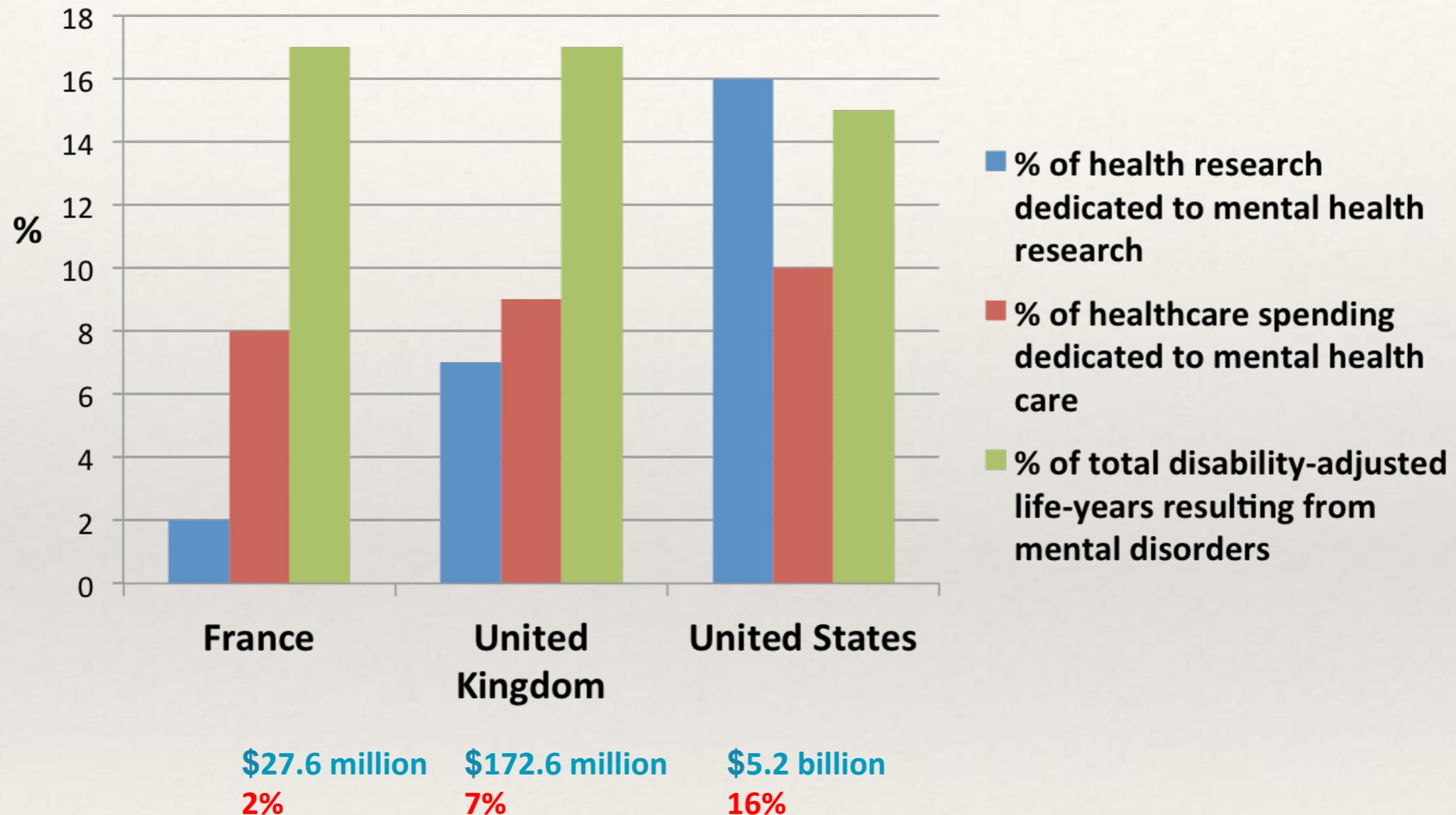
- ❖ L'OMS retient 5 maladies mentales parmi les 10 pathologies majeures du XXI<sup>e</sup> siècle : la schizophrénie, les troubles bipolaires, les dépressions, les addictions et les troubles obsessionnels compulsifs,
- ❖ Fardeau : Cour des Comptes : 107 milliards d'euros / coûts directs (médicaux et médicaux sociaux) et les coûts indirects (perte de productivité et de qualité de vie pour les patients),
- ❖ Enfin seuls 2% du budget biomédical sont consacrés à la recherche en psychiatrie en France (12 millions d'euros) contre 7% en Grande Bretagne et 16% aux Etats Unis,
- ❖ Donc une perte de chance et une double peine chez les patients atteints de pathologie mentale,

# Le coût des maladies mentales en France

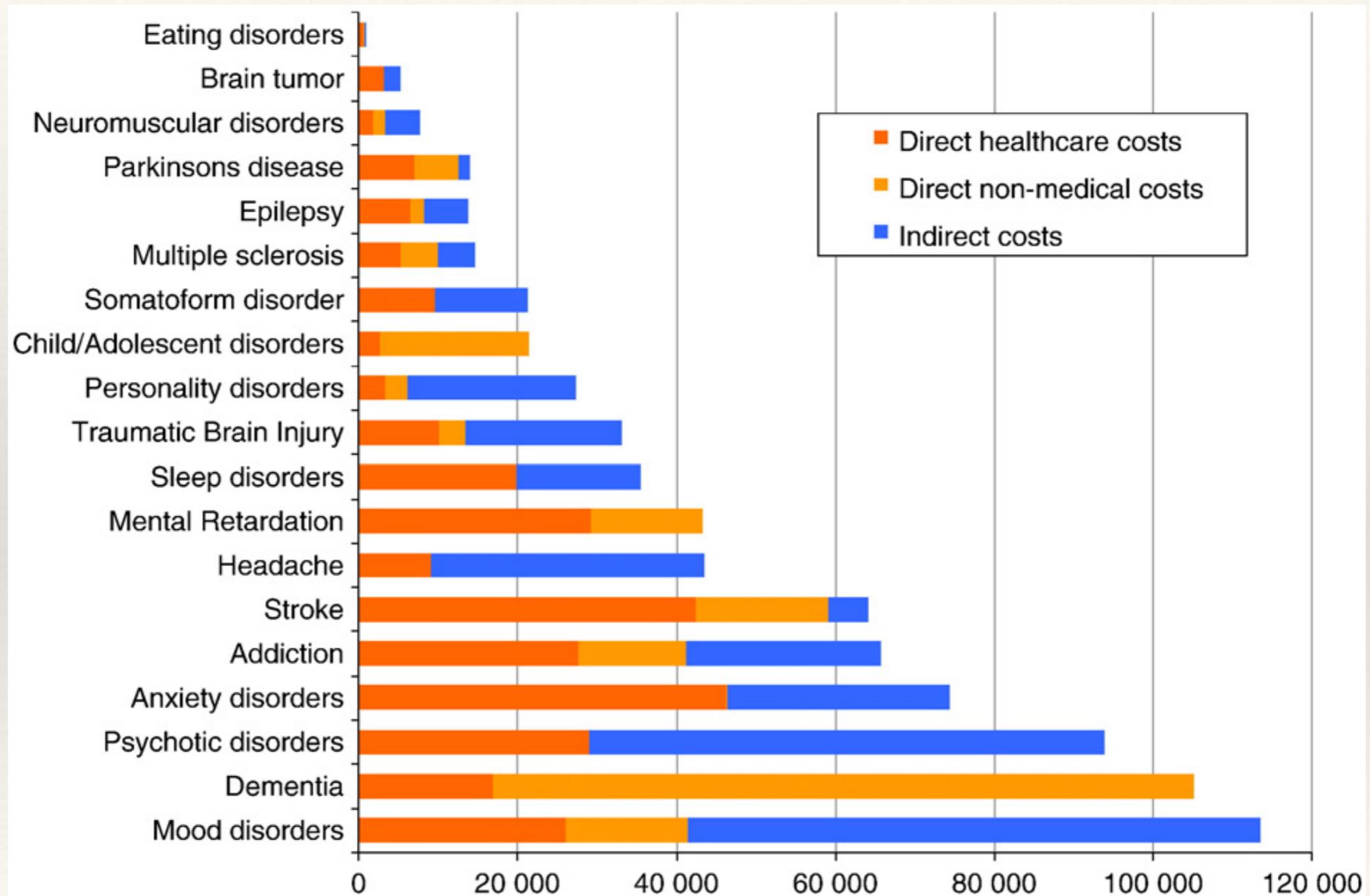
➔ 109.2 Md €/ an



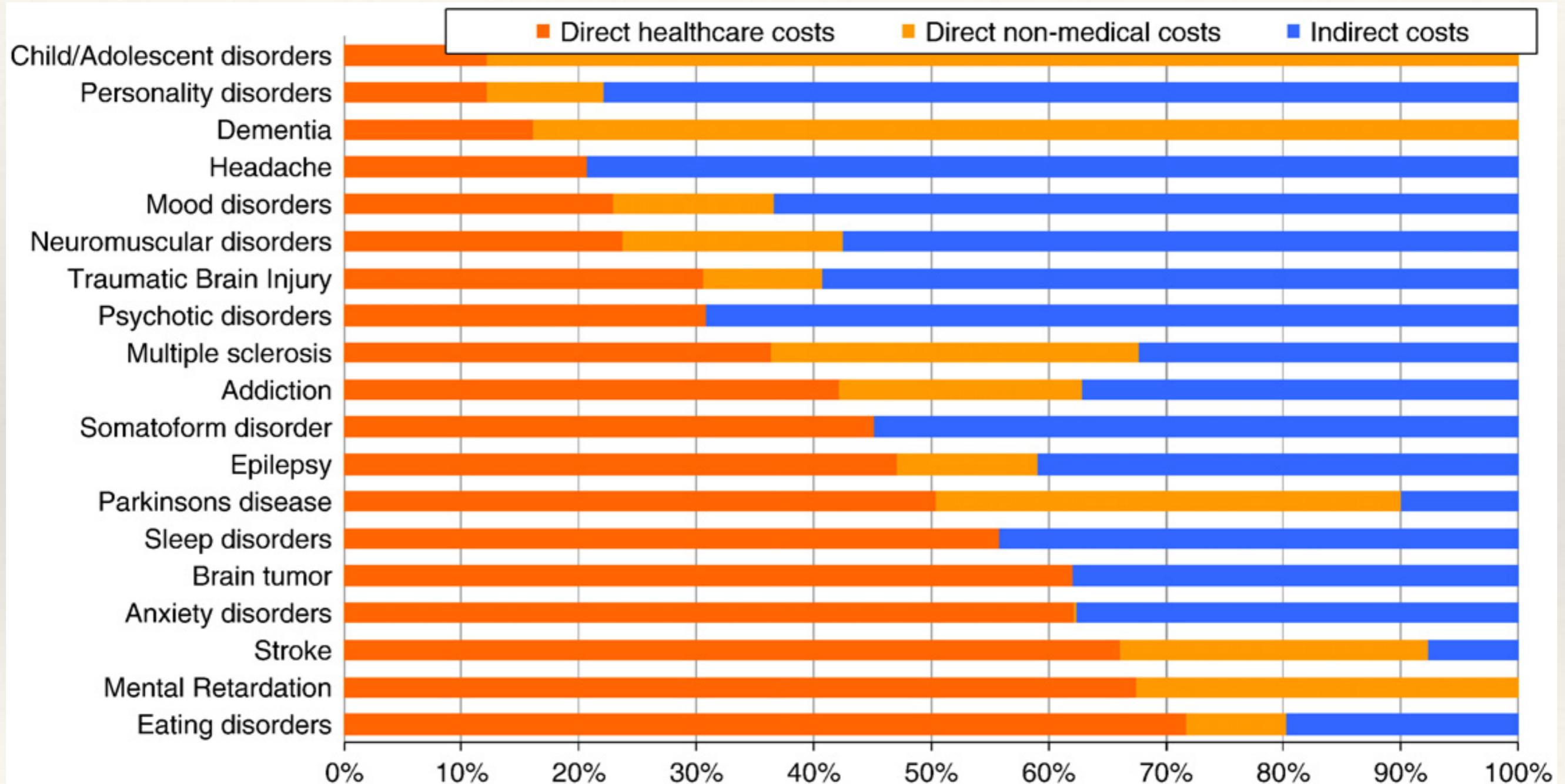
# Plaidoyer pour la recherche et l'investissement



# Total cost by disorder and type of cost (€PPP million, 2010), all disorders.

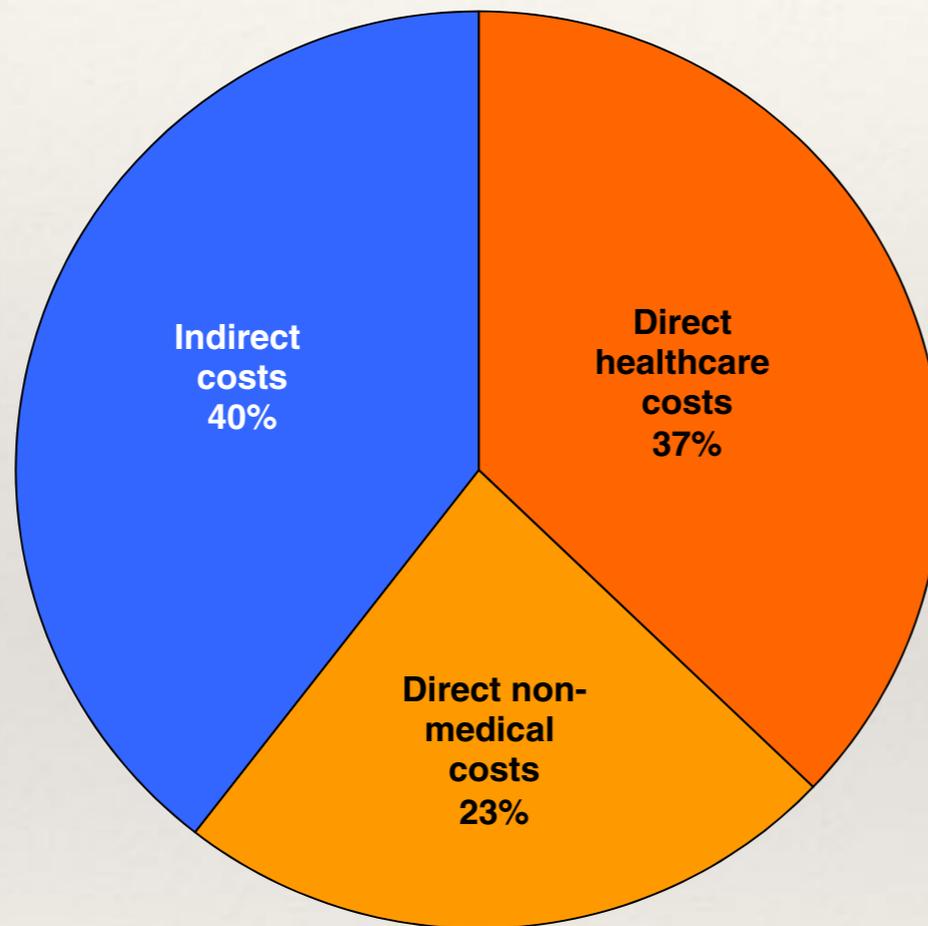


## Distribution of cost by disorder, the proportions of three types of costs as a share of the total stratified by disorder.

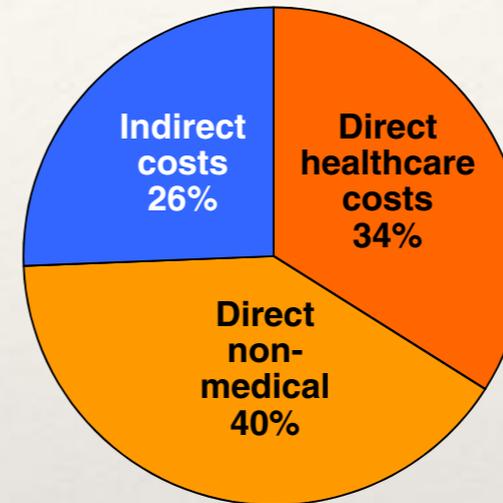


# Distribution des coûts

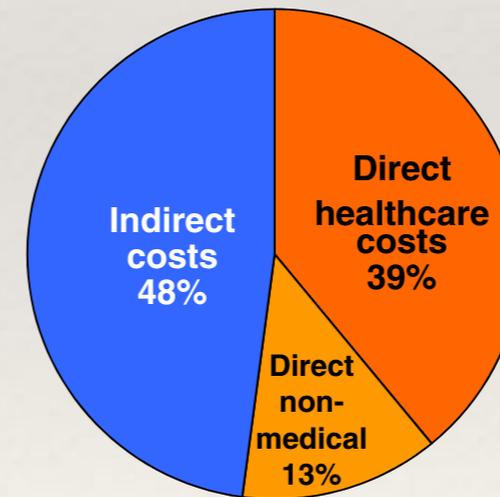
A) Total disorders of the brain



B) Neurological disorders



C) Mental disorders



---

# Introduction

---

- ❖ Les patients souffrant de troubles schizophréniques ont une diminution de l'espérance de vie ( - 20%)
- ❖ Risque accru de :
  - ❖ Diabète de type 2
  - ❖ Maladies cardio - vasculaires
  - ❖ Hypertension artérielle
  - ❖ Maladies respiratoires, emphysème
- ❖ Causes :
  - ❖ Mauvaise hygiène de vie
  - ❖ Obésité
  - ❖ Tabagisme
  - ❖ Abus de substances (alcool, drogues)

---

# L'approche somatique des patients en santé mentale

---

- ❖ La majorité des études s'accorde pour conclure à une surmortalité et une mortalité prématurée parmi les patients atteints de pathologie mentale sévère
- ❖ Le taux de mortalité, toutes causes confondues, est 4,5 fois plus élevé que pour la population générale
- ❖ 1<sup>ère</sup> cause : maladies cardio-vasculaires

---

# L'approche somatique des patients en santé mentale

---

- ❖ En moyenne 14,5 ans de perte de vie, plus importante :
  - ❖ 15,9 ans chez l'homme
  - ❖ 13,6 ans chez la femme
- ❖ Espérance de vie de 64,7 ans chez le schizophrène:
  - ❖ de 59,9 ans chez l'homme
  - ❖ de 67,6 ans chez la femme

*Hjorthoj C et al, Lancet Psychiatry 2017, 4(4), 295 - 301*

*Méta-analyse de 11 études (n=302 691), 1ère revue systématique sur l'espérance de vie ou les années de vie potentielles perdues. Les revues précédentes portent sur les taux de mortalité standardisés combinés, qui peuvent s'avérer difficiles à interpréter.*

# Prévalence des facteurs de risque

facteurs de risque modifiables	Schizophrénie		Trouble bipolaire	
Obésité	40-55 %	RR : 1,5-2	21-49 %	RR : 1-2
Tabagisme	50-80 %	RR : 2-3	54-68 %	RR : 2-3
Diabète	10-15 %	RR : 2	8-17 %	RR : 1,5-2
Hypertension	19-58 %	RR : 2-3	35-61 %	RR : 2-3
Dyslipidémie	25-69 %	RR : <5	23-38 %	RR : <3
Syndrome métabolique	37-63 %	RR : <5	30-49 %	RR : 1,5 - 2

# Nouvelle recommandation de bonne pratique élaborée par la Fédération Française de Psychiatrie et le Conseil National Professionnel de Psychiatrie (FFP - CNPP) labellisée HAS

## • Les objectifs de ces recommandations

- **prévenir et repérer plus précocement** les pathologies somatiques chez les patients souffrant de *troubles psychiques graves et chroniques (Schizophrénies & TB)*
- **améliorer la prise en charge somatique** des patients souffrant de troubles psychiatriques, en ambulatoire, durant et après les hospitalisations en psychiatrie, lors de leur accueil en structure spécifique d'hébergement
- **améliorer l'accompagnement des patients** souffrant de ces pathologies dans le quotidien et au long terme.

Cette recommandation a reçu le **label méthodologique de la HAS**. Ce label signifie que cette recommandation a été élaborée selon les **procédures et les règles méthodologiques préconisées par la HAS**



## Recommandation de bonne pratique en psychiatrie :

**Comment améliorer la prise en charge somatique des patients**

**ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique**

**Recommandations**

**Juin 2015**

Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la Haute Autorité de Santé. Ce label signifie que cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la Haute Autorité de Santé.

Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès de la Fédération Française de Psychiatrie – Conseil National Professionnel de Psychiatrie.

---

# Modalités de prise en charge

---

## ❖ Personnes à risque cardiovasculaire

- Tabagisme, obésité, syndrome métabolique, dyslipidémie, diabète, HTA
- Evaluer l'hygiène alimentaire, l'activité physique, les conduites addictives, les conditions socio - économiques

## ❖ Risques associés au traitement

- Antipsychotiques classiques, antipsychotiques atypiques, antidépresseurs, thymorégulateurs
- Prise de poids majorée par certaines molécules :
  - AA : clozapine , olanzapine
  - Thymorégulateurs : lithium, valproate
  - Antidépresseurs : tricycliques, mirtazapine , paroxétine

---

# Syndrome métabolique: définition(s)

---

NCEP - ATPIII : 3 parmi les 5 critères

obésité abdominale (>102 cm (H) ; >88 cm (F))

PA >130 / 85 mm Hg

GAJ > 1,10 g/l

HDL < 0,4 g/l (H) ; <0,5 g/l (F)

TG > 1,5 g/l

IDF : obésité abdominale obligatoire et 2 critères sur 4

obésité abdominale (>94 cm (H) ; >80 cm (F))

PA >130 / 85 mm Hg

GAJ > 1 g/l

HDL < 0,4 g/l (H) ; <0,5 g/l (F)

TG > 1,5 g/l

---

# Comment identifier le syndrome métabolique?

---

- ❖ Prise de pression artérielle
- ❖ Mesure du tour de taille
- ❖ Glycémie à jeun
- ❖ Bilan des anomalies lipidiques : TG, HDL - c (EAL)
- ❖

---

# MODALITES DE PRISE EN CHARGE

---

- ❖ **Le syndrome métabolique :**
- \* à repérer systématiquement: outil de prédiction de l'émergence d'atteintes coronariennes
- \* repérer les différents groupes de patients à risque:
  - Groupe à haut risque: clozapine , olanzapine
  - Groupe à moyen risque: rispéridone , quétiapine , amisulpride
  - Groupe à faible risque: aripiprazole

	Poids / Diabète	Hypercholest érolémie	Syndrome Extra Pyramidaux et Dyskinésies	Prolactine	Sédation	Anticholinergiq ue effets II	Hypotension orthostatique
<b>Aripiprazole</b>	-	-	+	-	+	-	-
<b>Asenapine</b>	+	-	+	++	++	-	+
<b>Clozapine</b>	+++	+++	-	-	+++	+++	+++
<b>Iloperidone</b>	++	++	+	-	+	+	+++
<b>Lurasidone</b>	-	-	+	+	++	-	+
<b>Olanzapine</b>	+++	+++	+(b)	+(c)	++	++	+
<b>Paliperidone</b>	++	+	++	+++	+	-	++
<b>Quetiapine</b>	++	+++	-	-	++	+	++
<b>Risperidone</b>	++	+	++(a)	+++ (c)	+	-	++
<b>Ziprasidone</b>	-	-	+	+	+	-	+

(a) peu aux doses < à 8 mg

(b) à des doses < à 20 mg

(c) dose dépendante

*Adapté de Newcomer JW, 2007, De Hert et al, 2011; P T Zolas et A Sher, 2013*

# Effet de prise de poids dû aux psychotropes utilisés dans les pathologies mentales

Type de psychotrope	Perte de poids	Pas de modification de poids	Prise de poids
<b>Antidépresseurs</b>	Bupropion Fluoxétine	Citalopram Duloxétine Escitalopram Nefazodone Sertraline Venlafaxine	<u>Substantial</u> Amitriptyline Imipramine Mirtazapine <u>Intermediate</u> Nortriptyline Paroxétine
<b>Anticonvulsivants/ thymorégulateurs</b>	Topiramate Zonisamide	Lamotrigine Oxcarbazépine	<u>Substantial</u> Lithium Valproate <u>Intermediate</u> Carbamazépine Gabapentin
<b>Antipsychotiques</b>	Aripiprazole (chez les patients déjà traités) Molindone (chez les patients déjà traités) Ziprasidone (chez les patients déjà traités)	Amisulpride Aripiprazole Asenapine Fluphenazine Halopéridol Lurasidone Perphénazine Ziprasidone	<u>Substantial</u> Chlorpoméazine Clozapine Olanzapine <u>Intermediate</u> Iloméridone Quétiapine Risperidone Thioridazine Zotépine

# La probabilité de troubles métaboliques sous traitement antipsychotique

Traitement	risque de trouble métabolique
Chlorpromazine Clozapine Olanzapine	Elevé (? , peu de données) Elevé Elevé
Quetiapine	Moderé
Amisulpride Iloperidone Paliperidone Risperidone Sertindole	Léger Léger (? , peu de données) Léger Léger Léger
Aripiprazole Asenapine Haloperidol Lurasidone Perphenazine Ziprasidone	Faible Faible (? , peu de données) Faible Faible (? , peu de données) Faible Faible

## RECOMMANDATIONS FRANCAISES\*, Saravane D et al.

	T0	Sem4	Sem8	Sem12	1 fois / trim.	1 fois / an
Histoire personnelle/familiale	X					X
Poids et IMC	X	X	X	X	X	
Périmètre abdominal	X	X				X
Glycémie à jeun	X			X		X
Evaluation anomalies lipidiques	X			X		X
ECG**	X	X				X
Pression artérielle	X			X		X

\*La fréquence des intervalles peut être plus rapprochée en fonction des données cliniques

\*\*ECG de base fortement recommandé; contrôle en fonction des facteurs de risque CV

---

# L'éducation à la santé dans la schizophrénie est possible !

---

- ❖ Aucune étude d'impact sur l'espérance de vie mais ...
- ❖ Intérêt de la **pratique d'un exercice physique** sur la santé physique et mentale (symptômes négatifs) ( Gorczynski et al, 2010)
- ❖ Efficacité des **programmes d'éducation diététique** sur la prévention de la prise de poids des patients sous antipsychotiques et sur perte de poids (Evans et al, 2005) ( Menza et al, 2004 ; Mauri et al, 2008)
- ❖ Intérêt d'un **programme d'éducation à la santé** sur 16 semaines : diminution des cas de syndrome métabolique

# En élargissant au handicap

**GUIDE**

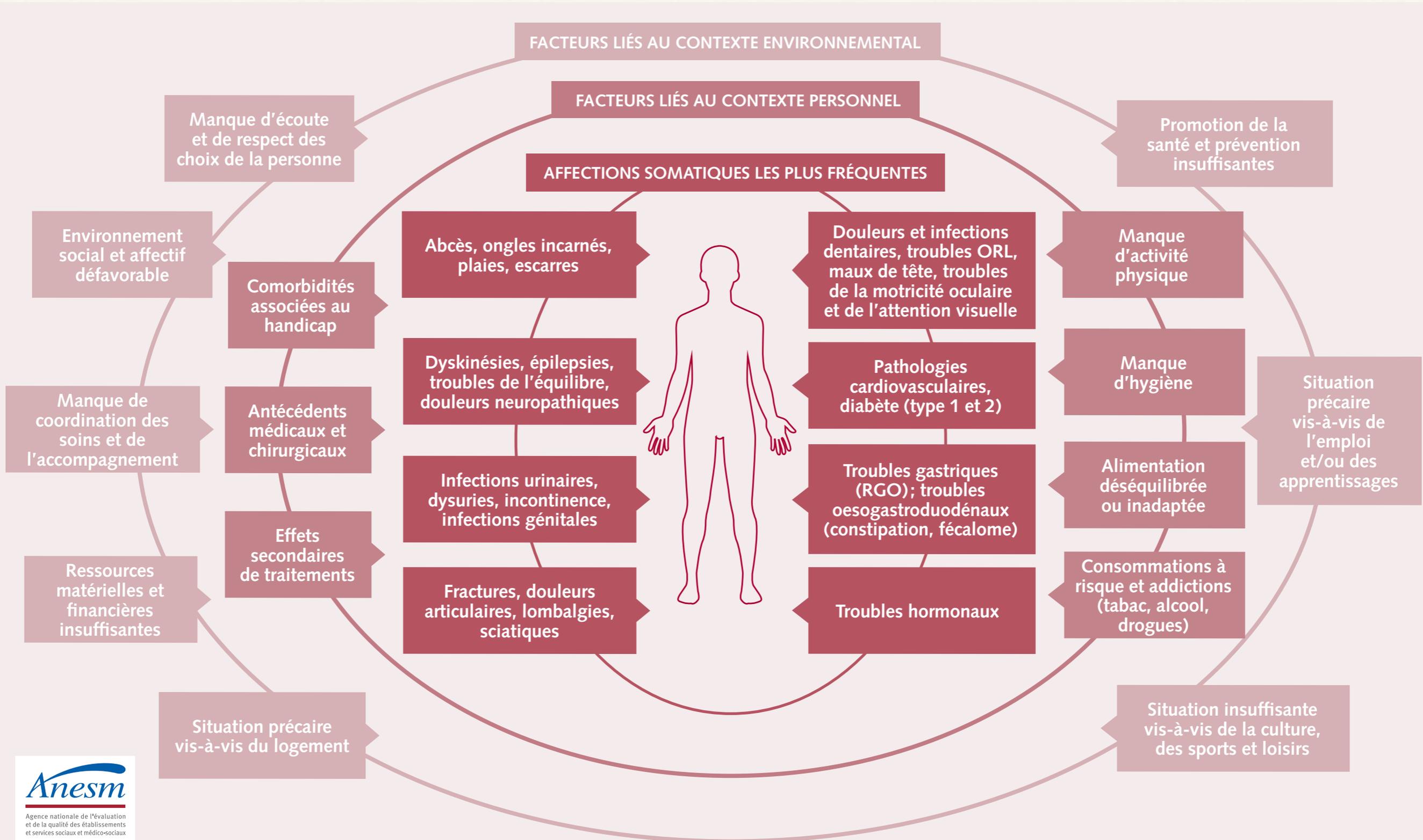
QUALITÉ DE VIE :  
HANDICAP,  
LES PROBLÈMES SOMATIQUES  
ET LES PHÉNOMÈNES  
DOULOUREUX

AVRIL 2017

**Anesm**

Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

# Outil d'identification des principales affections somatiques rencontrées par les personnes en situation de handicap et des possibles facteurs explicatifs



---

# Des améliorations potentielles

---

Comment rendre efficient le parcours de soins somatiques du malade psychique par la coopération et le management par la qualité ?

---

# Structurer le parcours de soins somatiques

---

- ❖ Parcours hospitalisation / ambulatoire
- ❖ Le processus de coopération
- ❖ Structuration du parcours
- ❖ Des recommandations
  - ❖ Définir une politique territoriale et d'établissement
  - ❖ Pratiquer des méthodes de gestion et d'évaluation
  - ❖ Elaborer des outils d'évaluation et de coordination.

---

# Des initiatives intéressantes

---



**AVIS d'APPEL A CANDIDATURE MEDICO-SOCIAL N°2017-01**

**«CENTRE SPÉCIALISÉ D'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP»**