

SOINS PSYCHIATRIQU ES, SOINS SOMATIQUES

Dr Nabil Hallouche, Association Nationale pour la
Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale



ANP3SM

OU SE SITUER



ESSAYONS DE SITUER PLUS AVANT LA PROBLEMATIQUE

- Fondements de la psychiatrie
- Qu'est ce que la santé ?
- Qu'est ce que la santé mentale?
- Qu'est ce que la santé en psychiatrie ?



LA PSYCHIATRIE

- C'est une discipline médicale
- Particularité: s'intéresse à l'être humain dans sa globalité dans toute sa dimension bio-psycho-sociale
- Elle cherche donc à assurer le niveau de santé le plus optimal des personnes au plan

MENTAL

PHYSIQUE

SOCIAL



LA SANTÉ

État de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (définition OMS 1946)



LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. Il s'agit de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté (source site OMS)

C'est un *équilibre dynamique* entre les différentes sphères de la vie : sociale, physique, spirituelle, économique, émotionnelle et mentale. Elle nous permet d'agir, de réaliser notre potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie et d'apporter une contribution à la communauté. Elle est influencée par les conditions de vie, les valeurs collectives dominantes ainsi que les valeurs propres à chaque personne. (source Mouvement santé mentale Québec)



LOGIQUE DE L'ÉQUATION

Spécificité de la psychiatrie avec sa prise en compte holistique de l'être humain

+

La santé mentale représente le fondement du bien-être humain à l'échelle individuelle et collective

=> Les personnes soignées en psychiatrie devraient avoir le « privilège » de voir l'ensemble des éléments constituant leur santé, analysé et pris en compte, peut-être plus que dans toute autre discipline médicale



FAUT-IL CONTINUER A PARLER DE SOINS SOMATIQUES, SOINS PSYCHIATRIQUES ?

- On ne peut imaginer dissocier les éléments définissant la santé
- On ne peut considérer s'occuper correctement de la santé mentale d'une personne, tout en occultant les problèmes somatiques (comorbidités, iatrogénie), on ne peut prétendre s'occuper de la santé physique d'une personne sans se préoccuper de sa santé mentale ou sociale

Il faut donc aborder la santé avec une approche globale intégrative: Parler de santé globale et de bien-être serait plus approprié

VIVRE VIEUX, VIVRE MIEUX ET EN MEILLEURE SANTE POSSIBLE



SITUATION DE LA SANTE MENTALE ET DE LA PSYCHIATRIE DANS LE MONDE

- 5 pathologies parmi les 10 pathologies majeures les plus préoccupantes du XXIème siècle, sont des pathologies mentales: dépression, SCZ, bipolarité, addictions, TOC (1)
- ¼ de la population mondiale est concernée à un moment de sa vie par un problème de santé mentale
- Les maladies mentales sont sur le podium des 3 maladies les plus fréquentes après les cancers et les maladies cardio-vasculaires



SITUATION DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE

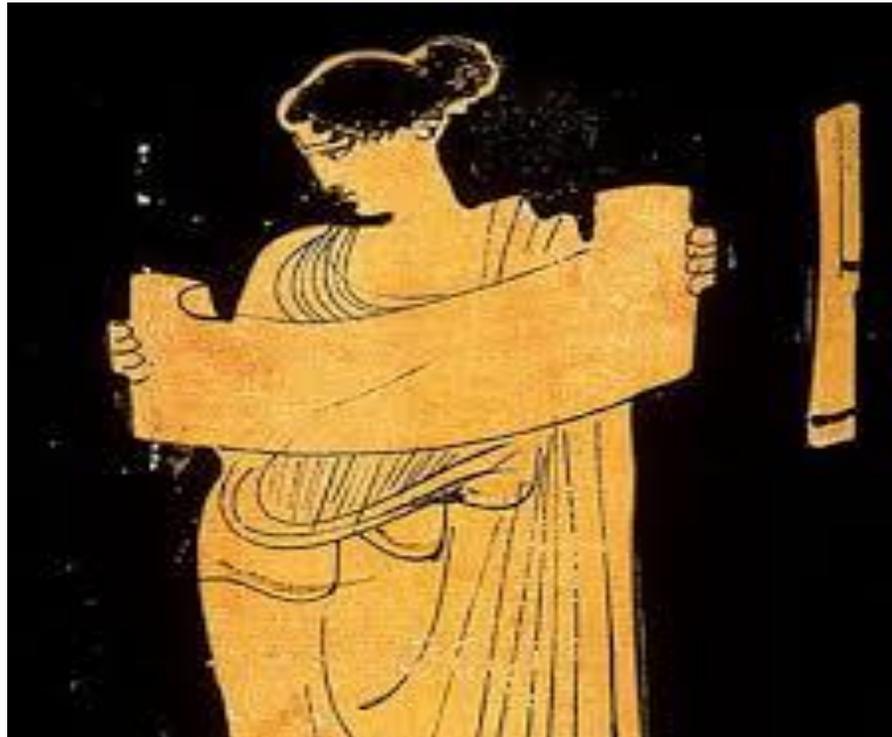
- 1 % de la population est touchée par la SCZ (10 000 nouveaux cas annuels) (3)
- 1 à 2,5 % de la population est concernée par la bipolarité (4)
- 1 personne sur 10 a vécu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année écoulée (5)
- L'ensemble des coûts directs et indirects liés à la santé mentale : 107 milliards d'€ (6)
- La recherche en santé mentale concerne 2 à 4 % de la recherche globale en santé (vs 6 % en Espagne, 7 % UK, 10 % en Finlande et 16 % USA) (2)
- Difficultés d'accès aux soins: lits d'hospitalisation saturés, CMP aux délais d'attente trop longs => mise en danger la politique de secteur



LE PARENT PAUVRE DE LA SANTÉ : LA PSYCHIATRIE



ACTION/RÉACTION



1. Garantir aux établissements autorisés en psychiatrie la préservation des moyens alloués à l'activité de psychiatrie.
2. Accompagner la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale obligatoires au 1^{er} juillet 2020 par un soutien technique des ARS.
3. Structurer spécifiquement pour les établissements du secteur public une organisation de la psychiatrie publique prenant en compte la nécessité d'un pilotage clairement identifié et cohérent des dispositifs de soins et de prévention relevant de son champ dans les Groupements Hospitaliers de Territoire.
4. Sur la base d'orientations validées au niveau du comité national de pilotage de la psychiatrie, garantir l'accès aux services de psychiatrie infanto-juvénile, structurer et développer la recherche, mener à leur terme les travaux engagés pour la prise en charge psychiatrique des personnes âgées et en addictologie, mettre en œuvre la prise en charge sanitaire répondant aux besoins des personnes autistes et de leurs proches, déployer les pratiques de soins de réhabilitation psycho-sociale sur l'ensemble du territoire, engager les travaux préparatoires à l'élaboration du nouveau régime d'autorisation des établissements en psychiatrie.
5. Définir et mettre en œuvre pour septembre 2019 les pratiques avancées infirmières en psychiatrie.
6. Garantir les conditions de séjour hospitalier respectant les droits et la dignité des patients.
7. Comblent le retard d'application de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) pour la prise en charge de la psychiatrie.
8. Développer des indicateurs qualité et sécurité des soins dédiés à la psychiatrie
9. Permettre le développement de la télémedecine dans le domaine de la psychiatrie.
10. Promouvoir la psychiatrie médico-légale.
11. ??? Mesures visant à améliorer la santé somatique ?

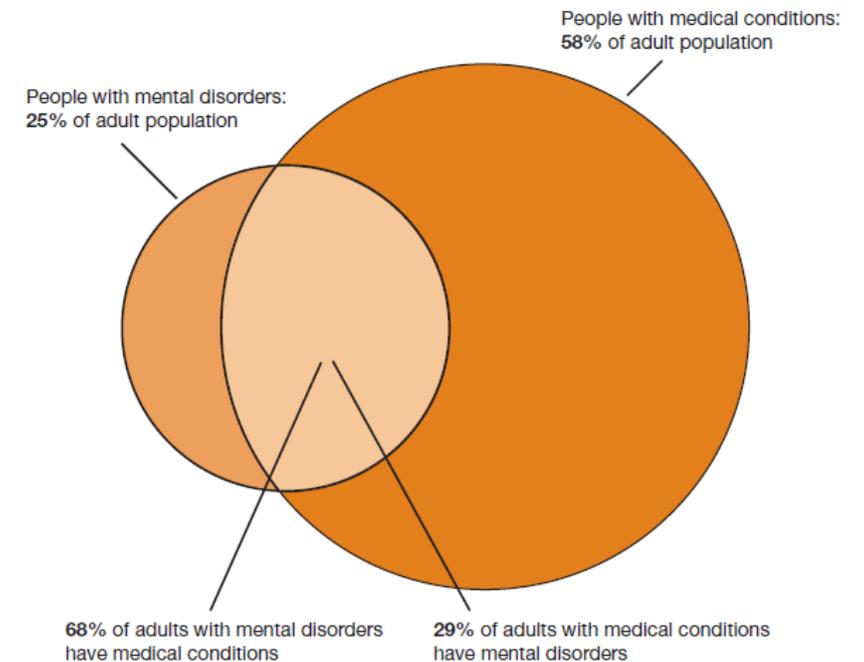


SITUATION SANITAIRE DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE SÉVÈRE : PERCEPTION ANCIENNE



SITUATION SANITAIRE DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE SÉVÈRE : PERCEPTION ACTUELLE

Sur la base des données épidémiologiques
du *National Comorbidity Survey
Replication* entre 2001 et 2003, 34 millions
d'adultes américains (soit 17 % de la
population adulte) présentent une
comorbidité mentale et somatique sur une
période de 1 an (7)



Source: Adapted from the *National Comorbidity Survey Replication, 2001–2003* (3, 83)



ÉTAT DES LIEUX

- Le syndrome métabolique
- Obésité
- Diabète type 2
- HTA
- Les maladies cardio-vasculaires
- Les cancers
- L'hyperprolactinémie
- Les troubles graves du transit intestinal
- L'ostéoporose, les chutes
- Les maladies respiratoires chroniques
- Les problèmes de santé orale
- Les risques en lien avec les conduites addictives
- Les pathologies en lien avec les conduites à risque sexuelles
- Les troubles de la sexualité
- Les maladies infectieuses
- Les troubles neurologiques



LE SYNDROME MÉTABOLIQUE

Défini par coexistence d'au moins 3 des facteurs suivants (définition IDF AHA/NHLBI 2009):

- Glycémie à jeun $\geq 1\text{g/l}$ ou traitement en cours
- Triglycérides $> 1\text{g/l}$ ou traitement en cours
- HDL cholestérol $< 0,4\text{ g/l}$ pour les hommes et $< 0,5\text{ g/l}$ pour les femmes
- HTA avec PAs $\geq 130\text{ mm Hg}$ et/ou PAd $\geq 85\text{ mm Hg}$, ou traitement en cours
- Obésité abdominale:
 - ❑ Population d'origine européenne : choix entre critères NCEP/ATPIII ($\geq 102\text{ cm}$ pour les hommes, 88 cm pour les femmes) et IDF 2005 ($\geq 94\text{ cm}$ pour les hommes, 80 cm pour les femmes)
 - ❑ Population d'origine non européenne *
 - ❑ Une obésité avec $\text{IMC} \geq 30\text{ kg/m}^2$ dispense de la mesure du périmètre abdominale



SPÉCIFICITÉS ETHNIQUES

Tour de taille	USA	Amérique du sud et centrale	Asie	Europe	Afrique subsaharienne	Bassin méditerranéen et Moyen Orient
Hommes	≥ 102 cm	≥ 90 cm	≥ 90 cm	≥ 94 cm	≥ 94 cm	≥ 94 cm
Femmes	≥ 88 cm	≥ 80 cm	≥ 80 cm	≥ 80 cm	≥ 80 cm	≥ 80 cm

Grundey SM, Cleeman JI, Daniels SR et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute scientific statement. Circulation 2005; 112: 2735-52

Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome - A new world-wide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. Diabetes Med 2006, 23: 469-80



SYNDROME MÉTABOLIQUE: QUELQUES REPÈRES

- Risque de maladie coronarienne x 3 à 6, d'HTA x 2 et de diabète x 5 à 6 (8,9)
- 2 à 3 fois plus fréquent chez le patient schizophrène que dans la population générale (10)
- Conséquences cliniques: essentiellement augmentation du risque cardiovasculaire (morbidité et mortalité) et augmentation du risque de diabète type 2. D'autres situations sont liées au syndrome métabolique :
 - Augmentation du risque thrombotique
 - Inflammation chronique
 - Augmentation du risque de NASH



ET POURTANT (29) ...

- Une thèse de médecine basée sur une étude réalisée à partir d'une base de données de la CNAM, évalue le taux de surveillance biologique (bilans lipidiques et glycémiques) du syndrome métabolique, il en ressort que :
- Moins de 3% des patients sous antipsychotiques bénéficient d'un suivi optimal
- plus de 40% des patients n'ont eu aucun bilan dans les délais recommandés.
- 15% des patients n'ont eu aucun suivi au cours de la période



RISQUE MÉTABOLIQUE EN FONCTION DES TRAITEMENTS

Traitements	Prise de poids	Hyperglycémie	Risque métabolique
Clozapine	++	+++	Élevé
Olanzapine	++	++	Élevé
Risperidone	+	+	Modéré
Amisulpride	+	0	Modéré
Aripiprazole	+/-	0	Bas



RECOMMANDATIONS

	T0	SEMAINE 4	SEMAINE 8	SEMAINE 12	TOUS LES 3 MOIS	TOUS LES ANS
Histoire personnelle et familiale	X					X
Poids et IMC	X	X	X	X	X	
Périmètre abdominal	X	X				X
Glycémie à jeun	X			X		X
EAL	X			X		X
ECG	X	X				X
TA	X			X		X



OBÉSITÉ

- En particulier obésité abdominale
- Impact sur l'espérance de vie qui est raccourcie de 25 à 30 ans (11)
- Augmentation du risque de diabète, de maladies cardio- ou cérébro-vasculaires, de dyslipidémie, de troubles respiratoires, de certains cancers
- Risque x 2,8-3,5 chez les personnes présentant un trouble psychique sévère, qu'ils soient traités ou non par psychotropes (9,12)



DIABÈTE TYPE 2

- Risque accru: x 5 à 6 (4, 8)
- Prévalence du diabète 13 % chez les personnes souffrant de schizophrénie vs 3 % de la population générale (14)
- Plus de 30 % des SCZ diabétiques ne reçoivent pas de trt vs 19 % dans la population générale (13, 23)



HTA

- Prévalence de 27 % chez le SCZ vs 17 % population générale (14)
- 62,4 % des SCZ hypertendus ne recevraient pas de trt vs 18 % population générale (13, 24)



MALADIES CARDIO- VASCULAIRES

- Pathologies coronariennes
- Troubles du rythme cardiaque
- Maladie veineuse thrombo-embolique (MVTE)
- Maladies cérébro-vasculaires
- La prévalence des maladies cardio-vasculaires x 2 à 3 / population générale (9)
- La maladie psychiatrique elle-même comme facteur de risque cardio-vasculaire par dysrégulation du système hypothalamo-hypophyso-surrénalien et des modifications immunologiques au niveau de certaines cytokines souvent constatées dans la psychose et la dépression (25)



PATHOLOGIES CORONARIENNES

- Chez les SCZ, risque x 2 à 3,6 / population générale (9)
- Taux d'hospitalisation plus faible chez des SCZ avec cardiopathie ischémique vs population générale. Stabilisation de la mortalité par cardiopathie ischémique chez les hommes et en augmentation chez les femmes souffrant de pathologies psychiatriques, alors que dans la population générale on note une baisse régulière de cette mortalité (26)
- Moins de pontages et de stents chez les personnes avec troubles psychiatriques (9)



TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE

- Le risque de mort subite par torsade de pointe est x 3 chez le patient SCZ⁽⁹⁾
- En lien avec les thérapeutiques psychotropes utilisées
- Importance de surveiller le QTc



MALADIE VEINEUSE THROMBO-EMBOLIQUE (MVTE)

- Incidence **trimestrielle** d'événements thrombo-emboliques en institution psychiatrique entre 3.5 et 11.6 %. A titre comparatif dans la population générale, l'incidence **annuelle** entre 0,6 et 1,17 %° (15, 16)
- Autre comparaison, l'incidence annuelle chez des patients hospitalisés pour un cancer est évaluée à 4.95 % (20)
- En France, une étude menée entre 2012 et 2015, montre un risque x 40 à 80 / population générale (17)
- Le sur-risque est en lien avec :
 - Restriction de mobilité
 - Effet pro-thrombotique de certains psychotropes (antipsychotiques, antidépresseurs IRS)
 - La pathologie psychiatrique elle-même (schizophrénie, dépression et troubles bipolaires) (18, 19)



MALADIES CÉRÉBRO-VASCULAIRES

- Risque x 1,5 à 2,9 /population générale (9)
- Les antipsychotiques à hautes doses favoriseraient ce sur-risque (9)



CANCERS

- Première cause de mortalité (toutes causes confondues) chez les personnes vivant avec un trouble psychique sévère (TPS) (22)
- Les résultats des études divergent quant à la majoration du risque de cancer dans la population avec TPS (9, 21)
- Vulnérabilité particulière en lien avec :
 - Exposition à de nombreux facteurs de risque (tabac, alcool, ...)
 - Un accès aux soins de moins bonne qualité (dépistage, prévention, traitements)



HYPERPROLACTINÉMIE (27)

- Essentiellement d'origine médicamenteuse (antipsychotiques, antidépresseurs)
- Baisse du taux de dopamine => Hyperprolactinémie
- Antipsychotiques hyperprolactinémisants :
 - APPG : ++++ qq soit la molécule
 - Amisulpride, risperidone : +++
 - Clozapine, olanzapine, aripiprazole : +
- Manifestations cliniques : sexuelles (aménorrhée, galactorrhée, troubles libido, infertilité, troubles érectiles...), osseuses (ostéoporose), cancéreuses (Kc sein)



OSTÉOPOROSE ET CHUTES

- Responsabilité des psychotropes (hyperprolactinémie)
- Habitus : sédentarité, carences alimentaires en vit D et en Ca, tabac, alcool
- Chutes favorisées par : psychotropes (effet sédatif, retentissement neurologique, hypotension orthostatique ...)
- Traumatismes parfois lourds de conséquences pas toujours dépistés



MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

- Favorisées par le tabac et le surpoids :
 - BPCO
 - SAOS



PROBLÈMES DES SANTÉ ORALE

- Favorisés par :
 - Mauvaise hygiène bucco-dentaire et alimentaire
 - Difficultés d'accès aux soins
 - Psychotropes (hyposialorrhée favorisant les caries et les problèmes parodontaux)



MAIS ENCORE ...

- Les risques liés aux conduites addictives
- Ceux en lien avec avec des conduites sexuelles à risque
- Les troubles de la sexualité: très peu pris en charge
- Les maladies infectieuses: VIH, VHC, tuberculose...
- Les troubles neurologiques: épilepsie, syndromes parkinsonniens...
- Les troubles graves du transit intestinal
- ...



DONC...

- Très grande vulnérabilité
- Les éléments à l'origine de cette vulnérabilité sont pour la plupart modifiables (tabac, alcool, mode de vie, alimentation, activité physique, accès aux soins...)
- Possibilité d'actions de prévention et de correction



MAIS LE CONSTAT EST LÀ

(22)

- L'espérance de vie augmente en France (79 ans pour les hommes, 85 ans pour les femmes)

Sauf ... pour les personnes avec TPS, chez eux elle ne cesse de décroître. En moyenne elle est écourtée de 15 à 20 ans / population générale

- Leur taux de mortalité est x 2 à 5/ population générale
- La grande majorité des décès est imputable à des causes somatiques :
 - 45 % des décès sont en lien avec, en premier lieu les cancers puis les causes cardio-vasculaires
 - 12 % sont en lien avec des causes externes (suicides, accidents, chutes...)



QUELS ÉLÉMENTS CONTRIBUENT À CETTE VULNÉRABILITÉ ?

Multifactorielle :

- Ceux liés à la personne
- Ceux liés à la pathologie mentale
- Ceux liés aux soignants
- Ceux liés au système de soins et la communication de la santé



ÉLÉMENTS LIÉS AUX PERSONNES

- Réticence ou réelle difficulté à accéder aux soins
- Réticence et difficulté majorées par le manque d'information, de préparation et d'accompagnement (qui permet de réduire l'anxiété naturellement générée par la méconnaissance du soin, son intérêt et le ressenti de passivité dans ce processus)
- Auto-stigmatisation (entretenu par les soignants): convaincus qu'ils sont liés à une fatalité d'une santé précaire, d'un accès limité aux soins
- Hygiène de vie peu favorable à une vie en bonne santé (tabac, alcool, autres addictions, conditions socio-économiques ...)



ÉLÉMENTS LIÉS À LA PATHOLOGIE MENTALE

- L'origine somatique ou psychique des symptômes parfois difficile à identifier
- Symptômes non exprimés ou exprimés d'une façon différente qu'il faut savoir décoder (par le patient, l'entourage, les soignants)
- L'exemple de l'expression de la douleur illustre bien cette difficulté



ÉLÉMENTS LIÉS AUX SOINS ET AUX SOIGNANTS

- En psychiatrie :
 - Manque d'intérêt et/ou de formation pour les soins somatiques
 - Formation insuffisante sur l'expression parfois particulière des symptômes ou des pathologies somatiques, des effets secondaires des traitements
- En MCO :
 - Idée reçue et fortement ancrée sur l'aspect « ingérable », « dangereux », « non observant », « ayant du mal à adhérer aux soins » des personnes avec TPS
 - Formation insuffisante sur la maladie mentale
 - => stigmatisation participant à une réelle perte de chance d'accéder aux soins



ELEMENTS LIES AU SYSTEME DE SOINS ET À LA COMMUNICATION DE LA SANTÉ

- « saucissonnage » du système de soins, incompatible avec une approche globale
- Passage obligé par les urgences « saturées »
- Communication faible voire absente entre les différents acteurs de santé
- Pas de prise en compte suffisante par la CNAM de la complexité des situations cliniques impliquant des personnes avec TPS
- Manque de transversalité professionnelle et disciplinaire dans les travaux de recherche
- Messages de prévention (tabac, dépistage cancer, nutrition...) souvent en inadéquation avec le ressenti des patients
- Absence de définition de l'exercice de la médecine somatique en milieu psychiatrique (rôle de liaison, articulation avec le parcours de soins)
- Absence de visibilité sur l'organisation de ces soins somatiques au sein des établissements autorisés en psychiatrie
- L'hospitalo-centrisme



OÙ ORIENTER NOS ACTIONS

- Là où se trouvent les patients et avec eux, en s'adaptant à leur parcours de soins
- Dans les structures hospitalières
- Mais surtout dans la cité : 76 % des personnes suivies en psychiatrie le sont exclusivement en ambulatoire (28)



COMMENT ORIENTER NOS ACTIONS ?

- Auprès des patients et des aidants
- Au niveau des soignants
- Au niveau du système de santé



AUPRÈS DES PATIENTS ET DES AIDANTS

- Renforcer l'information sur les comorbidités somatiques et la iatrogénie auxquels ils sont exposés et leur impact sanitaire
- Repenser les messages de prévention et de réduction des risques pour qu'ils soient mieux perçus. Implications des pairs ou patients experts
- Les impliquer pleinement dans leur parcours de soins « empowerment », tout en renforçant un dispositif d'accompagnement et d'orientation (tout du moins au début)
- Veiller à ce qu'ils s'intègrent pleinement dans le dispositif de soins primaires et qu'ils bénéficient d'un suivi médical adapté par un médecin généraliste référent
- Travailler en étroite collaboration avec les aidants et les associations d'utilisateurs
- Renforcer l'estime et l'image de soi via l'intérêt porté au corps et à sa santé (activité physique adaptée, prise en compte de la santé orale, prise en charge bio-socio-esthétique...)



AU NIVEAU DES SOIGNANTS

- Renforcer la formation initiale et continue des soignants en MCO sur la psychiatrie et de certaines spécificités de sa prise en charge => lutte contre la stigmatisation
- Renforcer la formation continue des soignants en santé mentale sur les soins somatiques
- Mener une réflexion éthique sur la façon dont on traite la demande (ou la non demande) de soins de la personne avec TPS
- Définir et mettre en œuvre le rôle de l'IPA sur les soins somatiques en psy
- Améliorer la communication et la coordination entre les différents acteurs de santé
- Favoriser les échanges interprofessionnels sur des thématiques en lien avec la santé globale des patients (réunions cliniques, RCP, colloques, journées thématiques...)
- Mise en place, diffusion et suivi de recommandations de bonne pratique sur la prise en charge somatique en psychiatrie avec des algorithmes d'utilisation simplifiée

- Favoriser la recherche clinique médicale et paramédicale autour des questions des comorbidités somatiques en psychiatrie



AU NIVEAU DU SYSTÈME DE SANTÉ

- Dresser un état des lieux précis de l'offre de soins somatiques dans les établissements psychiatriques en France
- Définir précisément et consensuellement le rôle de la médecine somatique de liaison et son articulation avec le dispositif de soins dans le parcours du patient
- Favoriser le développement de la télémédecine
- Mettre en place une véritable politique de santé publique avec mise en place d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (réalistes et viables) qui permettent d'en assurer le suivi
- Repenser l'offre et les parcours de soins, notamment en ambulatoire et développer les PTSM en lien avec les soins somatiques
- Mettre en place une politique de santé favorisant l'accès à l'activité physique adaptée pour les populations vulnérable et d'accès à une prise en charge diététique



DU CÔTÉ DU CHANGEMENT (EN FRANCE)

- PTSM: soins somatiques une priorité (urgences, parcours ado, déstigmatisation, logement)
- Initiatives locales pour fluidifier le parcours de soins des personnes suivies en ambulatoire :
 - Coréso du CH Le Vinatier
 - PsySom du GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Dolopsy...
- Charte de partenariat signée entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur (2014)
- Recommandations de bonne pratique pour l'amélioration de la prise en charge somatique (2015)
- Publication d'un guide par la HAS pour aider les professionnels à développer et renforcer la coordination interprofessionnelle dans la prise en charge d'adultes souffrant de troubles mentaux



DU CÔTÉ DU CHANGEMENT (EN FRANCE)

- Expérimentation des IQSS 2019 « prise en charge somatique en établissements de santé »: évaluation et prise en charge de la douleur somatique, évaluation cardio-vasculaire et métabolique, évaluation gastro-intestinale, évaluation des addictions
- Élaboration en cours d'une charte d'engagement pour la promotion de l'amélioration de la santé physique des personnes souffrant de troubles psychiques sévères
- Études de recherche clinique: Canopée, DynamoPsy, Constipsy...
- Initiatives en lien avec technologies: Clicotrope, télémédecine, SimuTED...
- PsySoma 2018



PSYSOMA 2018

- L'enquête psy-soma 2018 bien que contraignante (67 items) a été renseignée par 103 établissements sur les 257 interrogés. Ce taux de réponse élevé (40%) permet d'en dégager les constats suivants :
 - Les EPSM et les ESPIC ont mis en place des soins diversifiés et des capacités d'accueil significatives dans le domaine des soins somatiques dédiés aux pathologies psychiatriques.
 - Les EPSM ont identifié des postes de praticiens hospitaliers de médecine polyvalente mais aussi assuré un accès à une grande diversité de spécialités (notamment pour les soins dentaires).
 - Pour autant, le nombre d'ETP en médecine polyvalente reste insuffisant pour répondre aux besoins des secteurs en particulier pour pour les périodes de congés. Les CHG disposent de davantage d'ETP de médecins pour les soins somatiques.
 - Les postes d'internes en MG ne sont pas en nombre suffisant pour assurer la formation des MG en psychiatrie et promouvoir le recrutement des médecins « somaticiens » en psychiatrie



PSYSOMA 2018 (SUITE)

- La disponibilité de locaux dédiés aux soins somatiques restent très insuffisante dans les établissements.
- Les personnels soignants non médicaux et dédiés spécifiquement aux soins somatiques notamment sont peu identifiés dans les CHG et les CHU
- Les PH en médecine polyvalente sont des acteurs impliqués dans la vie institutionnelle de leurs établissements. Ils participent aux instances et s'engagent dans le domaine de la formation.
- Les axes de prévention font l'objet d'une attention particulière par l'ensemble des établissements



PSYSOMA 2018 (SUITE)

- La cotation et le repérage des actes nécessitent des efforts accrus d'exhaustivité. Les rapports d'activité devraient être systématisés avec une présentation au minimum annuelle en CME et valorisé au sein du RIMP.
- Le développement des soins de support peut constituer une réponse aux carences de prises en charge somatique pour les patients présentant des troubles psychiatriques et nécessitant une attention particulière.
- En tout état de cause, les soins somatiques, leur organisation et leur coordination territoriale devraient être systématiquement envisagée au niveau du territoire de santé mentale, en lien avec les partenaires naturels des secteurs que seront les CPTS et les hôpitaux de proximité



DU CÔTÉ DU CHANGEMENT (A L'ÉTRANGER)

- Liens entre les différents programmes à l'international (EquallyWell, IPHYS et leurs algorithmes HETI, HELPS...)
- Publication par l'OMS en novembre 2018, de guidelines sur la gestion des problèmes de santé physique chez les personnes atteintes de problèmes mentaux graves
- Commission Lancet 2019: un plan pour la protection de la santé physique des personnes vivant avec un trouble psychique sévère
- La perspective de création d'un réseau de collaboration international pour l'amélioration de la santé physique des personnes vivant avec une pathologie mentale

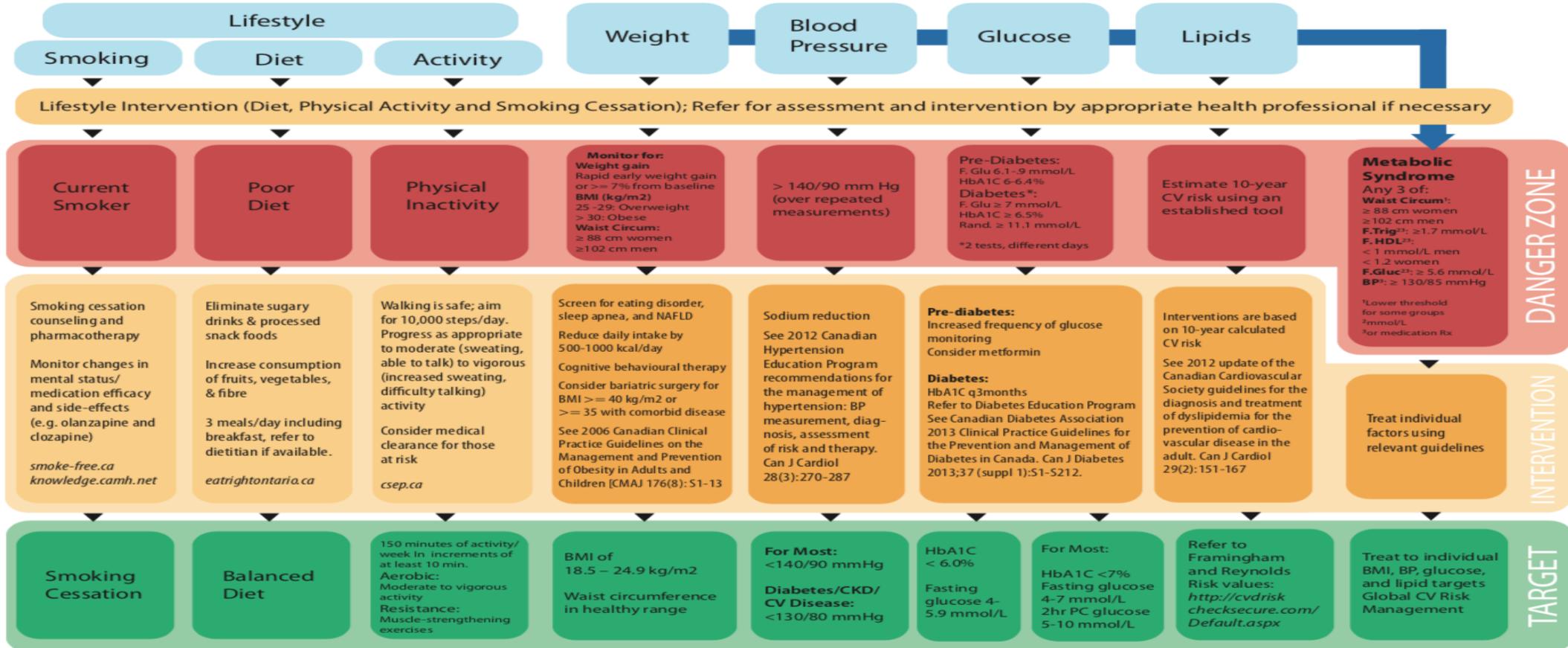


EXEMPLE D'ALGORITHME

HFTT

Cardiometabolic Risk Management: Antipsychotics (Mood Stabilizers & Antidepressants*)

*Despite less available evidence, similar principles apply to these medication classes



FPG= Fasting Plasma Glucose; RPG = Random Plasma Glucose; BMI = Body Mass Index; Total Chol = total cholesterol; LDL = Low Density Lipoprotein; HDL = High Density Lipoprotein; BP= Blood pressure



CONCLUSION

- Aujourd'hui les soignants sont sensibles à l'impact de la santé physique sur l'espérance de vie des personnes avec TPS
- De nombreuses actions sont menées pour améliorer la santé globale

Il faut maintenant recenser, identifier les actions et les acteurs de cette prise en charge sur le plan nationale mais aussi à l'international pour favoriser le « travailler ensemble », obtenir le soutien des instances gouvernementales et de tous pour que...

Les personnes vivant avec un trouble psychique puissent enfin bénéficier d'un accès aux soins de qualité comparable à celui de la population générale et que leur parcours de vie ne rime plus avec parcours du combattant

Nous pourrons alors véritablement envisager la psychiatrie de demain



2020



18^e Congrès SOINS SOMATIQUES et DOULEUR en SANTÉ MENTALE

Les 9 et 10 juin - Institut Pasteur - Paris



Association nationale
pour la promotion des soins somatiques en santé mentale

www.anp3sm.com



ouverture des inscriptions
Octobre 2019

Contact: contact@anp3sm.com



**Un grand merci pour votre attention
... Et votre soutien**



BIBLIOGRAPHIE

- (1) The World Health Report 2001 Mental Health : New understanding, new hope Geneva : World Health Organisation (2001) et OMS Europe (2006)
- (2) Cour des comptes L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale 2005-2010" Décembre 2011. <http://www.ccomptes.fr/Presse/Communiqués-de-presse/L-organisation-des-soins-psychiatriques-les-effets-du-plan-psychiatrie-et-santé-mentale-2005-2010>; Chevreur K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. Eur Neuropsychopharmacol 2012 sep 4.
- (3) Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. C Gourier-Frery, C Chan Chee, N Beltzer. European Psychiatry, novembre 2014, Volume 29, Issue 8, Supplement, page 625. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.118>
- (4) HAS. Troubles bipolaires : diagnostiquer plus tôt pour réduire le risque suicidaire [Internet]. Oct 2015: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2560925/en/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire
- (5) La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre santé 2017. C Léon, C Chan Chee, E du Roscoät. BEH 16 oct 2018.
- (6) Fondation FondaMental, communiqué de presse publié le 6 octobre 2015 [Internet] : <https://www.fondation-fondamental.org/recherche-en-santé-mentale-une-priorité>
- (7) Mental disorders and medical comorbidity. B D Druss, E Reisinger Walker. Robert Wood Johnson Foundation. Research Synthesis Report n°21. February 2011
- (8) Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. D E Casey. Am J Med 2005, 118, Supplement 2, 15S-22S
- (9) De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in healthcare. World Psychiatry. 2011 fevrier;10(1):52-77.
- (10) Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K, van Winkel R, Yu W, De Hert M. Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities in Schizophrenia and Related Disorders—A Systematic Review and Meta-Analysis. Schizophrenia Bulletin. 2013 Mar; 39(2):306-18
- (11) Meyer JM, Nasrallah HA. Medical illness and schizophrenia [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Pub.; 2009 [cited 2014 Dec 22]. Available from: <http://appi.org>



BIBLIOGRAPHIE (SUITE)

- (12) Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med.* 1999;29(03):697-701.
- (13) 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.* 2006 Sep;86(1-3):15-22.
- (14) Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM, Nasrallah HA, Daumit GL, et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res.* 2005 Dec;80(1):45-53.
- (15) A. Delluc et al: Incidence of venous thrombo-embolism in psychiatric units. *Thromb. Res* 2012; 130(6): 238-8
- (16) T. Ishida, T. Katagiri, H. Uchida, H. Takeuchi, H. Sakurai, K. Watanabe, et al., Incidence of deep vein thrombosis in restrained psychiatric patients, *Psychosomatics* 55 (1) (2014) 69-75.
- (17) S Gaertner, A Piémont, A Faller, G Bertschy, N Hallouche, C Mirea, I Le Ray, E M Cordeanu, D Stephan. Incidence and risk factors of venous thromboembolism : peculiarities in psychiatric institutions. *International Journal of Cardiology* 248 (2017) 336-441.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.07.092>
- (18) V. Chow, C. Reddel, G. Pennings, E. Scott, T. Pasqualon, A.C.C. Ng, et al., Global hypercoagulability in patients with schizophrenia receiving long-term antipsychotic therapy, *Schizophr. Res.* 162 (1-3) (2015) 175-182.
- (19) M.H. Abbott, S.E. Folstein, H. Abbey, R.E. Pyeritz, Psychiatric manifestations of homocystinuria due to cystathionine beta-synthase deficiency: prevalence, natural history, and relationship to neurologic impairment and vitamin B6- responsiveness, *Am. J. Med. Genet.* 26 (4) (1987) 959-969.
- (20) F A Allaert, E Benzenine, C Quantin. Incidence de la maladie thrombo-embolique veineuse au cours du séjour hospitalier des patients cancéreux 5 fois plus important que pour les autres patients : résultats nationaux. *Journal des Maladies Vasculaires.* Vol 41, Issue 2, march 2016, page 122. <https://doi.org/10.1016/j.jmv.2015.12.098>
- (21) Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Nov;116(5):317-33.
- (22) M Coldefy, C Gandré. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *IRDES, Questions d'Economie de la Santé, n° 237, septembre 2018*
- (23) HAS. Stratégie médicamenteuse de contrôle glycémique du diabète de type 2. 2013
- (24) HAS. Service évaluation du médicament. Emmanuelle Cohn-Zanchetta. Evaluation des médicaments antihypertenseurs et place dans la stratégie thérapeutique. 2010



BIBLIOGRAPHIE (SUITE)

- (25) De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller HJ. *Maladie cardiovasculaire et diabète chez les sujets souffrant d'une maladie mentale sévère. Déclaration de position de l'European Psychiatric Association (EPA), soutenue par l'European Association for the Study of Diabetes (EASD) et l'European Society of Cardiology (ESC). Eur Psychiatry (Internet). 2010 (cited 2014 dec 22); available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933810001574>*
- (26) Maj M. *Santé somatique et soins somatiques des personnes atteintes de schizophrénie. EMC Psychiatrie 2009*
- (27) Besnard I, et al. *Hyperprolactinémies induites par les antipsychotiques: physiopathologie, clinique et surveillance. Encéphale (2013), doi: 10.1016/j.encep.2012.03.002*
- (28) DRESS- *Autres professions de santé. Synthèse des effectifs au 1^{er} janvier 2015*
- (29)

