

Première Journée Euroise de Psychiatrie

Maladies complexes et parcours de soins : l'exemple de l'obésité

Mohammed Taleb

Vernon le 26 novembre 2019

Introduction

- Causées à la fois par des facteurs environnementaux et génétiques (Craig et al., 2008).
- Fréquentes et en hausse :
 - mode de vie
 - vieillissement de la population.
- Physiopathologies complexes :
 - Causes initiales méconnues
 - Maladies multifactorielles
 - Association entre elles : Obésité/cancer, diabète/dépression, HTA/athérome, Alzheimer/IDM,

Les maladies complexes

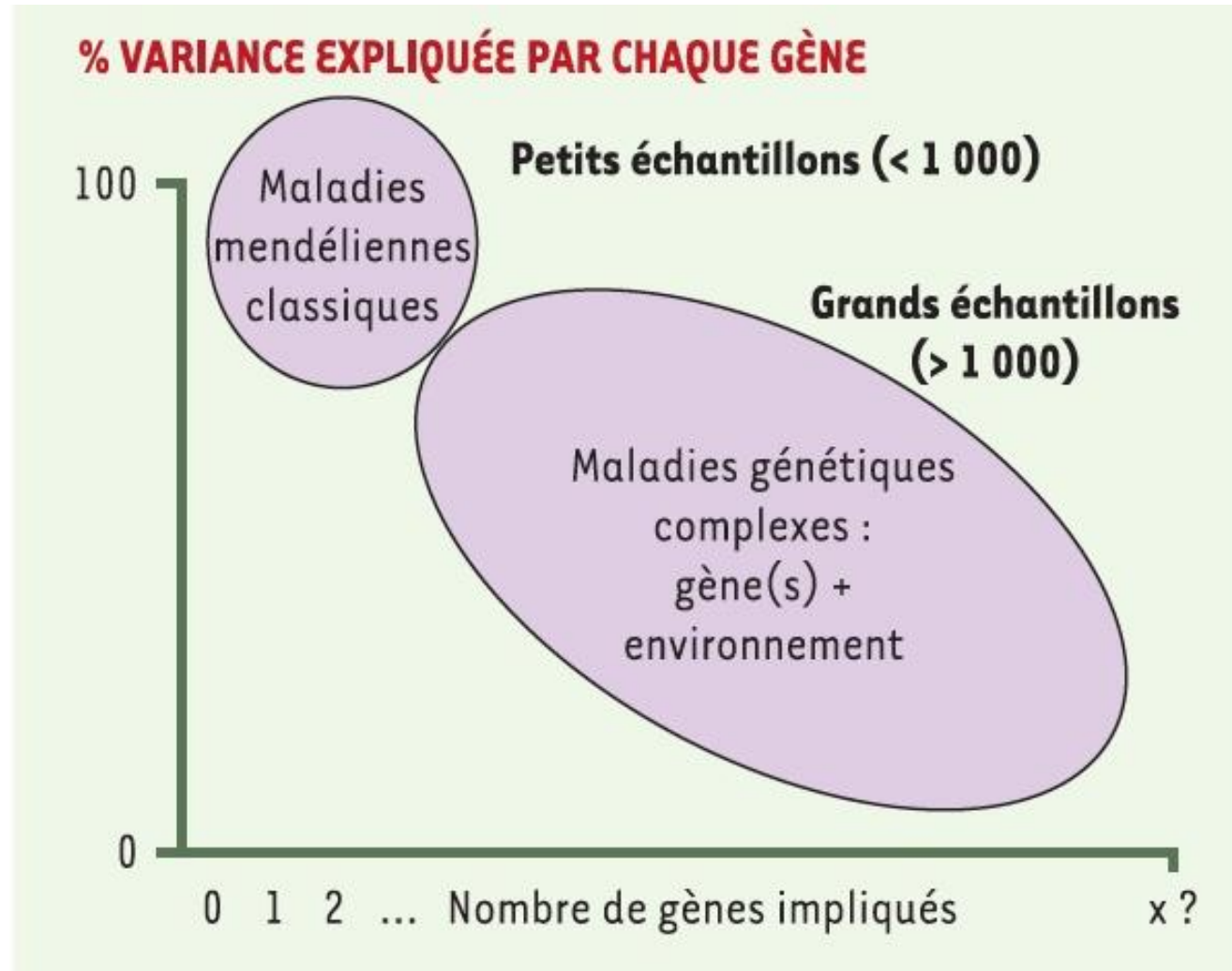
- Véritable épidémie de maladies chroniques:
 - cancers, maladies cardiovasculaires, obésité et diabète, allergies, affections mentales...
- Etiologies multifactorielles.
- Très fréquentes :
 - elles forment une centaine de maladies encore mal connues malgré leur fréquence.
- Le traitement de ces maladies chroniques devient de plus en plus complexe
- première cause de morbidité et de mortalité dans les pays industrialisés

Epidémiologie des maladies complexes

- 77% des maladies (3/4 des patients)
- Responsables de **86 % des décès** dans les pays européens
- En constante augmentation :
 - De 1994 à 2004 : incidence a augmenté de 75%
 - Augmentation de l'incidence de 6-7%/an
 - 70% des dépenses de santé

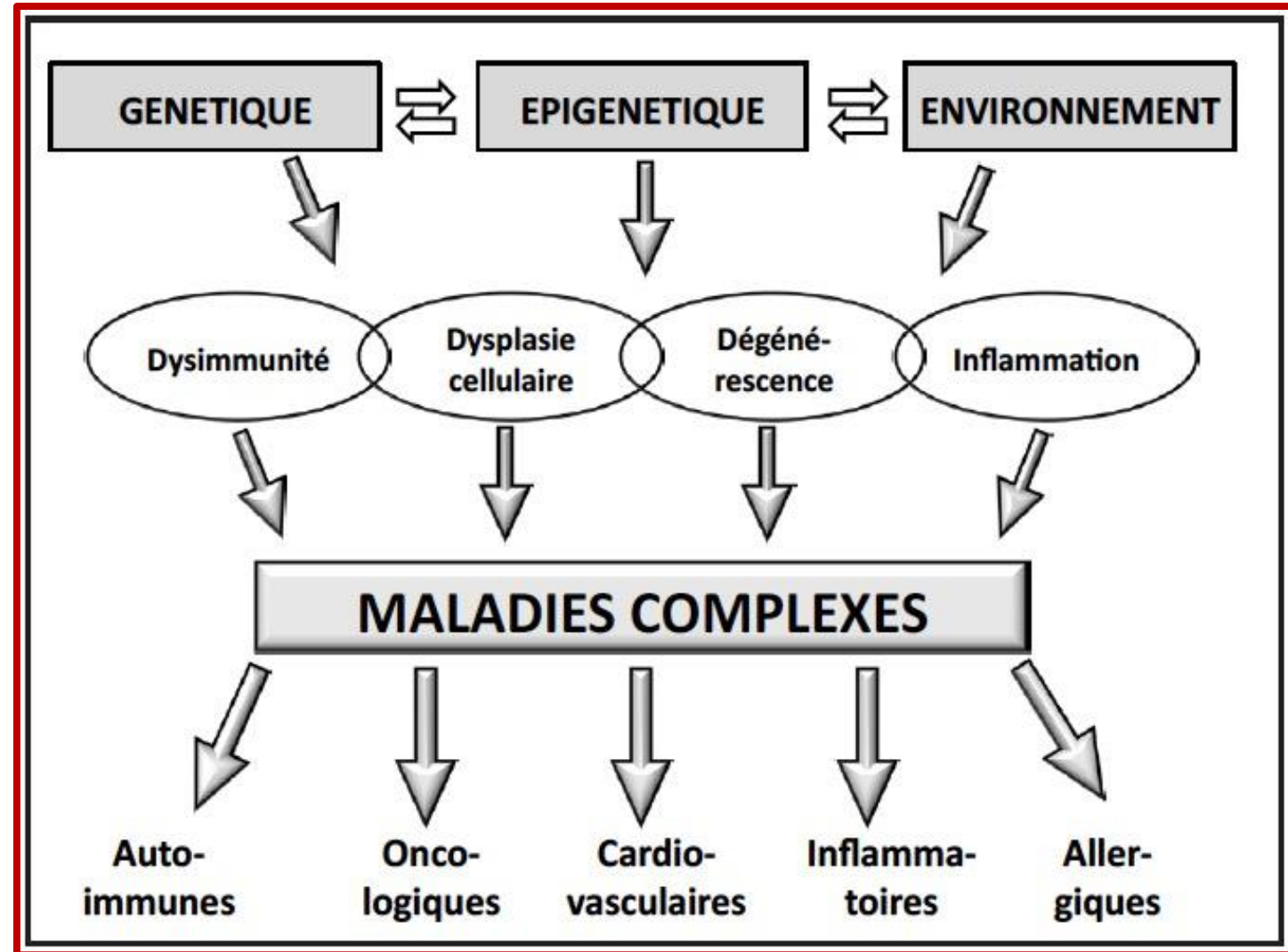
Maladies héréditaires classiques mendéliennes et maladies complexes.

Affections « purement héréditaires »



conditions
« purement environnementales »

Interrelations entre la génétique, l'environnement et l'épigénétique



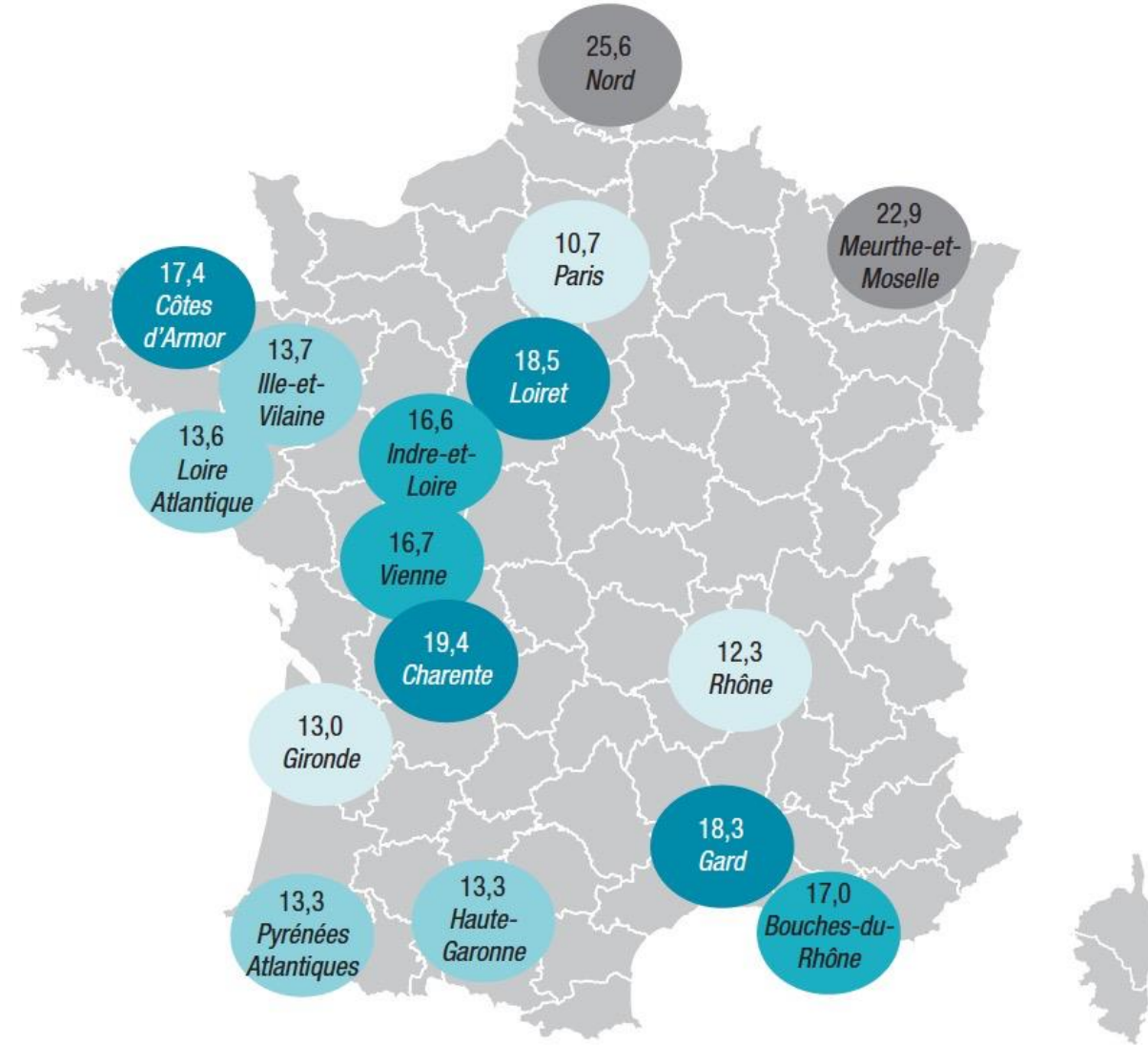
Héritabilité des maladies polygéniques

- Les formes non familiales de cancer :
 - cancer du sein : héritabilité $\approx 0,30$,
 - Cancer colorectal : héritabilité $\approx 0,35$,
 - cancer de la prostate : héritabilité $\approx 0,40\dots$,
- L'asthme (héritabilité $\approx 0,60$),
- Les maladies inflammatoires de l'intestin (héritabilité $\approx 0,50$),
- Le diabète de type I (héritabilité $\approx 0,50$),
- **L'obésité** (héritabilité $\approx 0,65$),
- L'hypertension artérielle (héritabilité $\approx 0,80$)
- La schizophrénie (héritabilité $\approx 0,83$).

L'obésité

- 11% de la population mondiale (plus d'un demi milliard de personnes) est obèse et 35% en surpoids.
- Aux États-Unis, un tiers des femmes sont obèses.
- Le surpoids et l'obésité représentent la cinquième cause de décès dans le monde.
- 3,4 millions d'adultes meurent chaque année à cause du surpoids ou de l'obésité.
- L'obésité est associée à des comorbidités psychiatriques :
 - dépression, troubles anxieux, suicide, TCA,, mais ne figure pas dans les classifications psychiatriques.

Prévalence (%) de l'obésité dans les 16 départements de France métropolitaine couverts par la cohorte Constances*



○ 10,7-13,0

○ 13,3-13,7

○ 16,6-17,4

○ 18,3-19,4

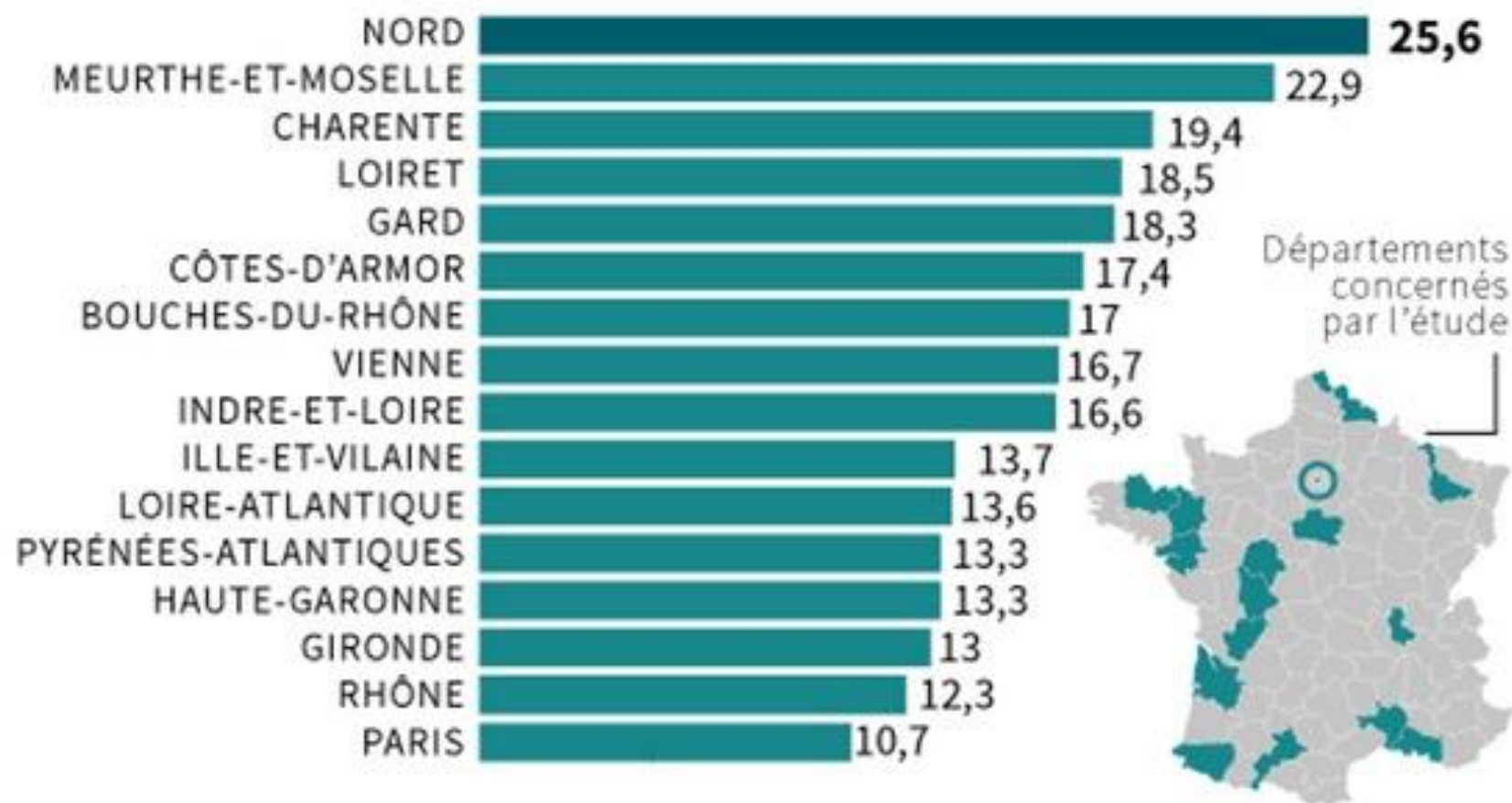
○ 22,9-25,6

Obésité : les écarts entre catégories sociales s'accroissent

- En France, 17 % de la population adulte est obèse, ce qui représente plus de 8 millions de personnes.
- Le gradient social de santé : plus on s'élève dans la hiérarchie sociale meilleur est l'état de santé.
 - **Dès l'âge de six ans** : les enfants d'ouvriers sont **4 fois** plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres :

De grandes disparités régionales

PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ DANS LES DÉPARTEMENTS COUVERTS PAR L'ÉTUDE, EN %



ÉCHANTILLON : 28 895 PERSONNES, AFFILIÉES AU RÉGIME GÉNÉRAL, ÂGÉES DE 30 À 69 ANS
EN 2013 ET RÉSIDANT DANS 16 DÉPARTEMENTS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE

SOURCE : SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, « BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE », 25 OCTOBRE 2016

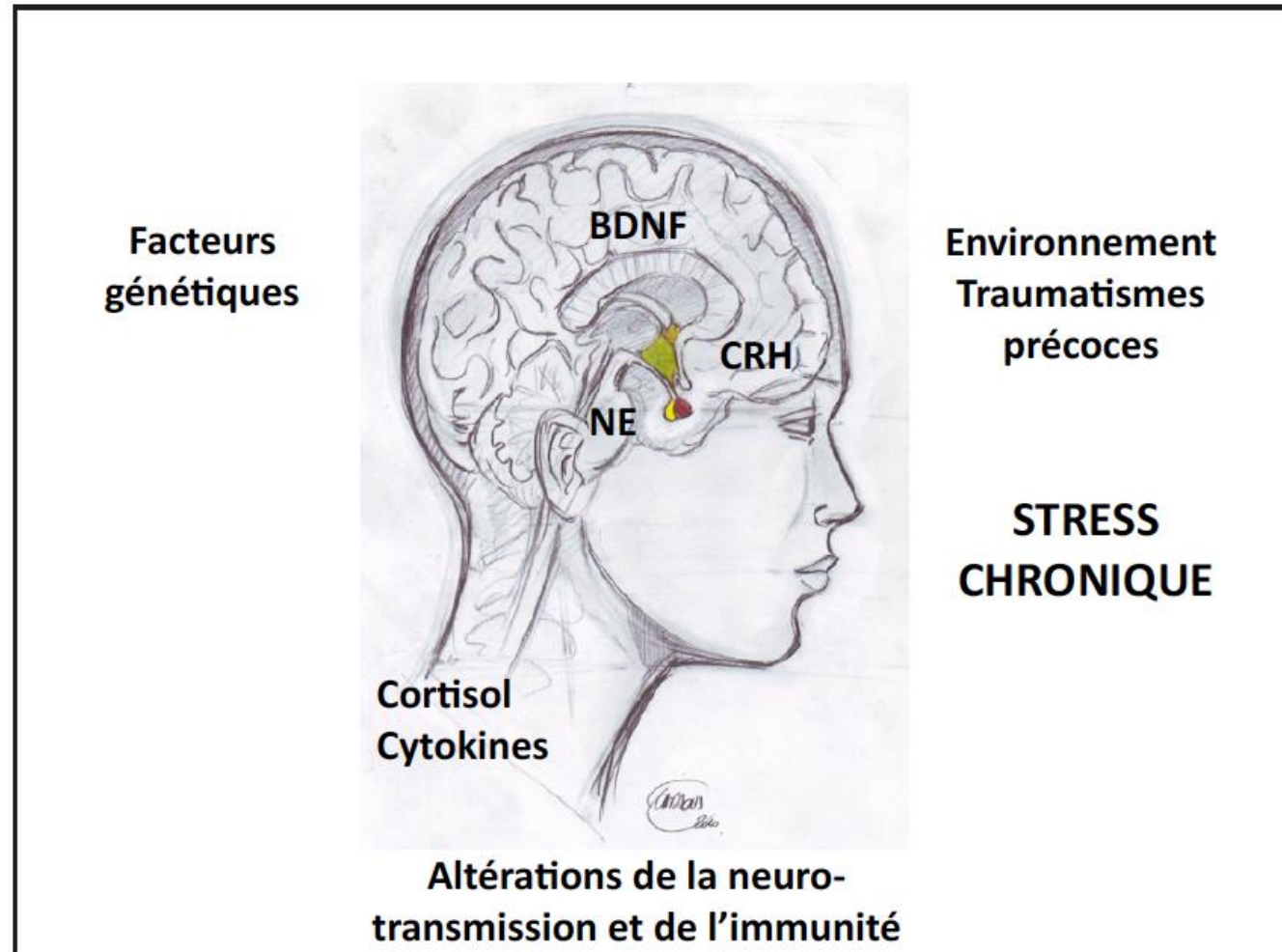
Développement de la maladie

1. Phase préclinique :
 - Risque sous l'effet de facteurs de prédisposition innés ou acquis et de facteurs environnementaux
2. Phase clinique initiale de constitution
3. Phase de plateau pondéral
4. Phase de perte de poids
5. Phase de résistance au traitement :
 - La maladie devient chronique, et son traitement difficile.

Obésité et comorbidités psychiatriques

- Les facteurs psychologiques (comportementaux ou sociaux) : place primordiale :
 - évènements de vie et systèmes neurobiologiques et endocriniens
- Chaque augmentation d'une unité d'IMC augmente de 6 % le risque de trouble mental sévère (Gurpegui M, 2012).
 - 55% de risque de développer une dépression
 - 77 % : symptômes anxieux.
 - La dépression augmente le risque (**OR, 1,58**) de développer une obésité (Luppino FS , 2010)

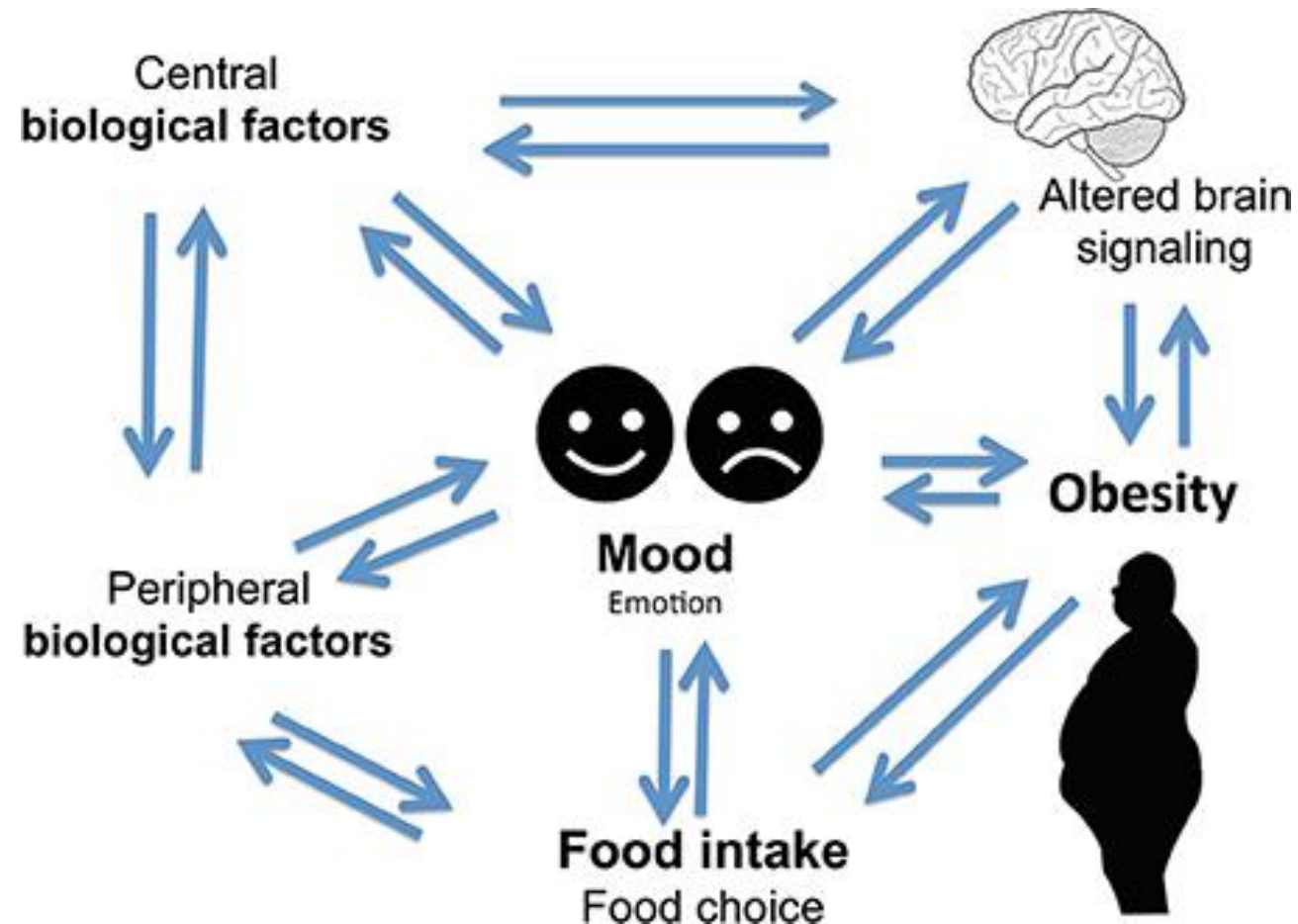
Rôle du stress psycho-social dans les maladies complexes



Obésité et dépression

- La complexité vient du fait que l'obésité et troubles mentaux :
 - maladies hétérogènes, influencées par des facteurs environnementaux et génétiques multiples.
- L'interaction entre l'humeur, les émotions et les comportements alimentaires est complexe :
 - des facteurs comme le stress et la qualité de l'alimentation : médiateurs de l'association obésité-dépression.
 - Autres facteurs de risque ; l'activité physique réduite, déficience du sommeil et des rythmes circadiens altérés

Relation bidirectionnelle complexe entre comportement alimentaire, humeur et obésité.



L'humeur peut affecter les mécanismes d'auto-récompense de la consommation alimentaire

Boucles de rétroaction positives peuvent entraîner une augmentation de l'appétit menant à l'obésité

Tendances

- L'augmentation de la prévalence de l'obésité très sévère.
 - en 2006, 1,3% des femmes et 0,7% des hommes ;
 - en 2016, 2,1% des femmes et 1% des hommes, soit plus de 500 000 adultes;
- La persistance **d'inégalités sociales** fortes
- La persistance **d'inégalités territoriales** importantes.
- L'augmentation du recours à la chirurgie de l'obésité, 3 fois plus en 10 ans.

Difficultés d'accès aux soins ou retards de prise en charge.

- Des patients pas assez suivis
- Manque de lisibilité de l'offre,
- Travail souvent cloisonné des intervenants,
- Complexité de la pathologie :
 - responsable d'un nombre très importants de professionnels concernés
- L'insuffisance de transmission des informations,
- Spécialistes libéraux sont débordés par la diabétologie et/ou l'endocrinologie

Pour une médecine de l'obésité

- L'accès aux soins « pour chacun »,
- Gradation du premier recours aux soins hyperspécialisés,
- organiser accueil et exploration des cas les plus sévères,
- créer un maillage territorial de l'ensemble des professionnels de santé et hors cadre de soin (service sociaux, associations, ville).

La prise en charge préalable des patients

- Doit être pluridisciplinaire :
 - médecins, chirurgien, psychologue, diététicien, ...
 - développer la coordination
- Psychiatrie : à tous les niveaux du parcours.
 - Évaluation
 - Comorbidités
 - Prises en charge
 - Chirurgie : évaluation préopératoire et suivi postopératoire (nécessité d'un suivi à long terme)

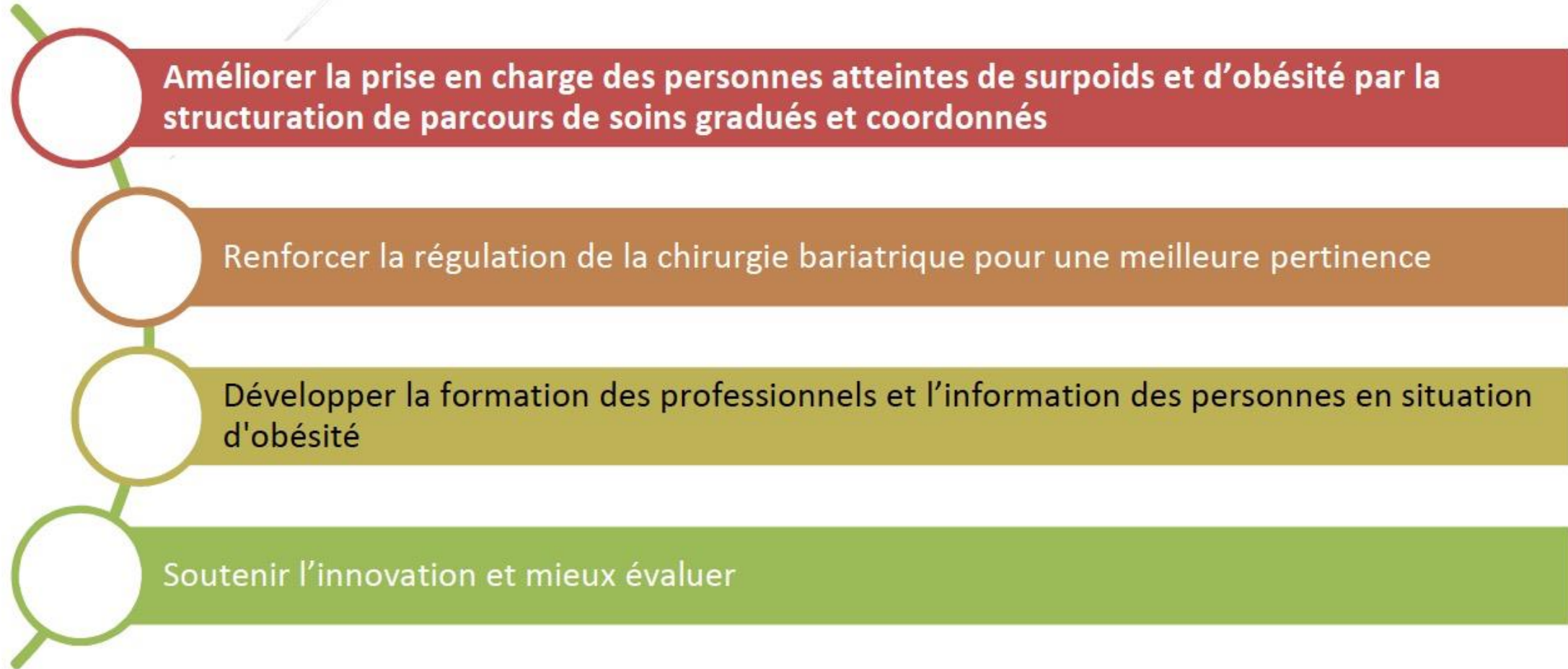
Nécessité de mettre en place des parcours de soins coordonnés

- De la prévention à la chirurgie
- Coordination des acteurs et des secteurs médicaux et médico-sociaux,
- Organisation territoriale des soins
- Instaurer une véritable démocratie sanitaire

Plan Obésité 2010-2013

- Mesure 1-2 :
 - Structurer l'offre spécialisée au niveau régional et infra régional :
L'organisation territoriale permettra de faciliter les interactions entre les professionnels, notamment les médecins traitants, médecins spécialistes et centres spécialisés.
 - Favoriser les échanges entre centres spécialisés et centres intégrés sur le territoire.
- Mesure 1-5 : Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité

Les quatre axes de la feuille de route « Prise en charge de l'obésité »



Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de surpoids et d'obésité par la structuration de parcours de soins gradués et coordonnés

Renforcer la régulation de la chirurgie bariatrique pour une meilleure pertinence

Développer la formation des professionnels et l'information des personnes en situation d'obésité

Soutenir l'innovation et mieux évaluer

Feuille de route « prise en charge de l'obésité » 2019

- Détecter précocement
- Orienter les personnes obèses ou à risque d'obésité vers les équipes adaptées
- Améliorer la lisibilité de l'offre sur les territoires
- Conditionner l'activité de chirurgie de l'obésité
- Renforcer les centres spécialisés de l'obésité (CSO)

Améliorer la prise en charge par la structuration de parcours de soins gradués et coordonnés

- Action 1 : Repérer précocement les personnes à risque d'obésité afin de les orienter
- Action 2 : Favoriser la prise en charge des personnes atteintes d'obésité par un meilleur accès aux soins
- Action 3 : Définir et structurer les parcours des patients en fonction de la gravité, de la complexité de l'obésité et du risque de complications
- Action 4 : Améliorer la lisibilité de l'offre sur les territoires
- Action 6 : Mettre en place, pour chaque département et territoire d'outremer, des missions d'appui de CSO de l'hexagone auprès des établissements et des professionnels de ces territoires

Action N°2 : Favoriser la prise en charge des personnes atteintes d'obésité par un meilleur accès aux soins selon le stade de sévérité de la maladie

- Les soins de **premier recours** sont assurés par l'offre de proximité :
 - médecins généralistes, centres de santé, pharmaciens, infirmiers, diététiciens, masseurs kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, établissements de santé de proximité, etc.;
- Les soins de **deuxième recours** (niveau infrarégional) s'appuient sur l'expertise des médecins nutritionnistes et peuvent être dispensés par les médecins des autres spécialités concernées.
- Les soins de **troisième recours** (niveau régional ou interrégional) sont dispensés auprès des personnes relevant de situations plus complexes, dans les centres hospitaliers universitaires, dans les CSO et en lien avec les SSR spécialisés en obésité.

Projet de construction d'une filière territoriale

- Maillage territorial, entre l'offre de proximité et l'offre spécialisée,
- Plusieurs acteurs :
 - GHT Eure-Seine Pays d'Ouche
 - NHN
 - CPE
 - CH Gisors, SSR
 - Médecine de ville, Médecins spécialistes, Diététiciens, ...
- Partenaires :
 - CLSM, CSO, CHU Rouen, ...
 - Place au sein du PTSM?