



PROGRAMME
DE RECHERCHE
PSYCHIATRIE
DE PRÉCISION

Mesurer l'impact épidémiologique des comorbidités somatiques

Laurent Boyer — PEPR PROPSY — EUMIND THCS 2025

Mesurer l'impact épidémiologique des comorbidités somatiques

Laurent Boyer

*CEReSS – Centre d'Études et de Recherches sur les Services de Santé et la Qualité de vie
Aix-Marseille Université · Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille*

EU-MIND

European Mental and physical health INitiative for people with severe mental Disorders

<https://eumind.eu/>

WP1 – Objectifs et Méthodes

Objectifs

- Quantifier la mortalité toutes causes et par cause chez les personnes atteintes de TMS
- Distinguer le fardeau absolu (sex- and age-standardised death rates per 10 000 person-years, SDR), les inégalités relatives (sex- and age standardised mortality ratios, SMR), Années potentielles de vie perdues avant 75 ans (potential years of life lost before age 75, PYLL)
- Identifier les causes prioritaires pour les politiques de santé publique
- Permettre des comparaisons harmonisées entre systèmes de santé européens

Méthodes



Bases medico-administratives nationales

Danemark, Finlande, France, Pologne, Suède · 2004–2023



Population cible

TMS diagnostiqués entre 15 et 65 ans : SSD (F20-F29), BD (F30-F31), TDM sévère (F32-F33)



Indicateurs

SDR, SMR, PYLL



Statistiques

Méta-analyse à effets aléatoires · Méthode de variance inverse généralisée

WP1 – La Cohorte EU-MIND

Troubles du Spectre
de la Schizophrénie (SSD)

1 460 483

personnes

♀ 45% femmes

🎂 Moy. 38 ans (±15)

Trouble Bipolaire (BD)

669 727

personnes

♀ 62% femmes

🎂 Moy. 41 ans (±14)

Dépression Majeure Sévère (DMS)

2 731 585

personnes

♀ 62% femmes

🎂 Moy. 43 ans (±16)

Au total

4 861 795

personnes présentant un TMS

Source principale : hospitalisation & soins spécialisés

Décès toutes causes observées

561 903

Source principale : hospitalisation & soins spécialisés

Décès en excès (évitables)

360 295

Source principale : hospitalisation & soins spécialisés

La France représente 68 % de la cohorte combinée (n = 3 311 920)

Résultats – Mortalité Toutes Causes

× 2,64

SMR : Ratio de Mortalité Standardisé global
(SMR 2,64 · IC95% 2,25–3,11)

SSD

SMR 3,45

(2,58–4,61)

148 562 décès en excès
PYLL : 19,2 ans/décès

BD

SMR 2,15

(1,65–2,80)

9 992 décès en excès
PYLL : 19,9 ans/décès

DMS

SMR 2,48

(1,85–3,33)

181 741 décès en excès
PYLL : 19,6 ans/décès

Chaque décès en excès représente en moyenne 19,6 années de vie perdues avant 75 ans

Résultats – Trois Dimensions de la Mortalité en Excès



Fardeau absolu élevé

(SDR les plus élevés)

Maladies cardiovasculaires

Cancers

*Causes présentes dans la mortalité générale
→ impact populationnel maximal*



Inégalités relatives marquées

(SMR les plus élevés)

Maladies respiratoires

Maladies endocrines/métaboliques

Maladies gastro-intestinales

*Souligne des inégalités d'accès aux soins et
de prise en charge*

Mortalité prématurée sévère

(PYLL les plus élevés)

Maladies gastro-intestinale

Maladies endocrines/métaboliques

Maladies respiratoires

*Décès survenant plus tôt
→ années de vie perdues maximales*

Résultats – Mortalité par Cause et par Trouble Mental

Cause de décès	SSD – SMR (IC95%)	BD – SMR (IC95%)	DMS – SMR (IC95%)	Fardeau abs. (SDR SSD)
Maladies cardio-vasculaires	3,55 (2,72–4,64)	1,97 (1,56–2,49)	2,14 (1,42–3,20)	22,08 /10 000 PY
Maladies respiratoires	6,49 (5,52–7,64)	2,72 (2,04–3,63)	2,88 (1,70–4,88)	11,09 /10 000 PY
Maladies endocrines/métab.	5,09 (4,29–6,04)	2,60 (2,26–2,98)	3,07 (1,84–5,12)	4,25 /10 000 PY
Maladies gastro-intestinales	3,47 (2,58–4,67)	2,34 (2,00–2,74)	3,48 (2,63–4,62)	5,85 /10 000 PY
Cancers	1,87 (1,77–1,97)	1,22 (1,13–1,30)	1,62 (1,07–2,45)	12,61 /10 000 PY

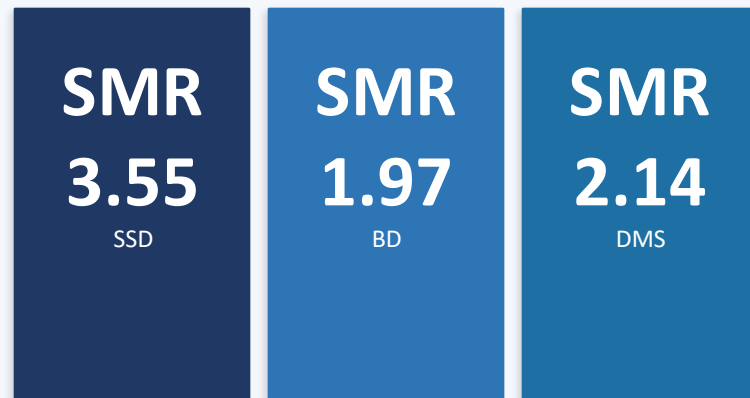
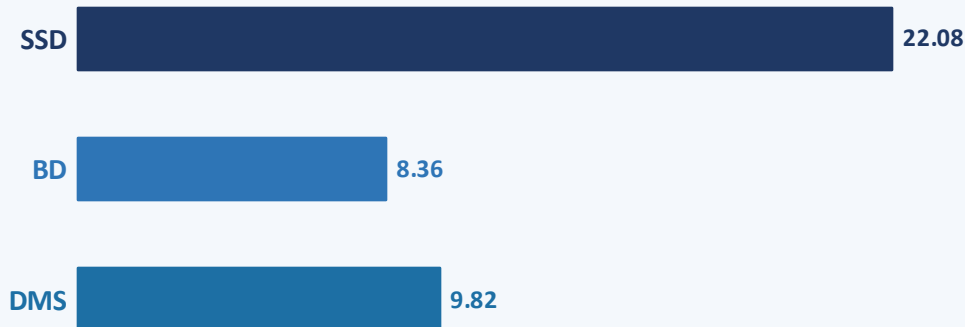
■ = Inégalités relatives les plus marquées (causes prioritaires de lutte contre les inégalités de soins)

SMR = Standardised Mortality Ratio · SDR = Standardised excess Death Rate · PY = person-years · IC95% = intervalle de confiance 95%

Zoom – Maladies Cardiovasculaires : Fardeau Absolu Dominant

Les maladies cardiovasculaires représentent la cause de décès en excès la plus importante en termes absolus dans les trois groupes de TMS.

Taux de décès en excès (SDR / 10 000 personnes-années)



Points clés

- **SSD** : le SDR cardiovasculaire (22,08) est près du double de celui des maladies respiratoires – mais le SMR respiratoire est presque deux fois plus élevé
- **BD & DMS** : les MCV contribuent 2,5 à 5 fois plus d'années de vie perdues (PYLL) que les maladies respiratoires

→ **Action prioritaire** : réduire les facteurs de risque cardiovasculaire partagés (HTA, dyslipidémie, obésité, tabac)

Zoom – Les Inégalités Cachées : Respiratoire, Endocrine, Digestif

Ces causes présentent des SMR très élevés malgré un moindre nombre absolu de décès, signalant des inégalités profondes d'accès et de qualité des soins.

Maladies Respiratoires

SSD **SMR 6,49**

BD **SMR 2,72**

DMS **SMR 2,88**

- SMR le plus élevé de toutes les causes
- Reflet probable de **tabagisme et accès insuffisant aux soins**
- SSD : 84% des décès respiratoires sont en excès

Maladies Endocrines & Métaboliques

SSD **SMR 5,09**

BD **SMR 2,60**

DMS **SMR 3,07**

- Diabète de type 2, obésité, dyslipidémie
- **Lien direct avec les médicaments psychotropes**
- DMS : PYLL = 17,3 ans/décès

Maladies Gastro-intestinales

SSD **SMR 3,47**

BD **SMR 2,34**

DMS **SMR 3,48**

- PYLL le plus élevé de tous les groupes
- (~18 ans/décès en SSD et BD)
- Contribuent autant de PYLL que les MCV dans DMS

Messages clés et perspectives

Un problème de masse et un problème d'inégalités

- **Fardeau absolu** dominé par MCV
- **Inégalités relatives** et **mortalité prématurée** pour les causes respiratoires, métaboliques et digestives

Toutes les causes n'appellent pas la même réponse

- Pour le cardiovasculaire : **Intensifier** des stratégies de prévention
- Pour les autres causes : **Réduire un retard** et de se rapprocher des standards de prise en charge de la population générale

La schizophrénie cumule les deux dimensions

- **Double fardeau** : beaucoup de décès, et des écarts relatifs très marqués.

Les déterminants dépassent le seul système de soins

- Résultats relativement homogènes entre pays, malgré des systèmes différents
- Écarts liés à facteurs **comportementaux** et **sociaux**, pas seulement à l'organisation des soins

→ Vers des approches intégrées (EU-MIND), avec le tabac comme porte d'entrée possible ?



PROGRAMME
DE RECHERCHE

PSYCHIATRIE
DE PRÉCISION



Retrouvez toutes nos actualités