

FICHE**Prescription d'activité physique.
Troubles schizophréniques**

Validée par le Collège le 13 juillet 2022

Cette fiche d'aide à la prescription d'activité physique (AP) complète le guide de consultation et de prescription d'AP à des fins de santé chez l'adulte et en précise les données pour les patients souffrant de troubles schizophréniques.

Contexte

Les patients souffrant de troubles schizophréniques peuvent présenter des symptômes productifs (délires, hallucinations), des symptômes déficitaires (avolition, émoussement affectif, retrait social, anhédonie), ainsi qu'un comportement désorganisé, des troubles cognitifs et une altération du fonctionnement social, familial et professionnel avec pour conséquence une altération de la qualité de vie.

Ils ont une réduction de l'espérance de vie d'environ 10 à 25 ans (23). Cette mortalité prématurée est liée à des facteurs de risque cardio-vasculaire, respiratoire et métabolique plus fréquents, qui peuvent être liés à des effets secondaires des thérapies médicamenteuses, à des facteurs environnementaux délétères (sédentarité, inactivité physique, tabagisme, surpoids ou obésité et mauvaise hygiène alimentaire) et à des facteurs génétiques endogènes.

La prise en charge de ces patients associe un traitement antipsychotique, des traitements psychothérapeutiques et de réhabilitation, un accompagnement psychosocial, et une prescription d'activité physique.

Effets de l'activité physique

Chez un patient souffrant de troubles schizophréniques, l'AP et sportive pratiquée de façon régulière comme thérapie adjuvante aux traitements antipsychotiques est bénéfique sur la santé mentale et physique et est un médiateur de réhabilitation psychosociale. L'AP a pour effets :

- au niveau biologique : amélioration des facteurs de risque cardio-vasculaire, du syndrome métabolique et de la résistance à l'insuline (1) ;
- au niveau neurologique : diminution de la neuro-inflammation, amélioration de la plasticité cérébrale et augmentation du volume de l'hippocampe (mémoire) (2) ;
- au niveau physiologique : augmentation de la capacité cardio-respiratoire, réduction du niveau de risque cardio-vasculaire, amélioration de la qualité du sommeil (augmentation du sommeil lent profond et diminution de la latence d'apparition du sommeil paradoxal) ;
- au niveau clinique : réduction des symptômes cliniques positifs, mais aussi négatifs de la psychose (peu sensibles aux antipsychotiques) et réduction de l'anxiété et de la dépression souvent associées (3, 4) ;

- au niveau psychosocial : amélioration de la qualité de vie, du bien-être et du fonctionnement global du patient (3-8) (9).

Considérations particulières

La consultation médicale

Une évaluation médicale minimale est recommandée avant de commencer ou d'augmenter une AP au moins modérée. En effet, ces patients sont le plus souvent à risque cardio-vasculaire élevé et sont souvent inactifs et sédentaires.

Une consultation médicale d'AP est recommandée avant la pratique d'AP d'intensité élevée, pour ces mêmes raisons et pour des besoins d'accompagnement et une éducation du patient. L'entretien motivationnel est particulièrement important. Il est effectué par le médecin et relayé par l'ensemble des professionnels du parcours. Il améliore l'adhésion au plan d'AP et augmente le niveau d'AP en post-intervention.

Le patient souffrant de troubles schizophréniques est le plus souvent peu motivé à la pratique d'une AP. Cette réticence du patient peut être en lien avec les facteurs propres de la maladie (apragmatisme, asthénie, etc.), mais également en lien avec des facteurs liés à sa personne, et/ou à son environnement (expérience négative, manque de contacts sociaux, de soutien ou d'encouragement, manque d'organisation institutionnelle, etc.). Ces freins peuvent être levés en recherchant une expérience positive d'AP dans le passé du patient, en valorisant la notion de plaisir. On peut aussi utiliser des stratégies de fixation (contrat de santé passé avec le patient avec un plan d'AP et des objectifs concrets et réalisables) (7) et le support d'autrui (médecin, soignant) ou un soutien social (famille, ami) pour l'encourager à modifier son comportement. La stabilisation clinique et le sentiment de mieux être immédiat sont aussi des facteurs facilitateurs.

Examens complémentaires

Les patients souffrant de troubles schizophréniques devraient avoir d'un **ECG de repos** à la recherche d'un allongement de l'espace QT avant un traitement par neuroleptique. En l'absence, il doit être réalisé avant la prescription d'AP.

L'épreuve d'effort est recommandée chez les patients présentant un niveau de risque cardio-vasculaire élevé et seulement pour les AP d'intensité élevée ≥ 6 METs (cf. guide adulte HAS).

Contre-indications et points de vigilance

Il n'existe pas de contre-indication à l'AP en lien avec les troubles schizophréniques, mais des comorbidités à risque, fréquemment associées, doivent être recherchées.

Chez ces patients traités par un neuroleptique et/ou un autre psychotrope, il faut prendre en compte les risques d'hypotension orthostatique et de sédation liés à ces traitements lors de la prescription de certaines AP ou sportives à risque.

La fatigue liée au traitement n'est pas une contre-indication à l'AP, mais doit être prise en compte lors de la prescription d'AP.

Prescription d'activité physique

L'AP est prescrite en complément du traitement antipsychotique, des traitements psychothérapeutiques et de réhabilitation et d'un accompagnement psychosocial.

L'AP peut être prescrite au décours d'un premier épisode psychotique. Lors de l'entretien motivationnel, il faudra déterminer si le patient est en mesure de pratiquer une AP en groupe ou s'il relève d'une pratique en individuel, au moins dans un premier temps.

Les patients souffrant de troubles schizophréniques étant le plus souvent sédentaires et inactifs, les AP d'intensité modérée sont initialement conseillées. Il faut parfois commencer par des AP de faible durée et/ou de faible intensité, et augmenter progressivement en durée et/ou à des intensités élevées, pour de meilleurs résultats.

La prescription d'AP doit comprendre :

- **une diminution du temps passé à des activités sédentaires** et qui doivent être interrompues au moins une minute toutes heures en se levant et en bougeant ;
- **une augmentation des AP régulières de la vie quotidienne** (marcher, monter les escaliers, faire son ménage, AP de loisir, etc.) qui ont une place importante chez le patient souffrant de troubles schizophréniques, afin d'atteindre les recommandations d'AP de l'OMS ;
- **un programme d'APA** sur une durée de 3 mois, renouvelable, à raison de 2 à 3 séances par semaine au besoin, associé à un programme d'éducation thérapeutique sur l'AP, la maladie, les traitements et leurs interactions avec l'AP.

Il nécessite un encadrement spécifique avec des professionnels de l'APA formés à l'accueil des patients souffrant de troubles schizophréniques, capables d'évaluer leur autonomie et leur stabilité clinique, en lien étroit avec les soignants.

Au cours de ce programme, le patient est accompagné progressivement vers des structures en communauté (association sportive, club, au besoin sport-santé) afin de lui faire adopter de façon pérenne les AP et/ou sportives régulières, si possible en autonomie, et sur le long terme.

Références bibliographiques

Complément : Vancampfort, 2012 (10), Vancampfort, 2014 (11), Rosenbaum, 2014 (12), Firth, 2018 (13), Soundy, 2013 (14), Oertel-Knöchel, 2014 (15), Kim, 2014 (16), Kern, 2018 (17), Vancampfort, 2016 (18), Górczynski, 2010 (19), Górczynski, 2010 (20), Vancampfort, 2010 (21), De Hert, 2011 (22). (23) <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.pdf>

1. Chalfoun C, Karelis AD, Letendre E, Proulx C, Abdel-Baki A. Amélioration de la santé cardio-vasculaire par l'exercice physique chez les individus atteints de schizophrénie : un guide de pratique. *Obésité* 2015;10:4-20.
2. Trehout M, Dollfus S. L'activité physique chez les patients atteints de schizophrénie : de la neurobiologie aux bénéfices cliniques. *Encephale* 2018;44(6):538-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2018.05.005>
3. Acil AA, Dogan S, Dogan O. The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *J Psychiatr Mental Health Nurs* 2008;15(10):808-15. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01317.x>
4. Behere RV, Arasappa R, Jagannathan A, Varambally S, Venkatasubramanian G, Thirthalli J, *et al.* Effect of yoga therapy on facial emotion recognition deficits, symptoms and functioning in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123(2):147-53. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01605.x>
5. Falloon IR, Talbot RE. Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management. *Psychol Med* 1981;11(2):329-39. <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291700052144>
6. Kandola A, Hendrikse J, Lucassen PJ, Yücel M. Aerobic exercise as a tool to improve hippocampal plasticity and function in humans: Practical implications for mental health treatment. *Front Human Neuroscience* 2016;10:373. <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2016.00373>
7. Bernard P, Romain A, Esseul E, Artigusse M. Systematic review of barriers to physical activity and motivation for adults with schizophrenia. *Ann Phys Rehab Med* 2013;56(5):247-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.154>
8. Bernard P, Ninot G. Bénéfices des activités physiques adaptées dans la prise en charge de la schizophrénie : revue systématique de la littérature. *L'Encephale* 2012;38(4):280-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2011.07.001>
9. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Expertise collective. *Activité physique : contextes et effets sur la santé*. Paris: INSERM; 2008.
10. Vancampfort D, De Hert M, Skjerven LH, Gyllensten AL, Parker A, Mulders N, *et al.* International organization of physical therapy in mental health consensus on physical activity within multidisciplinary rehabilitation programmes for minimising cardio-metabolic risk in patients with schizophrenia. *Disabil Rehabil* 2012;34(1):1-12. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2011.587090>
11. Vancampfort D, Vansteenkiste M, De Hert M, De Herdt A, Soundy A, Stubbs B, *et al.* Self-determination and stage of readiness to change physical activity behaviour in schizophrenia. *Ment Health Phys Activity* 2014;7(3). <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2014.06.003>
12. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatr* 2014;75(9):964-74. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.13r08765>
13. Firth J, Carney R, Elliott R, French P, Parker S, McIntyre R, *et al.* Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study. *Early Intervent Psychiatr* 2018;12(3):307-15. <http://dx.doi.org/10.1111/eip.12329>
14. Soundy A, Wampers M, Probst M, De Hert M, Stubbs B, Vancampfort D. Physical activity and sedentary behaviour in outpatients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Ther Rehabil* 2013;20 :258-96. <http://dx.doi.org/10.12968/ijtr.2013.20.12.588>
15. Oertel-Knöchel V, Mehler P, Thiel C, Steinbrecher K, Malchow B, Tesky V, *et al.* Effects of aerobic exercise on cognitive performance and individual psychopathology in depressive and schizophrenia patients. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosc* 2014;264(7):589-604. <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-014-0485-9>
16. Kim HJ, Song BK, So B, Lee O, Song W, Kim Y. Increase of circulating BDNF levels and its relation to improvement of physical fitness following 12 weeks of combined exercise in chronic patients with schizophrenia: a pilot study. *Psychiatr Res* 2014;220(3):792-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.09.020>
17. Kern L, Morvan Y, Willard D, Amado I. Elaboration et évaluation d'un programme d'activité physique adaptée pour les patients vivant avec une schizophrénie. *Science Sport* 2018;33(Suppl 1):S23.
18. Vancampfort D, Stubbs B, Probst M, De Hert M, Schuch FB, Mugisha J, *et al.* Physical activity as a vital sign in patients with schizophrenia: Evidence and clinical recommendations. *Schizophrenia Res* 2016;170(2-3):336-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.001>
19. Górczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews* 2010;(5):CD004412. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004412.pub2>
20. Górczynski P, Faulkner G, Greening S, Cohn T. Exploring the construct validity of the transtheoretical model to structure physical activity interventions for individuals with serious mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2010;34(1):61-4. <http://dx.doi.org/10.2975/34.1.2010.61.64>
21. Vancampfort D, Knapen J, Probst M, van Winkel R, Deckx S, Maurissen K, *et al.* Considering a frame of reference for physical activity research related to the cardiometabolic risk profile in schizophrenia. *Psychiatr Res* 2010;177(3):271-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.011>
22. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, *et al.* Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatr* 2011;10(2):138-51. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00036.x>
23. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Prescription d'activité physique. Troubles schizophréniques. Méthode, juillet 2022**

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social