

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

MENTION :

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLOME
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE**

SPECIALITE :

Psychiatrie et santé mentale

**L'IPA et l'optimisation du parcours de soins somatiques des patients adultes
suivis pour troubles psychiques en ambulatoire et/ou à temps partiel**

Présenté et soutenu publiquement le 06 juillet à 9h00

au Pôle Formation

par Gaël DUBUISSON

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier :

Madame Meriam MEZIANI

Directeur de mémoire :

Monsieur le Docteur Gwendal MENARD

Tuteur professionnel :

Madame le Docteur Aurélie GREBERT

« 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 »

Dr Nabil Hallouche, président de l'ANP3SM

(Hallouche, 2019)

REMERCIEMENTS :

-Au Docteur **Gwendal MENARD**, qui m'a fait l'honneur de diriger ce mémoire, et qui a soutenu ce nouveau métier au sein de l'établissement dès les prémices de la formation.

-Au Docteur **Aurélié GREBERT** avec qui j'ai pu partager tant d'années d'expérience et cette passion à l'égard de notre discipline. Ce fut un plaisir de revenir dans votre service. Merci de m'avoir aidé à construire la fonction et la place de l'IPA au sein de notre établissement.

-Au Professeur **François PUISIEUX**, pour son investissement et sa détermination à faire exister la pratique avancée au sein de notre région.

-A l'ensemble de **l'équipe pédagogique**, pour leur engagement au sein de la formation.

-A **Marie-eve GODEFFROY**, pour le soutien et l'écoute dont elle a fait preuve tout au long de notre formation.

-A Mme **Eliane BOURGEOIS**, et son investissement sans faille, tant dans notre formation qu'au sein de notre établissement, merci pour votre soutien et votre énergie communicative.

-A la **F2RSM et ses professionnels**, pour leur accompagnement et leur aide dans ce projet.

-Au Docteur **Laurent TURI, Rémi, Sandra, Audrey** et l'ensemble des professionnels de la MSPP Leonard de Vinci, pour m'avoir accueilli en 1^{ère} année, et m'avoir permis de vivre une expérience inoubliable en soins primaires.

-Aux **professionnels du Centre Psychothérapique du Ternois**, pour leur accueil et l'intérêt porté à l'exercice de cette nouvelle profession.

-Aux **professionnels de l'EPSM val de lys Artois** qui ont participé avec enthousiasme à ce projet.

-Aux **pionniers de la 1^{ère} promotion IPADE** de la faculté Henry WAREMBOURG de Lille, pour l'énergie et la solidarité qui nous a tous unis au cours de ces 2 années.

-A **Anne lise, Audrey et Valérie**, les compagnes de cette incroyable aventure, avec qui nous avons tout partagé, nos doutes, nos inquiétudes et nos réussites et beaucoup, beaucoup de révisions.

-A **mes amis et à ma famille**, qui ont fait preuve d'une patience bienveillante et ont toléré mon manque de disponibilité pendant ces deux années.

-A **Camille, Clémence et Gabin**, merci d'avoir été si patients, si tolérants et si sages, vos sourires et vos rires furent la plus belle de mes motivations.

-A toi, **Amandine**, sans qui rien n'aurait été possible, qui a su compenser pour deux notre quotidien, sans jamais sourciller, tout en relisant encore mes dossiers et m'interrogeant pour mes examens, merci de m'avoir tant soutenu (et tant supporté), merci simplement d'être toi.

Sommaire :

REMERCIEMENTS :	
LISTE DES ABREVIATIONS :	
INTRODUCTION :	
I : INTRODUCTION THEORIQUE	 1
I-1 : SANTE PHYSIQUE ET SANTE PSYCHIQUE	 2
I-2 : LE VIRAGE AMBULATOIRE DE LA PSYCHIATRIE, UNE REORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS	 15
I-3 : L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE (IPA), MENTION PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE (PSM)	 18
II : METHODOLOGIE	 21
II-1 : CHOIX METHODOLOGIQUE	 21
II-2 : L'EPSM VAL DE LYS ARTOIS, GENERALITES	 22
II-3 : MESURE VOLONTAIRE DES IQSS DEDIES, EFFECTUEE PAR L'EPSM VAL DE LYS ARTOIS EN 2021	 23
II-4 : IDENTIFICATION DES RESSOURCES EN LIEN AVEC LA SANTE SOMATIQUE	 24
II-5 : PRESENTATION DES SITUATIONS CLINIQUES	 24
III : RESULTATS ET ANALYSES	 29
III-1 : RESULTATS DE L'EVALUATION DES IQSS DEDIES	 29
III-2 : RESSOURCES DE L'EPSM POUVANT PARTICIPER A L'OPTIMISATION DU PARCOURS DE SOINS SOMATIQUES	 32
III-3 : ANALYSE DES SITUATIONS CLINIQUES	 35
IIII : DISCUSSION	 41
CONCLUSION :	
TABLE DES ILLUSTRATIONS :	
TABLE DES MATIERES :	
ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS :

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

ATP : Ambulatoire et/ou à Temps Partiel

CAPSO : Communauté d'Agglomération du Pays de Saint Omer

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIRC : Centre International de Recherche contre le Cancer

CME : Commission médicale d'établissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DCI : Dénomination Commune Internationale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECG : Electrocardiogramme

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FFP-CNPP : Fédération Française de Psychiatrie-Conseil National Professionnel de Psychiatrie

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ: Hôpital De Jour

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

IQSS : Indicateur de Qualité et Sécurité des Soins

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

MSPP : Maison de Santé PluriProfessionnelle

NFS : Numération Formule Sanguine

OD: Odds ratio

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSM : Psychiatrie et Santé Mentale (mention)

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

INTRODUCTION :

Infirmier exerçant en unité de psychiatrie depuis l'obtention de mon diplôme d'état infirmier en 1998, je débute ma carrière professionnelle en unité d'admission de santé mentale, au côté de professionnels titulaires pour la plupart du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (remplacé par le diplôme d'état en 1992). On vouait alors aisément à l'infirmier nouvellement formé, jugé plus aguerri en « soins techniques » que les agents de formation psychiatrique, la gestion du soin somatique. Renforcé par ma volonté de déstigmatiser la place du soignant en psychiatrie, j'attachais alors une attention particulière au suivi somatique de l'utilisateur des services de santé mentale, conscient de la complémentarité des compétences que m'offrait mon diplôme.

Cet intérêt à participer à un suivi somatique de qualité m'a permis de constater au fil des années d'exercice que de nombreux patients n'avaient pas ou plus de suivi régulier de leur santé globale. Bien des patients n'avaient pas de médecin traitant ; on découvrait chez d'autres, au décours de l'hospitalisation, une pathologie cardiovasculaire ou un diabète, jusqu'alors non diagnostiqué. Il était aisé de constater la prévalence du tabagisme, du surpoids et de la sédentarité dans cette population souvent plus vulnérable de par l'isolement social et/ou la précarité qui pouvaient s'y associer.

Au-delà de ce constat individuel, le constat des difficultés du suivi somatique du patient présentant une pathologie mentale est largement confirmé par une littérature scientifique riche qui lui est dédiée. Les nombreux obstacles qui peuvent être rencontrés, comme la perturbation de la communication et des échanges, l'isolement social, l'identification des troubles par le patient possiblement altérée, et l'adhésion au suivi parfois difficile, complexifient la prise en soins et peuvent s'avérer rapidement chronophages pour une médecine de ville surchargée. La persistance presque historique d'une stigmatisation de la pathologie psychiatrique génère encore des réticences à la prise en soins. Des difficultés de coordination entre les soins somatiques et la psychiatrie perdurent. La prévention et ses messages, quant à elle s'adapte peu à la spécificité de ces patients et par ce fait ne permet pas la précocité de dépistage de pathologies chroniques somatiques et la lutte contre leurs facteurs de risque.

Ces freins peuvent altérer la prise en charge somatique du patient souffrant d'une pathologie mentale alors que celui-ci présente de nombreuses comorbidités somatiques qui résultent de l'addition de nombreux facteurs de vulnérabilité.

Le décret n°2019-836 du 12 août 2019 est à l'origine de la mention psychiatrie et santé mentale de l'infirmier en pratique avancée. On reconnaît chez ce nouveau professionnel des missions d'éducation, de prévention, de dépistage, de coordination des parcours de soins, associées à une approche holistique des patients stabilisés dont il assurera le suivi. L'expérience professionnelle que cet infirmier aura acquise auprès de cette population, nourrie par sa formation de deux années pourrait argumenter son implication dans l'optimisation du suivi somatique du patient souffrant de pathologies psychiatriques.

I : INTRODUCTION THEORIQUE

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) rappelle que l'être humain parmi ses droits fondamentaux doit disposer du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions publiques, sa condition économique ou sociale (OMS, 1946). Définissant la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle rappelle ainsi l'interdépendance entre les sphères physique, mentale et sociale.

Atteindre ce meilleur état de santé concerne ainsi tout individu quel qu'il soit et nécessite donc de tenir compte de cette interdépendance, nous invitant à aborder nos patients dans leur globalité. La santé mentale se veut être une discipline qui aborde le patient dans cette approche biopsychosociale. Pourtant la surmortalité des personnes présentant un trouble psychique ne cesse de croître alors que l'espérance de vie de la population générale augmente (Saravane D. , 2019), ce qui nous invite à nous interroger sur la prise en soins somatique de ces patients.

Les comorbidités somatiques sont nombreuses pour les patients présentant des troubles psychiques et résultent d'une intrication de facteurs qui souvent s'additionnent, voire se multiplient. On retrouve des facteurs de risques cardiovasculaires surreprésentés dans cette population, la iatrogénie médicamenteuse des psychotropes renforce cette vulnérabilité somatique et l'accès aux soins de ces patients est souvent complexifié et de moindre qualité au regard du reste de la population.

Le virage ambulatoire qui s'opère depuis plusieurs décennies, a permis à 80% des patients, une prise en soins alternative à l'hospitalisation par le biais des soins ambulatoires et /ou à temps partiel. Pourtant la prise en charge de ces patients, par les médecins somaticiens des EPSM (Etablissement Public de Santé Mentale), reste concentrée sur les unités d'hospitalisation.

I-1 : Santé physique et santé psychique

I-1-1 : Le parcours de soins somatiques

La loi de modernisation de la santé a redéfini l'organisation de notre système de santé à partir du parcours de la personne (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2016). Ce parcours peut être défini comme un continuum de l'accompagnement global des patients et des usagers sur un territoire donné. Réfléchir en termes de parcours permet de répondre aux obstacles rencontrés par le patient, en recherchant les solutions les plus appropriées (ARS, 2016). Approcher l'individu dans son parcours donne tant l'importance aux soins qu'à la prévention et à l'accompagnement et inclut la nécessaire coordination de l'ensemble des acteurs (ARS, 2018).

La notion de parcours de soins somatiques est une notion fréquemment utilisée dans la littérature traitant de la santé physique du patient souffrant de troubles psychiques. On retrouve l'emploi de ce terme dans « question d'économie et de la santé n°250 » relatif à ce sujet (Coralie Gandré, 2020). Les difficultés rencontrées par ces patients dans leur suivi somatique sont multiples, variées et peuvent survenir tout au long de leurs soins. Cette formulation paraît de ce fait appropriée pour aborder les difficultés que peuvent rencontrer nos patients concernant leur santé physique et son suivi.

I-1-2 : Mortalité et Comorbidités somatiques des patients souffrant de troubles psychiques

Les patients atteints de troubles psychiatriques présentent un plus haut taux de mortalité prématurée que la population générale. Confirmé par la littérature scientifique internationale, on reconnaît pour exemple au patient souffrant de troubles psychiques sévère une espérance de vie écourtée en moyenne de 15 à 20 ans et un taux de mortalité 3 à 5 fois supérieur à celui de la population générale (Santé Mentale, 2019).

Le rapport édité par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM, 2018), issu du croisement des données de la cartographie médicalisée avec les causes de décès, a permis l'étude à l'échelle nationale de la mortalité des individus souffrant de troubles psychiques. Beaucoup d'études internationales s'intéressent plus précisément aux troubles psychiques

sévères. Cette étude a pour avantage de nous présenter des résultats récents à l'échelle nationale abordant les troubles psychiques plus largement.

On y retrouve des ratios de mortalité générale et prématurée plus élevés sur l'ensemble des pathologies psychiatriques définis dans l'étude, avec un taux de mortalité prématurée pour l'ensemble des pathologies psychiatriques 4,4 fois supérieur à celle de la population générale (Figure 1).

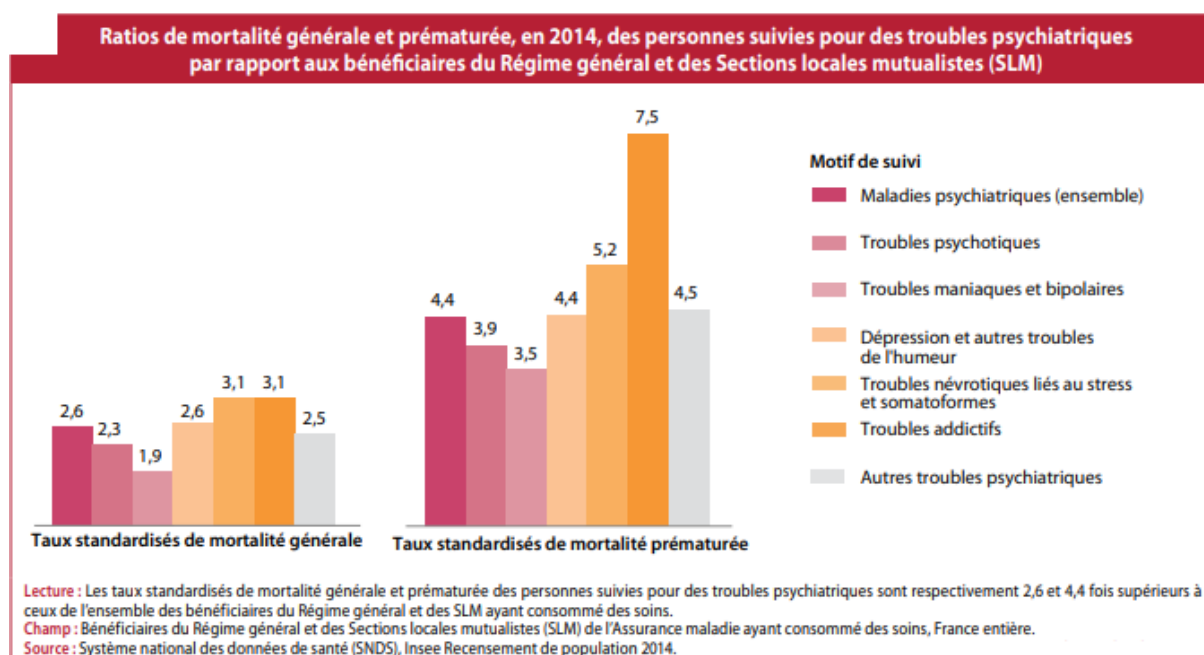


Figure 1: (Gandré, 2018)

Les principales causes de décès pour l'ensemble de ces pathologies psychiatriques sont le cancer et les maladies cardio-neurovasculaires, avec respectivement 26% et 20% des décès (en 2014) devant les causes externes (10% des causes de décès) parmi lesquelles le suicide, représenté dans ces causes à hauteur de 40% (CNAM, 2018).

Cette surmortalité est retrouvée pour les personnes présentant des troubles psychiques pour l'ensemble des causes initiales de décès (Tableau 1) avec pour exemple un ratio de mortalité de 3.2 pour les maladies du système digestif et de 2.7 pour les maladies endocriniennes.

Ratios de mortalité entre taux de mortalité des personnes suivies pour des troubles psychiatriques et taux de mortalité des bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) par cause, selon les groupes pathologiques traités			
	Taux standardisé de mortalité		Ratio de mortalité (toutes pathologies psychiatriques)
	Consommateurs régime général et SLM	Personnes suivies pour un trouble psychiatrique	
Causes externes (accidents, suicides, chutes...)	45,4	222,7	4,9
Maladies du système digestif	31,9	101,4	3,2
Etats morbides mal définis	59,7	177,5	3,0
Maladies neurodégénératives	40,9	115,6	2,8
Maladies du système respiratoire	45,8	129,0	2,8
Maladies infectieuses	14,3	39,9	2,8
Maladies endocriniennes	25,2	68,9	2,7
Tumeurs	235,3	499,1	2,1
Maladies hématologiques	2,7	5,6	2,1
Maladies cardiovasculaires	172,0	349,9	2,0
Mortalité générale (toutes causes confondues)	719,9	1 886,2	2,6
Mortalité prématurée (avant 65 ans)	143,9	629,3	4,4

Note : Les décès dont la cause principale identifiée était un trouble mental ont été exclus, car une maladie psychiatrique ne peut conduire de façon organique à un décès. Taux pour 100 000 habitants (standardisation population de référence Insee 2014).

Lecture : Le taux standardisé de mortalité par tumeurs des personnes suivies pour un trouble psychiatrique est de 499,1 pour 100 000 habitants, contre 235,3 pour 100 000 pour les bénéficiaires du Régime général et des SLM, soit un ratio de surmortalité par tumeurs de 2,1.

Champ : Bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

Source : Système national des données de santé (SNDS), Insee Recensement de population 2014.

Tableau 1 : (Gandré, 2018)

Ce ratio de mortalité se retrouve pour l'ensemble des troubles psychiatriques. Les vulnérabilités de ces patients peuvent être plus ou moins marquées en fonction de la pathologie mentale concernée. On identifie pour exemple plus aisément ces vulnérabilités chez les patients présentant des troubles psychiques sévères tels que la schizophrénie. Mais ces résultats nous invitent à considérer la problématique somatique pour l'ensemble de nos patients quel que soit leurs troubles psychiques. Cela impliquera de ce fait une variabilité de l'optimisation du parcours de soins somatiques.

Les causes des vulnérabilités somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques sont nombreuses et souvent multiples. On retrouve dans ces causes, une surreprésentation de facteurs de risque comportementaux; les iatrogénies médicamenteuses des psychotropes ou encore un accès aux soins amoindri, qui s'adapte peu aux besoins de ces patients.

I-1-3 : Une surreprésentation de facteurs de risque comportementaux

4 facteurs de risques comportementaux que sont le tabac, la consommation excessive d'alcool, la sédentarité et l'obésité (Tableau 2) contribuent significativement à la morbidité et à la mortalité dues aux maladies chroniques (Jean-Paul Humair, 2006) telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et cancer.

Définitions des quatre facteurs de risque comportementaux		
* verre standard = 10 g d'alcool = 1 dl vin rouge ou blanc, 25 cl de bière, 2,5 cl d'alcool fort.		
Tabagisme	≥ 1 cigarette, un cigare ou une pipe/jour	
	♂	♀
Consommation excessive d'alcool	> 21 verres standards*/ semaine ou > 5 verres standards*/ occasion	> 14 verres standards*/ semaine ou > 4 verres standards*/ occasion
Sédentarité	< 5 x 30 minutes d'exercice modérée/semaine et < 3 x 20 minutes d'exercice intense/semaine	
Obésité	Body Mass Index (poids en kg/taille en m ²) ≥ 30	

Tableau 2 : (Jean-Paul Humair, 2006)

a) *Le tabac :*

Le programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 a permis une baisse du tabagisme dans la population générale, et les données recueillies en 2018 auprès des 9074 adultes de 18 à 75 ans résidant en France, retrouvaient 32% de fumeurs ne serait-ce qu'occasionnels et un tabagisme quotidien de 25.4% sur la population interrogée (Andler R, 2019). Cette diminution ne se retrouve pas au sein de la population psychiatrique où la prévalence du tabac est encore forte. Fréquent dans les troubles anxieux; le tabagisme actif est 2 à 3 fois plus élevé qu'en population générale dans les troubles bipolaires. On retrouve 2 fois plus d'antécédents dépressifs chez les fumeurs que chez les non-fumeurs et la fréquence du tabagisme chez les personnes présentant une schizophrénie atteint, quant à elle, 64% à 93% de cette population, selon les études et les pays (A Bertsch, 2020).

En outre, les interactions du tabac avec les médicaments psychotropes ont été documentées et certains de ses constituants peuvent accélérer le métabolisme de certains antipsychotiques. Les patients schizophrènes fumeurs peuvent recevoir ainsi des doses plus élevées d'antipsychotiques que les patients non-fumeurs du fait de ces perturbations métaboliques (M Hajbi, 2010). La motivation au sevrage tabagique de nos patients doit donc être accompagnée d'une attention particulière en raison de cette interaction entre la substance et les psychotropes (annexe 1).

b) La sédentarité :

La sédentarité dans les troubles psychiques est fréquente, favorisée par une symptomatologie psychique telle que l'aboulie, l'apragmatisme ou le syndrome négatif de la schizophrénie. Elle peut être également induite par l'influence sédative de certaines thérapeutiques psychotropes. Pour exemple, on reconnaît dans la schizophrénie une sédentarité quotidienne en moyenne 2 à 3h supérieure à celle d'un individu standard (T Charpeaud, 2018).

c) Surpoids, obésité et hygiène alimentaire :

La prévalence de l'obésité chez les patients suivis en psychiatrie est importante. L'étude réalisée par M-H Aoun sur un échantillon de 115 malades suivis en psychiatrie (M-H Aoun, 2020), retrouvait une prévalence de 40.9% pour le surpoids et 49% d'obésité (versus 39% des adultes de plus de 18 ans en surpoids et 13 % d'obèses dans la population générale à l'échelle mondiale, en 2016 (OMS, 2020)). L'article de Loïc Locatelli et Al, relate la cooccurrence de l'obésité et des troubles psychiatriques (Locatelli, 2017).

La symptomatologie des troubles psychiques chroniques et la iatrogénie des psychotropes prescrit au long cours peuvent aggraver progressivement le surpoids et l'obésité. Plusieurs études de cohortes ont confirmé que le risque de prise de poids était accru avec la plupart des psychotropes (Thomas, 2012).

La perturbation des conduites et de l'hygiène alimentaire, fréquemment rencontrées dans les troubles psychiques, augmentent également le risque de surpoids et d'obésité. La précarité, les difficultés financières et l'isolement social qui peuvent accompagner la maladie renforcent eux aussi ce risque. Concernant plus précisément la schizophrénie, plusieurs études ont relaté les perturbations des habitudes alimentaires de ces patients et décrivent une alimentation plus riche en matière grasse et en sucre, plus pauvre en fibres et avec une consommation de fruits et légumes moindre (Haling, 2008).

d) Alcool et autres troubles addictifs :

Les comorbidités addictives et particulièrement l'alcool sont fréquentes chez les patients présentant des troubles psychiques. Le Dr Mezerette dans son intervention au cours de notre cursus de formation (Mezerette, 2021) évoquait dans sa présentation que 30 à 50% des patients admis en psychiatrie en Europe présentent un trouble mental associé à un abus de

substance (principalement alcool, sédatifs et cannabis) avec 35% d'abus d'alcool dans les troubles psychotiques, et 25% d'abus ou de dépendance au cannabis dans la schizophrénie. L'article « Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien » (J.Falcheri, 2011) relaie les résultats d'études concernant les fréquences de l'usage de l'alcool dans les différents troubles psychiques : on retrouve ainsi des épisodes dépressifs majeurs 2 fois plus fréquents chez les personnes dépendantes à l'alcool et une fréquence 4 fois plus élevée de troubles bipolaires dans cette même population. Les troubles anxieux et les troubles de la personnalité, quant à eux, s'y retrouvent 3 fois plus fréquemment qu'en population générale.

Les associations addictives sont également fréquentes : « Plus de 80 % des sujets alcoolodépendants suivis dans des structures de soins sont aussi fumeurs réguliers de tabac » (A Luquiens, 2013) et l'association de ces addictions impacte d'autant plus la mortalité.

Pour rappel, dans la Figure 1 (Gandré, 2018), on retrouvait un taux de mortalité prématurée 7.5 fois supérieur à la population générale dans les troubles addictifs. L'alcool est en effet reconnu comme cancérigène avéré (groupe 1 du CIRC (centre international de recherche contre le cancer)) et augmente la prévalence de nombreux cancers (voies aérodigestives supérieures, foie, colorectal,...) et majore le risque cardiovasculaire (Naassila, 2021).

On comprend que le dépistage systématique des troubles addictifs chez les patients souffrant de troubles psychiques est essentiel. La HAS (Haute Autorité de Santé), à ce titre, a validé parmi ses indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) en psychiatrie et santé mentale : « l'évaluation et la prise en charge des addictions chez les patients adultes » (HAS, 2021).

I-1-4 : Iatrogénie des psychotropes

Les médicaments psychotropes ont pour objectif de réduire la symptomatologie des troubles psychiques et d'atténuer les répercussions fonctionnelles de ces troubles. Leur usage peut s'accompagner de l'apparition d'effets indésirables aux fréquences variables, même si ces effets dépendent des molécules utilisées. On retrouve fréquemment cités parmi eux :

Prise de poids	Cardiotoxicité (allongement de l'espace QT et troubles du rythme ventriculaire)
Hyperglycémie	Trouble de la déglutition
Hyperlipidémie	Troubles du transit
Sédation et somnolence	Troubles sexuels

Tableau 3: effets indésirables fréquemment rencontrés avec les psychotropes

Même si cette iatrogénie est particulièrement identifiée pour les antipsychotiques (J.Gasser, 2018) (annexe 2), on peut retrouver en partie ces effets chez les autres psychotropes en fonction de la molécule utilisée. On pourra citer pour exemple : la prise de poids avec le lithium, le valproate et certains antidépresseurs ; l'allongement du QT avec le citalopram, l'escitalopram ou la venlafaxine ou encore la constipation et les troubles de la déglutition avec les benzodiazépines (Revue Prescrire, 2017).

Les potentielles répercussions organiques liées à l'usage des psychotropes imposent une attention particulière au repérage de l'apparition de ces symptômes en adaptant notre surveillance aux iatrogénies identifiées pour les molécules employées.

I-1-5 : Le syndrome métabolique

La iatrogénie des psychotropes, et plus particulièrement des antipsychotiques de 2nde génération, que nous venons d'aborder peut être responsable de perturbations métaboliques et d'une cardiotoxicité potentiellement renforcée par les facteurs de risques comportementaux surreprésentés dans la population souffrant de troubles psychiques.

L'article de D Saravane sur les complications métaboliques des psychotropes (Saravane D. , 2014) évoque les prévalences du diabète, des maladies cardiovasculaires et du syndrome métabolique chez les patients souffrant d'un trouble psychique sévère. L'étude CATIE, relatée dans cet article, réalisée auprès de patients schizophrènes, retrouvait ainsi une prévalence du diabète de 13% contre 3% dans le groupe contrôle et selon les études, une prévalence entre 28 et 60% du syndrome métabolique dans la schizophrénie et de 30% dans le trouble bipolaire.

Ce syndrome métabolique rassemble des anomalies clinico-métaboliques : obésité abdominale, hypertension artérielle, anomalie du bilan lipidique et glycémique (FFP-CNPP, 2015) que nous retrouvons dans le Tableau 4, issu de la fédération internationale du diabète :

Définition du syndrome métabolique selon la Fédération Internationale du Diabète

Obésité abdominale
Définie par un tour de taille supérieur ou égal à 94 cm pour un homme et 80 cm pour une femme
Critère obligatoire (il existe des variations ethniques)
Au moins deux des quatre paramètres suivants :
Triglycérides > 150mg/dl ou un traitement spécifique en cours
HDL <40 mg/dl chez les hommes et < 50 mg/dl chez les femmes ou un traitement spécifique en cours
Tension artérielle : ≥ à 130 mmHg pour la systolique et ≥ à 85 mmHg pour la diastolique
Ou un traitement spécifique en cours
Hyperglycémie > 100mg/dl ou un traitement spécifique en cours d'un diabète type 2

Tableau 4 : (FFP-CNPP, 2015)

Celui-ci est reconnu comme élément prédictif du développement de diabète de type 2, du risque de décès des suites de maladies cardiovasculaires (Saravane D. , 2014) et de la stéatose hépatique non alcoolique (NASH) (Tholey, 2021). La HAS préconise donc son dépistage dans ses recommandations (FFP-CNPP, 2015) en déterminant différents groupes de patients à risque, fonction des molécules psychotropes utilisées.

I-1-6 : Accès aux soins somatiques

Tout comme pour la population générale, la population de patients souffrant de troubles psychiques est confrontée à la diminution de la densité médicale et à la diminution du nombre de médecin généraliste (Rédaction de vie publique.fr, 2021). Nos patients peuvent être de même confrontés à la difficulté, comme tout un chacun, d'identifier un médecin traitant ; surtout en cas d'emménagement dans un nouveau secteur géographique ou lors de départ en retraite du médecin traitant identifié. J'ai pu constater à de nombreuses reprises au cours de mon stage de 2^{nde} année en centre médico-psychologique de la complexité rencontrée par les professionnels lors de la recherche d'un médecin traitant pour les patients qui en étaient dépourvus.

Cette identification voulue par la loi du 13 août 2004 (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004) impose au patient de plus de 16 ans de choisir un médecin traitant. 14.5% des

patients souffrant de troubles psychiques sévères (ayant été hospitalisés entre 2012 et 2013) n'en avaient pourtant pas déclarés (Tableau 5) (atlaSanté, 2012-2013) contre seulement 7% dans la population générale (M Coldefy, 2020). Dans ce même tableau, on constate que 20% de ces patients n'avaient pas eu de suivi l'année précédant l'hospitalisation et 2/3 de ces patients n'avaient pas repris contact avec leur médecin traitant dans les 2 mois ayant suivi leur hospitalisation en santé mentale. La désignation d'un médecin traitant semble donc moins fréquente dans cette population, et les suivis moins réguliers.

Pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère) pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère			
Indicateurs	Pas-de-Calais	France	
Part de patients hospitalisés sans suivi en amont* (%)	20,0	20,0	
Part de patients hospitalisés sans suivi spécialisé en aval** (%)	42,2	40,0	▲
Part de séjours suivis d'une consultation ambulatoire dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	56,4	43,4	▲
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	13,7	14,5	▼
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie (%)	50,9	66,8	▼

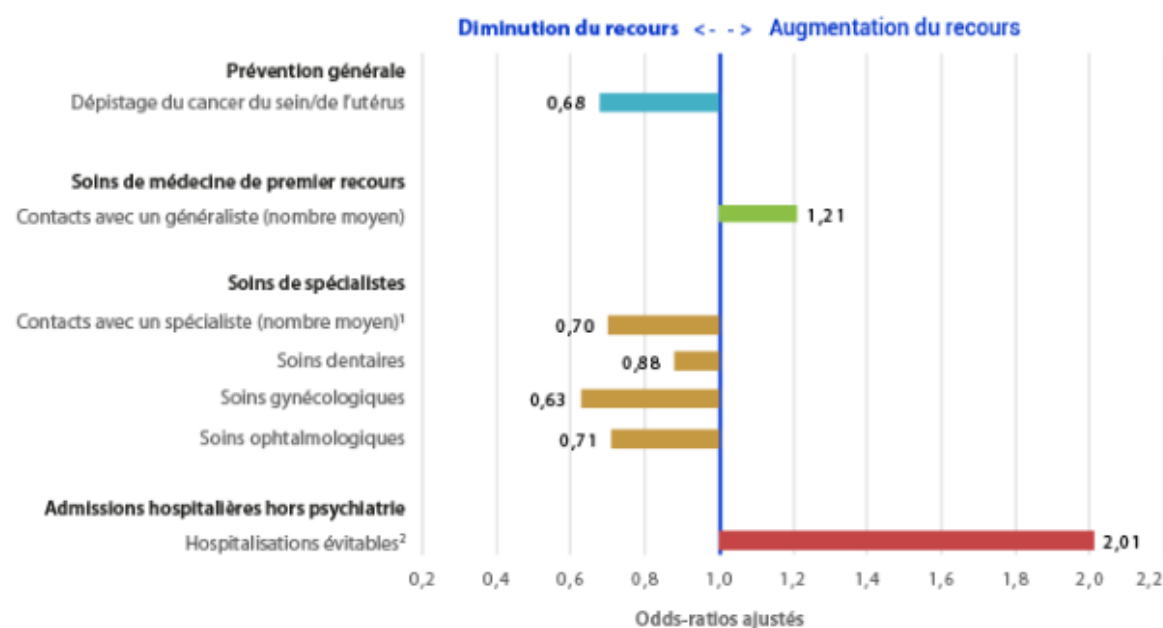
pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère ▼

Source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

Tableau 5: (atlaSanté, 2012-2013)

Le projet colchique (comorbidités et parcours de soins somatiques des personnes suivies pour un trouble psychique sévère) réalisé en 2019-2020 retrouvait une sur-prévalence des pathologies chroniques et un moindre recours aux soins de prévention et de spécialistes. (Figure 2) (C Gandré, 2020).

Associations entre la présence d'un trouble psychique sévère et le recours aux soins de prévention, aux médecins généralistes et aux spécialistes courants ainsi qu'à l'hôpital



¹ Pour sept spécialités : cardiologie, dermatologie, gynécologie médicale et obstétrique, gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL et rhumatologie.

² Pour asthme, insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive, déshydratation, complications du diabète à court terme, angine de poitrine sans infarctus du myocarde (entrée par les urgences), problème dentaire, déficience nutritionnelle, ou suite à une vaccination (en particulier contre la grippe).

© Irdes 2020

Source : Système national des données de santé (SNDS)

Champ : Individus suivis pour un trouble psychique sévère en 2014 ayant pu être appariés et leurs témoins parmi les bénéficiaires de 18 à 65 ans du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière

Figure 2 : (C Gandré, 2020)

Même si l'emploi de la médecine de premier recours semble plus fréquent, on retrouve une part plus importante d'hospitalisations évitables pour ces patients, au regard du reste de la population avec un OD (odds-ratios) à 2.01 qui interroge l'adéquation du suivi en médecine générale aux besoins des personnes souffrant d'un trouble psychique sévère (C Gandré, 2020). En effet, si la consultation en médecine de 1^{er} recours se voit être plus fréquente, elle devrait permettre une diminution des hospitalisations dites « évitables », ce qui n'est pas le cas. Le recours aux soins dentaires, gynécologiques et ophtalmologiques ainsi que le recours aux spécialistes (incluant : cardiologie, dermatologie, gynécologie médicale et obstétrique, gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL et rhumatologie) est quant à lui moindre avec un OD à 0.7.

L'article de Nadia Younes et Cédric Lemogne (N Younès, 2017) évoque une perte de chance en matière de soins somatiques pour les patients souffrant de troubles mentaux en raison d'un accès réduit aux soins et une diminution de la qualité de ces soins. On retrouverait des retards de diagnostic de cancers chez ces patients, notamment dépressifs, liés à une sous-estimation du diagnostic par les médecins vis-à-vis de cette population et un moindre recours au dépistage systématique, qui corrobore les résultats de l'étude sus-citée quant à la prévention. La mise en œuvre de traitements appropriés est également interrogée, évoquant une probabilité deux fois inférieure pour les patients souffrant de schizophrénie de bénéficier d'une procédure de revascularisation lors d'un syndrome coronarien aigu.

Ce même article réfère à plusieurs modèles qui traduisent les obstacles de l'accès aux soins. Le modèle de Goldberg et Huxley peut s'appliquer à l'accès aux soins somatiques des patients présentant un trouble psychique, et relate 4 « filtres » à cet accès :

- 1^{er} filtre : manque de prise de conscience par le patient, et de fait un moindre recours.
- 2^{ème} et 3^{ème} filtres : une non-reconnaissance de la demande par les professionnels du soin et une réponse thérapeutique insuffisante voire absente.
- 4^{ème} filtre : une insuffisante collaboration avec le système spécialisé, notamment entre la médecine de ville et les services de santé mentale.

Les recommandations de bonnes pratiques de 2015, précédemment évoquées, concernant le suivi somatique des patients souffrant de troubles psychiques sévères (FFP-CNPP, 2015) relate qu' « aucune donnée pertinente concernant les pratiques de dépistage et de prise en charge en France n'a été clairement identifiée, ce qui ne permet pas d'identifier de manière objective les problèmes de pratique à résoudre ». Pour autant la confrontation de mes lectures sur la thématique et de mon expérience aux filtres de ce modèle m'a permis d'identifier plusieurs motifs à ces difficultés rencontrées par nos patients dans leur parcours de soins somatiques.

a) La symptomatologie des troubles psychiques :

La symptomatologie des troubles psychiques peut expliquer en partie le moindre recours au système de soins. L'identification du trouble somatique ou l'intérêt qui lui est porté peuvent être amoindris voire déniés. Les compétences sociales et les relations interpersonnelles

peuvent également être altérées. Sans en faire une liste exhaustive, on pourra citer quelques exemples issus de notre pratique auprès de ce public :

-Dans la schizophrénie : le syndrome positif accompagné d'idées délirantes ou de troubles de la perception, peut altérer la conscience du problème somatique. Le syndrome désorganisationnel peut compliquer l'examen clinique et l'identification de la problématique par le professionnel. Le syndrome négatif peut renforcer l'isolement social et argumenter ce moindre recours aux soins. Le défaut d'insight que l'on peut retrouver également dans cette pathologie peut complexifier l'alliance et l'observance thérapeutique.

-L'aboulie, l'apraxisme, l'asthénie que l'on peut retrouver aussi dans l'épisode dépressif peuvent altérer les capacités du patient à assurer son suivi somatique de même que les conduites addictives ou les troubles cognitifs.

-La précarité sociale qui peut s'associer aux troubles peut complexifier encore l'accès aux soins et nuire à sa qualité.

b) Les difficultés rencontrées par la médecine de ville dans la prise en soins de patients souffrant de troubles psychiques :

Le plan psychiatrie santé mentale 2011/2015 (Ministère chargé de la santé et Ministère chargé des solidarités, 2012) relatait qu'à peine 1 praticien sur 5 avait effectué un stage de psychiatrie au cours de sa formation initiale, alors que ces praticiens sont confrontés quotidiennement à la souffrance psychique de leurs patients. Les troubles mentaux représenteraient en effet 15% de leurs consultations (HAS, 2018). Beaucoup de praticiens déplorent ce manque de formation dans leur cursus universitaire (Fovet, 2014). Le stage effectué au cours de ma 1^{ère} année d'étude au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSPP) m'a permis d'en faire le constat, plusieurs professionnels y relatant, en effet, un manque d'habileté dans la communication avec les patients présentant un trouble psychique.

A cette difficulté relatée par les professionnels du premier recours s'ajoute un rythme de consultation très soutenu. Selon l'enquête de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) réalisée en 2002 (Breuil-Genier, 2006), les consultations et visites des médecins généralistes durent en moyenne 16 minutes, mais cette durée s'allonge dans le cas de pathologies psychiatriques et psychologiques.

On peut comprendre que ce manque de formation, associé à une singularité de prise en charge relativement chronophage peut complexifier la prise en soins par les équipes de premiers recours et engendrer une altération de la qualité du suivi.

c) Un manque de coordination entre la médecine de ville et la santé mentale :

La psychiatrie a souvent été accusée jusqu'à nos jours d'hospitalocentrisme. Le manque de coordination et de communication entre la médecine de ville et les services de santé mentale, peut avoir des répercussions sur la prise en charge du patient.

Pourtant l'intrication des pathologies psychiatriques et organiques est fréquente et rend nécessaire cette coordination.

Une étude s'est intéressée à cette coordination et a été menée sur une population de 143 patients consultant un psychiatre dans un CMP (centre médico-psychologique) donné (I Bohn, 2007). Cette coordination a ainsi pu être approfondie pour 81 de ces patients. Le constat fût double, relatant des « lacunes bilatérales » dans la connaissance des pathologies somatiques et des pathologies psychiatriques. Ainsi les pathologies somatiques de ces patients n'étaient identifiées « précisément » au CMP, que dans seulement 35% des cas (de manière incomplète dans 34% et non identifiées dans 27%). L'intégralité du traitement médicamenteux ne se retrouvait que pour 36% des patients et était absent totalement dans 48% des cas. Chez les médecins généralistes, le diagnostic « exact » psychiatrique n'était connu que pour 44% des patients et la connaissance du traitement psychiatrique n'était exacte que dans 29% des situations.

L'article de MC.Hardy-baylé et N.Younès (Hardy-Baylé, 2014) relate les conséquences de l'absence de coopération entre médecins généralistes et psychiatres, identifiées au travers de plusieurs études. Parmi les conséquences évoquées on retrouve : la fragmentation des soins, l'interruption du suivi, la mauvaise gestion du traitement, l'augmentation de la iatrogénie ou encore la perte d'information.

L'articulation des acteurs de la ville et de l'hôpital psychiatrique est un point essentiel à considérer afin de nous assurer de l'efficacité du parcours de soins. La HAS en a écrit les recommandations (HAS, 2018). Une charte de partenariat entre la médecine et la psychiatrie de secteur (ANPCME, 2014) a été cosignée en 2014 entre le président de la conférence nationale des présidents de CME (Commission Médicale d'Etablissement) de centres hospitaliers spécialisés et le président du collège de médecine générale (Annexe 3).

I-2 : Le virage ambulatoire de la psychiatrie, une réorganisation de l'offre de soins

Le virage ambulatoire de la psychiatrie avait été initié dans les années 90, avec notamment la circulaire du 14 mars 90 relative aux orientations de la politique de santé mentale (JORF n° 79, 1990). En 2016, 80% des patients suivis en psychiatrie le sont exclusivement en ambulatoire (représentant 1.6 millions de personnes) (M Coldefy, 2020) avec 73% de cette activité effectuée en CMP et CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel).

I-2-1 : Les structures de soins, hors unités d'hospitalisation à temps complet

Plusieurs structures participent à l'articulation de la prise en charge psychiatrique sous un autre mode que l'hospitalisation complète. Parmi ces structures nous retrouvons, tel que défini dans l'article 1 de l'arrêté du 14 Mars 1986 (Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, 1986):

- Les CMP, qui sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population. Les CMP sont les pivots du dispositif sectoriel, et permettent l'accueil de toute personne en souffrance psychique par des équipes pluridisciplinaires (psychiatres, psychologues, infirmiers).

- Les hôpitaux de jour (HDJ) assurant des soins polyvalents, individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel. Orienté sur le soin à médiation, l'objectif de cette prise en charge est de permettre au patient de maintenir ou retrouver une existence autonome par les actions de soutien et les actions thérapeutiques.

- Les CATTP qui visent à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et des thérapeutiques de groupe.

L'activité ambulatoire correspond à la prise en soins en CMP, alors que les prises en charge à temps partiel rassemblent les prises en soins de l'hôpital de jour et des CATTP. Nous nous intéressons aux patients fréquentant ces 3 structures dans ce mémoire.

Afin d'éviter les redondances d'écritures, dans les suites de cet écrit, nous réunirons sous l'abréviation ATP, l'ambulatoire et/ou le temps partiel.

I-2-2 : Les soins somatiques dans les structures ATP

L'article 69 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a renforcé encore, le nécessaire développement de la santé mentale « en dehors de ses murs » avec la création des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). On retrouve parmi ses priorités : « L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins. » (solidarites-sante.gouv, 22).

Le suivi somatique de nos patients, pourtant, ne répond que partiellement à cette priorité et les équipes somatiques des établissements psychiatriques exercent encore principalement leurs missions au sein des unités d'hospitalisation. L'enquête psy-soma (C Muller, 2018) , réalisée en 2018 auprès des 257 établissements gérants des secteurs de psychiatrie, reconnaît en effet un personnel médical existant dédié à la prise en soins somatique dans 95% des établissements interrogés, mais seul 7% de ces équipes ont pu organiser une consultation externe de médecine générale.

I-2-3 : Vers la notion de soins de support en psychiatrie

Traduit de l'anglais « supportive care », les soins de support peuvent se définir comme l'ensemble des soins et soutien nécessaire aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, tout au long de la maladie (Di Santolo, 2018). Associés depuis sa naissance en France à la pathologie cancéreuse, ils sont encore très liés à cette discipline. Mais comme l'a souligné le Dr M Bubrovsky lors du 2^{ème} congrès de soins de support et maladies chroniques organisé par l'association Concipallia (Bubrovsky, 2019), les soins de support paraissent de plus en plus transposables aux pathologies chroniques d'autres spécialités dont notamment la psychiatrie.

Les soins de supports consistent en une approche globale et coordonnée, intégrant les différentes compétences des acteurs des soins. Ils favorisent le « travailler ensemble » et l'utilisation des moyens disponibles (Saravane D. , 2019).

Mon expérience en service de psychiatrie m'a permis de faire le constat de la diversité de soins à médiation qui pouvait être proposée dans les prises en charge ATP. Plusieurs de ces

activités de soins avaient un lien avec la santé somatique des patients. Cette approche en terme de soins de support me paraît, de ce fait, particulièrement pertinente si l'on vise l'optimisation du parcours de soins somatiques du patient présentant un trouble psychique. Le concept des soins de support peut permettre d'aborder de manière coordonnée et collaborative le parcours de soins somatiques de ces patients, en exploitant les ressources internes des structures et les différentes compétences des acteurs du soin.

I-2-4 : Des réponses existantes à la problématique somatique

La problématique somatique des patients souffrant de troubles psychiques est bien identifiée par les établissements de psychiatrie. Les réponses apportées sont pourtant éparpillées et variées à travers le territoire français. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), dans son guide (N Farcy, 2021), évoque plusieurs de ces réponses : on pourra citer parmi elles le dispositif Coreso du Centre Hospitalier le Vinatier, près de Lyon, dont l'objectif est la réintégration dans le système de santé de droit commun, du patient souffrant d'une pathologie psychiatrique suivi en ambulatoire. L'espace de la chevalerie, hôpital de jour de psychiatrie et addictologie du CHU (centre hospitalier universitaire) de Tours qui s'est associé à un médecin endocrinologue libéral afin de prévenir les complications du syndrome métabolique ou encore la création d'une consultation d'accompagnement à la santé (CALAS) au Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie Guillaume Régner de Rennes qui tient pour objectif l'accès aux soins primaires des personnes en situation de handicap psychique pour les patients en hospitalisation complète ou partielle, et qui devrait se développer à l'avenir pour les patients suivis en ambulatoire.

Le groupe hospitalier Paul Guiraud, quant à lui a développé des programmes d'éducation thérapeutique pour les patients schizophrènes autour des comorbidités somatiques ainsi que des consultations cliniques de prévention et d'éducation à la santé sur 9 thématiques de santé publique (prévention des maladies cardiovasculaires, de l'insuffisance veineuse, hygiène, gynécologie,...) (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, s.d).

I-3 : L'infirmier en pratique avancée (IPA), mention psychiatrie et santé mentale (psm)

La loi de modernisation de la santé du 26 janvier 2016 (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2016) a acté le déploiement de la pratique avancée. Initié avec la profession infirmière, le décret n°2019-836 du 12 août 2019 (JORF n°187 du 13/08/2019, 2019), a ouvert cet exercice à la psychiatrie et santé mentale.

L'IPA effectue le suivi des patients qui lui sont confiés, dans une démarche de prise en charge globale où il collabore, avec l'ensemble des acteurs du soin, à l'organisation des parcours. Acteur du lien, il favorise la coordination et la coopération entre les soins de 1^{er} recours, les médecins spécialistes, les établissements et les services de santé ou médico-sociaux (dans le respect du parcours de soins coordonné par le médecin traitant) (Code la santé publique, 2022).

Ces domaines d'intervention comportent:

« -a) *Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage.*

-b) *Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique.*

-c) *Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptation de prescriptions médicales »* (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2016).

Cette prise en charge « globale » inclut donc notamment, l'orientation, l'éducation, la prévention, le dépistage, l'évaluation clinique et la prescription d'examens complémentaires et semble conforter le rôle que l'IPA pourrait avoir dans le parcours de soins somatiques de nos patients.

Ses missions dans la coordination des parcours, semblent adéquates pour remédier aux difficultés de lien entre la ville et l'hôpital.

Rappelons également que l'infirmier autorisé à exercer en pratique avancée doit justifier de 3 années minimum d'exercice de sa profession infirmière. L'expérience acquise auprès du patient souffrant de troubles psychiques améliore les capacités du professionnel et sa prise en charge auprès de cette population aux multiples singularités. P Benner atteste l'évolution des

compétences cliniques infirmières dans une discipline donnée, au fil de l'expérience professionnelle acquise (Benner, 2003).

L'IPA, mention psychiatrie et santé mentale, porteur de son expérience auprès du public psychiatrique et renforcé par ses 2 années de formation universitaire, devrait donc être un acteur de soins « plus aguerri » pour les spécificités de prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques.

Au-delà de son exercice direct auprès du patient, l'IPA, dans les compétences attendues de son diplôme, devra faire preuve de leadership auprès des équipes au sein des structures où il exercera son activité. Acteur du changement et de l'innovation, il intervient dans l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles (Chassagnoux, 2022).

Cette compétence nous invitera donc à élargir la réflexion concernant l'optimisation du parcours somatique, au-delà des actions qui pourront être menées individuellement par l'IPA, nous porterons notre questionnement également à l'échelle de l'établissement afin d'envisager une réponse interdisciplinaire à notre problématique.

Les patients souffrant de troubles psychiques présentent de nombreuses vulnérabilités sur le plan somatique. La symptomatologie psychique, la iatrogénie des psychotropes, la surreprésentation de facteurs de risques comportementaux et l'accès aux soins peu adapté à cette population, concourent à une véritable perte de chance de ces patients concernant leur santé physique. La plupart d'entre eux, bénéficient d'un suivi psychique en structures ATP. Il revient donc à ces services de porter leur attention sur le parcours de soins somatiques de cette population. Les activités et compétences de l'IPA, tant auprès du patient que des professionnels semblent présager du rôle que ce nouvel acteur pourrait tenir dans ce parcours.

Cette réflexion a ainsi induit notre questionnement :

Comment les activités et les compétences de l'IPA, mention psychiatrie et santé mentale, pourraient permettre d'optimiser le parcours de soins somatiques des patients suivis dans les structures de psychiatrie à temps partiel et/ou ambulatoires ?

« Optimiser : Donner à quelque chose, à une machine, à une entreprise, etc., le rendement optimal en créant les conditions les plus favorables ou en en tirant le meilleur parti possible »

(Larousse)

II : METHODOLOGIE

II-1 : Choix méthodologique

Le choix méthodologique se devait d'être en adéquation avec notre volonté d'identifier le champ d'action que pourrait avoir l'IPA mention psychiatrie et santé mentale, dans l'optimisation du parcours de soins somatiques du patient adulte souffrant de troubles psychiques au cours de sa prise en charge ambulatoire ou à temps partiel.

Pour être « au plus près » du potentiel exercice futur, il paraissait cohérent de s'intéresser à cette problématique au cœur de l'établissement d'exercice; l'EPSM Val de Lys Artois, en vue d'exploiter les résultats de ce mémoire dans une démarche d'amélioration des pratiques.

Je présenterai donc en 1^{ère} partie cet établissement dans ses généralités. J'aborderai ensuite la mesure effectuée en 2021 des IQSS sur l'item « Prise en charge somatique et coordination Ville/Hôpital, périmètre ambulatoire ». Cette évaluation permettra d'avoir une vision actualisée sur la gestion de la problématique somatique des patients suivis en ATP.

Puis motivé par la conviction que de nombreuses ressources au sein de l'établissement pourraient participer activement à l'optimisation du parcours de soins somatiques des patients, il me fallait identifier ces ressources qui pourraient s'intégrer dans cette démarche d'optimisation.

Le récit de situation complexe et authentique (RSCA) permet d'intégrer la réflexivité du professionnel et réhabilite l'intelligence pratique (Bargibant, 2022). J'opterai donc pour cette méthodologie, dans une 2^{nde} partie afin d'aborder plus précisément le rôle que pourrait avoir l'IPA, directement auprès du patient, afin d'améliorer son parcours de soins somatiques.

Les situations rencontrées en santé mentale sont souvent singulières et peu équivoques et la réflexion menée dans notre introduction théorique m'invite à penser que l'intervention de l'IPA pourra apporter une réponse graduée de part la diversité des actions que son diplôme lui permettra de mettre en œuvre.

C'est pourquoi, j'effectuerai cette approche RSCA sur 2 situations cliniques de patients rencontrées au cours de mon stage de 2^{ème} année qui a été réalisé sur l'un des secteurs de cet EPSM. Bien que différentes, ces 2 vignettes cliniques ont pour point commun d'aborder le parcours de soins somatiques de patients suivis en ATP.

Bien que ce choix méthodologique puisse paraître peu orthodoxe, il me paraissait le plus adapté pour identifier les compétences et les activités de l'IPA psm qui pourront intervenir et être utilisées dans l'optimisation du parcours de soins somatiques, tant dans l'exercice direct auprès du patient que dans une démarche élargie à hauteur de l'établissement dans un souhait d'amélioration de nos pratiques.

II-2 : L'EPSM Val de Lys Artois, généralités

L'EPSM val de lys Artois est situé dans le département du Pas de calais. Il regroupe 7 secteurs de psychiatrie générale, 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, et 1 service intersectoriel d'addictologie. Il est étendu sur un secteur géographique de 3200km², occupé par 32% de la population du département. Les 7 secteurs de psychiatrie générale rassemblent pour leurs structures d'accueil à temps partiel et leurs structures ambulatoires : 6 hôpitaux de jour, 7 CATTP et 9 CMP.

Sur l'année 2021, on comptabilise, pour les 7 secteurs de psychiatrie générale, 303 patients suivis en hôpital de jour, 1646 patients accueillis en CATTP et 13341 prises en charge en CMP. Au cours de cette même année, 1815 prises en charges ont été effectués en hospitalisation à temps plein (chiffres recueillis auprès du département d'information et de Recherche Médicale de l'établissement).

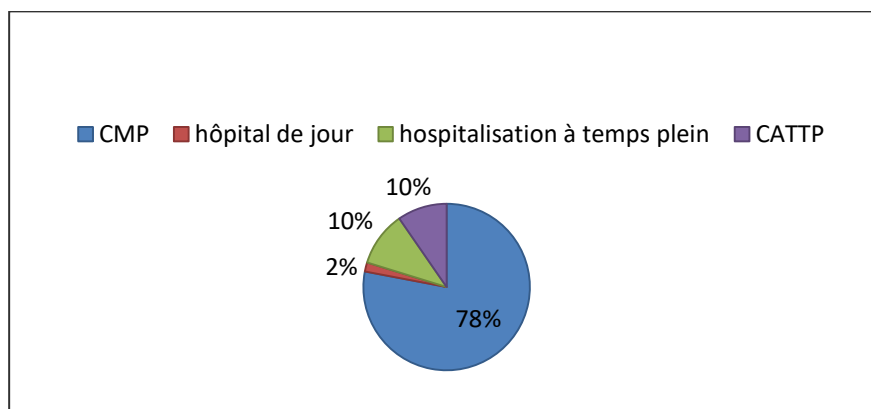


Figure 3: nombre de prise en charge par type de structure, EPSM Val de Lys Artois, 2021

On soulignera que les accueils en CATTP ou en HDJ s'associent fréquemment aux prises en charge du CMP.

II-3 : Mesure volontaire des IQSS dédiés, effectuée par l'EPSM Val de Lys Artois en 2021

Les IQSS sont des outils qui permettent d'évaluer de manière fiable, la qualité et la sécurité des soins (HAS, 2021). En 2019, la HAS a validé les IQSS relatifs à la prise en charge ou la vigilance de l'état somatique pour le périmètre ambulatoire (HAS, 2021). L'évaluation de ces indicateurs, s'est effectuée en 2021 sur l'audit de 70 dossiers, choisis par tirage au sort et relatant de prise en charge ayant eu lieu au cours de l'année 2019. Le périmètre « ambulatoire » de ces indicateurs inclus également, outre le CMP, les structures de prise en charge à temps partiel, que sont les HDJ et les CATTP.

L'ensemble des critères d'inclusion, d'exclusion, les grilles de recueil, les consignes de remplissage et les fiches descriptives concernant ses indicateurs se retrouvent sur le site de la HAS (HAS, 2021). Parmi les critères d'inclusion des dossiers sélectionnés, on retiendra :

- L'absence d'hospitalisation à temps plein ou de prise en charge en centre de post-cure psychiatrique, l'année précédant le dernier acte en CMP pris en compte.

- La prise d'un traitement psychotrope dans les 12 mois précédant le dernier acte en CMP (pour les indicateurs a et b).

4 indicateurs ont ainsi pu être évalués :

- Vigilance sur l'état cardiovasculaire et métabolique chez les patients adultes :

Cet indicateur est évalué selon 6 critères qualité :

- Antécédents cardiovasculaires et métaboliques personnels.

- Facteurs de risque thrombo-emboliques.

- Mesure de la pression artérielle.

- Mesure des paramètres anthropométriques (poids, calcul de l'IMC, et mesure du périmètre abdominal).

- Conclusion médicale vis-à-vis d'un électrocardiogramme.

- Résultats vis-à-vis des examens sanguins (résultats vis-à-vis d'un bilan glycémique ET d'un bilan lipidique).

A ces critères, s'ajoutent l'appréciation des habitudes de vie en matière d'activité physique et d'hygiène alimentaire. Il est à noter que ces 2 dernières appréciations ne rentrent pas en considération dans le calcul de conformité.

- Vigilance sur le transit intestinal des patients adultes :

L'évaluation s'effectue sur la recherche d'une information dans le dossier patient traduisant cette vigilance.

- Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes :

Cet indicateur prend en considération les 3 critères suivants :

- Repérage et proposition d'aide à l'arrêt de la consommation de tabac (si patient fumeur).
- Repérage et proposition d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool (si consommation à risque).
- Repérage et proposition d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation de cannabis (si consommation).
- Le repérage des autres addictions, mais qui ne participe pas au calcul du score de conformité.

- Lien entre l'hôpital et la médecine de ville :

On retrouve 3 critères à cette évaluation :

- L'identification d'un médecin traitant, et/ou d'un médecin généraliste.
- L'identification d'un courrier et/ou échange téléphonique entre le secteur ambulatoire et la médecine de ville.
- La mention d'une démarche entreprise par le secteur ambulatoire pour que le patient ait un médecin traitant (si aucun n'a été désigné).

II-4 : Identification des ressources en lien avec la santé somatique

Il nous paraissait essentiel d'identifier les ressources dont disposait l'établissement, qu'il s'agisse des ressources internes aux secteurs de psychiatrie adulte ou des ressources transversales qui pourraient s'intégrer dans le parcours de soins somatiques des patients en vue de son amélioration. Pour ce faire, nous avons contacté les cadres de santé des structures d'accueil ambulatoire et des structures de prise en charge à temps partiel de chaque secteur de l'EPSM ainsi que les professionnels participant à ces missions transversales.

II-5 : Présentation des situations cliniques

Ces situations ont été vécues au cours du stage de 2^{ème} année, qui s'est déroulé sur un des pôles de l'EPSM Val de Lys Artois.

II-5-1 : Situation de Mr A

Situation de Mr A :

Mr A est âgé de 45 ans, il est suivi par le service de psychiatrie pour une schizophrénie paranoïde, diagnostiqué il y a une vingtaine d'année. Il n'a connu que 2 hospitalisations (il y a 20 ans, où la pathologie avait été diagnostiquée, et il y a 10 ans dans un contexte de décompensation aiguë de cette schizophrénie). Son traitement actuel retrouve clozapine 100mg, à raison de 3 prises par jour et propranolol 40 à raison de 1 par jour.

Le suivi est assuré mensuellement par un infirmier du CMP qui se rend à son domicile (c'est le même infirmier qui assure le suivi depuis maintenant 7 années).

Le patient a été suivi semestriellement par le même psychiatre pendant 17 années, mais depuis le départ en retraite de ce médecin, Mr A n'a pas souhaité reprendre le suivi avec un autre psychiatre du secteur. Le relais psychiatrique a été néanmoins effectué et le psychiatre référent actuel s'appuie sur les visites de l'infirmier du CMP pour évaluer le trouble et assurer le renouvellement de la thérapeutique.

L'infirmier responsable du suivi à domicile s'assure du suivi de la thérapeutique, tant sur le plan logistique, il achemine les ordonnances de délivrance et de numération formule sanguine (NFS), réceptionne les thérapeutiques du patient en pharmacie qu'il amène lors de ses visites ; que sur l'observance de l'efficacité de la thérapeutique. La prise du traitement est scrupuleuse et le patient accepte la réalisation des NFS mensuelles par son infirmière libérale.

Santé psychique actuelle :

Il est constaté une tristesse de l'humeur récurrente depuis le décès de la mère il y a 2 ans, et le patient pleure aisément à ce sujet. Il persiste une certaine méfiance à l'encontre du voisinage.

Situation sociale et familiale :

Mr est célibataire, il n'a jamais travaillé et perçoit l'allocation adulte handicapé. Il est aidé dans la gestion de ses ressources par une mandataire judiciaire (à la protection des majeurs) sous le mode de protection curatelle renforcée. Mr vit avec son beau père, il a 2 demi-frères avec qui il n'entretient pas de relation.

Habitudes de vie :

Mr A vit constamment dans sa chambre où il passe ses journées devant la télévision. Il n'a des contacts avec son beau père que lors des repas, il ne quitte plus le domicile depuis le décès de sa mère, et n'a aucune activité physique.

L'alimentation n'est pas équilibrée, essentiellement constituée de plats préparés associés à une consommation de sucreries tout au long de la journée.

Les soins d'hygiène sont négligés, bien qu'il soit autonome, et le patient n'effectue qu'une toilette très partielle quand l'infirmier du CMP l'y incite.

L'hygiène buccodentaire est à déplorer. Le patient présente des difficultés de chaussage en raison de son état ongulair (l'infirmier a réussi à convenir avec le patient de l'emmener chez un pédicure (espérant ainsi l'aider à quitter à nouveau le domicile)

La consommation tabagique est importante, on note dans ses antécédents, une lobectomie partielle du lobe inferieur droit, il y a 15 ans environ, suite à la présence de nodules d'origine infectieuse (d'après les dires de l'entourage).

Suivi somatique :

Le patient n'a jamais déclaré de médecin traitant, il ne se rendait qu'épisodiquement chez le médecin de sa mère de son vivant, pour des problèmes mineurs. Les uniques prises de sang réalisées sont les NFS inhérentes à la délivrance de la clozapine.

Il n'a pas de suivi médical, ni cardiologique, ni bucco-dentaire.

II-5-2 : Situation de Mme D

Situation de Mme D

Mme D est âgée de 51 ans, elle est connue du service depuis 2016 où elle avait été hospitalisée suite à une tentative de suicide, survenue dans un contexte de conflit familial. Face à la persistance du syndrome anxiodépressif, le suivi de la patiente s'est organisé autour d'une prise en charge mixte ambulatoire et à temps partiel avec : consultation du médecin psychiatre, suivi psychologique, étayage d'une infirmière du CMP et hôpital de jour (qui fut relayé ensuite par une prise en charge en CATTP mais la patiente n'adhérant pas à ce suivi, la prise en charge à l'hôpital de jour a repris il y a maintenant quelques mois).

Situation psychique actuelle :

L'humeur de la patiente est stable, et sa prise en soins à l'hôpital de jour concourt particulièrement à cette stabilité. Des troubles du sommeil persistent malgré des modifications thérapeutiques qui questionnent l'observance thérapeutique.

Sur le plan social et familial :

Mme est séparée depuis plus de 15 ans. Elle est mère de 3 enfants, ayant quitté le domicile, avec qui elle entretient des relations aisément conflictuelles et rapidement source des recrudescences anxieuses. Elle perçoit le RSA (Revenu de Solidarité Active), mais relate des difficultés financières qui impactent son quotidien.

Sur le plan somatique :

Les antécédents de la patiente sont marqués par un diabète de type 2, une hyperkératose palmoplantaire, une hypothyroïdie, une hypercholestérolémie, une hypertension artérielle et des vertiges. Elle est de corpulence moyenne, mais aurait connu de grande variation de poids au cours de la prise en charge d'après l'équipe soignante.

Son traitement actuel est constitué de :

Acetyllecine	Pantoprazole	Sitagliiline	Aripiprazole	Venlafaxine
Ezitimibe	Verapamil	Glicazide	Lormétazépam	
Levothyroxine	Metformine	Ceris	Lorazépam	

Les infirmières de l'hôpital de jour m'informent que la patiente, pendant ses journées de présence, ne prête pas attention à son alimentation. Bien souvent elle ne souhaite pas manger au midi, et consomme des sodas sucrés tout au long de l'après-midi. Ces propos sont relayés par l'infirmière du CMP qui relate le déséquilibre alimentaire au domicile.

Je décide de recevoir la patiente en entretien, afin d'évoquer son parcours de soins diabétique : Elle m'évoque un diabète de longue date, sans plus de précision. Longtemps ce diabète a été géré exclusivement par son médecin traitant, qu'elle a depuis longtemps. Elle m'explique parlait peu avec celui-ci : « Je vais chez mon médecin pour qu'il me renouvelle mon traitement, mais j'aime que ça aille vite, car je n'aime pas perdre mon temps chez le médecin » .Il y a 2 mois, elle a rencontré un chirurgien orthopédiste en vue de la programmation d'une intervention sur un hallux valgus. Ce chirurgien refusait de l'opérer, si son diabète n'était pas équilibré et l'a donc orienté en consultation d'endocrinologie. Cette consultation a eu lieu il y a 1 mois. Depuis elle reçoit une injection de trulicity ,1 fois par semaine. Dans les suites de cette consultation, Mme D a rencontré une infirmière qui lui a appris à réaliser cette injection, ainsi qu'une diététicienne : « elle m'a juste dit de faire de l'exercice quand je mange des produits sucrés pour compenser ». Quand je l'interroge sur son alimentation, elle m'explique ne pas aimer manger et ne faire qu'un repas au soir « je ne mange jamais au petit déjeuner, ni au midi, en journée je ne mange que des bricoles ». Je la questionne sur ce qu'en pense son médecin traitant mais elle m'explique ne pas lui dire « pour ne pas se faire disputer » .Le suivi inhérent à son diabète est quant à lui correctement réalisé : les bilans ophtalmologiques, cardiologiques et les prises de sang sont régulièrement organisés. Je l'invite à être particulièrement attentive aux soins de ses pieds, d'autant au vue de son hyperkératose palmoplantaire et l'incite à consulter un pédicure, qu'elle n'a jamais consulté jusqu'alors. Quant à son traitement, la patiente relate « la lourdeur »de sa thérapeutique, et se dit hésitante parfois, quand elle doit la préparer en raison des nombreuses modifications. Je la sollicite à nous ramener ses dernières ordonnances et les différents courriers médicaux en sa possession afin de refaire le point avec elle. Je lui explique que nous pourrions lui faire rencontrer notre diététicienne, afin de rediscuter de son alimentation, et après discussion avec les professionnels de l'hôpital de jour, nous l'inscrivons pour la prochaine session de l'atelier, équilibre alimentaire et gestion budgétaire.

III : RESULTATS ET ANALYSES

III-1 : Résultats de l'évaluation des IQSS dédiés

Ces données ont été recueillies auprès du service Qualité et gestion des risques de l'EPSM Val de Lys Artois.

III-1-1 : Indicateur 1, lien entre l'hôpital et la médecine de ville

Lien entre l'hôpital et la médecine de ville	Nombre de dossier où l'information est absente
Identification du médecin traitant	5
mention d'une démarche entreprise par le secteur ambulatoire pour que le patient ait un médecin traitant en cas d'absence.	0
Courrier/échange entre le périmètre ambulatoire et le médecin traitant	36

Tableau 6 : Résultats de l'indicateur « lien entre la ville et l'hôpital », sur le périmètre ambulatoire ; EPSM Val de Lys Artois ; 2021

Le score de conformité pour cet indicateur atteint les 27%.

III-1-2 : Indicateur 2, Vigilance sur l'état cardiovasculaire et métabolique

Vigilance sur l'état cardiovasculaire et métabolique chez les patients adultes	
Critère qualité :	% de dossiers validant le critère
Antécédents cardiovasculaires et métaboliques personnels	13%
Facteurs de risques thrombo-emboliques	9%
Mesure de la pression artérielle	11%
Mesure des paramètres anthropométriques -absence de la mesure du poids dans 58 dossiers (sur 70 dossiers) -absence de la mesure de l'IMC dans 66 dossiers	0%

-absence de la mesure du périmètre abdominal dans les 70dossiers	
Conclusion médicale vis-à-vis d'un ECG	6%
Résultats vis-à-vis d'examens sanguins (bilans glycémique et lipidique)	6%
Appréciation des habitudes de vie : -Appréciation de l'activité physique dans la vie quotidienne : 33/70 -Appréciation des apports alimentaires dans la vie quotidienne : 5/70	Critère non pris en considération dans le score de conformité

Tableau 7 : Résultats de l'indicateur «Vigilance sur l'état cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes », sur le périmètre ambulatoire ; EPSM Val de Lys Artois ; 2021

L'évaluation de cet indicateur a obtenu un score de conformité de 7%. L'évaluation de ce même critère sur le périmètre « hospitalisation à temps plein » pour l'EPSM, a obtenu un score de conformité de 63%.

III-1-3 : Indicateur 3, Vigilance sur le transit intestinal

Vigilance sur le transit intestinal chez les patients adultes
Evaluation retrouvée dans 9 dossiers sur les 70

Tableau 8 : Résultats de l'indicateur «Vigilance sur le transit intestinal chez les patients adultes », sur le périmètre ambulatoire ; EPSM Val de Lys Artois ; 2021

On obtient pour ce critère un score de conformité à 13%.

Cette évaluation dans le périmètre « hospitalisation à temps plein » diverge puisqu'elle inclut l'évaluation gastro-intestinale, et donc l'évaluation de la déglutition et cette évaluation ne reçoit, de ce fait que 2% de conformité. L'évaluation du transit intestinal dans les 7 premiers jours d'hospitalisation, par contre s'y retrouve dans 42% des dossiers.

III-1-4 : Indicateur 4, Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes

Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes	
Critère qualité :	% de dossiers validant le critère
Repérage et proposition d'aide à l'arrêt de la consommation de tabac (si patient fumeur)	11%
Repérage et proposition d'aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation d'alcool (si consommation à risque)	20%
Repérage et proposition d'aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation de cannabis (si consommation)	11%
Repérage d'autres addictions : dans 8 des 70 dossiers	Critère non pris en considération dans le score de conformité

Tableau 9 : Résultats de l'indicateur « Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes », sur le périmètre ambulatoire ; EPSM Val de Lys Artois ; 2021

On retrouve ainsi pour cet indicateur un score de conformité de 14%, alors que sur le périmètre hospitalisation à temps plein, ce score est de 61%.

III-1-5 : Résumé des scores de conformité pour les 4 indicateurs

Indicateurs	Score de conformité
Lien entre l'hôpital et la médecine de ville	27%
Vigilance sur l'état cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes	7%
Vigilance sur le transit intestinal chez les patients adultes	13%
Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes	14%

Tableau 10 : Résultats des scores de conformité pour chaque indicateur, sur le périmètre ambulatoire ; EPSM Val de Lys Artois ; 2021

III-2 : Ressources de l'EPSM pouvant participer à l'optimisation du parcours de soins somatiques

III-2-1 : Ressources transversales

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE
La procédure de conciliation médicamenteuse a été créée au sein de l'établissement en juin 2018 (Graindorge, 2018). Il s'agit d'un processus formalisé qui prend en compte l'ensemble des thérapeutiques pris et à prendre par le patient. La conciliation repose sur le partage d'informations et sur la coordination pluri-professionnelle. Elle a pour but de prévenir et/ou corriger les erreurs médicamenteuses. Elle consiste en une étude du dossier patient suivi d'un entretien avec celui-ci et d'une prise de contact avec les professionnels de ville intervenant auprès de celui-ci. Actuellement la conciliation médicamenteuse inclut pour cible : les patients de plus de 60 ans et/ou la prescription de plus de 8 spécialités pharmaceutiques et/ou présence de pathologie somatique ou tout patient identifié sur demande médicale. La conciliation médicamenteuse peut être réalisée par tout professionnel ayant reçu la formation « interne » théorique et pratique. 50% des conciliations réalisées ont mis en évidence au moins une divergence non intentionnelle (PUI-EPSM Val de Lys Artois, 2022), parmi lesquelles on peut retrouver des erreurs de posologie, de dosage, de DCI (dénomination commune internationale), et/ou de rythme. Cette procédure n'est à ce jour déployée qu'en hospitalisation complète, mais la responsable du projet, pharmacienne de l'établissement, que j'ai contacté, dans le cadre de ce travail souhaiterait pouvoir développer le processus de conciliation dans les unités ATP.
PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE
2 programmes d'ETP (éducation thérapeutique du patient) existent à l'EPSM, le premier s'adresse exclusivement aux patients pris en soins dans le service d'addictologie, et le 2nd est dédié au patient souffrant de schizophrénie. Un 3^{ème} programme est en attente de validation par l'ARS (Agence Régionale de Santé) et s'adressera aux patients bipolaires. Chacun de ses programmes aborde l'hygiène alimentaire et la lutte contre la sédentarité dans des ateliers dédiés : « Je prends mon traitement, je mange correctement, je maîtrise mon poids assurément » dans le programme 2 et « je mange mieux et je bouge plus dans le

programme qui sera dédié aux troubles bipolaires.

La prévention tabagique et l'aide à son sevrage sont également intégrées dans ces programmes au travers de l'atelier « le tabac : où en suis-je ? »

SUIVI NUTRITIONNEL :

2 diététiciennes exercent au sein de l'EPSM et interviennent auprès du patient sur décision médicale. En 2021, 259 suivis ont été réalisés, dont 38% dans les structures extrahospitalières.

Au suivi individuel s'ajoute plusieurs interventions au cours d'ateliers proposés dans les différentes structures de soins à temps partiel.

Une procédure de dépistage et suivi des troubles nutritionnels existe au sein de l'établissement, mais ne concerne que les services intra-hospitaliers de l'EPSM (C Tison, 2019).

III-2-2 : Ressources internes des CMP, HDJ et CATTP

Pôle et secteur géographique	Soins pouvant être support pour la santé somatique	Particularités
Pôle Audomarois 62G06, 62G07	<u>En lien avec la nutrition :</u> -Atelier nutrition -Cuisine thérapeutique <u>En lien avec la sédentarité :</u> -Randonnée -« Petite marche »et marche nordique -Expression corporelle et motricité, équilibre -Piscine -VTT -Musculation -Ecole du dos	-intervention récente d'un médecin somaticien, pour les patients de l'HDJ n'ayant plus de médecin traitant -Accompagnement du patient le nécessitant dans ses contacts avec la médecine générale et dans la prise de rendez vous -groupe Gestion/Maladie/rétablissement -partenariat avec le CAPSO (communauté d'agglomération du pays de Saint Omer) et mise en relation des patients avec des médiateurs en santé.

Pôle Artois Lys Romane 62G09, 62G10, 62G11, 62G12	<u>En lien avec la nutrition :</u> -accompagnement sur le marché (et accompagnement à l'achat et à l'équilibrage alimentaire) -cuisine thérapeutique -Atelier hygiène alimentaire <u>En lien avec la sédentarité :</u> -Marche adaptée et Marche nordique -Piscine -Randonnée -Gymnastique douce -Randonnée -Sport collectif -Réveil musculaire -Atelier éducation pour la santé <u>En lien avec le tabagisme :</u> -Groupe sensibilisation aux méfaits du tabac et orientation vers un accompagnement par le CSAPA. -Actions de prévention et de sensibilisation lors du mois sans tabac	-L'ensemble de ces activités sont répartis sur 4 secteurs géographiques distincts -sur un des secteurs, projet pilote « Autonomisation du patient dans la gestion médicamenteuse » -forte collaboration avec le CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), situé dans la même ville que les structures ATP de l'un de ces secteurs. -création, en cours, d'un questionnaire « somatique » destiné à être remis au patient lors de leur venue au CMP -un des 4 hôpitaux de jour se situe sur le site de l'établissement
Pôle du Ternois 62G08	<u>En lien avec la nutrition :</u> -cuisine thérapeutique -équilibre alimentaire et gestion budgétaire <u>En lien avec la sédentarité :</u> -Piscine -Randonnée -gym douce -équithérapie -Ecole du dos/gym adaptée -séjour thérapeutique	-L'ensemble des services de ce secteur est situé sur le même site, incluant la présence d'un médecin généraliste dans les locaux -projet d'Intervision avec la MSPP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) voisine de la structure

III-3 : Analyse des situations cliniques

III-3-1 : Mr A

Parcours de soins somatiques de Mr A : une intervention adaptative dans le suivi somatique d'un patient suivi pour un trouble psychique sévère :

a) *Réflexions générales sur la situation :*

On peut cerner aisément dans notre 1^{ère} situation, les vulnérabilités somatiques de Mr A qui fragilise son parcours de soins, et qui reflète le travail de recherche effectué préalablement :

-On retrouve ainsi parmi les facteurs comportementaux présents chez ce patient : un tabagisme important, une sédentarité, une mauvaise hygiène alimentaire. L'hygiène cutanée, onguilaire et buccodentaire est à déplorer également.

-Le risque de iatrogénie médicamenteuse lié à l'usage de la clozapine invite également à la vigilance, de par le risque important de développer une hyperlipidémie, une hyperglycémie ou une obésité (sur ce point l'infirmier qui assure le suivi nous décrit le patient de corpulence moyenne), en confère l'annexe 2.

-Une absence de médecin traitant identifié et l'absence de suivi somatique régulier.

-Aucune notion quant à un relevé de paramètres vitaux ou de données anthropométriques n'est retrouvée dans le dossier de Mr A, depuis la dernière hospitalisation il y a 10 ans. Les seuls examens paracliniques retrouvés sont les NFS associées à la délivrance du traitement. Le dernier ECG effectué par le patient date également de la dernière hospitalisation.

Le recueil des paramètres vitaux et des données anthropométriques n'est pas réalisé dans le cadre du suivi ambulatoire. Ces recueils paraîtraient peu adaptés aux professionnels dans le cadre de leur mission d'accompagnement, d'étayage et de veille de l'observance thérapeutique. Seul le relevé tensionnel est systématisé chez les patients à qui sont administrés un traitement psychotrope injectable en raison des effets potentiellement hypotenseurs.

b) *Échanges avec les professionnels du CMP :*

Je discuterais à plusieurs reprises de cette situation avec les professionnels du CMP. Ceux-ci relatent que nombre de leurs suivis présentent des similarités avec la situation de Mr A. Peu ont un suivi médical régulier, beaucoup sont fumeurs, et ont une mauvaise hygiène de vie. Les professionnels mesurent la gravité de ces vulnérabilités quand j'évoque une espérance de vie

de ces patients écourtée en moyenne de 15 à 20 ans avec un taux de mortalité 3 à 5 fois supérieur.

Nous avons pu évoquer au cours de ces discussions, à titre d'exemple la mesure du périmètre abdominal qui est perçue comme le recueil auprès des patients le moins concevable par les professionnels de par son caractère « intrusif ». Ce recueil a été systématisé dans les unités d'hospitalisations depuis 5 années environ, et la réalisation de cette mesure y est également mal perçue. J'ai pu constater au travers des échanges que le motif de cette mesure pour son caractère prédictif du syndrome métabolique était peu connu, les professionnels déplorant que cette information ne soit pas plus largement divulguée.

c) Rôle de l'IPA psm dans une telle situation :

Cette situation m'a incité à réfléchir sur l'intervention que pourrait avoir l'IPA psm dans le parcours de soins somatiques de Mr A :

Au préalable de son intervention, il est important de rappeler que l'exercice de l'IPA est régi par le protocole d'organisation, établi avec le psychiatre, qui définit le champ d'activité de l'IPA ; ainsi que par le protocole de coopération qui se doit d'être signé par le psychiatre, le patient et l'IPA. La résolution de cette problématique débutera par un échange avec les psychiatres du secteur et l'infirmier du CMP afin de réfléchir conjointement au mode d'intervention de l'IPA.

La problématique somatique apparaît comme une rupture majeure dans le parcours de soins et de santé de MR A. Sa résolution ne pourra s'effectuer que par étape, prenant en considération la situation du patient, son attitude, ses méfiances potentielles, et ses réticences à un éventuel suivi. Il s'agit donc de réfléchir à cette intervention, auprès du patient, en nous appuyant sur le lien de confiance que l'infirmier du CMP a su créer avec lui :

- Instaurer une relation de confiance :

L'expertise acquise par la pratique en santé mentale tout au long du cursus professionnel, et le développement des connaissances par le biais de la formation en pratique avancée, m'incite à être particulièrement attentif à l'instauration d'une relation de confiance avec Mr A. Il s'agit d'une étape essentielle qui influera la suite de la prise en soins. Il serait inapproprié de penser pouvoir intervenir « brutalement » dans le parcours du patient ; sa méfiance et son repli social, entraîneraient un probable échec si l'on ne tenait pas compte de ces éléments. L'instauration de cette relation de confiance sera rendue possible par l'exercice conjoint avec l'infirmier du CMP, qui est le seul acteur « direct » du parcours de soins psychiatriques du patient. Celui-ci

pourra anticiper notre intervention auprès de Mr A, l'accompagner dans une approche motivationnelle à la résolution de ses problèmes de santé et obtenir l'accord du patient pour mon intervention (protocole de coopération inhérent à l'intervention). Il semblerait adapter de prévoir une visite conjointe IDE/IPA au domicile (rappelant que le patient refuse de quitter son logement depuis le décès de sa mère) ce qui devrait permettre d'instaurer cette relation de confiance essentielle au suivi du patient.

- Effectuer le bilan somatique et paraclinique auprès du patient :

Au vu de la rupture franche du suivi somatique du patient, il paraît essentiel d'initier ce bilan somatique rapidement, sans attendre une orientation vers un médecin généraliste qui prendra plus de temps face au refus actuel du patient. L'IPA pourra ainsi, dans la limite de son champ de compétences, effectuer une anamnèse de la situation somatique du patient ; recueillir les données anthropométriques du patient et ses paramètres vitaux ; prescrire un bilan sanguin complémentaire qui pourra aisément s'ajouter à la réalisation de la NFS mensuelle et permettre ainsi le dépistage d'un syndrome métabolique éventuel.

- Accompagnement du patient dans son parcours de soins somatiques :

L'accompagnement paraît essentiel dans cette problématique qui s'est inscrite dans une temporalité importante. L'IPA psm pourra proposer un accompagnement adaptatif au patient dans une démarche motivationnelle à la santé, tout en fixant des objectifs à cette « restructuration du parcours » tels que :

-Reprise d'un suivi avec les soins de 1^{er} recours, et désignation d'un médecin traitant pour le patient. L'IPA pourra aider Mr A dans cette démarche et être acteur de la coordination avec ce médecin désigné, en lui présentant une anamnèse précise qui inclura l'histoire de Mr A et les actions qui auront pu être menées.

-Sensibilisation du patient, à son hygiène alimentaire, à sa sédentarité, à sa consommation tabagique, et proposition au patient d'un suivi adapté, fonction de l'évolution de sa motivation (diététicienne, proposition de soins supports sur le CATTP ou l'hôpital de jour).

-L'orientation du patient, pour réinstaurer un suivi spécialisé tel que bilan buccodentaire, consultation cardiologique, pédicurie,...

III-3-2 : Mme D

Parcours de soins somatiques de Mme D : guidance, coaching et clarification du parcours de soins associé à une maladie chronique somatique :

a) Réflexion générale :

Cette situation est bien différente de la première situation évoquée. Elle pourrait relever pourtant également du champ de l'IPA psm.

Mme D est autonome, son suivi somatique est régulier, effectué par son médecin traitant, qui la suit de longue date. La symptomatologie psychiatrique de Mme D ne nuit pas à l'organisation de son suivi ; elle se rend régulièrement chez son médecin et réalise les soins et les consultations conseillés. Elle avoue cependant ne pas communiquer suffisamment avec ce médecin, et taire ses habitudes alimentaires en sa présence ou lors de la rencontre avec l'endocrinologue et la diététicienne du même service. Son comportement alimentaire au regard de sa pathologie diabétique questionne sa connaissance de la maladie et l'importance qu'elle lui attribue.

Elle reçoit 4 thérapeutiques pour son diabète et présente un risque d'hypoglycémie, de par l'usage d'un sulfamide hypoglycémiant et du non-respect de règles hygiéno-diététiques. L'absence d'informations (volontaire de la patiente) à son médecin traitant ou à son endocrinologue concernant ses conduites alimentaires, peuvent nuire à la bonne adaptation de la thérapeutique.

Le déséquilibre d'une pathologie somatique peut perturber l'ensemble du parcours de santé d'un patient et se répercuter notamment sur sa santé psychique. Les perturbations métaboliques potentielles de Mme D induites par son diabète peuvent interagir, pour exemple avec les troubles du sommeil persistants que la patiente présente.

b) Discussion avec l'équipe de l'HDJ :

Au cours du suivi de nos patients en ATP, il est acquis que le suivi somatique des patients est assuré par la médecine de ville, et nos prises en charge se focalisent plus précisément sur la sphère psychique de la santé du patient.

La prise en soins en hôpital de jour s'accompagne toutefois, lors de l'intégration du patient dans l'unité, d'un recueil :

-Des paramètres vitaux et de ses données anthropométriques (à ce titre les professionnels tout comme ceux du CMP, n'identifient pas clairement le motif de ce recueil et particulièrement la mesure du périmètre abdominal).

-Des antécédents du patient, du traitement suivi à domicile

-L'identité du médecin traitant est consigné dans le dossier.

Et l'admission dans la structure s'accompagne d'une entrevue avec le médecin généraliste du service qui assure également une coordination annuelle avec le médecin traitant en le contactant. Cette procédure de suivi, spécifique de ce secteur psychiatrique, est rendue possible par la présence du médecin généraliste dans les locaux (hospitalisation complète, HDJ et CMP se situant sur le même site, au contraire des autres secteurs de l'EPSM, où les hôpitaux de jour et CMP sont distants des unités d'hospitalisation complète).

Au-delà de la procédure d'admission, les professionnels relatent disposer de peu d'informations concernant les suivis somatiques que le patient pourrait avoir effectués en dehors de ses jours de présence à l' HDJ.

Dans la situation de madame D, interroger sa problématique diabétique et plus précisément son parcours de soins associé nous a permis d'identifier plusieurs problématiques que la patiente n'exprimait pas spontanément.

Il paraîtrait cependant inadapté que l'attention à porter au parcours de soins d'une maladie chronique somatique soit dédiée à l'équipe soignante qui assure d'autres missions de soins.

c) Rôle de l'IPA psm dans une telle situation :

L'IPA, parmi ses missions, a un rôle d'accompagnement du patient dans sa globalité, au sein de ses parcours. Dans ses activités et compétences, l'approche préventive et éducative, est particulièrement soulignée. On peut imaginer que ce professionnel pourrait par ce fait intervenir auprès des patients intégrant les structures ambulatoires et présentant une pathologie somatique chronique associée. Il pourrait ainsi évaluer la nécessité d'un accompagnement spécifique quant à cette pathologie somatique.

L'intervention de l'IPA pourrait permettre ainsi, dans le cas de Mme D :

- D'adapter les ressources de l'établissement à sa situation :

La connaissance de la maladie diabétique semble moindre, la rencontre pendant une heure de la diététicienne du service d'endocrinologie ne semble pas avoir modifié ses habitudes alimentaires. L'intervention de la diététicienne de l'établissement semblerait pertinente tout

comme la participation à l'atelier « équilibre alimentaire et gestion budgétaire » proposé au sein de cet hôpital de jour.

L'infirmière du CMP, chargée du suivi à domicile de la patiente pourrait évaluer la connaissance et la gestion de la thérapeutique par la patiente à son domicile.

Je conviens avec la patiente d'un prochain rendez-vous lors de sa venue à l'HDJ, pour lequel je lui demande de ramener le courrier de suivi de son endocrinologue, et ses derniers bilans sanguins, afin de clarifier la situation et poursuivre la sensibilisation de la patiente à sa pathologie.

- De coordonner le suivi de la patiente avec les professionnels de son parcours :

Le médecin traitant de la patiente exerce au sein de la MSP voisine de notre structure. Au sein de cette MSP, exerce une IPA, mention pathologies chroniques stabilisées, et des programmes d'ETP diabète sont régulièrement organisés dans cette structure, je propose à la patiente de contacter cette IPA afin qu'elle puisse avec le médecin traitant, organiser sa participation à ce programme et je profiterai de cet appel pour concilier sa thérapeutique qui nécessite d'être éclaircie.

III : DISCUSSION

Constat actuel :

Les résultats de la campagne IQSS menée au sein de l'établissement sont révélateurs des difficultés actuelles de nos services à prendre en considération la problématique somatique de nos patients suivi en ATP. Le choix de ces critères, a été argumenté selon les recommandations de la HAS concernant l'amélioration de la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique (FFP-CNPP, 2015). L'audit des dossiers réalisé concerne les patients adultes recevant un traitement psychotrope depuis plus de 12 mois, et inclut donc les pathologies psychiques dans leur ensemble au contraire des recommandations qui elles, ciblent les troubles schizophréniques et les troubles bipolaires. La notion de chronicité fait partie des critères d'inclusion, puisque les dossiers sélectionnés doivent concerner des prises en charge ambulatoire d'au moins 1 année, ce qui exclut de fait la population primo-consultante des CMP, ce qui paraît adapté puisque ces patients sont reçus pour un avis psychiatrique initial.

Les critères d'évaluation prennent ainsi en considération :

- L'interrogation des facteurs environnementaux prévalent dans cette population : Seul 20% des dossiers retrouvent un repérage et une proposition d'aide concernant la consommation d'alcool, et seulement 11% dans le cas du tabac.

L'activité physique n'est interrogée que dans 50% des cas, et les apports alimentaires dans seulement 7% des dossiers audités.

- La vigilance somatique concernant l'état cardiovasculaire, métabolique et intestinal : Cette vigilance est en adéquation avec les ratios de mortalité retrouvés dans le tableau 1, en page 4 : avec un ratio de 2,0 pour les maladies cardiovasculaires; 2,7 pour les maladies endocriniennes et de 3,2 pour les maladies du système digestif.

Cette vigilance semble également peu réalisée dans les dossiers sélectionnés. La mesure de la pression artérielle est non systématisée et n'est retrouvée que dans 11% des dossiers. Le recueil des données anthropométriques n'apparaît dans aucun des 70 dossiers. De même les conclusions vis-à-vis d'un ECG et les résultats vis-à-vis d'un bilan sanguin ne se retrouvent que dans 6% des cas.

- Le lien entre l'hôpital et la médecine de ville :

Je pense que ces critères doivent être pris en considération avec modération. En effet l'identification du médecin traitant, ne traduit pas l'effectivité et la qualité du suivi. Pour

rappel, dans l'étude interrogeant la coordination des soins des patients psychiatriques ambulatoires (I Bohn, 2007), sur les 143 patients interrogés, 93 déclaraient un médecin traitant, mais on retrouvait seulement pour 48 de ces patients un suivi effectif. Dans les 5 dossiers de notre audit ne retrouvant aucun médecin traitant, aucune démarche n'est retrouvée pour résoudre cette problématique, mais il serait hâtif de conclure à un manquement sur ces seuls 5 dossiers. J'ai par ailleurs pu constater à plusieurs reprises au cours du stage de 2nde année, l'effectivité de cette démarche de recherche par les professionnels du CMP pour les patients dont ils assurent le suivi. Les échanges entre le périmètre ambulatoire et le médecin traitant se retrouve dans 50 % des dossiers mais ce critère peut se voir validé sur un simple échange de courrier et n'est pas très représentatif de l'effectivité d'une réelle coordination du parcours somatique du patient.

3 de ces indicateurs ont été évalués similairement sur le périmètre de l'hospitalisation à temps plein. La vigilance de l'état cardiovasculaire et métabolique des patients adultes, retrouve un score de conformité de 63 % dans ce périmètre (versus 7% en ambulatoire) et pour la vigilance sur le transit intestinal, on retrouve une évaluation dans 21 dossiers sur 50 (soit 42% des dossiers), contre 13% environ en ambulatoire.

Cette différence peut aisément s'expliquer par 2 facteurs: L'admission des patients en hospitalisation s'accompagne d'un repérage systématique des antécédents du patient, d'un relevé des paramètres vitaux et des données anthropométriques et l'entretien d'accueil se voit complété par un examen médical somatique systématique, qui fait partie de l'évaluation initiale du patient intégrant l'unité de psychiatrie, fréquemment complétée par la réalisation d'un ECG et d'un bilan sanguin complémentaire.

Ces motifs expliquent aussi, qu'un écart de 47% est retrouvé en faveur de l'hospitalisation complète dans l'évaluation et la prise en charge des addictions. Cet écart s'argumente également par la présence de l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui exerce sur le site de l'établissement et qui intervient auprès du patient sur sollicitation médicale au cours de l'hospitalisation complète.

L'évaluation des IQSS sur le périmètre ambulatoire souligne la difficulté actuelle de notre EPSM à porter une attention au parcours de soins somatiques de nos patients suivis en dehors de l'hospitalisation complète. Les vigilances sur l'état cardiovasculaire, métabolique et sur le transit intestinal n'atteignent actuellement que des scores de conformité de respectivement 7 et 13%. L'évaluation et la prise en charge des addictions n'atteignent que 14% de conformité, et le lien entre l'hôpital et la médecine de ville, semble encore faiblement établi.

Ces difficultés sont en partie liées à la faible présence des médecins somaticiens dans les structures ATP, argumentée par leur effectif limité (qui ne représente que 6.8 équivalents temps plein pour l'ensemble de l'EPSM) et leur importante charge d'exercice sur les unités d'hospitalisation. De plus, l'intérêt porté à la santé physique des patients suivis en ambulatoire et à temps partiel est relativement récent. Attribuant ce rôle à la médecine de ville et au médecin traitant, les structures ambulatoires focalisaient leur attention, encore récemment, principalement sur la prise en charge psychique des patients.

Mais les problématiques rencontrées par les patients souffrant de troubles psychiques sur leur parcours de soins somatiques, invitent de plus en plus nos services à apporter une vigilance, un accompagnement, à ces patients dans leur parcours et la feuille de route, santé mentale et psychiatrie de 2018 (Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, 2018) confirme cette nécessité d'attention à la santé somatique des personnes vivants avec des troubles psychiques.

Une réflexion, à l'échelle de l'établissement :

○ ***Le projet sant'in help :***

Dans ce contexte, il m'a semblé rapidement logique de porter une réflexion sur les ressources dont disposait l'établissement afin d'identifier celles qui pourraient concourir à l'amélioration du parcours de soins somatiques :

Chaque secteur dispose parmi les soins qu'il propose, de multiples ateliers pouvant s'inscrire dans une démarche de lutte contre la sédentarité (gym douce, randonnée, marche nordique, piscine, ...) et d'autres s'inscrivent dans une amélioration de l'hygiène alimentaire (cuisine thérapeutique, atelier hygiène alimentaire et gestion budgétaire, atelier nutrition, ...). Je n'ai pas évalué au cours de cette démarche, selon quel critère les patients étaient inclus dans ces soins ce qui aurait pourtant pu paraître pertinent. Dans la situation de Mme D, on constate qu'elle n'avait jamais intégré l'atelier « hygiène alimentaire et gestion budgétaire », mais la problématique quant à son alimentation n'a pu être identifiée que lors de l'entretien proposé concernant sa pathologie diabétique. En dehors de cet entretien, la patiente n'avait jamais évoqué spontanément sa mauvaise hygiène alimentaire. Cette situation m'invite à penser que mener un entretien centré sur la pathologie somatique chronique des patients qui en sont atteints, serait adapté si nous souhaitons accompagner leur parcours de soins somatiques.

Cette démarche proactive nous permettrait de proposer une prise en charge adaptée qui tiendrait compte de la situation somatique du patient.

Le recueil de ces ressources m'a permis de faire le constat, au fil des échanges avec les professionnels que les différents secteurs avaient initié des partenariats et des collaborations spécifiques en lien avec les acteurs de territoire. Le pôle Audomarois a ainsi développé un partenariat avec le CAPSO et met en relation ses patients avec leur médiateur de santé ; le pôle Artois lys romane a développé une forte collaboration avec le CSAPA de notre établissement, présent sur leur secteur géographique pour identifier et prévenir le tabagisme et accompagner son sevrage. Le secteur du Ternois a, quant à lui, initié une démarche d'Intervision avec la MSPP attenante à son service. Le parcours somatique de nos patients ne s'arrête pas aux portes de nos services et ce constat rappelle l'attention que nous devons porter au développement de ses coopérations au sein des territoires où sont implantées les unités.

Plusieurs des ressources transversales de l'établissement peuvent s'inclure dans le parcours somatique ambulatoire, j'ai ainsi contacté les professionnels de ces ressources afin de connaître leur champ d'activité actuel.

-Nos diététiciennes interviennent dans les structures extrahospitalières, au cours de certains ateliers mais également en consultation. Cette activité reste moins fréquente actuellement que dans les unités d'hospitalisation complète. La procédure « dépistage et suivi des troubles nutritionnels » de l'EPSM, inclut leur intervention sur demande médicale, mais cette procédure n'existe actuellement que pour l'hospitalisation complète. Pertinente aux regards des recommandations précédemment citées, celle-ci inclut le recueil des paramètres vitaux et données anthropométriques ainsi que la réalisation d'un examen biologique en lien avec le dépistage du syndrome métabolique. L'intervention de l'IPA auprès des patients suivis en ATP, permettrait le déploiement de cette procédure et renforcerait l'activité ambulatoire de nos diététiciennes.

-Les résultats de la conciliation médicamenteuse auprès des patients hospitalisés traduisent la pertinence de cette procédure (pour rappel, une conciliation menée sur deux révèle une divergence non intentionnelle). La situation de Mme D atteste de l'intérêt de transposer cette conciliation pour les patients de l'ambulatoire et de déployer la formation à cette conciliation pour les professionnels des CMP et hôpitaux de jour.

-Plusieurs professionnels au sein de l'établissement sont formés à l'éducation thérapeutique des patients. Le groupe hospitalier Paul Guiraud (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, s.d) a développé des programmes d'éducation thérapeutique spécifique de la santé physique des

patients présentant des troubles psychiques ainsi que des consultations d'éducation à la santé regroupant plusieurs thématiques somatiques. Notre EPSM, appuyé par les compétences de ces professionnels formés en éducation thérapeutique et des IPA, pourrait réfléchir à la conception d'un programme dédié au parcours de soins somatiques des patients au cours duquel pourrait être abordées les différentes vulnérabilités auxquelles ceux-ci sont confrontés. L'identification des ressources pouvant concourir à l'amélioration de la santé physique de nos patients et les discussions menées avec les professionnels des différents secteurs, ont confirmé que l'optimisation du parcours de soins somatiques des patients nécessite d'intégrer l'ensemble des professionnels dans une démarche commune de réflexion et de sensibilisation. La constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire et intersectorielle, sur la thématique somatique permettrait l'échange des expériences et des pratiques menées dans chaque secteur, et viserait l'amélioration de nos pratiques. Les résultats de la campagne IQSS et les propos recueillis auprès des professionnels rencontrés dans les situations cliniques décrites, objectivent la nécessité d'une sensibilisation des professionnels à la vigilance somatique de nos patients.

La définition des compétences et activités des IPA psm, dans l'annexe 1 de leur décret (JORF n°187 du 13/08/2019), retrouve « la mise en place et la conduite d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles par l'exercice d'un leadership clinique ». Sous cet intitulé, on retrouve notamment l'organisation, l'animation de travaux et l'accompagnement des professionnels en vue de l'amélioration et du réajustement des pratiques professionnelles ainsi que la formation et l'accompagnement des pairs pour l'introduction d'innovation des pratiques.

L'IPA pourrait donc, à juste titre, dans le cadre de ses compétences, conduire ce projet de réflexion, au sein de l'établissement sur la thématique de l'optimisation du parcours somatique.

Soucieux d'investir ce travail dans une démarche d'innovation des pratiques de l'EPSM Val de lys Artois, le travail de réflexion quant à un tel projet est en cours. Inspiré par les enseignements suivis au cours de la formation et plus particulièrement par les unités D1, « changement au niveau du groupe et du collectif » et D2, « management d'une équipe ou d'un collectif », il me fallait construire un projet identifiable aisément par les professionnels, qui permettrait de réunir les acteurs de l'établissement dans un « travailler ensemble ». Le projet « SANT'IN HELP, vers une vigilance somatique des patients » devrait ainsi pouvoir faire suite à ce travail, au sein de l'établissement et permettre d'optimiser le parcours de soins

somatiques de nos patients tout en sensibilisant le plus grand nombre à la problématique somatique.

Intervention de l'IPA auprès des patients :

○ ***le bilan de santé coordonné, préventif et éducatif :***

L'ANAP avait déjà présagé du rôle que l'IPA pourrait avoir dans le suivi somatique des patients et en avait rédigé une fiche descriptive (ANAP, 2021). Il y est rappelé que la pratique avancée infirmière vise pour double objectif l'amélioration de l'accès aux soins de nos patients et de la qualité de leur parcours. Ces 2 points marquent les lignes conductrices de notre intervention auprès du patient et la réflexion portée sur les 2 situations cliniques l'illustre tout à fait. La HAS dans ses préconisations sur la thématique (FFP-CNPP, 2015), invite à identifier le soignant assurant le suivi somatique. Associer cette vigilance somatique à l'IPA est cohérente avec les activités et compétences permises par son décret. Son expérience auprès de cette population lui permettra de s'adapter aux situations comme réfléchi dans la situation de Mr A pour amorcer une relation de confiance.

Son intervention ne peut par contre pas se substituer aux soins de premiers recours et au suivi d'un médecin traitant. L'IPA dans ses buts premiers, devra viser à favoriser l'accès aux soins de ses patients qui seraient en situation de rupture dans leur parcours. Les établissements déjà engagés dans l'accompagnement de la santé physique de leurs patients, respectent déjà cet objectif. Le dispositif Psysom vise à « (ré)-intégrer » les personnes suivies en ambulatoire à un suivi somatique régulier (Torne-Celer, 2019), et le réseau CoReSo-somapsy (F Magny, 2019) du CH le Vinatier décline son suivi somatique en 3 entretiens dont l'aboutissement est le réadressage du patient à un médecin généraliste.

Pour rendre effective cette procédure, il paraît essentiel de définir les objectifs et la population ciblée par la réalisation de ce bilan.

Population ciblée :

- Patient souffrant d'un trouble psychique chronique, bénéficiant d'un suivi ATP et recevant une thérapeutique psychotrope.
- Patient suivi en ATP ayant une pathologie somatique chronique identifiée.
- Patient chez qui une problématique de parcours de soins somatiques aurait été identifiée par les professionnels.

Objectifs du bilan :

L'hétérogénéité des situations invitera à une adaptation du bilan au patient. On retiendra 3 étapes dans ce bilan qui orienteront notre conduite : une première phase d'évaluation ; de cette première étape pourra suivre une construction du parcours de soins somatiques au sein de nos structures, adapté aux problématiques identifiées et une 3^{ème} étape de coordination avec les professionnels du parcours hors structure. L'ensemble de ces objectifs retrouve ainsi :

- Evaluation du parcours de soins somatiques du patient et identification des potentielles ruptures et fragilités de ce parcours.
- Accompagnement du patient au sein de son parcours, incluant l'approche préventive et éducative.
- Organisation d'une vigilance somatique adaptée au patient et à la thérapeutique employée.
- Coordination du parcours de soins somatiques au sein de la prise en charge ambulatoire, visant à intégrer des soins de support adaptés aux problématiques somatiques identifiées et à mobiliser les ressources de l'établissement dans le parcours somatique du patient (diététicienne, conciliation médicamenteuse, ...).
- Coordination du parcours de soins somatiques avec les acteurs de la ville dont l'objectif sera d'intégrer le patient dans son suivi à la ville ; l'orienter vers les professionnels adéquats en lien avec les problématiques identifiées (recherche et identification d'un médecin traitant, consultation CSAPA, orientation vers un programme ETP effectué hors établissement, infirmière libérale, ...).

Le déploiement de la pratique avancée infirmière en France s'est inspiré de la conceptualisation de la profession réalisée par A Hamric. 6 compétences y sont déclinées (Ambrosino, 2019). L'optimisation du parcours somatique du patient souffrant de troubles psychique suivis en ATP, corrèle 4 de ces compétences :

- La pratique clinique directe et l'activité de consultation auprès du patient.
- La guidance, le coaching et l'accompagnement du patient dans son parcours incluant des interventions éducatives, préventives et de dépistages.
- La collaboration, avec l'ensemble des professionnels du parcours.
- Le leadership qui inclut un accompagnement des professionnels au changement et dans l'innovation des pratiques.

Identifier ce professionnel sur cette thématique améliorerait donc assurément le suivi somatique de nos patients et répondrait au souhait actuel de notre système de santé, d'accompagner les patients dans leur globalité et au sein de leur parcours.

CONCLUSION :

Les patients souffrant de troubles psychiques présentent une vulnérabilité somatique et un moindre accès aux soins, qui diminuent leur espérance de vie au regard du reste de la population. De nos jours, la plupart de ces patients sont suivis dans les structures ambulatoires et/ou à temps partiel. Bien que la santé mentale consiste en une prise en charge globale du patient, leurs établissements peinent encore à assurer cette vigilance somatique.

L'EPSM Val de Lys Artois ne déroge pas à ce constat, et la « campagne IQSS » effectuée en 2021 au sein de l'établissement reflète notre faible capacité à la prise en considération des problématiques que rencontrent nos patients sur leur parcours de soins somatiques.

L'établissement possède pourtant de multiples ressources qui pourraient concourir à l'amélioration de ces parcours, mais la faible représentation des somaticiens sur l'hôpital, les contraints à un exercice quasi exclusif dans les unités d'hospitalisations dites complètes.

La projection des compétences de l'IPA psm dans les situations cliniques rencontrées au cours du stage de 2^{ème} année, et la réflexion menée dans une démarche d'analyse des pratiques à l'échelle de l'établissement, confirment que ce nouveau professionnel pourra être un acteur de l'optimisation du parcours de soins de nos patients suivi en ATP.

L'élargissement de ses compétences, son expérience dans la prise en soins de cette population, et ses missions dans la coordination des parcours lui permettront d'assurer un BILAN DE SANTE COORDONNE, PREVENTIF ET EDUCATIF auprès du patient. Ce bilan n'aura pas pour objectif de se substituer au suivi somatique médical des soins primaires, mais visera plutôt l'accompagnement du patient au sein de son parcours de santé somatique.

L'amélioration de la réponse faite aux écueils de ce parcours, ne peut se résumer qu'à la mise en place de ces bilans de santé. Il nous faut également porter la réflexion sur l'acculturation de l'ensemble des professionnels aux vulnérabilités somatiques des patients et travailler ensemble à l'amélioration et l'utilisation de nos ressources. L'IPA par ses compétences de leadership pourra accompagner cette démarche. Le projet « SANT'IN HELP, vers une vigilance somatique des patients » en sera l'illustration.

L'OMS nous rappelle, dans sa définition que la santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Dans un contexte de croissance des maladies chroniques, tout individu quel que soit son trouble chronique doit pouvoir prétendre à cet état de complet bien-être physique, mental et social. Les compétences de l'IPA l'inscrivent parfaitement dans

l'accompagnement des patients souffrant d'un tel trouble. Nous avons étudié au cours de ce travail, comment les compétences de l'IPA pourraient favoriser l'atteinte de ce bien être physique, mais l'approche holistique de ce nouveau professionnel, le conduira à prendre également en considération le bien être mental et social de ses patients, et leur permettre ainsi de prétendre à ce droit fondamental, qu'est la possession du meilleur état de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Revue Prescrire. (2017). *Petit manuel de pharmacovigilance et pharmacologie clinique*, 2ème édition mise à jour.
- A Bertsch, A. (2020, Mars). *TABAGISME & SANTE MENTALE. Ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire*. Respadd. Récupéré sur <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2020/05/Guide-tabag%E2%80%A6-et-sante-mentale-BAT2.pdf>
- A Luquiens, A. D.-J. (2013, Avril-Mai-Juin). Comorbidités addictologiques dans l'alcoolodépendance: aspects épidémiologiques. *Le courrier des addictions*.
- Ambrosino, F. (2019). *Le guide de l'infirmier(ère) en pratique avancée*. Vuibert.
- ANAP. (2021, Octobre 4). F3: Rôle de l'infirmière de pratique avancée dans le suivi somatique des personnes concernées.
- Andler R, R. J.-T. (2019, Mars 15). *Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018*. Récupéré sur beh.santepubliquefrance.fr: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_1.html
- ANPCME. (2014, Juin 4). *Charte de partenariat Médecine générale et psychiatrie de secteur*. Récupéré sur cme-psy.fr: https://cme-psy.fr/charte-de-partenariat-medecine-generale-et-psychiatrie-de-secteur/
- ARS. (2016, Janvier). Parcours de soins.Parcours de santé.Parcours de vie.Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers.Lexique des parcours de A à Z. 60.
- ARS. (2018, Octobre 2). *L'organisation des parcours de soins , de santé, de vie*. Récupéré sur [ars.sante.fr: https://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0](https://www.ars.sante.fr: https://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0)
- atlaSanté. (2012-2013). *L'articulation ville-hôpital-troubles mentaux sévères*. Récupéré sur santementale.atlasante.fr: http://santementale.atlasante.fr/#c=report&chapter=p19&report=r05&selgeo1=dep.62&selgeo2=fra.99
- Bargibant, C. (2022). Guide de rédaction du mémoire IPADE 2021/2022. *guide*.
- Benner, P. (2003). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Masson.
- Breuil-Genier, P. (2006, Avril). La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et résultats*(481).
- Bubrovsky, M. (2019, 1er trim). *Des soins de support pour la psychiatrie*. Récupéré sur [epsm-al.fr: https://www.epsm-al.fr/dossier/alter-ego-la-revue-ndeg1-1er-trim-2019](https://www.epsm-al.fr: https://www.epsm-al.fr/dossier/alter-ego-la-revue-ndeg1-1er-trim-2019)
- C Gandré, M. C. (2020, Novembre 17). *Un suivi somatique insuffisant pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère : la preuve par les chiffres*. Récupéré sur soepidemio.com: https://soepidemio.com/2020/11/17/un-suivi-somatique-insuffisant-pour-les-personnes-vivant-avec-un-trouble-psychique-severe-la-preuve-par-les-chiffres/
- C Muller, S. P. (2018). *Enquête nationale PSY-SOMA*.

- C Tison, A. L. (2019, 03 08). Dépistage et suivi des troubles nutritionnels. Saint Venant.
- Chassagnoux, A. &. (2022). *IPA, infirmier en Pratique Avancée, Psychiatrie et santé mentale*. (Hatier, Éd.) Paris: Foucher.
- CNAM. (2018). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2019*.
- Code la santé publique. (2022, Juin vev 7). *Chapitre Ier : Infirmier en pratique avancée, Articles R4301-1 à R4301-10*. Récupéré sur [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000037219810/2022-06-07/):
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000037219810/2022-06-07/
- Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. (2018, juin 28). *Feuille de route Santé mentale et psychiatrie*. Récupéré sur solidarites-sante.gouv.fr: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
- Coralie Gandré, M. C. (2020, Septembre). Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. (IRDES, Éd.) (250).
- Di Santolo, C. E. (2018). *Soins de support en oncologie adulte*. Paris: Dunod.
- F Magny, E. G.-A.-M. (2019, Mai). Coordonner les soins psychiques et somatiques. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*(238), pp. 44-48.
- FFP-CNPP. (2015). *Recommandations de pratique clinique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique*. Recommandation de bonne pratique, HAS.
- Fovet, T. A. (2014). État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'information psychiatrique*, 90, pp. 319-322.
- Gandré, M. C. (2018, Septembre). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. (IRDES, Éd.) *Questions d'économie de la santé*(237).
- Graindorge, P. (2018, Juin 29). Procédure de conciliation médicamenteuse à l'admission. Saint Venant.
- Groupe Hospitalier Paul Guiraud. (s.d). *L'Education Thérapeutique (ETP) volet « soins somatiques » et la consultation infirmière d'Education à la santé*. Récupéré sur [gh-paulguiraud.fr](https://www.gh-paulguiraud.fr/index.php/loffre-de-soins/secteurs-medicaux/pole-clinique-transversal/service-des-specialites-medicales-etp):
<https://www.gh-paulguiraud.fr/index.php/loffre-de-soins/secteurs-medicaux/pole-clinique-transversal/service-des-specialites-medicales-etp>
- Haling, G. (2008, Avril). Alimentation, comorbidités somatiques et schizophrénie. (U. d. Lorraine, Éd.) Nancy.
- Hallouche, N. (2019, Septembre). Soins psychiatriques, soins somatiques. Strasbourg.
- Hardy-Baylé, M. &. (2014, MAI). Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'information psychiatrique*, 90, pp. 359-371.

- HAS. (2018). *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Etat des lieux, repères et outils pour une amélioration*. Guide.
- HAS. (2021, Novembre 15). *IQSS 2021 transversaux-secteur PSY périmètre "ambulatoire": campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins*. Récupéré sur has-sante.fr: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168693/fr/iqss-2021-transversaux-secteur-psy-perimetre-ambulatoire-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins#:~:text=Ce%20recueil%20a%20%C3%A9t%C3%A9,information%20qu'ils%20contiennent.
- HAS. (2021, Novembre 17). *Qualité des soins dans les hôpitaux et les cliniques*. Récupéré sur has-sante.fr: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/fr/qualite-des-soins-dans-les-hopitaux-et-les-cliniques
- I Bohn, e. A. (2007, Mai 9). Patients psychiatriques ambulatoires. Quelle coordination des soins? *La revue du praticien Médecine générale*, 21(770/771), pp. 511-514.
- J.Falcheri. (2011, Juillet 13). Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. *Revue médicale suisse*(302), pp. 1462-1465.
- J.Gasser, G. &. (2018, Septembre 19). Effets indésirables des psychotropes : quand et comment en parler aux patients ? *Revue médicale suisse*, 4(619), pp. 1644-1650.
- Jean-Paul Humair, B. B. (2006, Septembre 27). Le généraliste face aux quatre principaux facteurs de risque comportementaux. *Revue Médicale Suisse*, pp. 2163-2168.
- Locatelli, L. B. (2017, Mars 22). Quand le poids influence la santé mentale... et réciproquement. *revue médicale suisse*(555), pp. 642-646.
- M Coldefy, C. G. (2020, Mai). *Atlas de la santé mentale en france*. Récupéré sur irdes.fr: <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>
- M Hajbi, S. T. (2010). Comorbidité - schizophrénie - tabagisme : caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *L'information psychiatrique*(86), pp. 171-179.
- Mezerette, C. (2021, Octobre 14). Addictions et Comorbidités psychiatriques.
- M-H Aoun, R. B. (2020). La prévalence de l'obésité et les facteurs associés à sa survenue chez le patient suivi en psychiatrie. *Annales d'Endocrinologie*, 81(4), p. 274.
- Ministère chargé de la santé et Ministère chargé des solidarités. (2012). *Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015*. Récupéré sur solidarites-sante.gouv.fr: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf
- Ministère de la santé et de la protection sociale. (2004, Aout 13). *Loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie*. Récupéré sur legifrance.gouv.fr: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006758933/2004-08-17#LEGIARTI000006758933>
- Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. (1986, Mars 14). *Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou*

non des possibilités d'hébergement. Récupéré sur [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006072756/):
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006072756/>

Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. (1990, Avril 2,3). *JORF n° 79*.
Récupéré sur [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/):
<https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=KewMr@pRMX0tH0KYRWW2>

Ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation. (2019, août 13). *JORF n°187 du 13/08/2019*. Récupéré sur [legifrance.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/):
https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=XRSPDyIhXu_iMg1MsSQ3YKnYP7vb2AgJcqAsNrHUrsW=

Ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation. (2019, Août 13). *JORF n°187 du 13/08/2019*. Récupéré sur [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/):
https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=XRSPDyIhXu_iMg1MsSQ3YCboXACwkRVWzvs_b6wUDoI=

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (2016, Janvier 28). Loi de modernisation de notre système de santé. Récupéré sur [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/):
https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=f1zqqKkO-FAUZH67_XjED1sDFihSq-tW46Kwa2ISZs=

N Farcy, C. M. (2021). *Le nouvel ambulatoire en santé mentale; pour une vie debout*. (ANAP, Éd.)

N Younès, e. C. (2017). Accès aux soins des personnes présentant des troubles mentaux. *après-demain*, 42, pp. 24-26.

Naassila, M. (2021, Octobre 25). *Alcool & Santé*. Récupéré sur [inserm.fr](https://www.inserm.fr/):
<https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/#:~:text=Toute%20consommation%20d'alcool%20pr%C3%A9sente%20un%20risque%20pour%20la%20sant%C3%A9,-La%20consommation%20d&text=Pour%20d'autres%20pathologies%2C%20l'hypertension%20art%C3%A9rielle%2C%20cardiopathie%20>

OMS. (1946, Juillet 22). Préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la santé, tel qu'adopté par la conférence internationale sur la santé. New York.

OMS. (2020, Août 20). *Obésité et surpoids*. Récupéré sur www.who.int: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

PUI-EPSM Val de Lys Artois. (2022, Mars 14). Conciliation médicamenteuse, Quesaco? Saint Venant.

Rédaction de vie publique.fr. (2021, Mars 31). *Médecins : stagnation des effectifs mais baisse de la densité médicale*. Récupéré sur [vie-publique.fr](https://www.vie-publique.fr/): <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279226-medecins-stagnation-des-effectifs-et-baisse-de-la-densite-medicale#:~:text=Selon%20cette%20%C3%A9tude%2C%20le%20nombre,d'une%20population%20fran%C3%A7aise%20vieillissante.&text=Conna%C3%A9tre%20le%20nombre%20de%20>

Santé Mentale. (2019, Mai). Dossier : La plainte somatique en psychiatrie. *Santé Mentale. Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*(238), pp. 25-65.

Saravane, D. (2014). Les complications métaboliques des psychotropes. *PSN*, 12(2), pp. 51-63.

Saravane, D. (2019, Décembre). *Soins somatiques et psychiatrie*. (Psycom, Éd.)

Saravane, D. (2019, Juin 11). Les soins de support en santé mentale.

solidarites-sante.gouv. (22, Mars māj 3). *Projet territorial de santé mental-PTSM.Les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale*. Récupéré sur solidarites-sante.gouv.fr: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>

T Charpeaud, M. H.-B.-M. (2018, Février 28). Activité physique en psychiatrie. *la revue du praticien*(32).

Tholey, D. (2021, Janvier). *Stéatose hépatique non alcoolique*. Récupéré sur msdmanuals.com: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-h%C3%A9patiques-et-biliaires/prise-en-charge-du-patient-pr%C3%A9sentant-une-h%C3%A9patopathie/st%C3%A9atose-h%C3%A9patique-non-alcoolique?query=St%C3%A9atose%20h%C3%A9patique>

Thomas, P. (2012, Janvier-Février). L'obésité : une maladie mentale. *La lettre du psychiatre*, 7(1).

Torne-Celer, A. (2019, Mai). Psysom, un outil pour l'accès aux soins somatiques. *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, pp. 51-55.

TABLE DES ILLUSTRATIONS :

<i>Figure 1: (M Coldefy C. G., 2018).....</i>	<i>3</i>
<i>Figure 2 : (C Gandré, 2020).....</i>	<i>11</i>
<i>Figure 3: nombre de prise en charge par type de structure, EPSM Val de Lys Artois, 2021</i>	<i>22</i>
<i>Tableau 1 : (M Coldefy C. G., 2018) _____</i>	<i>4</i>
<i>Tableau 2 : (Jean-Paul Humair, 2006) _____</i>	<i>5</i>
<i>Tableau 3: effets indésirables fréquemment rencontrés avec les psychotropes _____</i>	<i>8</i>
<i>Tableau 4 : (FFP-CNPP, 2015) _____</i>	<i>9</i>
<i>Tableau 5: (atlaSanté, 2012-2013) _____</i>	<i>10</i>
<i>Tableau 6 : Résultats de l'indicateur « lien entre la ville et l'hôpital », sur le périmètre ambulatoire ; EPSM Val de Lys Artois ; 2021 _____</i>	<i>29</i>
<i>Tableau 7 : Résultats de l'indicateur «Vigilance sur l'état cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes », sur le périmètre ambulatoire ; EPSM Val de Lys Artois ; 2021 _____</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 8 : Résultats de l'indicateur «Vigilance sur le transit intestinal chez les patients adultes », sur le périmètre ambulatoire ; EPSM Val de Lys Artois ; 2021 _____</i>	<i>30</i>
<i>Tableau 9 : Résultats de l'indicateur « Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes », sur le périmètre ambulatoire ; EPSM Val de Lys Artois ; 2021 _____</i>	<i>31</i>
<i>Tableau 10 : Résultats des scores de conformité pour chaque indicateur, sur le périmètre ambulatoire ;EPSM Val de Lys Artois ; 2021 _____</i>	<i>31</i>

TABLE DES MATIERES :

REMERCIEMENTS : _____

LISTE DES ABREVIATIONS : _____

INTRODUCTION : _____

I : INTRODUCTION THEORIQUE _____ 1

I-1 : SANTE PHYSIQUE ET SANTE PSYCHIQUE _____ 2

I-1-1 : *Le parcours de soins somatiques* _____ 2

I-1-2 : *Mortalité et Comorbidités somatiques des patients souffrant de troubles psychiques* _____ 2

I-1-3 : *Une surreprésentation de facteurs de risque comportementaux* _____ 5

a) Le tabac : _____ 5

b) La sédentarité : _____ 6

c) Surpoids, obésité et hygiène alimentaire : _____ 6

d) Alcool et autres troubles addictifs : _____ 6

I-1-4 : *Iatrogénie des psychotropes* _____ 7

I-1-5 : *Le syndrome métabolique* _____ 8

I-1-6 : *Accès aux soins somatiques* _____ 9

a) La symptomatologie des troubles psychiques : _____ 12

b) Les difficultés rencontrées par la médecine de ville dans la prise en soins de patients souffrant de troubles psychiques : _____ 13

c) Un manque de coordination entre la médecine de ville et la santé mentale : _____ 14

I-2 : LE VIRAGE AMBULATOIRE DE LA PSYCHIATRIE, UNE REORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS _____ 15

I-2-1 : *Les structures de soins, hors unités d'hospitalisation à temps complet* _____ 15

I-2-2 : *Les soins somatiques dans les structures ATP* _____ 16

I-2-3 : *Vers la notion de soins de support en psychiatrie* _____ 16

I-2-4 : *Des réponses existantes à la problématique somatique* _____ 17

I-3 : L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE (IPA), MENTION PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE (PSM) _____ 18

II : METHODOLOGIE _____ 21

II-1 : CHOIX METHODOLOGIQUE _____ 21

II-2 : L'EPSM VAL DE LYS ARTOIS, GENERALITES _____ 22

II-3 : MESURE VOLONTAIRE DES IQSS DEDIES, EFFECTUEE PAR L'EPSM VAL DE LYS ARTOIS EN 2021 _____ 23

II-4 : IDENTIFICATION DES RESSOURCES EN LIEN AVEC LA SANTE SOMATIQUE _____ 24

II-5 : PRESENTATION DES SITUATIONS CLINIQUES _____ 24

II-5-1 : *Situation de Mr A* _____ 25

II-5-2 : *Situation de Mme D* _____ 27

III : RESULTATS ET ANALYSES _____ 29

III-1 : RESULTATS DE L'EVALUATION DES IQSS DEDIES _____ 29

III-1-1 : *Indicateur 1, lien entre l'hôpital et la médecine de ville* _____ 29

III-1-2 : *Indicateur 2, Vigilance sur l'état cardiovasculaire et métabolique* _____ 29

III-1-3 : *Indicateur 3, Vigilance sur le transit intestinal* _____ 30

III-1-4 : *Indicateur 4, Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes* _____ 31

III-1-5 : *Résumé des scores de conformité pour les 4 indicateurs* _____ 31

III-2 : RESSOURCES DE L'EPSM POUVANT PARTICIPER A L'OPTIMISATION DU PARCOURS DE SOINS SOMATIQUES _____ 32

III-2-1 : *Ressources transversales* _____ 32

III-2-2 : *Ressources internes des CMP, HDJ et CATTP* _____ 33

III-3 : ANALYSE DES SITUATIONS CLINIQUES _____ 35

III-3-1 : *Mr A* _____ 35

a) *Réflexions générales sur la situation :* _____ 35

b) Échanges avec les professionnels du CMP :	35
c) Rôle de l'IPA psm dans une telle situation :	36
III-3-2 : Mme D	38
a) Réflexion générale :	38
b) Discussion avec l'équipe de l'HDJ :	38
c) Rôle de l'IPA psm dans une telle situation :	39
III : DISCUSSION	41
CONCLUSION :	
TABLE DES ILLUSTRATIONS :	
TABLE DES MATIERES :	
ANNEXES	
ANNEXE 1 : INTERACTIONS TABAC/ PSYCHOTROPES	
ANNEXE 2 : PRINCIPAUX EFFETS INDESIRABLES DES ANTIPSYCHOTIQUES USUELS	
ANNEXE 3 : CHARTE DE PARTENARIAT, MEDECINE GENERALE ET PSYCHIATRIE DE SECTEUR	

ANNEXES

Annexe 1 : Interactions tabac/ psychotropes

(A Bertsch, 2020)

Classe de médicaments ou DCI	Effets du tabac	Actions à entreprendre à l'arrêt du tabac	Actions à entreprendre si reprise du tabac
Antidépresseurs tricycliques	Réduction plasmatique de 25 à 50 %	Suivi rapproché. Anticiper une réduction de la posologie de 10 à 25 % sur une semaine	Suivi rapproché. Considérer qu'il faut reprendre les doses antérieures
Benzodiazépines	Réduction des taux plasmatiques de 0 à 50 %	Accompagnement et suivi rapprochés. Anticiper une réduction de la posologie jusqu'à 25 % en une semaine	Accompagnement et suivi rapprochés avec augmentation des doses
Carbamazépine	Possibilité d'une réduction relative du taux plasmatique de carbamazépine	Mesure des taux plasmatiques	Mesure des taux plasmatiques
Clozapine	Réduction des taux plasmatiques jusqu'à 50 %. Cette réduction des taux plasmatiques peut être d'autant plus élevée si le patient est sous valproate	Réaliser un dosage plasmatique avant l'arrêt, diminuer ensuite progressivement la posologie de 25 % sur une semaine de la posologie initiale et refaire un dosage plasmatique	Dosage plasmatique avant la reprise du tabac. Réaugmenter la dose de clozapine à une dose équivalente à celle antérieure et répéter les dosages plasmatiques
Duloxétine	Les taux plasmatiques peuvent être réduits jusqu'à 50 %	Suivi rapproché. La posologie pourra être diminuée	Considérer une réintroduction du traitement aux doses antérieures
Halopéridol	Réduction plasmatique d'environ 20 %	Réduire la posologie d'environ 10 %. Suivi rapproché	Represcrire les doses antérieures
Mirtazapine	Effet minimal probable	Suivi	Suivi
Olanzapine	Réduction des taux plasmatiques jusqu'à 50 %	Diminution de la posologie de 25 % et refaire un dosage plasmatique à J+7	Reprendre les doses équivalentes à celles de la période de consommation avec suivi plasmatique

(J.Gasser, 2018).

[illegible]

Annexe 3 : Charte de partenariat, Médecine générale et Psychiatrie de secteur

(ANPCME, 2014)

Charte de partenariat Médecine générale & Psychiatrie de secteur

Pour mieux répondre aux besoins des patients dans le domaine de psychiatrie et de la santé mentale et compte tenu des enjeux des soins aux personnes et de santé publique, le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés souhaitent améliorer le partenariat entre médecins généralistes traitants et psychiatres de secteur. Afin d'assurer une meilleure coordination des soins, ils s'accordent sur les points suivants :

- 1 Le psychiatre de secteur, dans la perspective d'une prise en charge coordonnée du patient, notamment sur le plan somatique, **s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant** pour chacun de ses patients.
- 2 Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de **comorbidités somatiques et psychiatriques**. Le psychiatre de secteur propose, s'il y a lieu, le traitement chimiothérapeutique au médecin généraliste traitant, qui en réalise alors principalement la prescription, eu égard à sa connaissance globale de l'état clinique du patient.
- 3 Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant **un accès téléphonique direct** à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque.
- 4 La **transmission d'information** de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement de ses modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable.
- 5 Le médecin généraliste traitant est informé systématiquement et dans les délais les meilleurs, **des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé de son patient, tant à son entrée qu'à sa sortie**. Sa connaissance du traitement de sortie mais aussi des conditions du retour à domicile, en particulier en cas d'interventions dans le champ sanitaire ou social dans le lieu de vie, en fonction des ressources du territoire, est de nature à assurer une meilleure coordination du parcours de soin.
- 6 Pour les patients relevant de la patientèle du médecin généraliste traitant, cette coopération entre soignants facilite **l'action du médecin généraliste traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile par l'équipe du secteur psychiatrique**. Le médecin généraliste traitant intervient notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement.
- 7 Le médecin généraliste traitant et le psychiatre du secteur référent assurent la **coordination des interventions au domicile** concernant les équipes pluri professionnelles impliquées dans les soins, l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille.
- 8 **La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles**. Les stages universitaires doivent être l'occasion d'échanges réciproques dans les secteurs ou les cabinets des maîtres de stage des universités.

La mise en oeuvre de ces principes participe au développement d'espaces d'échanges communs entre médecine générale et psychiatrie publique. Elle doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.

le 20 mars 2014

Dr Christian MÖller
Président
Conférence Nationale des Présidents de CME
de Centres Hospitaliers Spécialisés



Pr Pierre Louis Druais
Président
Collège de la Médecine Générale



La meilleure façon de prédire l'avenir, c'est de le créer
(Peter Drucker)

AUTHOR : Name : DUBUISSON

Surname : Gaël

Date of defense: 6 July 2022

Title: The APN and the optimisation of the somatic care pathway of adult patients followed for psychological disorders on an outpatient and/or part-time basis

Key words: Psychological disorder, somatic care pathway, outpatient follow-up, part-time follow-up, advanced practice nurse in psychiatry and mental health, guidance and coaching, clinical leadership

SUMMARY :

Introduction: Patients suffering from mental disorders have a premature mortality rate 4.4 times higher than that of the general population. Their somatic comorbidities are numerous and result from an interplay of factors. The over-representation of behavioural factors and the iatrogenic effects of psychotropic drugs make them particularly vulnerable in terms of their physical health and require vigilance. However, their recourse to somatic care remains lower.

80% of psychiatric follow-up is ambulatory and/or part-time. However, somatic follow-up in psychiatry remains essentially concentrated on full hospitalisation units.

The law on the modernisation of health care introduced advanced nursing practice in France and the necessary transformation of our health care system towards a pathway approach. In the early stages of the deployment of APN^{pmh}, we therefore wondered about the role that these APN could play in optimising the somatic care pathway for these patients.

Methodology: We were interested in the somatic care pathway of patients followed on an outpatient and/or part-time basis at the EPSM Val de Lys Artois. This study was carried out in 3 stages: evaluation of the current somatic vigilance by collecting the results of the IQSS campaign, "ambulatory perimeter in psychiatry" carried out in 2021 by this establishment, via the audit of 70 patient files. We then proceeded to identify the establishment's resources that could be used to optimise the pathway. Finally, we projected the skills that the APN could have in this optimization through 2 clinical situations encountered during the 2nd year internship.

Results: The results of the audit carried out during the IQSS campaign revealed that metabolic and cardiovascular vigilance was satisfactory in 7% of cases, intestinal transit vigilance was carried out for 13% of patients, the evaluation and management of addictions was carried out in 14% of cases and a link between the primary care and the hospital was effective in 27% of situations. The EPSM's resources that can help optimise the somatic care pathway are numerous, and cooperation with local players is already underway. The analysis of the two clinical situations argues for the intervention that the APN^{pmh} could have with the patient in his somatic care pathway. Transversally, it was noted that the somatic problems of patients suffering from a psychological disorder were underestimated and that professionals would like to be more aware of them.

Discussion: The results of the IQSS campaign on the EPSM's ambulatory perimeter reflect the establishment's current difficulty in meeting the recommended somatic vigilance of patients. The resources that the EPSM could mobilise to optimise the pathway are nevertheless numerous. The skills of the APN^{pmh} argue for the role of this new professional in optimising the patient's somatic care pathway. The "coordinated, preventive and educational health check-up" that could be offered by the IPA and the exercise of his clinical leadership in the conduct of the "sant'in help" project will certainly allow the optimisation of the somatic care pathway of patients followed in ambulatory and/or part-time care within the EPSM Val de Lys Artois.

Director: Dr Gwendal Ménard

AUTEUR : NOM : DUBUISSON

Prénom : GAEL

Date de soutenance : 06 Juillet 2022

Titre du mémoire : L'IPA et l'optimisation du parcours de soins somatiques des patients adultes suivis pour troubles psychiques en ambulatoire et/ou à temps partiel

Mots-clés : Trouble psychique, parcours de soins somatiques, suivi ambulatoire, suivi à temps partiel, infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale, guidance et coaching, leadership clinique

RESUME :

Introduction : Les patients souffrant de troubles psychiques ont un taux de mortalité prématurée 4.4 fois supérieur à celui de la population générale. Leurs comorbidités somatiques sont nombreuses et résultent d'une intrication de facteurs. La surreprésentation de facteurs comportementaux et la iatrogénie médicamenteuse des psychotropes les rendent particulièrement vulnérables sur leur santé physique et imposent la vigilance. Pourtant leur recours aux soins somatiques reste moindre.

80% des suivis en psychiatrie sont ambulatoires et/ou à temps partiel. Le suivi somatique en psychiatrie reste cependant essentiellement concentré sur les unités d'hospitalisation complète.

La loi de modernisation de la santé a introduit en France la pratique avancée infirmière et la nécessaire transformation de notre système de santé vers un raisonnement en termes de parcours. Aux prémices du déploiement des IPA psm, nous nous sommes donc interrogés sur le rôle que pourrait avoir ces IPA dans l'optimisation du parcours de soins somatiques de ces patients.

Méthodologie : Nous nous sommes intéressés au parcours de soins somatiques des patients suivis en ambulatoire et/ou à temps partiel, à l'EPSM Val de Lys Artois. Cette étude s'est effectuée en 3 étapes : évaluation de la vigilance somatique actuelle par le recueil des résultats de la campagne IQSS, « périmètre ambulatoire en psychiatrie » effectuée en 2021 par cet établissement, via l'audit de 70 dossiers patients. Nous avons procédé ensuite à l'identification des ressources de l'établissement pouvant être support dans l'optimisation du parcours. Nous avons enfin projeté les compétences que pourrait avoir l'IPA dans cette optimisation au travers de 2 situations cliniques rencontrées au cours du stage de 2nde année d'enseignement.

Résultats : Les résultats de l'audit effectué lors de la campagne IQSS, retrouvent une vigilance métabolique et cardio-vasculaire satisfaisante dans seulement 7% des dossiers ; une vigilance du transit intestinal réalisée pour 13% des patients, l'évaluation et la prise en charge des addictions sont effectués dans 14% des cas et un lien entre la ville et l'hôpital est effectif dans 27% des situations. Les ressources de l'EPSM pouvant participer à l'optimisation du parcours de soins somatiques sont nombreuses, et des coopérations avec les acteurs du territoire sont déjà engagées. L'analyse des 2 situations cliniques argumente l'intervention que pourrait avoir l'IPA psm auprès du patient dans son parcours de soins somatiques. Transversalement, on a pu constater que la problématique somatique des patients souffrant d'un trouble psychique était mésestimée et que les professionnels souhaiteraient y être plus sensibilisés.

Discussion : Les résultats de la campagne IQSS sur le périmètre ambulatoire de l'EPSM traduit la difficulté actuelle de l'établissement à satisfaire la vigilance somatique recommandée des patients. Les ressources que l'EPSM pourrait mobiliser dans l'optimisation du parcours sont néanmoins nombreuses. Les compétences de l'IPA psm argumentent le rôle de ce nouveau professionnel dans l'optimisation du parcours de soins somatiques des patients. Le « bilan de santé coordonné, préventif et éducatif » qui pourra être proposé par l'IPA et l'exercice de son leadership clinique dans la conduite du projet « sant'in help » permettra assurément d'optimiser le parcours de soins somatiques des patients suivis en ambulatoire et /ou à temps partiel au sein de l'EPSM Val de Lys Artois.

Directeur de mémoire : Monsieur le Dr Gwendal MENARD

