

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2016

Améliorer le suivi somatique des personnes fréquentant le CMP du secteur 75G14 sur le territoire du 15^e arrondissement de Paris par un développement de partenariat dans la communauté

Agnès AUNE-PETIOT

Tutorat : Dr Isabelle ANDREU, Praticien Hospitalier, Médecin responsable équipe mobile EMILI, Pôle 15, CH Sainte-Anne, Paris

Remerciements

Au Dr Roelandt et à toute son équipe pour la qualité des interventions tout au long de ce DIU et pour tout le travail effectué pour la santé mentale depuis tant d'années,

A mon encadrement, Mmes Rolland et Guernion, M. Masquelier pour m'avoir donné l'opportunité de suivre cette formation et de réaliser ce travail au sein du CMP,

Au Dr Kébir, responsable du CMP Mathurin Régnier, qui m'a soutenue et encouragée dans ma démarche,

Au Dr Isabelle Andreu pour son accompagnement et ses conseils avisés pour la réalisation de ce mémoire,

A mes collègues du CMP Mathurin Régnier, infirmiers, assistants sociaux, médecins, secrétaires, psychologues, diététicienne, pour leur participation active à cette étude et leur soutien au quotidien.

J'ai une pensée toute particulière pour ma collègue et amie Mirela qui a toujours été présente dès mes premiers pas en psychiatrie alors que j'étais encore étudiante et un peu plus tard en tant que professionnelle. Sans son soutien permanent et inconditionnel, cette aventure humaine n'aurait pas eu lieu.

Table des matières

Introduction	5
1. Pourquoi s'intéresser à la santé physique des usagers du CMP ?	5
1.1. Vulnérabilité somatique accrue pour les personnes atteintes de troubles psychiques : d'une prise de conscience à la mise en œuvre d'une politique de santé publique nationale.....	5
1.1.1. Données épidémiologiques	6
1.1.2. Facteurs de risque et carences	6
1.1.3. Des recommandations de l'OMS aux politiques de santé publique nationales et recommandations de bonnes pratiques.....	8
1.2. Santé mentale, santé physique, où en est-on ?.....	12
1.2.1. Vers une amélioration des prises en charge hospitalière ?.....	12
1.2.2. Obstacles et leviers en ambulatoire, synthèse	13
2. Contexte	14
2.1. Le territoire du 15 ^{ème} arrondissement de Paris : l'offre de soins pour adultes	14
2.2. Autres acteurs de la cité.....	15
2.3. L'établissement, les soins somatiques et l'ambulatoire.....	16
2.4. L'activité au sein du CMP du secteur 75G14.....	16
2.5. Coopération avec la médecine générale sur le territoire.....	18
2.6. Une organisation des soins hospitalière en mutation.....	18
3. L'étude	19
3.1. Objectifs.....	19
3.1.1. Principaux.....	19
3.1.2. Secondaires.....	20
3.2. Méthodologie.....	20
3.2.1. Enquête usagers.....	21
3.2.2. Enquête professionnels.....	21
4. Résultats et limites	22
4.1. Enquête usagers	22
4.1.1. Profil des enquêtés	22
4.1.2. Exposition aux facteurs de risque et comorbidités somatiques.....	23
4.1.3. Utilisation du dispositif de soins	25
4.1.4. Besoins, difficultés et attentes	28
4.2. Enquête professionnels	30
4.2.1. Taux participation	30
4.2.2. Profil des enquêtés	30
4.2.3. Perception du problème.....	31
4.2.4. Etat des lieux des pratiques et difficultés	34
4.2.5. Axes d'amélioration	36
4.3. Limites.....	38

5. Discussion	38
5.1. Une offre de soins facilitant le suivi somatique, des usagers exposés au risque somatique, une approche globale difficile.....	38
5.2. Leviers et freins au suivi somatique, niveaux d'intervention possibles	40
5.3. Axes d'amélioration	42
Conclusion.....	45
Bibliographie	46
Liste des abréviations	50
Annexes	52
Annexe 1 : Extraits des recommandations françaises pour le suivi somatique de patients souffrant de pathologie mentale sévère	52
Annexe 2 : Extrait de la cartographie de l'offre de soins en santé mentale, résultats de l'enquête DREES de 2008.....	53
Annexe 3 : synthèse des obstacles et leviers à la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques	54
Annexe 4 : charte des CMP et extraits des préconisations de la charte des CMP parisiens	55
Annexe 5 : questionnaire à destination des usagers	58
Annexe 6 : document support pour la recherche sur dossier patient.....	63
Annexe 7 : questionnaire à destination des professionnels	64
Annexe 8 : résultats complémentaires de l'enquête usagers	69
Annexe 9 : résultats complémentaires de l'enquête professionnels	70

Introduction

Dès mon premier jour en psychiatrie, en 2010, en tant qu'étudiante infirmière dans un hôpital de jour, j'ai été marquée par toutes ces personnes, pour la plupart atteintes de troubles schizophréniques, en surpoids. Un grand nombre fréquentait la structure depuis plusieurs années et l'équipe semblait impuissante voire résignée face à ce problème. Je décidais alors de m'intéresser de plus près à la santé physique des personnes suivies en psychiatrie et en fis mon mémoire de fin d'études. Depuis, cette problématique des soins somatiques des personnes atteintes de troubles psychiques sévères continue d'être intégrée progressivement dans la politique de santé publique. Cependant, après quelques années d'exercice en tant qu'infirmière en intrahospitalier et maintenant en Centre Médico-Psychologique (CMP), je suis encore interpellée par des situations mettant en jeu la santé physique des patients : prise de poids, plainte somatique, découverte tardive de pathologies somatiques voire de cancers et quelques décès prématurés. Ce Diplôme Inter Universitaire est l'occasion, pour moi, d'essayer de contribuer à l'évolution de nos pratiques, nous soignants.

Il me semblait important de replacer, dans un premier temps, cette problématique des soins somatiques en santé mentale dans son contexte afin d'en déterminer les enjeux et notamment les implications dans un exercice professionnel au sein de la cité. Faire évoluer les pratiques en respectant les spécificités du territoire nécessite d'en connaître les ressources et obstacles, c'est l'objet de ce mémoire qui présente l'étude réalisée auprès d'usagers et de l'équipe du CMP du secteur 75G14.

1. Pourquoi s'intéresser à la santé physique des usagers du CMP ?

1.1. Vulnérabilité somatique accrue pour les personnes atteintes de troubles psychiques : d'une prise de conscience à la mise en œuvre d'une politique de santé publique nationale

Depuis plusieurs décennies, de nombreuses études épidémiologiques internationales ont mis en évidence la vulnérabilité somatique accrue des personnes atteintes de troubles psychiques chroniques sévères tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire ou la dépression sévère (De Hert, Correll et al., 2011). Elles souffrent autant voire davantage de maladies somatiques que la population générale, leur qualité et espérance de vie s'en trouvant ainsi amoindries. Si l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dès 1946, dans sa définition de la santé¹ et ultérieurement dans sa conférence d'Alma-Ata en 1978, posait déjà les principes d'une prise en

¹ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »

charge globale impliquant en premier lieu les acteurs de proximité, la prise de conscience en France est plus tardive, notamment à cause d'un clivage historique entre soma et psyché ancré dans les pratiques soignantes et les organisations de soins. Pour exemple, les premières journées nationales sur les soins somatiques en psychiatrie autour du thème « Soins somatiques en santé mentale, une question de dignité » n'auront lieu qu'en 2002 à l'initiative de collectifs de psychiatres, somaticiens et paramédicaux en réponse aux demandes d'utilisateurs en santé mentale, demandes exprimées dans le rapport Caniard de 1999 (Février & Halimi, 2003) et légitimées par la loi du 04 mars 2002.

1.1.1. Données épidémiologiques

Au cours de ces journées, sont présentés les résultats de la première étude française de cohorte portant sur le taux de mortalité et les causes de décès de patients schizophrènes entre 1993 et 1999 (Casadebaig & Philippe, 2003). Elle met en évidence la surmortalité des patients schizophrènes par rapport à la population générale (Ratio Standardisé de Mortalité égal à 3,7) en partie imputable à une surreprésentation des maladies respiratoires, cardiaques ou infectieuses ainsi que du cancer, venant confirmer les études internationales déjà existantes. Des revues de littérature plus récentes (Chesney, Goodwin & Fazel, 2014) font état d'une espérance de vie des personnes atteintes d'un trouble psychique chronique réduite globalement de 20 % par rapport à la population générale correspondant à une mortalité prématurée, avant l'âge de 65 ans, deux à trois fois plus importante que dans la population générale, cette inégalité s'accroissant au fil des années.

Hormis le suicide qui reste la première cause de décès, les études les plus récentes (Correll, Detraux, De Lepeleire & De Hert, 2015) ne font ainsi que confirmer la surreprésentation de pathologies somatiques à l'origine de cette mortalité prématurée : pathologies cardiovasculaires, atteintes respiratoires, maladies infectieuses de type VIH, hépatites ou tuberculose, atteinte digestive, atteinte endocrinienne, atteinte génito-urinaire, maladie néoplasique, atteinte neurologique...

1.1.2. Facteurs de risque et carences

Plusieurs facteurs sont à l'origine de cet état de fait (De Hert, Cohen et al., 2011 ; Ancelet, Sauvinaud, Manetti & Limosin, 2013 ; Saravane, 2013).

En premier lieu, une surexposition aux facteurs de risque de morbi-mortalité : la surcharge pondérale, les désordres métaboliques, les anomalies lipidiques, l'hypertension artérielle, le syndrome métabolique, l'athérosclérose apparaissent plus fréquemment compte tenu du mode de vie peu favorable des patients (addictions dont le tabac et l'alcool, sédentarité, habitudes

alimentaires) et des effets iatrogènes des psychotropes tels que les neuroleptiques atypiques, les thymorégulateurs ou certains antidépresseurs.

Certains symptômes inhérents au trouble psychique expliquent également des comportements peu favorables au maintien d'une santé physique. Le délire, le déni des troubles, l'altération du schéma corporel voire une tolérance accrue à la douleur ne facilitent pas l'identification des symptômes de la maladie somatique. Quant aux troubles cognitifs, aux altérations du comportement social, à la désorganisation, ils sont invalidants pour chaque étape du processus du « prendre soin de soi » (du repérage du trouble à l'observance du suivi somatique).

D'autres facteurs limitant l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes de troubles psychiques ont été plus spécifiquement identifiés :

- Des conditions sociales souvent précaires (absence de logement, ressources financières limitées, isolement social) impliquant un renoncement aux soins (Despres, Dourgnon, Fantin & Jusot, 2011)
- L'absence de médecin généraliste impliquant un défaut de suivi somatique (pour exemple, l'étude prospective en CMP (Bohn et al., 2007) qui montrait que seulement 33% des 143 patients de l'échantillon avait un médecin traitant déclaré)
- Un défaut de compliance aux soins somatiques proposés
- Une organisation des soins en santé mentale issue de la sectorisation et qui a exclu la médecine somatique favorisant le cloisonnement des pratiques
- Une formation des soignants marquée par le clivage somatique / psychique ayant pour conséquence une prise en charge morcelée, un défaut de reconnaissance des problèmes somatiques chez les soignants de psychiatrie
- Une stigmatisation des soignants exerçant dans le champ des soins somatiques vis-à-vis des personnes atteintes de troubles psychiques (Giordana, 2013) : la peur en lien avec les représentations de violence et dangerosité du patient « psy » et la méconnaissance de la pathologie psychiatrique en partie due à une formation insuffisante induisent une discrimination négative des patients et de ce fait une insuffisance de prise en charge des problèmes somatiques
- Une auto-stigmatisation des patients eux-mêmes (Giordana, 2013) au travers d'attitudes d'anticipation et d'évitement de situations où ils pourraient faire l'objet de discrimination négative, qu'elle ait déjà été expérimentée ou non.

Tous ces facteurs retardent la prise en charge et le diagnostic somatique, constituent une perte de chance et contribuent ainsi à une vulnérabilité somatique accrue. Le mauvais état de santé

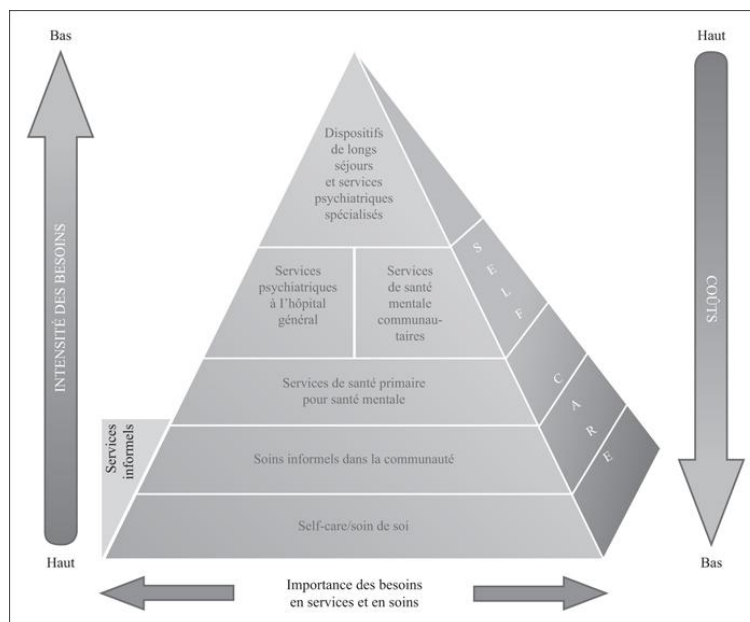
somatique des personnes atteintes de troubles psychiques relève donc de facteurs multiples impliquant aussi bien l'individu lui-même que les organisations de soins et les acteurs du champ de la santé. Les politiques de santé publique, tant sur le plan international que national, ne cessent d'évoluer afin de prendre en compte ces difficultés et de proposer un cadre qui participe à l'amélioration de la santé globale des patients atteints de troubles psychiques.

1.1.3. Des recommandations de l'OMS aux politiques de santé publique nationales et recommandations de bonnes pratiques

Depuis la conférence d'Alma-Ata en 1978, l'OMS ne cesse, au travers de ses recommandations, de promouvoir un certain nombre de principes fondateurs qui participent à l'amélioration de la santé globale de l'humanité et des personnes atteintes de troubles psychiques, en particulier :

- Place prépondérante des soins primaires et notion d'implication des acteurs de proximité (OMS, 1978) : *« ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire »*. En 2005, dans la Conférence Européenne d'Helsinki, la place du médecin généraliste est mise en évidence au travers de l'action suivante : *« développer les compétences et le savoir-faire des médecins généralistes et des services de soins primaires, en réseau avec des services de soins médicaux spécialisés et non médicaux, afin que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale puissent accéder facilement à ces services, que leurs problèmes puissent être identifiés et traités de manière efficace »*
- Nécessité d'une prise en charge globale coordonnée (OMS, 1978) : *« En tant que partie intégrante du système de santé et du développement socio-économique, les soins de santé primaires ne pourront être efficaces que moyennant une coordination appropriée à tous les niveaux entre le secteur sanitaire et tous les acteurs des secteurs concernés »*. Ce principe est repris dans le « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 » (OMS, 2013) au travers de l'objectif 2 *« fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire »*
- Participation des individus en tant qu'acteur de la communauté (OMS, 1978) qui se décline dans le champ de la santé mentale par une reconnaissance de l'expertise des usagers et de leur entourage (OMS, 2005, 2013)
- Nécessité de formation des acteurs intervenants dans la prise en charge (Funk, Benradia & Roelandt, 2014)

Comme le soulignent Funk et al. (2014), cette « *conception de soins primaires pour la santé mentale n'a pas encore été envisagée dans la plupart des pays* » et notamment en Europe et plus particulièrement en France. Les soins primaires constituent le premier niveau de soins complété par les autres niveaux et entre lesquels des liens doivent être instaurés afin d'être efficaces. Cette conception des soins holistique est résumée dans la pyramide OMS des soins en santé mentale :



En France, dans son plan d'activités 2014-2018, le Centre Collaborateur de l'OMS a défini « la lutte contre les comorbidités somatiques » comme axe de travail de référence.

On retrouve, au plan national, la déclinaison de ces recommandations au travers de plusieurs lois et plans ayant eu un impact sur la prise en charge globale.

- Loi du 04 mars 2002² : reconnaissance des droits des patients, les demandes des usagers en santé mentale sont légitimées notamment en matière de prise en compte du risque somatique (création de sociétés savantes telle que l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale, ANP3SM)
- Plan santé mentale 2011-2015 : il préconise l'amélioration de l'accès aux soins psychiatriques et somatiques, le renforcement de la continuité des soins entre la crise et la post crise, ainsi que la coordination entre les dispositifs de soins psychiatriques et somatiques nécessitée par la spécificité des problématiques somatiques psychiatriques (« *fréquence des pathologies associées, altération des capacités à prendre soin de sa santé et à suivre un traitement, errance ou grande précarité, effets somatiques indésirables de certains traitements psychiatriques comorbidités fréquentes comme la prise de poids, les pathologies cardiovasculaires, métaboliques et bucco-dentaires* »)

² Loi n°2002-303 relative droits des malades et à la qualité du système de santé

- Manuel de certification des établissements de santé version V2010 (Haute Autorité de Santé, 2014) : introduction d'un nouveau critère se rapportant aux soins en santé mentale (« critère 17b, prise en charge somatique des patients »), reconduit dans la dernière version de 2014
- Loi du 05 juillet 2011³ : introduction de l'examen somatique complet dans les 24h pour toute personne faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement
- Rapport Robiliard (Robiliard, 2013) : dans ses propositions 1 à 5, il reprend la nécessité de coopération et d'échanges dans le cadre du secteur (et plus particulièrement entre médecin généraliste et psychiatre), et d'organisation de la prise en charge somatique des patients au sein des hôpitaux
- Loi de santé du 26 janvier 2016⁴ : rôle du territoire précisé dans l'organisation et l'accès aux soins, définition de « *l'équipe de soins primaires* » constituée autour de médecin généralistes et de « *communautés professionnelles territoriales de santé* », l'association des deux constituant le recours de proximité qu'est le « nouveau secteur de psychiatrie » ; notion de « projet territorial de santé mentale » piloté par les Agences Régionales de Santé (ARS) et arrêté après avis des conseils locaux de santé mentale (CLSM) et conseils territoriaux ; renforcement de la place des usagers (promotion de l'éducation à la santé, empowerment) ; définition du parcours de soins complexe.

Si tous ces textes « obligent » les établissements exerçant des missions en santé mentale à faciliter l'accès aux soins somatiques et à améliorer la qualité de la prise en charge, ils n'imposent pas de modalités de mise en œuvre d'organisation. Ainsi, chaque territoire a la responsabilité en fonction de ses spécificités de déterminer l'organisation répondant le mieux à ses besoins.

Améliorer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques ne relève pas uniquement de la responsabilité des autorités publiques, elle est également l'affaire de chaque professionnel de santé impliqué. A ce titre, en 2009 sont proposées les premières recommandations françaises pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère (Saravane et al.). Elles s'articulent autour de trois axes : le dépistage des patients à risque, l'évaluation des patients et le suivi (cf. Annexe 1).

Plus récemment, la Fédération Française de Psychiatrie – Conseil National Professionnel de Psychiatrie (FFP-CNPP) a établi, en juin 2015, des recommandations de bonne pratique labélisées par la HAS et à destination de tout professionnel exerçant dans le champ de la

³ Loi n°2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

⁴ Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé

psychiatrie (FFP-CNPP, 2015). Elles constituent une synthèse de diverses recommandations, chartes et principes issus des textes précédemment cités.

Concernant les modalités de prise en charge des troubles somatiques en ambulatoire, l'accent est mis sur les éléments suivants :

- Les soignants de psychiatrie s'assurent que les patients atteints de pathologie mentale aient recours aux soins non psychiatriques.
- La prise en charge des pathologies somatiques est réalisée en concertation avec tous les acteurs du soin et du médico-social, de façon **coordonnée** et le travail en **réseau** doit être favorisé afin de garantir continuité et cohérence. Les partenaires sur l'ensemble du parcours de soin (urgentistes, spécialistes, médecin traitant, psychiatre référent, équipe CMP) sont **identifiés** et tout particulièrement le coordonateur du suivi somatique, les échanges formalisés. Un outil de type fiche « programme de soins » est proposé.
- La communication entre psychiatre référent et médecin traitant notamment par l'échange de courriers dès l'adressage et au cours du suivi (Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie, 2010 ; FFP-CNPP, 2015) doit être effective. Les échanges de pratique et d'information entre professionnels sont également sollicités afin de contribuer à la déstigmatisation du patient atteint de pathologie mentale.
- La spécificité de l'abord du patient souffrant de troubles psychiques est respectée : prendre le temps nécessaire, accompagner le patient en cas de difficultés d'observance, être vigilant dans l'expression de la souffrance somatique qui peut « *prendre des masques inhabituels* ».
- Les professionnels doivent s'informer sur la présence d'un entourage, évaluer la qualité des interactions avec le patient. Si cet entourage est étayant, il doit être pris en compte par les professionnels pour son rôle de soutien, d'aidant à la mise en œuvre des soins, de surveillance de l'état de santé, d'alerte du corps médical en cas de difficulté. De la psychoéducation concernant les troubles somatiques à destination de ces aidants est préconisée.

Plus globalement, une démarche « proactive » est conseillée pour la prévention du trouble somatique compte-tenu des troubles cognitifs et du manque d'initiative possiblement importants. Un suivi régulier, réalisé par un soignant clairement identifié, doit être réalisé. Cependant compte-tenu des ruptures de suivi possibles, la participation de plusieurs intervenants dans le repérage des troubles est essentielle : le patient lui-même, dès lors qu'il est en capacité de les identifier et de les signaler, l'entourage, s'il est sensibilisé et formé aux signes à surveiller, et tout soignant intervenant auprès du patient.

Enfin, un accompagnement permettant aux patients de se préoccuper de leur santé est préconisé au travers d'un repérage des habitudes de vie défavorables (sédentarité, hygiène alimentaire, tabagisme) ainsi qu'un repérage de défaut d'accès ou d'utilisation du dispositif de soins (lié aux troubles psychiques, auto-stigmatisation, ressources financières limitées, etc.). L'objectif de cette démarche étant de proposer des actions visant à agir sur les causes identifiées : programmes d'activité physique en lien avec des approches motivationnelles, lutte contre le tabagisme, mise en place d'un accompagnement pour le suivi somatique, etc.

1.2. Santé mentale, santé physique, où en est-on ?

1.2.1. Vers une amélioration des prises en charge hospitalière ?

Ainsi que nous venons de le développer, les niveaux d'action pour contribuer à l'amélioration de la prise en charge somatique sont pluriels, ils relèvent aussi bien d'une responsabilité individuelle de chaque soignant dans l'intégration du risque somatique, que d'une responsabilité collective dans l'application des recommandations de bonnes pratiques et dans l'adaptation des dispositifs et organisations de soins.

Concernant l'organisation et les dispositifs de soins, depuis l'état des lieux réalisé par l'ARS d'Ile-de-France en 2010 (Cabaret, 2010), peu d'études à grande échelle existent. Il en est de même concernant l'évolution des pratiques et l'intégration du risque somatique dans le champ de la santé mentale hospitalière. La cartographie de l'offre de soins régionale, réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (Leroux & Schultz, 2011) à partir des Rapports d'Activité de Psychiatrie (RAPSY) de 2008, constitue une référence (cf. Annexe 2). Y figurent, entre autres, quelques indicateurs de prise en charge somatique. D'autre part, l'introduction récente des critères d'évaluation au niveau de la certification des établissements ne permet pas encore d'avoir une vision globale de la situation. Néanmoins, dans cet esprit d'évolution des pratiques, une expérience a été réalisée dans la région Nord-Pas-de-Calais, pilotée par la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM) (Danel & Plancke, 2015). Une méthodologie d'audit croisé inter-établissements permettant l'échange des pratiques a été introduite au sein de 34 établissements de la région. Le principe repose sur la réalisation d'au moins deux audits à plusieurs années d'intervalle sur une thématique spécifique. Le premier permet de mettre en place des recommandations et le suivant, d'évaluer l'évolution des pratiques. Concernant la thématique de prise en compte de la santé somatique par le dispositif psychiatrique, deux audits ont été réalisés à 5 ans d'intervalle (2009 et 2014). Les résultats du second audit montrent une évolution favorable concernant le dépistage des effets secondaires de la prescription des psychotropes.

Ce type d'étude laisse à penser que les pratiques soignantes sont dans un processus d'intégration du risque somatique, ce qui devrait se traduire par un bénéfice accru pour la santé physique des patients atteints de troubles psychiques. Cependant, seulement 24% d'entre eux sont pris en charge dans un service hospitalier de psychiatrie (DREES, 2016), la majorité étant suivie en ambulatoire.

1.2.2. Obstacles et leviers en ambulatoire, synthèse

La prise en charge somatique en ambulatoire est encore peu étudiée tant en matière d'évaluation des pratiques que de spécification des obstacles rencontrés (à l'exception du recours au médecin traitant) ou de retour d'expériences ayant contribué à l'amélioration des pratiques.

On peut néanmoins citer certaines thématiques ayant fait l'objet d'études ou de publications et correspondant à différents niveaux d'intervention :

1. Interventions de proximité :

- Impact de la participation pluri-professionnelle dans le suivi somatique au sein du CMP du secteur 78G17 (Aubineau, 2015) : mise en évidence de l'impact positif sur le suivi de l'implication des infirmiers référents et de l'existence de protocoles de suivi (notamment pour le syndrome métabolique)
- Développement d'outils : carnet de suivi somatique développé au sein de l'EPS Maison Blanche (Guillard, 2014)

2. Coopération / coordination :

- La coopération entre médecin généralistes et psychiatres : mise en évidence de l'importance de la qualité de la communication dans la prise en charge somatique (Milleret, 2014), du rôle des équipes mobiles dans le travail de lien entre psychiatrie et médecin générale (Lanoe, 2013)
- Recours au « case management » pour appréhender les situations complexes (Petitqueux-Glaser, Acef & Mottaghi, 2011) notamment dans la dynamique de coordination. Le Québec, dans son Plan d'Action en Santé Mentale 2005-2010 (Jaeger, 2010), préconise ce principe de « gestion de cas » en créant deux fonctions nouvelles contribuant à la mise en place de réseaux de soins intégrés : l'« agent de liaison » ayant un réel rôle de coordination entre partenaires institutionnels (hôpital, service sociaux et communauté) et l'« intervenant pivot » davantage dans un rôle de proximité (lien avec l'utilisateur, évaluation de ces besoins, mise en œuvre des actions en fonction des besoins, travail en collaboration/coordination avec les partenaires de proximité, etc.)

3. Réseaux et partenariats :

- Bilan des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) et Ateliers Santé Ville (ASV) comme outils d'échange entre partenaires au sein de la communauté (Guezennec & Roelandt, 2015) : un tiers des CLSM travaillent sur la thématique de l'accès aux soins dans le but de faciliter la coordination entre acteurs des soins de proximité (médecin généralistes, infirmiers libéraux et pharmaciens) et équipe de secteur, et pour 75% des CLSM le logement est une thématique qui fait l'objet d'un travail spécifique au travers notamment de commissions logement/habitat. Ce dispositif prévoit également de travailler autour de « cellules de cas complexes »
- Mise en évidence de l'efficacité de dispositifs de soins partagés grâce au travail en réseau et en partenariat au travers de l'expérience du réseau de promotion de la santé mentale Sud Yvelines créé en 1999 (Le Maître & De Margerie, 2013 ; Baylé-Hardy & Younès, 2014)
- Soins en santé mentale intégrés dans la communauté avec notamment le « rapprochement de professionnels » dans l'expérience lilloise du secteur 59G21 se traduisant par l'existence d'un bureau pour l'équipe de secteur au sein du cabinet d'un médecin généraliste et par la prescription exclusive des psychotropes par les médecins généralistes avec le soutien des psychiatres du secteur (Defromont, Verriest & Dudenko, 2012)

Dans un esprit de synthèse de l'ensemble des éléments présentés précédemment et dans la perspective de notre étude, le tableau présenté en annexe (cf. Annexe 3) reprend les obstacles à la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques dans le contexte des soins ambulatoires. Y figurent également les leviers issus des recommandations, lois et études en réponse aux obstacles identifiés.

Toutes les études montrent la complexité et l'intrication de plusieurs facteurs limitant la prise en charge somatique des patients atteints de troubles psychiques. Contribuer à l'amélioration de celle-ci à l'échelle d'un territoire nécessite de s'interroger sur les freins, les limites et les ressources qui lui sont propres (usagers, acteurs des soins, ressources du territoire) afin de mettre en œuvre et de cibler de manière efficiente les leviers à mettre en place dans une dynamique de soins au cœur de la cité.

2. Contexte

2.1. Le territoire du 15^{ème} arrondissement de Paris : l'offre de soins pour adultes

La population du 15^{ème} arrondissement de Paris est équivalente à celle d'une ville comme Bordeaux. Trois secteurs de psychiatrie générale adulte, rattachés au Centre Hospitalier Sainte-

Anne (CHSA), couvrent le territoire du 15^{ème} arrondissement : le secteur 75G14 (bande est de l'arrondissement, le secteur 75G15 (nord-ouest de l'arrondissement), le secteur 75G16 (sud-est de l'arrondissement) regroupés au sein d'un même pôle (Pôle 15^{ème}, SHU-Addictologie).

Depuis la mise en place des pôles, une réorganisation de l'offre de soins extrahospitalière est en cours. En janvier 2016, le 15^{ème} arrondissement comportait : 3 CMP (1 par secteur), 1 Centre de Jour Intersectoriel (regroupement des activités HDJ et CATTP des trois secteurs), 1 polyclinique (foyer de postcure polaire), 1 équipe mobile d'intervention et de liaison intersectorielle (EMILI, bureaux au centre de jour), 2 infirmiers polaires sur des missions spécifiques (relation avec les structures extérieures et l'accueil thérapeutique), 1 unité d'accueil d'urgence psychiatrique polaire à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), des unités d'hospitalisation au sein du CHSA.

Concernant l'offre en secteur privé, selon les sources, entre 60 et 80 psychiatres libéraux et environ 80 psychologues exercent sur le territoire.

Quant à l'offre de soins concernant la santé physique, le tableau ci-dessous présente la démographie des principaux acteurs sur le territoire :

Profession	En activité
Médecins généralistes	222
Infirmiers libéraux et soins à domicile	35
Pharmaciens	79
Laboratoires d'analyse	19
Centre de Santé	6
Permanence d'Accès aux Soins	1

Cette offre privée s'étend au delà du territoire du 15^{ème}, elle est dense, géographiquement accessible (réseau de transport important) avec cependant une proportion importante de spécialistes conventionnés en secteur libre.

2.2. Autres acteurs de la cité

En dehors du champ de la santé, un certain nombre d'acteurs de proximité et dispositifs ont un rôle à jouer dans le processus de prise en charge de la problématique « santé physique » :

- Le CLSM du 15^{ème} arrondissement en temps que plate-forme de concertation et de coordination entre les élus locaux, les professionnels du champ de la santé mentale et les usagers. A l'occasion de la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM) 2016 « Santé mentale, santé physique : un lien vital », le CLSM a organisé une table ronde réunissant un représentant des usagers, un somaticien du CHSA, un médecin généraliste de l'arrondissement (présidente de l'« Amicale des médecins du 15^{ème} »), un responsable d'un des centres de santé de l'arrondissement et un médecin responsable d'un des trois CMP. Il compte, par ailleurs, plusieurs groupes de travail : situations complexes, logement, enfance

- Les ASV : il n'existe aucun ASV sur le 15^{ème} arrondissement
- Les autres services de la mairie : Centre d'Action Social de la Ville de Paris (CASVP), Service Social Départemental Polyvalent (SSDP)
- Les réseaux et dispositifs dédiés à des populations ciblées : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA Paris Ouest), Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC Paris Emeraude Ouest), Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- Le milieu associatif : Notre Village (aide à domicile), Aurore (hébergement et insertion), Ariane Falret (service de protection des majeurs)
- Les bailleurs sociaux (en lien avec la problématique du logement) : Paris Habitat, I3F, Toit et joie
- Les autres acteurs du médico-social tels que : CPAM, CRAMIF, UDAF75, CAF, MDPH

2.3. L'établissement, les soins somatiques et l'ambulatoire

Le CHSA, depuis le premier trimestre 2005, compte une unité de soins somatiques destinée à optimiser la prise en charge somatique des patients de l'établissement, notamment en matière de prévention.

Dans le projet d'établissement du CHSA 2011-2015, un axe était consacré à la poursuite de l'organisation des soins somatiques et des consultations spécialisées. Parmi les enjeux de ce dernier projet, la poursuite du développement de l'ambulatoire est identifiée comme un défi spécifique. Dans sa vision à 10 ans, l'établissement promeut, entre autres, la notion de proximité par l'ouverture sur la cité, le développement de partenariat et la sectorisation.

2.4. L'activité au sein du CMP du secteur 75G14

L'équipe du CMP se compose classiquement de médecins (5,5 ETP), d'infirmiers (5,6 ETP), d'un cadre (0,5 ETP), d'assistants sociaux (2,3 ETP), de secrétaires (2 ETP) et d'intervenants paramédicaux divers (diététicienne - 0,1 ETP, infirmière coordinatrice Education Thérapeutique du Patient - 0,2 ETP, psychologue - 0,2 ETP). 29 professionnels sont amenés à travailler ensemble. Le CMP accueille les usagers 5 jours par semaine, de 9h à 19h.

Au sein du corps médical, certains médecins ont des spécialités : jeune adulte, sujet vieillissant, alcoologie, intrication neurologie/psychiatrie.

Pas de particularité concernant les infirmiers, tous sont formés à l'éducation thérapeutique du patient qui reste une spécificité du CMP. Un programme de groupe à destination des patients souffrant de troubles schizophréniques a été validé par l'ARS en 2012. L'équipe fonctionne

selon le principe de la référence (psychiatre systématiquement et infirmier(s) et travailleur social selon appréciation médicale et besoin du patient).

Selon le rapport d'activité de l'année 2015, la file active était en décembre 2015 de 1593 patients constituée de 52,6 % d'hommes et de 47,4 % de femmes et dont l'âge se situe entre 16 et 92 ans (âge moyen 47,9 ans). 23589 actes ont été réalisés. La répartition de l'activité selon les professions est la suivante :

Professions	% File Active	% Actes
Médecins	92,4	39,5
Infirmiers	53,1	51,0
Assistants sociaux	20,7	8,2
Autres intervenants	4,5	NC

Les actes sont consacrés à des personnes ayant un diagnostic de psychose (F20-F29)⁵ à la hauteur de 52,3% et à des personnes ayant un trouble de l'humeur (F30-F39) à la hauteur de 17%.

Toutes les professions représentées exercent en étroite collaboration autour d'un projet commun institutionnel et autour de chaque projet individualisé pour tout usager suivi sur le CMP. Une réunion de synthèse concernant l'ensemble de l'équipe a lieu chaque semaine durant laquelle un point concernant les prises en charge complexes est réalisé ainsi qu'une rencontre avec l'une des équipes du secteur (services intra-hospitaliers, équipe mobile EMILI).

Tous les usagers s'adressant au CMP pour la première fois, afin d'y être suivi, sont reçus, dans un premier temps, par les infirmiers qui ont la charge d'évaluer la nature et l'urgence de la demande.

Il n'existe aucun protocole ou outil particulier concernant la prise en charge des soins somatiques, le seul document ayant fait l'objet d'une évolution au cours des dernières années est l'introduction de manière systématique du recueil de l'existence et de l'identité du médecin traitant. Le recueil des antécédents somatiques et des addictions fait partie du protocole standard de l'entretien d'accueil réalisé par les infirmiers.

Depuis avril 2016, le CMP utilise le dossier informatisé, le logiciel permet la saisie des « Correspondants » professionnels ou personnels, mais il n'existe aucun item dédié aux soins somatiques.

L'équipe travaille en étroite collaboration avec l'équipe mobile EMILI qui assure notamment un travail important de liaison avec les médecins généralistes et réalise de nombreux accompagnements de patients dans la prise en charge du suivi somatique (lien avec le médecin, prise de rendez-vous, accompagnement aux rendez-vous).

⁵ Classification CIM-10

En revanche, l'équipe participe peu au CLSM de l'arrondissement (les responsables sont destinataires des compte-rendus des différentes réunions telle que la plénière annuelle), la représentativité des CMP étant assurée principalement par le secteur 75G16.

2.5. Coopération avec la médecine générale sur le territoire

Dans le contexte de la création de l'équipe mobile EMILI, l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes du 15^{ème} arrondissement (Lanoe, 2013) mettait en évidence quelques caractéristiques intéressantes à reprendre dans le contexte de cette étude.

- 96,6% des médecins généralistes suivent des patients pour un problème d'ordre psychologique
- 92,1% déclarent rencontrer des difficultés dans la prise en charge (réticence des patients à consulter un spécialiste, aspect chronophage des consultations, diagnostic et traitements particuliers)
- 83% souhaitent davantage d'interactions avec le psychiatre
- 86,5% ont déjà réalisé un adressage au CMP, mais seulement 57,7% privilégie le CMP dans leur exercice au quotidien, le principal argument de refus d'orientation vers les CMP étant la désapprobation que la première consultation soit réalisée par un infirmier.

2.6. Une organisation des soins hospitalière en mutation

Depuis avril 2015 et la mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), le CHSA est engagé avec les autres établissements du groupement (EPS Maison Blanche et GPS Perray Vacluse) dans une démarche d'harmonisation. Dans le cadre des travaux réalisés par le GHT, une charte des CMP à destination des usagers a été établie. Elle fixe un certain nombre d'engagements des professionnels vis-à-vis des usagers. Parallèlement à cette charte, des préconisations ont été établies à destination des professionnels fixant notamment un certain nombre de spécificités à prendre en compte dans la pratique : la responsabilité des équipes du CMP en matière de suivi somatique y est clairement énoncée (cf. Annexe 4).

Toujours dans ce contexte de GHT, des groupes de travail ont été constitués, un y est spécifiquement consacré aux « soins somatiques ». Il est animé par le Dr Guillard.

Ainsi, parallèlement à la mise en œuvre de la politique de santé concernant les organisations, une mutualisation des réflexions sur certaines pratiques est en cours.

3. L'étude

3.1. Objectifs

L'objectif global de cette étude est de fournir des éléments de réponse à la question de l'amélioration du suivi somatique des usagers du CMP. La revue de la littérature nous montre que les obstacles peuvent se situer à différents niveaux et qu'une analyse de ceux-ci est un pré-requis à la recherche de solutions adaptées aux spécificités du territoire. Les textes mettent également en évidence le rôle des partenaires extérieurs au lieu et, notamment, les acteurs des soins primaires tel que le médecin généraliste. C'est du point de vue du CMP et des usagers qui le fréquentent que le choix de l'étude a été fait. C'est pourquoi, seuls les usagers du CMP et l'équipe dans son intégralité ont participé à cette étude. Parce qu'ils ont un rôle primordial à jouer dans leur propre suivi, malgré leurs difficultés, et dans le souci d'une démarche participative, recueillir le point de vue des usagers me semblait essentiel.

3.1.1. Principaux

Dans un premier temps, l'objectif est donc de dresser un état des lieux de la prise en charge de la santé physique des usagers, ceci afin de faire émerger les ressources et les freins tant au niveau des usagers eux-mêmes que des professionnels exerçant dans le lieu (soignants principalement). Questionner la pratique individuelle et collective doit permettre également de mettre en évidence des difficultés relevant de l'organisation des soins proprement dit et, notamment, les freins à un « travailler ensemble » au cœur de la cité.

Ainsi, plus spécifiquement pour chaque groupe, les objectifs sont les suivants :

- Pour les usagers : déterminer le niveau d'exposition au risque somatique (existence d'une prescription de psychotropes, habitudes de vie, conduites addictives, comorbidités existantes, etc.), évaluer leur perception de leur état de santé physique, de leur comportement vis-à-vis de leur santé physique, de leur utilisation des ressources du territoire, déterminer quels sont leurs besoins et attentes
- Pour les professionnels : évaluer leur perception de la situation (le risque somatique va-t-il de soi ?), réaliser un état des lieux des pratiques concernant la santé physique des usagers du CMP (place du somatique dans le quotidien, actes dispensés, rôle dans la prise en charge, interaction avec les partenaires de la cité), explorer leur connaissance des ressources du territoire ainsi que leurs attentes.

Dans un second temps, les éléments mis en évidence permettront de réfléchir collectivement, en tenant compte des spécificités du territoire, à des pistes d'amélioration du suivi, l'hypothèse de développement de partenariat étant une voix d'amélioration possible.

3.1.2. Secondaires

Le choix du thème de l'étude s'inscrit dans la thématique de la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM) 2016, ce qui m'a permis de participer à la table ronde organisée par le CLSM de la mairie du 15^{ème} arrondissement en mars 2016.

Au sein de l'équipe, des échanges formels et informels se sont multipliés autour de cette thématique et a amené l'équipe à s'interroger sur ses pratiques, réfléchir collectivement aux outils à mettre en place, aux partenaires à solliciter avant même que les résultats des enquêtes ne soit déterminés.

Ainsi, certaines pratiques ont été modifiées. Dans le programme de groupe d'éducation thérapeutique à destination des patients souffrant de troubles schizophréniques qui s'est tenu entre le mois de janvier et mai 2016, une séance « Rencontre avec le médecin généraliste » a été introduite.

3.2. Méthodologie

La méthodologie retenue a été celle des enquêtes quantitatives aussi bien pour les professionnels que pour les usagers. Idéalement, afin de cibler au mieux les thématiques à aborder, il aurait été souhaitable d'organiser des focus group préalables pour chacun des groupes étudiés. Pour des raisons d'organisation, cette étape n'a pas pu être réalisée. Les questionnaires ont été construits en s'appuyant sur les données de la littérature (données épidémiologiques, facteurs de risque, déterminants de santé, retours d'expérience, etc.) et pour celui à destination des usagers, la participation à la table ronde organisée par le CLSM de la mairie du 15^{ème} arrondissement dans le cadre des SISM 2016 a permis de légitimer les thématiques abordées.

La réalisation des enquêtes s'est déroulée sur l'année 2016, selon les étapes et le calendrier suivants :

- 1- Semaine 4 : présentation du projet de l'étude auprès du responsable du CMP et du cadre du service, accord pour réalisation des enquêtes.
- 2- Semaines 5 à 10 : constitution des deux questionnaires sur la base des recherches bibliographiques.
- 3- 16 mars 2016 : participation en tant qu'auditeur à la table ronde organisée par le CLSM du 15^{ème} arrondissement dans le cadre de la SISM 2016. Ajustement des questionnaires.
- 4- 18 mars 2016 : présentation à l'équipe du CMP lors d'une réunion de synthèse du projet d'étude et annonce des modalités de réalisation des enquêtes.
- 5- Semaine 12 : test du questionnaire usager auprès de deux usagers.

- 6- Semaine 13 : diffusion par mail du questionnaire à destination des professionnels accompagné d'un message informatif et du délai de restitution attendu des questionnaires (date limite de restitution le 30 avril, fin de semaine 17).
- 7- Semaine 14 : réalisation de l'enquête usagers.
- 8- Semaine 16 : relances formelles et informelles des professionnels.
- 9- Semaines 18 à 26 : dépouillement des enquêtes.

3.2.1. Enquête usagers

L'enquête auprès des usagers s'est déroulée en deux étapes. Dans un premier temps, le questionnaire a été soumis aux usagers sur des thématiques précises, dans un second temps, certaines données ont été recherchées à partir des dossiers des patients (papier et informatisé). Les deux documents supports figurent en annexe (Annexe 5 et 6).

Les thèmes retenus pour le questionnaire sont les suivants :

- Facteurs de risque évitables et comportements vis-à-vis de la santé (questions n°1 à 6)
- Existence de comorbidités somatiques connues de l'utilisateur et suivi (questions n°7 et 8)
- Utilisation du dispositif de soins, des ressources en santé et point sur le suivi somatique (questions n°9 à 16)
- Besoins et attentes (questions n°17 à 21)

Les questions posées sont soit fermées à choix unique, soit fermées à choix multiple, soit ouvertes. Elles se présentent sous forme d'auto-questionnaire : l'utilisateur prend connaissance des questions et répond à chacune d'elle en présence de l'enquêteur ou le fait lire et remplir par l'enquêteur s'il n'est pas en mesure de le faire lui-même (difficultés à lire et/ou écrire).

Afin d'obtenir un minimum de représentativité et de limiter les biais de sélection, tant en terme de nature des troubles psychiques (certains médecins consultants ou permanents ont des spécialités) que de nature de suivi (médical exclusif, médical et paramédical, médical et social, etc.), l'enquête a été réalisée sur une semaine prédéterminée, sur des créneaux horaires variables d'un jour à l'autre, sans restriction de profil sur les personnes interrogées. Les professionnels du lieu ont été informés de la période de réalisation de l'enquête et ont été sollicités pour informer et adresser les usagers de façon systématique vers l'enquêteur sur la base du volontariat de l'utilisateur et si son état psychique le permettait. Les questionnaires ont été anonymisés.

Les données de l'enquête ont été exploitées en utilisant le logiciel Excel 2010.

3.2.2. Enquête professionnels

Compte-tenu des objectifs fixés, les thèmes retenus pour les professionnels ont été :

- Détermination du profil du professionnel (questions n°1 à 6)
- Perception de la problématique (questions n°7 à 13)
- Recensement des pratiques actuelles (question n°14)
- Place et rôle dans le dispositif, existence de partenariat, connaissance des ressources (questions n°15 à 19)
- Axes de développement, amélioration des pratiques (questions n°20, 21 et suggestions)

Le questionnaire comporte des questions fermées à choix unique et à choix multiple ainsi que des questions ouvertes.

Le questionnaire a été diffusé par mail et distribué dans les cases à courrier à l'ensemble des professionnels exerçant dans le lieu et ayant un contact avec les usagers (permanents et consultants), accompagné d'un message explicatif de la démarche.

4. Résultats et limites

4.1. Enquête usagers

31 usagers ont accepté de remplir le questionnaire, tous sont exploitables. Sur la période de réalisation de l'enquête, 318 usagers ont fréquenté le CMP pour une consultation médicale, un rendez-vous avec un assistant social ou une prise en charge infirmière.

4.1.1. Profil des enquêtés

4.1.1.1. Données sociodémographiques

Sexe	Homme	10 (32%)
	Femme	21 (68%)
Age	Age Moyen	49 ans
	Age Mini-Maxi	23 – 76
Situation familiale	Marié	5 (16%)
	Concubinage	3 (10%)
	Divorcé	6 (19%)
	Célibataire	17 (55%)
	Non renseigné	0 (0%)
Mode de vie	Seul	16 (52%)
	Seul avec enfant	2 (7%)
	Couple	4 (13%)
	Couple avec enfants	1 (3%)
	Famille	5 (16%)
	Collectivité	2 (6%)
	Non renseigné	1 (3%)
Type de logement	Privatif	23 (74%)
	HLM	3 (10%)
	Foyer	2 (6%)
	EHPAD	0 (0%)
	Non renseigné	2 (10%)

Activité professionnelle	Sans	19 (62%)
	Milieu protégé	1 (3%)
	Milieu ordinaire	5 (19%)
	Retraité	5 (16%)
Revenus	Non renseigné	0 (0%)
	AAH	18 (58%)
	AAH + autres revenus	2 (6%)
	Salaire	2 (7%)
	Allocation chômage	2 (6%)
	Minima sociaux	1 (3%)
	Pension de retraite	3 (10%)
Prise en charge CPAM	Non renseigné	2 (10%)
	100 % - ALD30	16 (52%)
	CMU	1 (3%)
Régime de protection	Non renseigné	14 (45%)
	Tutelle ou curatelle	7 (23%)
	Aucun	22 (71%)
	Non renseigné	2 (6%)

4.1.1.2. Données médicales

Diagnostic : 19 usagers (61% de l'échantillon) ont un diagnostic de schizophrénie, 3 (10%) de troubles bipolaires, 2 (6,5%) d'état dépressif majeur, 5 (16,5%) de troubles psychotiques divers, 1 (3%) de troubles envahissants du développement (TED) et 1 (3%) de troubles de la personnalité.

4.1.1.3. Type de prise en charge au CMP

Ancienneté du suivi : les personnes interrogées ont en moyenne un suivi depuis 6,8 ans sur le CMP (82 mois), le suivi le plus récent datant de 5 mois et le plus ancien de 19,3 ans.

Professionnels du lieu impliqués : tous les usagers soit 31 personnes ont un suivi médical, 13 ont un suivi faisant appel en plus à l'équipe infirmière et aux assistants sociaux, 12 uniquement aux infirmiers et 2 uniquement aux assistants sociaux.

4.1.1.4. Synthèse

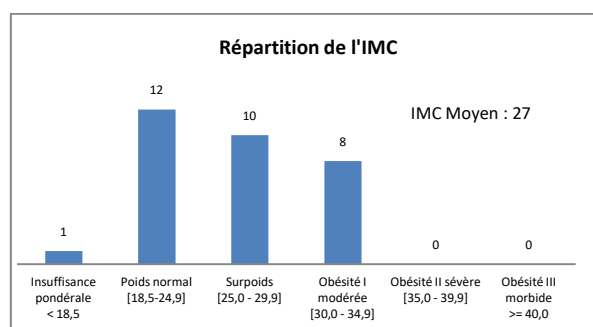
Une majorité des usagers de l'échantillon vit seul (52 %), est sans activité professionnelle ou à la retraite (81 %), dispose d'un revenu se limitant à l'AAH ou avec un complément (64%). Ces conditions de vie (isolement et faible niveau de revenu) constituent des facteurs fragilisants quant au risque « somatique ». D'autre part, la majorité des personnes interrogées souffre de troubles psychiques chroniques sévères (23 usagers (77%) de troubles psychotiques dont 61 % de schizophrénie, et 5 (16,5%) de troubles de l'humeur dont 10% de troubles bipolaires), et se retrouve donc exposée à un risque de surmortalité. La quasi-totalité de l'échantillon (27 personnes soit 87%) bénéficie d'une prise en charge pluriprofessionnelle avec intervention des infirmiers pour 25 d'entre eux soit 80% (contre 53% à l'échelle du CMP).

4.1.2. Exposition aux facteurs de risque et comorbidités somatiques

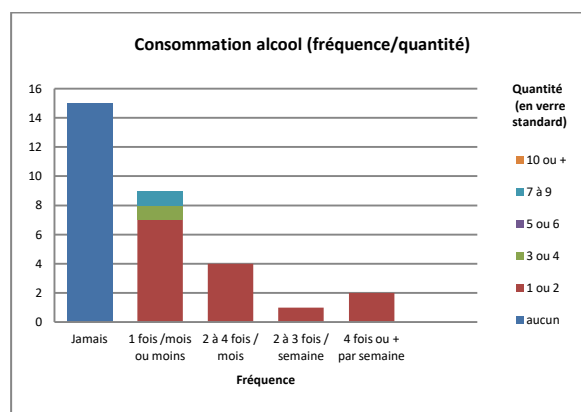
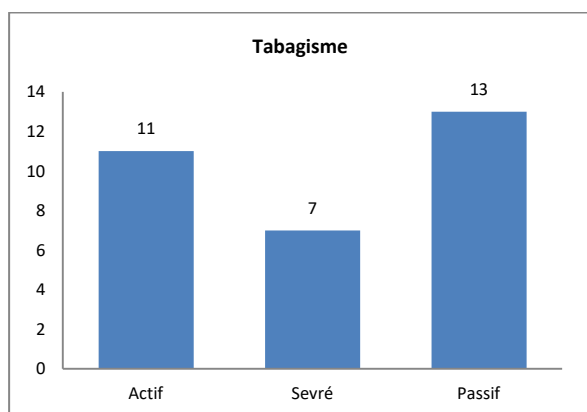
4.1.2.1. Résultats

Traitement principal (données issues du dossier) : 26 personnes (84% de l'échantillon) ont un traitement à base de neuroleptiques (18 par injection, 8 per os), 2 ont un antidépresseur, 2 un régulateur de l'humeur autre que le lithium. Le traitement n'a pas été retrouvé pour un usager.

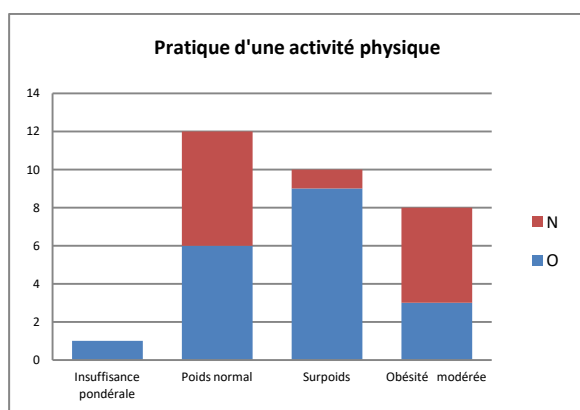
Estimation de l'IMC à partir du poids et de la taille déclarés (questions 1 et 2) :



Tabagisme et consommation d'alcool estimée (questions 3 à 5) :

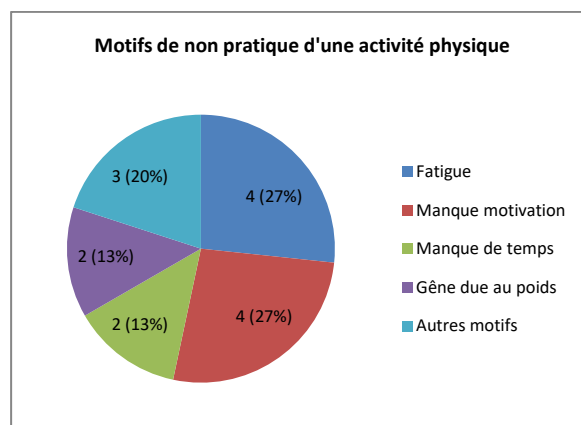
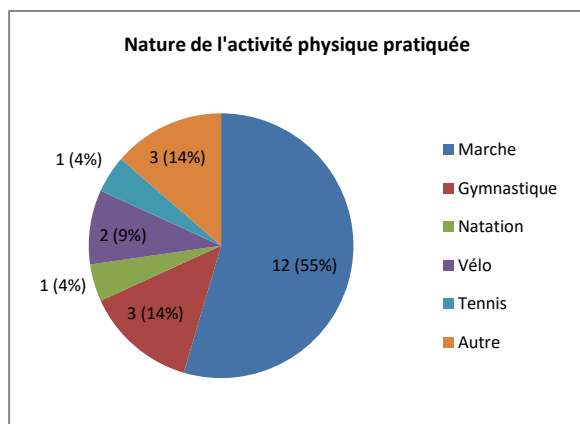


Pratique d'une activité physique modérée régulière (question 6) :



Activité physique effective déclarée	
O	19 (61%)
N	12 (39%)

3 personnes déclarent pratiquer deux activités



Autres motifs : refus de sortir, problèmes d'adaptation, absence ressources financières, douleurs physiques

Existence de comorbidités somatiques (question 7) : 16 enquêtés sur 31 (52%) ont ou ont eu un suivi pour une pathologie somatique et 15 (45%) ont ou ont eu un traitement somatique associé.

4.1.2.2. Synthèse

Comme le souligne la littérature, la surexposition aux facteurs de morbi-mortalité est effective sur l'échantillon avec les caractéristiques suivantes :

- Une proportion importante est sous traitement neuroleptique ayant une iatrogénie avérée
- La majorité des enquêtés (18 sur 31) est en situation de surpoids ou d'obésité modérée (IMC moyen à 27)

- Les comorbidités addictives évaluées sont variables :
 - Alcool : peu de personnes montrent une consommation à risque selon les recommandations de l'OMS (Anderson, Gual, & Colom, 2008), seules quelques unes présentent des comportements nécessitant une prise en charge, déjà effective pour certains
 - Tabac : un tiers des usagers est encore exposé au tabagisme, ce qui correspond quasiment au taux de la population générale (Guignard, Beck, Richard, & Peretti-Watel, 2013)
- La pratique d'une activité physique modérée est relative : une majorité (19 sur 31) déclare avoir une telle pratique et principalement de la marche. Les personnes en surpoids seraient les plus enclines à cette pratique (9 sur 10 se disent actives).

4.1.3. Utilisation du dispositif de soins

4.1.3.1. Résultats

Recours au médecin généraliste (question 12 et données sur dossier) : 29 personnes soit 94 % des interrogés déclarent avoir un médecin généraliste, pour 23 d'entre elles, il se situe sur le territoire du 15^{ème} arrondissement, pour 4 sur Paris et pour 2 en province ou région parisienne. 1 personne déclare être suivie par son diabétologue (médecin traitant déclaré).

En revanche, pour seulement 18 d'entre elles (58 % des personnes interrogées), un nom de médecin traitant a pu être identifié dans le dossier, soit dans une note de synthèse de prise en charge (outil développé et utilisé par le psychiatre, compte-rendu d'hospitalisation), soit dans un courrier échangé, soit sur le dossier informatisé. Dans 8 dossiers, une correspondance avec le médecin traitant a été identifiée, et dans 4 cas il s'agissait d'un échange au cours de l'année.

Dans le dossier, il peut exister néanmoins, pour les patients n'ayant aucun médecin traitant identifié, des éléments attestant d'une prise en compte de problématiques somatiques dans le parcours de soin à un instant donné (correspondance entre structures ou spécialistes, compte-rendu d'hospitalisation).

En cas de survenue d'un problème de santé (question 9), 23 personnes, soit 74% de l'échantillon, s'adressent à leur médecin généraliste en première intention, 3 « attendent que ça passe » ou « n'ont besoin de personne », 2 se rendent directement chez le spécialiste qui les suit (pathologie somatique chronique), les autres font appel soit à leur entourage, soit à l'équipe du CMP.

Etat des lieux du suivi (questions 13 à 16) : les examens retenus pour cette évaluation correspondent, d'une part, à ceux figurant dans les recommandations de suivi des patients atteints de pathologies mentales sévères (prise de sang sans spécification des éléments de surveillance, pesée, mesure du périmètre abdominal, mesure de la glycémie, ECG, mesure de la

pression artérielle) et d'autre part, à des examens de dépistage de maladies infectieuses (VIH, hépatites) ou de cancers (radio pulmonaire, frottis vaginal), causes de mortalité prématurée, ou des examens de prévention (vaccins). L'évaluation de la douleur a également été retenue pour sa spécificité dans le champ de la santé mentale et de son rôle dans la symptomatologie somatique. Au cours des 12 derniers mois, les examens réalisés pour l'échantillon d'utilisateurs sont regroupés dans le tableau suivant :

	Prise de sang	Mesure TA	Pesée	Examen dentaire	Mesure glycémie / glycosurie	Frottis vaginal	ECG	Mesure périmètre abdominal	Dépistage maladie infectieuse	Vaccin	Evaluation douleur	Radio pulmonaire
Réalisé	27	27	21	18	17	10	12	6	5	3	3	2
	87%	87%	68%	58%	55%	48%	39%	19%	16%	10%	10%	6%
Non Réalisé	4	4	10	13	14	11	19	25	26	28	28	29
	13%	13%	32%	42%	45%	52%	61%	81%	84%	90%	90%	94%

A l'échelle d'un parcours de soin tout au long de la vie, les examens réalisés sont les suivants :

	Prise de sang	Pesée	Vaccin	Mesure TA	ECG	Examen dentaire	Mesure glycémie / glycosurie	Frottis vaginal	Radio pulmonaire	Dépistage maladie infectieuse	Mesure périmètre abdominal	Evaluation douleur
Non réalisé	0	1	1	1	2	2	2	2	7	11	16	17
	0%	3%	3%	3%	6%	6%	6%	10%	23%	35%	52%	55%
Réalisé	31	30	30	30	29	29	29	19	24	20	15	14
	100%	97%	97%	97%	94%	94%	94%	90%	77%	65%	48%	45%

Quant aux professionnels de santé, le pharmacien et le généraliste sont ceux auxquels les patients ont eu le plus recours au cours des 12 derniers mois (respectivement 30 sur 31, soit 97% des personnes, et 25 sur 31, soit 81%, les ont rencontrés), loin devant les spécialistes (dentiste 17 sur 31 soit 56%, cardiologue 8 sur 31 soit 26 %, les autres ont concerné moins de 6 enquêtés) et les infirmiers libéraux (3 sur 31 soit 10 %).

A l'échelle d'une vie, deux patients déclarent n'avoir jamais rencontré de médecin généraliste, de même pour le dentiste, 3 patientes soit 14% n'ont jamais consulté de gynécologue, 19 soit 61% n'ont jamais rencontré de diététicien.

Au niveau du dossier des patients, il n'existe pas de document de synthèse ou autre outil permettant d'avoir rapidement une vision du suivi. Quelques éléments peuvent être repérés dans les notes ou grâce aux compte-rendus adressés par les laboratoires d'analyse. Seuls les compte-rendus d'hospitalisation tracent les résultats des examens de suivi réalisés. A noter que 6 (19%) utilisateurs ont été hospitalisés sur les unités psychiatriques du secteur au cours des 12 derniers mois.

Difficultés rencontrées dans l'utilisation du dispositif (question 10 et 11) : 10 personnes sur 31, soit 32% des personnes interrogées, ont reconnu avoir ou avoir eu des difficultés dans le

parcours de soin en lien avec la santé physique. Les raisons évoquées spontanément sont les suivantes :

Difficultés en lien avec	N
La symptomatologie psychiatrique ou somatique	5
Difficulté à prendre des rendez-vous	1
Douleur chronique qui empêche les déplacements et ne donne pas envie	1
Angoisse et problèmes d'organisation	1
Manque d'énergie, de volonté	1
Peur des examens	1
Des raisons financières	2
Niveau de remboursement trop faible de certains soins	1
Coût élevé des transports	1
Le réseau de soins	2
Délai important pour avoir un RDV chez le MG	1
Eloignement du médecin généraliste du domicile	1

N : nombre de citations

Les lieux ou personnes ressources identifiés spontanément pour un étayage concernant la santé physique sont les suivants (plusieurs réponses possibles) :

Le secteur	21 (49%)	Famille, entourage	6 (14%)
CMP	14	Autres	3 (7%)
Psychiatre	4	Services d'urgence	1
CATTP/HDJ	3	Soi-même	1
Soins primaires	12 (28%)	Dieu	1
Médecin généraliste, médecin traitant	11	Non renseigné	1 (2%)
Centres de santé	1	Total	43

4.1.3.2. Synthèse

Etat du suivi somatique : selon les déclarations recueillies, **la quasi totalité des usagers (94%) a un médecin généraliste** qui se situe principalement sur le territoire du 15^{ème} arrondissement. En revanche, peu de médecins sont référencés dans les dossiers et donc, a priori, non connus de l'équipe du secteur et les échanges tracés sont rares et limités à des situations ponctuelles. A noter que deux patients présentant des troubles somatiques n'ont pas de médecin généraliste. D'autre part, le médecin généraliste est identifié comme personne ressource de première intention lors de la survenue d'un problème de santé. A noter qu'il existe des comportements passifs ou d'opposition aux soins.

Concernant le suivi spécifique proprement dit, selon les recommandations françaises (Saravane et al., 2009), la mesure du périmètre abdominal, la glycémie à jeun, le repérage des anomalies lipidiques, l'ECG et la pression artérielle sont des paramètres qui devraient être suivis annuellement (hors période d'instauration), l'IMC trimestriellement. Or, 84% de l'échantillon bénéficie d'un traitement par antipsychotique. Au regard des éléments déclarés, **certains paramètres** tels l'IMC, l'ECG et le périmètre abdominal **ne seraient pas surveillés selon les recommandations**. Quant à **la douleur**, elle **est sous-évaluée** même à l'échelle d'un parcours long. Les informations recensées dans les dossiers ne permettent pas de confirmer ces déclarations.

A l'exception des infirmiers libéraux, **les usagers ont d'abord recours aux acteurs de soins primaires** tels que le pharmacien et le généraliste. Pour les spécialistes, 3 femmes n'ont jamais rencontré de gynécologue (suivi pouvant être réalisé par le généraliste, information non disponible) et 2 n'ont jamais eu de frottis vaginal, examen de surveillance/dépistage. 39% des usagers ont rencontré un diététicien, ressource disponible sur le CMP, alors que 58% sont concernés par une problématique de surcharge pondérale.

Compte-tenu de l'ensemble de ces éléments, **il est difficile de savoir si le suivi somatique des usagers enquêtés est effectif et adapté aux spécificités des personnes souffrant de troubles psychiques sévères**, de même, l'accès à la prévention « classique » est difficilement évaluable.

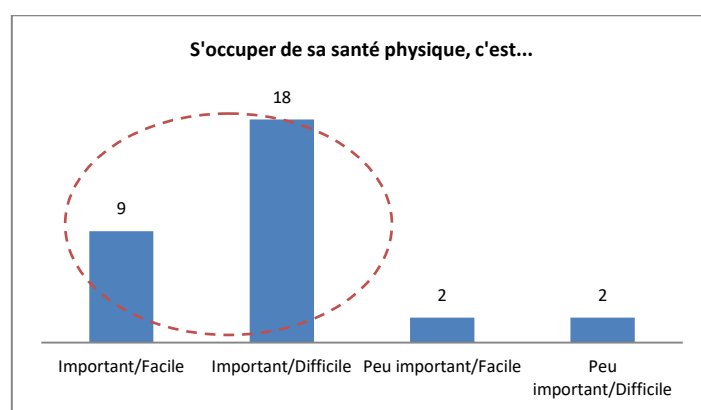
Difficultés ressenties : peu d'usagers expriment spontanément des difficultés à l'utilisation du dispositif de soins concernant la santé physique (conscience des difficultés, absence réelle de difficultés ?). Pour les usagers les ayant vécues ou identifiées, elles concernent le réseau de soins en lui-même, ou sont la conséquence de la pathologie psychiatrique ainsi que de ressources financières insuffisantes.

En revanche, **le secteur psychiatrique reste la ressource étayante identifiée par les usagers concernant la santé physique** (48% des citations), devant les soins primaires (28%) et l'entourage (14%).

4.1.4. Besoins, difficultés et attentes

4.1.4.1. Résultats

Importance accordée à la santé physique et difficultés rencontrées (question 17) :

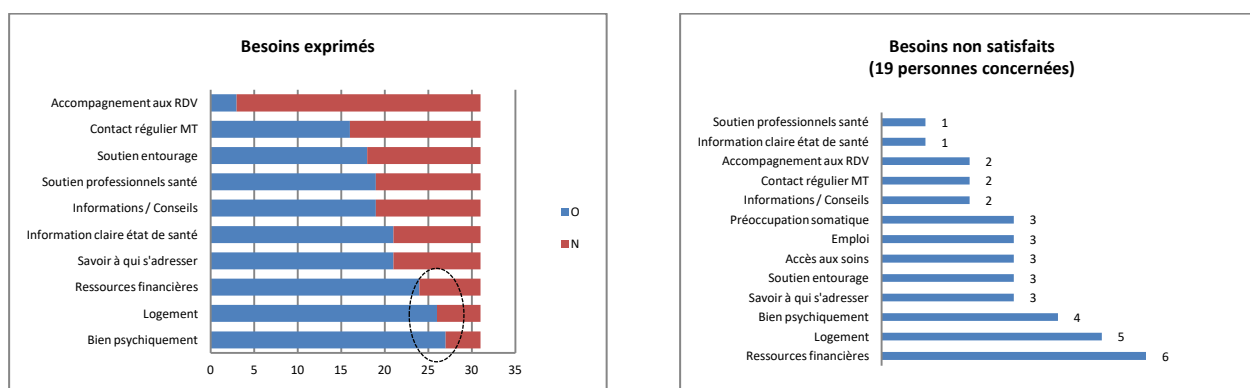


C'est important...	N	C'est peu important...	N
Pour le bien-être et le confort	8	Pas de réponse	2
Parce que santé psychique et santé physique sont liées	3	Parce que c'est contraignant	1
Pour exercer pleinement son rôle d'aidant d'un tiers dépendant (« il est important que je me sente bien pour que je m'occupe de mon fils handicapé », « pour aider les enfants »)	2	Parce que « je n'ai pas de problème actuellement »	1
Par expérience ou éducation depuis l'enfance	2		
Pour prévenir les problèmes (« mieux vaut prévenir que guérir »)	2		

C'est difficile...	N	C'est facile...	N
Parce que « ça prend du temps »	6	Parce qu'il existe un suivi régulier avec MG	2
D'avoir une bonne hygiène de vie	3	Parce que « je ne fais pas d'excès »	2
Parce que c'est source de peur (à l'annonce « des résultats », « j'ai peur qu'on me trouve quelque chose », « je redoute une éviscération » ou d'anxiété (« quand rien ne marche »)	5	Avec de l'aide	1
Pour des raisons en lien avec les symptômes des troubles psychiques (réaliser les démarches, observance traitement ou suivi, s'informer, se repérer dans le suivi, mal-être psychique, trouver un interlocuteur, manque de motivation, se lever le matin)	8	Parce que c'est une habitude acquise (« j'ai été élevée dans le respect du corps »)	2
		Parce que « j'ai la CMU »	1

N : Nombre de personnes ayant cité l'argument

Besoins exprimés et niveau de satisfaction (questions 18 et 19) :



Trois besoins nécessaires au maintien de la santé physique ont été majoritairement cités : le bien-être psychique (27 fois), l'existence d'un logement (26 fois) et les ressources financières suffisantes (24 fois). Viennent ensuite les besoins en lien avec le niveau d'information (cités entre 19 et 21 fois : savoir à qui s'adresser, avoir de l'information sur état de santé, informations et conseils des professionnels) et le soutien (par les professionnels ou l'entourage, cités 19 et 18 fois). Le contact régulier avec le médecin traitant est perçu comme nécessaire pour la moitié des enquêtés, quant à l'accompagnement aux rendez-vous (demande explicite des usagers lors de la table ronde du CLSM du 16 mars 2016), il n'est cité comme nécessaire que par 3 personnes.

19 personnes expriment des difficultés concernant les besoins précédemment cités ou d'autres besoins ne figurant pas dans la liste préétablie. Les ressources financières, le logement et la santé psychique restent problématiques pour environ un tiers des personnes (respectivement cités 6, 5 et 4 fois). Tous les autres besoins occasionnent des difficultés pour 2 à 3 personnes. L'emploi et certains aspects de l'accès aux soins viennent compléter les besoins précédemment évoqués. Le détail des difficultés est précisé en annexe (cf. Annexe 8).

Attentes exprimées (questions 20 et 21): l'accompagnement proposé par le CMP concernant la santé physique est estimé « adapté » pour 26 personnes (84%) et « suffisant » pour 23 (74%).

Peu de propositions d'axes d'amélioration. Celles qui ont été recueillies concernent l'information (souhait de davantage d'affichage concernant la prévention), les soins proposés au CMP

(demande concernant l'activité physique par au moins deux personnes formulant plusieurs propositions), les conditions d'accueil (peu spécifique de la santé physique mais conditionne le ressenti concernant la santé psychique), et une personne souhaite que la prise en charge de ses troubles somatiques soit davantage partagée avec la psychiatrie (détail des propositions dans l'annexe 8).

4.1.4.2. Synthèse

Pour la majorité des usagers (27 sur 31 soit 87%), s'occuper de sa santé physique est important mais reste difficile pour 20 personnes soit par crainte des annonces ou parce que la pathologie psychiatrique interfère. Parmi les besoins nécessaires au maintien de la santé physique, les usagers expriment clairement que les besoins de sécurité sont au premier plan : avoir un logement, des ressources financières suffisantes et une stabilité psychique. Un tiers des personnes interrogées se trouvent d'ailleurs en difficultés concernant ceux-ci. Quant aux attentes concernant l'accompagnement du CMP, elles sont peu exprimées et concernent soit l'information, soit des spécificités d'accompagnement.

Ainsi que ce soit sous l'angle du besoin ou de la difficulté ressentie, les dimensions psychosociales (bien-être psychique, logement, emploi, ressources financières) apparaissent comme des nécessités et peuvent constituer des freins au maintien de la santé physique.

4.2. Enquête professionnels

4.2.1. Taux participation

Sur la période retenue pour la réalisation de l'enquête, l'effectif du CMP se compose de 28 personnes, toutes ont été sollicitées pour répondre au questionnaire. 20 questionnaires ont été remplis, tous exploitables, ce qui représente un taux de réponse de 71%. La répartition par profession est présentée en annexe (cf. Annexe 9). Est à noter la très importante participation de l'ensemble des professions à l'exception du corps médical (36% seulement ont répondu).

4.2.2. Profil des enquêtés

4.2.2.1. Age et ancienneté

L'âge moyen des professionnels est de 35 ans, l'ancienneté moyenne dans la profession de 8,9 ans, avec une ancienneté moyenne de 5,4 ans pour le groupe « médecins, infirmiers, travailleurs sociaux ». L'ancienneté moyenne globale sur le CMP est de 3,3 années, elle est de 2,1 ans pour le groupe « médecins, infirmiers, travailleurs sociaux ». Est à noter la faible ancienneté dans la profession du corps médical. Pour la plupart, il s'agit d'un premier poste.

4.2.2.2. Modalités d'exercice

Sur les 20 personnes interrogées, 7 exercent à temps plein, 13 à temps partiel soit une répartition de 35% d'exercice à temps plein et 65% à temps partiel.

4.2.2.3. Expérience en santé mentale

Tous les professionnels ont exercé exclusivement dans le champ de la santé mentale (adulte ou infanto-juvénile), pour la majorité au CHSA (12 personnes soit 60%), pour 3 (15 %) dans un autre établissement parisien et pour 3 (15%) en région parisienne ou province, pour les deux autres (10%), il s'agit d'un premier poste.

Sur l'ensemble des services ou unités expérimentés, 21 appartiennent à des structures sectorisées, 11 n'étaient pas sectorisés et pour 2 l'information n'était pas précisée.

En revanche, les expériences en ambulatoire sont peu nombreuses au regard de celles en service hospitalier (7 expériences en ambulatoire contre 24 en intra-hospitalier).

4.2.3. Perception du problème

4.2.3.1. Résultats

La perception de la santé physique des usagers est évaluée sous différents aspects.

Niveau de santé physique perçu et facteurs associés (question 7, question ouverte) :

Niveau de santé physique des usagers perçu par les professionnels :

Niveau	N	Niveau	N
Difficile à évaluer	2	Correct	1
Variable	6	Identique à la population générale	1
Moyen à médiocre	9	Ne sait pas	1

N : nombre de personnes ayant cité le niveau

Facteurs mis en lien spontanément avec le niveau de santé perçu :

Facteurs	N
Le patient, la maladie	13
Difficulté à identifier le trouble somatique / douleur	1
Exposition aux facteurs de risque	1
Existence de comorbidités addictives	2
Difficulté à prendre soin de soi	4
Effets secondaires des traitements	1
Prise de poids	1
Incurie	1
Hygiène bucco-dentaire	1
Santé mise de côté	1
L'accès aux soins somatiques	9
Difficulté à aller aux soins	2
Absence de MT ou suivi irrégulier	4
Limitation dues aux ressources financières (fonctionnement à « 3 vitesses »)	1
Facilité au CMP	1
Orientation MT si aucun	1
Cloisonnement des pratiques	3
Découverte fortuite d'une comorbidité au décours de la pratique quotidienne (HTA, diabète), « la santé physique reste à la porte du CMP »	1
Orientation uniquement en cas de problème et « on ne cherche pas le retour »	1
Ambiguïté sur la coordination du suivi somatique	1
Les soignants	2
Plainte somatique difficile à « authentifier »	1
« Santé mise de côté par lassitude / habitude des soignants »	1

L'appréciation du niveau de santé est assez hétérogène. A noter que 3 professionnels ne se prononcent pas ou ont des difficultés à se prononcer, 1 considère qu'il n'y a pas de différence avec la population générale.

En revanche, les déterminants de santé sont mieux identifiés : les facteurs liés au patient ou à la maladie (cités 13 fois) ainsi que ceux liés à l'accès aux soins (cités 9 fois) sont davantage repérés que le cloisonnement des pratiques entre psychiatrie et soins somatiques ou les difficultés de prise en charge de la santé physique liées aux soignants.

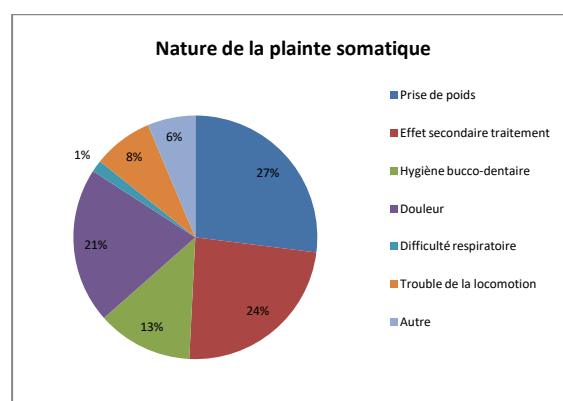
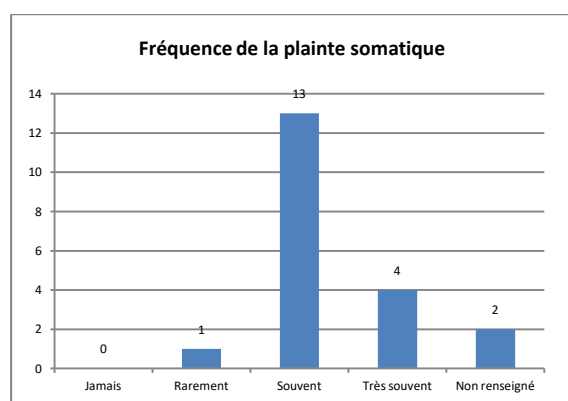
Problèmes de santé à prendre en compte prioritairement dans le suivi somatique (question 8, question ouverte) :

Problèmes cités	N	Problèmes cités	N
Effets secondaires des traitements	27	Prévention primaire ou secondaire classique	8
Surpoids	6	Dépistage cancer	2
Diabète	6	Suivi gynécologique	2
Syndrome métabolique	4	Vaccination	1
Anomalies cardiaques	4	Dépistage VIH / Hépatites	1
Santé bucco-dentaire	4	Avoir un suivi somatique régulier	1
Dyslipidémies	2	Dépistages	1
Effets secondaires des traitements	1	Douleur	3
Addictions	9	Douleur	2
Sevrage tabagique	4	Douleur pour retentissement psychique	1
Alcool	3	Accès aux soins	3
Addictions	2	Avoir un médecin traitant	2
Actions éducatives	6	Avoir une couverture sociale	1
Hygiène corporelle	3		
Alimentation	2		
Respecter son corps	1		

N : nombre de citations

Les professionnels citent majoritairement une surveillance des effets secondaires des traitements (27 citations) et une prise en compte des comorbidités addictives (9 fois) bien avant l'accès aux soins.

Fréquence et nature de la plainte somatique (question 9 à choix unique et 10 à choix multiple) :



17 professionnels soit 85% sont confrontés à une plainte somatique fréquente (13 'Souvent', 4 'Très souvent'). Seul un professionnel n'y est que 'Rarement' confronté.

Les trois principaux objets de la plainte portent sur la prise de poids (27%), les effets secondaires (27%) et la douleur (21%).

Réponse apportée à la plainte somatique (question 11, question ouverte) :

Type de réponse apportée	N
Orientation patient vers le médecin psychiatre référent (effets secondaires)	7
Echange direct avec le médecin psychiatre référent (effets secondaires)	2
Réévaluation du traitement psychotrope (effets secondaires)	4
Orientation du patient vers les infirmiers	1
Réalisation d'actes paramédicaux sur le CMP (pesée, prise des constantes, évaluation plainte, relaxation, méditation, suivi nutritionnel)	4
Orientation du patient vers la diététicienne (prise de poids)	8
Conseils, information	3
Orientation du patient vers les travailleurs sociaux (droits sociaux, mutuelle, soins dentaires)	1
Mise en place des droits / mutuelle par les travailleurs sociaux	1
Orientation vers le MT / MG	10
Prise de RDV avec le patient chez le MT/MG	4
Accompagnement du patient chez le MT / MG	1
Orientation du patient vers CDS	3
Orientation vers un spécialiste	3
Prise de RDV avec le patient chez le spécialiste	1
Accompagnement du patient chez le spécialiste	1

N : nombre de citations

Les réponses dépendent de la nature de la plainte et de la profession exercée. Si le problème entre dans le champ de compétence du professionnel, il apporte une réponse immédiate en vue d'investiguer ou de corriger le problème (exemple : réalisation d'actes paramédicaux, réévaluation du traitement pour les médecins face à un effet secondaire du traitement, conseils et informations prodigués, mise en place de droits/mutuelle pour les travailleurs sociaux). En revanche, si le professionnel n'est pas compétent, il oriente majoritairement vers le professionnel en interne (CMP) susceptible d'avoir une réponse adaptée ou directement vers les partenaires extérieurs compétents. A noter que 3 professionnels orientent directement vers les spécialistes.

Difficultés auxquelles les usagers sont confrontés pour s'occuper de leur santé physique (question 12, question ouverte) : cette question est à mettre en lien avec la question 7 pour laquelle quelques facteurs à l'origine de difficultés ont été spontanément cités.

Difficultés en lien avec	N
La pathologie psychiatrique	27
Symptômes (désorganisation, troubles cognitifs, réticence, troubles relationnels...)	15
Conséquences des symptômes (respect horaires, attente difficile...)	12
La précarité sociale ou financière	12
L'utilisation du réseau de soins	9
Méconnaissance du réseau	3
Mésusage (multiplication des consultations et médecins)	1
Absence de médecin traitant ou lien avec MT difficile	5
Le patient	6
Mauvaises habitudes de vie (hygiène alimentaire ou corporelle)	5
Addictions	1
L'isolement du patient ou l'entourage peu soutenant	5
L'information du patient	2
Défaut d'information	1
Méconnaissance du symptôme somatique	1
La stigmatisation du patient « psy »	1

Les conséquences de la pathologie psychiatrique sont très largement perçues comme cause principale des difficultés rencontrées par les patients (citée 27 fois). D'autres facteurs identifiés :

les conditions de vie fragiles (précarité sociale ou financière), l'utilisation du réseau de soins, l'usager lui-même (habitudes de vie peu favorables, présence d'addictions), l'isolement et l'entourage peu étayant. La sédentarité n'est pas citée. Quant à la stigmatisation du patient « psy », elle n'est explicitement citée que par un seul professionnel.

Accès au médecin généraliste (question 13) : 2 professionnels n'ont pas répondu à la question. Pour les autres, 66% des usagers aurait un médecin généraliste.

4.2.3.2. Synthèse

L'état de santé physique des usagers n'est pas aisément caractérisé par l'ensemble de l'équipe alors que la majorité est confrontée à une plainte somatique fréquente. La pratique tend, malgré tout, à mettre en évidence une certaine fragilité. Les obstacles au maintien de la santé physique sont mieux perçus : **la pathologie psychiatrique** (symptômes, conséquence des symptômes, précarité sociale associée, habitude de vie) **est identifiée comme principal frein au maintien de la santé physique**, l'accès aux soins est rendu difficile par mésusage ou méconnaissance du réseau. En revanche, **le cloisonnement des pratiques, la stigmatisation** des soignants de psychiatrie ou des soignants du somatique **sont peu cités spontanément**.

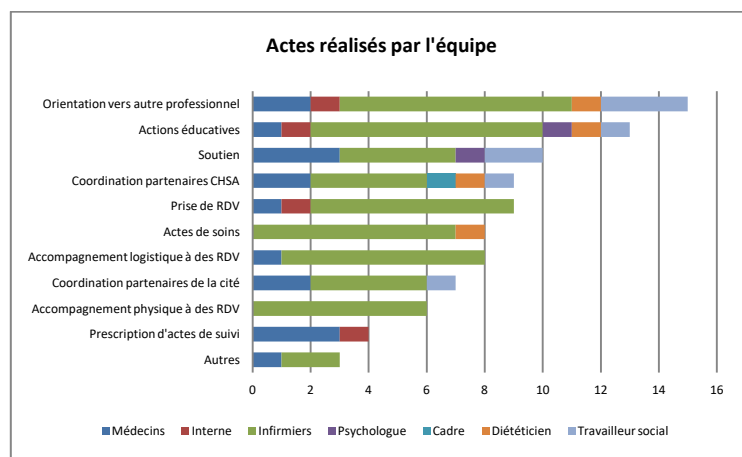
Pour l'équipe, la surveillance des effets secondaires des psychotropes reste majoritairement la priorité, ils correspondent d'ailleurs à plus de la moitié des plaintes somatiques. La douleur, bien qu'elle fasse également partie des plaintes récurrentes, est estimée prioritaire par une minorité, de même que la prise en compte des comorbidités addictives, des actions de prévention primaire ou secondaire et l'accès aux soins.

Le niveau de perception du problème est assez hétérogène en fonction de l'expérience et de la profession.

4.2.4. Etat des lieux des pratiques et difficultés

4.2.4.1. Place et rôle dans le dispositif, existence d'un partenariat

Actes réalisés dans le cadre de la santé physique (question 14 à choix multiples) :



Les secrétaires déclarent ne pas être concernées par cette question. Les actes les plus réalisés à l'échelle de l'équipe sont l'orientation vers un autre professionnel au sein du CMP ou vers l'extérieur (15 personnes concernées), ou la réalisation d'actions éducatives (13 personnes concernées). De la coordination est effective mais plutôt avec les partenaires de l'institution. Quelques actes sont spécifiques à certains corps de métier : l'accompagnement au RDV, les actes de soins appartiennent aux paramédicaux, les médecins prescrivent des actes de suivi somatique.

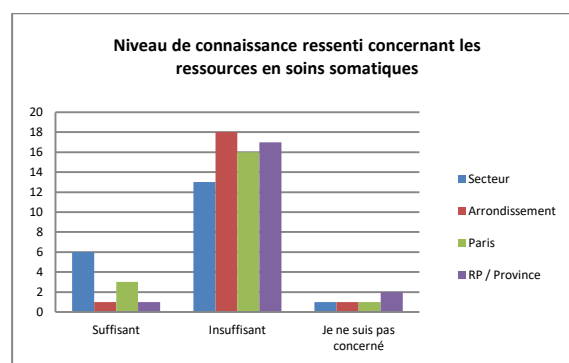
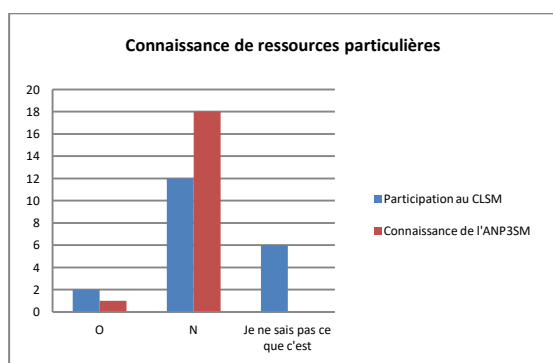
Existence d'un partenariat (questions 15 et 16, questions ouvertes) :

Partenaires identifiés	N
Médecin généraliste	8
Centre de santé	3
Spécialistes	6
Infirmiers libéraux	4
SSIAD ou associations d'aide à domicile	3
Autre structure hospitalière d'urgence	1
Laboratoire d'analyse	1
Tuteurs / curateurs	1
Travailleurs sociaux hors CMP	1
Famille	1
Psychologues / Psychiatres libéraux	2
Professionnels de santé, équipe pluridisciplinaire	2
Non concerné	3
Pas de réponse	2

Modalités de collaboration avec les partenaires	N
Courrier	7
Téléphone	6
Contact direct (VAD, Accompagnement patient, réunion de synthèse)	3
Mail	1

Difficultés rencontrées dans la collaboration	
Non concerné	5
Absence de réponse	5
« Ne sait pas »	1
Difficultés liées aux modalités de communication	4
Téléphone : chronophage, interlocuteur pas toujours joignable	2
Rencontres / réunions : synchronisation des emplois du temps difficile	2
Défaut de communication ou absence de rencontres	1
Manque de temps (présence à temps partiel du professionnel)	1
Cloisonnement psychiatrie / somatique : échange limités aux situations aiguës	1
Absence de parcours prédéfini ou de partenaires identifiés	1
Collaboration inexistante	1

4.2.4.2. Connaissance des ressources du territoire



Connaissance de ressources représentatives (questions 17 à 19) : l'ANP3SM n'est connue que par un seul professionnel alors qu'elle constitue une ressource possible en matière d'information sur les soins somatiques et la douleur en santé mentale et qu'elle organise un congrès annuel. Quant au CLSM, un seul professionnel a eu l'occasion d'y participer sur un autre secteur, et 6 professionnels « ne savent pas ce que c'est ».

Niveau de connaissance ressenti des ressources en soins somatiques (question 18) : quelle que soit la zone géographique (secteur 14, 15^{ème} arrondissement, Paris ou région parisienne et province), les professionnels ressentent leur niveau de connaissance des ressources en soins somatiques comme « insuffisant » (entre 13 et 18 professionnels). Il est ressenti comme « suffisant » pour 6 professionnels sur le secteur 14.

4.2.4.3. Synthèse

L'accompagnement concernant la santé physique des usagers est effectif, mais il s'inscrit dans une dynamique plutôt curatrice (réponse à une plainte somatique fréquente) : orientation vers les professionnels compétents, soit en interne du CMP, soit vers des ressources extérieures (de la cité ou de l'établissement), prise de rendez-vous, accompagnement et soutien aux rendez-vous, réalisation d'actes de soins. Les médecins prescrivent des actes de suivi.

Les partenaires majoritairement identifiés pour un travail en collaboration sont les professionnels des soins primaires (médecins généralistes et centres de santé, infirmiers libéraux et associations de soins à domicile) et les spécialistes. Le pharmacien, professionnel de proximité le plus fréquenté par les usagers, n'est pas identifié comme partenaire. De même, le milieu associatif, la ville et les partenaires sociaux sont peu cités spontanément, ce qui indique que pour une majorité de professionnels, la santé physique appartient essentiellement au champ du sanitaire.

La communication entre partenaires se fait majoritairement de façon indirecte (courrier, téléphone, mail), les rencontres sont rares. Les professionnels s'expriment peu sur les difficultés de collaboration, entre 25 et 50% de l'équipe ne se sent pas concerné ou n'a pas d'opinion. Parmi les difficultés rencontrées, la communication est au premier plan ainsi que l'absence d'un « travail partagé » sur le long terme, en dehors des situations aiguës.

Le niveau de connaissance des ressources du territoire est ressenti comme insuffisant, ce qui peut paraître assez paradoxal étant donné que l'orientation des patients vers les partenaires extérieurs constitue une des principales réponses à leur plainte somatique, et un des outils de la santé communautaire, le CLSM, n'est pas connu par environ un tiers de l'équipe et peu utilisé. Ce ressenti peut cependant être mis en lien avec le faible niveau d'ancienneté de l'équipe sur le CMP.

4.2.5. Axes d'amélioration

4.2.5.1. Propositions de l'équipe

Propositions d'axes d'amélioration pour la prise en charge somatique des usagers du CMP (question 20, question ouverte) :

5 professionnels n'ont pas fait de propositions (« non concerné », absence de réponse ou « ne sait pas »).

Axes d'améliorations proposés	N
Faire évoluer les pratiques au sein du CMP (hors partenariat/parcours de soin)	6
Réflexion collective sur « comment prendre en compte la santé physique ? »	1
Organiser des debriefings sur des situations somatiques complexes et où la PEC somatique aurait pu être améliorée pour faire évoluer les pratiques	1
Mettre en œuvre des actions éducatives pour la préparation des repas (cours, ateliers culinaires)	1
Instaurer un questionnaire de santé annuel qui permettrait de lister les examens et d'avoir un suivi actualisé	1
Accompagner le patient dans l'instauration d'un suivi en médecin générale	1
Mieux informer les usagers sur les prises en charge financières des soins	1
Faire évoluer l'organisation des soins au sein du CMP	4
Avoir une consultation d'un MG au CMP	2
Avoir un appareil à ECG au sein du CMP	1
Avoir une consultation spécifique paramédicale ou éducative dédiée aux soins somatiques (soins nécessaires, organisation des consultations, accompagnement)	1
Faire évoluer les pratiques au sein de l'institution	2
Avoir davantage de partage d'expérience au sein de l'unité, des différents services de l'institution	1
Avoir des outils adaptés qui intègrent soins physiques et soins psychiatriques	1
Consolider le lien avec le MT, amélioration de la communication	8
Créer plus de lien avec les MG ou les spécialistes (continuité, éviter les incohérences)	3
Améliorer la communication	1
Solliciter des rencontres MG / équipe de secteur : inviter les MG aux réunions de synthèse des patients, réaliser des visites à domicile conjointes	1
Mettre en place un partenariat dès le début du suivi sur le CMP (courrier automatique dès première consultation)	3
Concrétiser certains partenariats	3
Réaliser un partenariat avec des CDS qui prennent en charge les actes dentaires et gynécologiques	1
Réaliser un partenariat avec les CDS : se rencontrer et orienter de manière privilégiée les patients	1
Participer aux réunions avec les partenaires de la ville pour déstigmatiser les usagers	1
Définir un parcours de soins intégré – organiser la coordination	6
Identifier pour chaque dossier patient la liste des intervenants (santé mentale – santé physique – social)	1
Identifier en particulier le coordonnateur du parcours	1
Organiser des rencontres régulières (pas seulement en cas de problème) avec les partenaires	1
Désigner un soignant avec un temps hebdomadaire dédié pour réaliser le lien avec les professionnels de santé	1
Définir le parcours et identifier les partenaires	1
Réaliser un travail conjoint, en collaboration avec une équipe somatique disponible	1
Avoir une meilleure connaissance et utilisation des ressources du territoire	3
Utiliser les ressources du CHSA pour les bilans	1
Avoir une liste des associations vers lesquelles orienter les patients pour améliorer l'hygiène de vie (sport / nutrition / groupe de parole)	1
Avoir une meilleure connaissance des structures de soin existantes	1

Expériences transposables (question 21) : seul un professionnel relate une expérience de partenariat : CLAN de Maison Blanche et la ville de Paris sur la promotion de la santé physique.

4.2.5.2. Synthèse

Les propositions faites par l'équipe confirment que la santé physique est une thématique prise en compte par les professionnels mais qu'elle ne s'inscrit pas encore dans une approche formalisée où les rôles et la place de l'équipe sont clairement définis. Une demande forte est faite autour du partenariat avec le médecin généraliste qui existe mais qu'il convient de consolider notamment au niveau de la communication. L'implication dès le début de la prise en charge est une proposition qui est en phase avec les recommandations de la FFP.

Ainsi, les axes d'amélioration reflètent les besoins de l'équipe, besoins centrés autour de davantage de concertation institutionnelle, d'outils facilitant le suivi et le travail en partenariat et d'organisation permettant de clarifier les rôles et la place de chacun. Les professionnels de ce lieu à l'interface de l'institution psychiatrique et de la cité perçoivent ce besoin de lien avec les acteurs de la communauté, besoin qui ne se concrétise pas dans la pratique quotidienne.

4.3. Limites

La réalisation de l'enquête usagers a été plus délicate à organiser compte-tenu du nombre important de vacations médicales et du temps disponible limité de l'enquêteur. Malgré les précautions prises pour obtenir un échantillon sans biais de sélection, peu d'usagers ont été adressés par les médecins (enquête non proposée systématiquement à l'utilisateur, refus direct de l'utilisateur par manque de temps, état psychique ne permettant pas de répondre au questionnaire). Sur l'ensemble des usagers ayant répondu au questionnaire, une majorité bénéficie d'un suivi infirmier (ETP, entretiens de suivi ou soutien) ou rencontre les infirmiers au décours d'une administration de traitement ou injection retard, en complément du suivi médical. Le nombre relativement important de questions a également fait l'objet de quelques remarques aussi bien de la part des professionnels que des usagers, ce qui peut être mis en lien avec un nombre de réponses moins important sur les dernières questions.

Enfin, afin de ne pas induire de biais, l'enquête aurait dû être réalisée par un membre extérieur à l'équipe interrogée, ce qui n'a pas été le cas.

5. Discussion

5.1. Une offre de soins facilitant le suivi somatique, des usagers exposés au risque somatique, une approche globale difficile

La démographie sanitaire et la géographie du territoire du 15^{ème} arrondissement (densité de généralistes élevée et professionnels du soin accessibles) constituent des facteurs plutôt favorables à ce qu'un suivi somatique existe, le taux élevé d'usagers déclarant avoir un médecin généraliste en est la preuve. Cette étude révèle, d'autre part, une particularité : bien que souffrant de troubles psychiques invalidants notamment dans le processus du « prendre soin », les usagers expriment accorder de l'importance à leur santé physique et que celle-ci fait partie intégrante du bien-être global. Les usagers rappellent, au travers de l'expression de leurs besoins, qu'il est essentiel de ne pas cloisonner toutes les dimensions qui interagissent dans le « prendre soin de soi » : le bien-être relève d'un équilibre entre les facteurs psychiques, physiques et sociaux. Néanmoins, ce focus réalisé auprès des usagers confirme ce que les études ont déjà mis en

évidence, à savoir qu'une partie d'entre eux est exposée aux facteurs de risque de morbi-mortalité et qu'elle réclame une vigilance accrue concernant l'accompagnement somatique.

Parmi les facteurs de risque identifiés, on retiendra que :

- la pathologie psychiatrique, au travers des difficultés exprimées par les usagers et constatées par l'équipe, constitue une perte de chance en termes d'accès aux soins,
- les conditions sociodémographiques insécures (ressources financières précaires, isolement social) sont peu favorables au maintien de la santé,
- des comorbidités somatiques existent mais, parfois, sans suivi régulier (découvertes lors d'une hospitalisation récente après plusieurs années de suivi au CMP ou fortuitement lors de la réalisation d'un pilulier),
- des comorbidités addictives existent (leur évaluation a été sommaire, elle serait à consolider) telle que tabagisme,
- l'échantillon des usagers se trouve en surpoids parfois sans suivi/accompagnement particulier,
- l'activité physique, facteur protecteur tant sur plan physique que psychique, est peu investie à l'exception de la marche et fait l'objet d'une attente, vis-à-vis du CMP, pour certains usagers,
- la plainte somatique est fréquente au CMP alors que les usagers déclarent majoritairement avoir un médecin généraliste et l'identifie comme personne ressource de première intention (défaut d'identification du trouble somatique ? manque de disponibilité du généraliste ? suivi par le généraliste effectif ?)
- un suivi somatique existe mais qu'il peut être parfois irrégulier voire lacunaire (essentiellement dans les situations aiguës) et que les acteurs et leur rôle dans la prise en charge ne sont pas identifiés et définis clairement auprès des professionnels du CMP.

Les réponses apportées par l'équipe à cette problématique de la santé physique des usagers du CMP mettent en évidence que les professionnels sont sensibles aux problèmes rencontrés par les usagers mais que leur champ d'action se limite à un exercice plutôt cloisonné tant au niveau du repérage des troubles somatiques (centré sur les effets secondaires des psychotropes) que de la collaboration avec les autres acteurs concernés (rare et difficile) et dans un contexte généralement curatif (collaboration en cas de survenue d'un problème). . Du fait d'une action réduite aux interventions d'urgence, les soignants n'ont pas de vision globale, ont la sensation d'un travail morcelé, cloisonné, manquant de cohérence. L'action est principalement informelle, les acteurs pas toujours connus, la communication difficile. Ainsi, au travers de l'expression des difficultés et des axes d'amélioration, la collaboration/coopération avec les partenaires extérieurs

et plus particulièrement le médecin généraliste, apparaît comme une nécessité, mais son pendant, la coordination, elle, n'est pas intégrée à la pratique. Ainsi, comme le rappelle Jaeger (2010), coopération et coordination sont intimement liées :

« (...) les deux termes [coopération et coordination] ne sont pas sur le même plan : la coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. Cette dernière (...) répond en tout premier lieu à une demande de prise en compte de la complexité et de la pluralité des besoins des personnes en difficulté. D'autre part, la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs, sachant qu'il n'est guère possible, pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures. ».

Du point de vue des usagers, même s'ils identifient les acteurs des soins primaires comme réponse à leurs problèmes de santé physique, le CMP reste le lieu de référence et de soutien notamment parce qu'il apporte, en partie, un accompagnement aux besoins de sécurité exprimés au premier plan pour le maintien de la santé physique : « avoir un logement », « avoir des ressources financières suffisantes », « se sentir bien psychologiquement ». L'expression par les usagers de ce lien étroit entre santé psychique et santé physique légitime d'autant plus la nécessité d'inscrire notre exercice dans la perspective d'une prise en charge globale en réfléchissant aux leviers d'amélioration du travail en collaboration avec nos partenaires.

5.2. Leviers et freins au suivi somatique, niveaux d'intervention possibles

Ainsi, au travers de ces deux enquêtes, des leviers et des freins au suivi somatique des usagers ont pu émerger, ils sont récapitulés dans le tableau suivant :

Leviers liés au patient
Importance accordée à la santé physique Vision globale de la santé (dimensions biopsychosociales) Des difficultés parfois identifiées
Leviers liés au territoire / acteurs de la cité
Richesse de l'offre de soins, quelques ressources clés peu exploitées : « Amicale des médecins généralistes du 15 ^e », Centres de Santé MGEN (Maison DOC, ETP somatique) Existence d'un CLSM actif Existence de réseaux et dispositifs
Leviers liés à l'institution
Projet d'établissement intégrant la prise en charge des soins somatiques et notamment en ambulatoire Existence d'un service de soins somatiques et d'un plateau technique au sein du CHSA Existence d'un groupe de travail sur la thématique des soins somatiques (GHT) Existence d'une infirmière référente douleur sur l'établissement Dossier patient informatisé
Leviers liés au pôle
Equipe mobile EMILI Un projet de poste infirmier coordinateur ETP – parcours de soins Le trouble somatique pris en compte dans les unités d'hospitalisation Projet de regroupement physique des CMP du pôle en un même lieu

Leviers liés au CMP, à l'équipe
Une équipe sensible à la problématique Une équipe en demande d'amélioration des pratiques et notamment concernant la clarification du rôle et des actions à mener Le CMP fonctionnant sur le principe de référence L'éducation thérapeutique du patient faisant partie de la culture de l'équipe Des personnes ressources au sein du CMP dont la diététicienne
Freins liés au patient ou à la pathologie
Mode de vie peu favorable
Isolement, absence de soutien de l'entourage Surpoids Activité physique insuffisante Addictions (tabagisme)
Difficultés à accéder aux soins
Réticence (peur, angoisse, méfiance) à aller vers les soins Trouble somatique non identifié, déni des troubles Manque d'information (sur la iatrogénie, sur le réseau de soins, etc.) Acteurs du soin non identifiés par le patient Prise de rendez-vous difficile (désorganisation, instabilité psychique, troubles cognitifs, etc.) Présence au rendez-vous difficile (transport, attente, absence d'accompagnement) Non observance du suivi Renoncement aux soins pour raisons financières (ressources insuffisantes, précarité emploi...)
Besoins fondamentaux de sécurité non satisfaits (logement, stabilité psychique, ressources financières suffisantes)
Freins liés aux soignants ou à l'institution
Equipe « jeune », expérience limitée de l'ambulatoire Attitude essentiellement réactive/curative Difficulté à reconnaître, authentifier la plainte somatique Absence d'outils de suivi globaux, traçabilité perfectible Partenaires dont le médecin généraliste non systématiquement référencé dans le dossier patient Défaut de communication sur la santé physique (en interne et vers l'extérieur) Méconnaissance des ressources du territoire Absence de parcours de soin intégré et coordonné
Freins liés aux acteurs de la cité
Stigmatisation patient « psy » Cloisonnement relatif des pratiques : absence de projet « partagé », de coordination Sous utilisation des outils du territoire dont le CLSM Densité des acteurs Peu de rencontres et d'échanges directs

Le champ d'intervention possible, au regard de ces éléments, se situe à plusieurs niveaux :

- Intervention au niveau des facteurs de risque modifiables liés au mode de vie peu favorable des usagers (objectif : limiter les facteurs de risque)
- Intervention au niveau de l'accès aux soins (objectif : faciliter l'accès aux soins)

Dans les deux cas, une évaluation individuelle des besoins explorant tous les champs analysés précédemment est nécessaire.

- Intervention au niveau de la formation des soignants (objectif : comprendre le « risque somatique » et faciliter le « décryptage » de la plainte somatique)

- Intervention au niveau de la communication et des outils de suivi en interne (objectif : échanger sur la santé physique des usagers et tracer dans le dossier patient les éléments de prise en charge de façon spécifique)
- Intervention au niveau de la coordination dans les collaborations existantes avec les partenaires extérieurs (objectif : consolider en formalisant la coordination/coopération)
- Intervention au niveau du développement des partenariats avec la cité (objectif : optimiser l'utilisation des ressources du territoire dans la perspective d'une prise en charge globale au cœur de la cité)

Ces champs d'intervention s'inscrivent dans des temporalités distinctes et dans les limites des contraintes imposées par les équipes et l'institution (motivation au changement, projet d'équipe, projet institutionnel, cadre légal, temps, moyens).

5.3. Axes d'amélioration

Dans l'enquête réalisée auprès des professionnels, des remarques formulées par les soignants dans la partie « Suggestions » (cf. Annexe 9) apportent un éclairage sur les dispositions de l'équipe à évoluer et sur les questionnements actuels concernant la prise en charge globale : la responsabilité individuelle et collective dans le clivage somatique / psychique est reconnue, la question du périmètre des missions concernant les soins somatiques relevant du CMP ainsi que de l'engagement de l'institution est soulevée. En résumé, en s'appuyant à la fois sur les obstacles mis en évidence et ces remarques des professionnels, il apparaît qu'une clarification des rôles et des missions dans la prise en charge globale est à réfléchir collectivement dans un premier temps. Les préconisations de la charte des CMP peuvent offrir un cadre de réflexion, néanmoins, il paraît nécessaire de tenir compte des spécificités du CMP dans son approche pour proposer des améliorations. Parmi les préconisations, on notera les principes suivants :

- la notion d'**équipe référente du parcours de soins**, composée d'un médecin psychiatre, d'un infirmier et d'un assistant socio-éducatif, est mise en avant comme moyen d'assurer la continuité des soins dans un travail de proximité en lien avec les partenaires impliqués,
- le CMP est identifié comme étant le lieu privilégié de la **coordination** et des **partenariats** (sanitaires, médico-sociaux et institutionnels),
- la **prévention** fait partie des missions du CMP : prévention primaire auprès des partenaires de la communauté (CLSM, SISM, Points Paris émeraude, etc.) ; prévention secondaire avec les médecins généralistes et les aidants ; prévention tertiaire pour le rétablissement et l'inclusion sociale,
- l'équipe référente du parcours de soins **doit se préoccuper de la prise en charge somatique** des patients suivis au CMP, elle **a pour mission d'assurer le suivi du**

patient et d'être en relation avec les médecins généralistes (transmission d'informations réciproques) et plus particulièrement, il incombe à l'équipe de développer le lien avec ce partenaire des soins primaires selon la situation du patient : s'il existe déjà, le médecin généraliste est le partenaire privilégié de l'équipe, s'il n'a pas été consulté depuis longtemps, l'équipe doit faciliter la reprise de contact, si le patient n'a pas de médecin traitant, l'équipe référente du parcours se doit de trouver un médecin traitant et d'assurer le lien,

- la **participation** des équipes du CMP au **CLSM** des arrondissements **doit être active**.

Ces préconisations intègrent certains des leviers identifiés précédemment à savoir : prise en charge pluriprofessionnelle sur le principe de la référence (ce qui est déjà le cas pour la plupart des usagers du CMP), utilisation des outils de la santé communautaire pour faciliter le travail avec les partenaires dont les médecins généralistes, attitude proactive et préventive plutôt que réactive.

Ainsi, les axes d'amélioration suivants peuvent être proposés :

- i. **Consolider le partenariat avec les médecins généralistes.** Ce travail passe par les étapes suivantes :
 - a. Vérifier pour chaque patient l'existence d'un médecin généraliste « actif »
 - b. Accompagner le patient dans la recherche d'un médecin traitant (nécessite de connaître les ressources du territoire) et faire le lien
 - c. Référencer le médecin généraliste « actif » dans le dossier du patient
 - d. Identifier et référencer l'équipe référente du parcours de soin au niveau du CMP dans le dossier du patient
 - e. Mettre en œuvre une communication régulière concernant la prise en charge globale (1^{er} contact et suivi), transmettre au médecin généraliste l'identité de l'équipe référente au niveau du CMP
 - f. Se mettre d'accord sur la coordination du suivi somatique
 - g. Se rencontrer lors de réunion de synthèse ou de visite à domicile conjointe
 - h. S'appuyer sur les ressources internes existantes (équipe EMILI) si besoin
- ii. **S'impliquer dans le suivi somatique au niveau du CMP** en lien avec le médecin généraliste
 - a. Réaliser un bilan individualisé des facteurs de risque, des difficultés/obstacles (antécédents somatiques, existence de comorbidités, détermination fine des obstacles, identification des facteurs de risque tels que addictions, psychotropes, etc.) et des ressources (aidants) en concertation avec le MG
 - b. Tracer, mettre à jour et transmettre ces informations

- c. Mettre en place des actions de suivi/prévention sur le principe du projet partagé (surveillance particulière, séances éducatives, orientation vers spécialistes ou partenaires extérieurs)
 - d. Communiquer au sein de l'équipe sur les problématiques de santé physique lors des réunions
- iii. **Participer activement au CLSM** et autres groupes de travail interne ou externe en lien avec la santé physique
 - a. Pouvoir assister/participer aux plénières, tables ronde ou groupe de travail,
 - b. Avoir des compte-rendus des différentes réunions,
 - c. Avoir recours/participer aux groupes de travail existants
- iv. **Développer de nouveaux partenariats** avec les ressources du territoire ou des ressources spécialisées hors du territoire
 - a. Identifier les partenaires possibles en fonction des thématiques
 - b. Définir les modalités de collaboration
- v. **Collaborer avec les aidants** et l'entourage
 - a. Identifier l'environnement du patient (famille, amis, voisin, gardien immeuble)
 - b. Apporter soutien et information (entretiens, éducation, orientation)
 - c. Intégrer les aidants comme ressource possible

Ces propositions impliquent des axes d'amélioration transverses telles que :

- i. Recenser les ressources du territoire et hors territoire et travailler le lien (les connaître et se faire connaître, réalisation d'un annuaire, diffusion de plaquettes, rencontres ciblées ?),
- ii. Réfléchir aux modalités de communication avec les partenaires : courriers type (généralistes, spécialistes, 1^{er} contact ou suivi), plaquettes d'information générale ou ciblée, autres modalités à déterminer,
- iii. Réfléchir aux outils de suivi somatique : spécifiques au CMP, partagés au niveau de l'institution, partagés au niveau du GHT, partagés avec les médecins généralistes,
- iv. Réfléchir aux actions à mettre en œuvre au sein du CMP : surveillances spécifiques telles que le syndrome métabolique ; éducation thérapeutique sur des problématiques somatiques (des ressources externes existent au sein du CHSA et du 15^{ème} arrondissement) ; évaluation de la douleur (utilisation des échelles spécifiques).

Conclusion

Les apports du diplôme interuniversitaire « Santé mentale dans la communauté » auront permis, par le biais de cette étude, d'apporter des éclairages quant au contexte actuel de la santé mentale et plus particulièrement concernant la problématique des soins somatiques.

Si l'enquête réalisée auprès des usagers a pu confirmer la légitimité de la participation de l'équipe du CMP à la prise en charge du suivi somatique, celle réalisée auprès des professionnels révèle un certain nombre de difficultés, pour ces acteurs de proximité, dans l'exercice quotidien de la psychiatrie de secteur à intégrer les partenaires de la cité tels que les professionnels des soins primaires.

Ainsi, une réflexion collective autour du travail en partenariat avec toute la coordination et la formalisation qu'il nécessite, pourrait permettre aux professionnels de porter un autre « regard » sur des pratiques actuelles encore trop cloisonnées. D'autre part, les évolutions à venir concernant la politique de santé mentale, par son approche territoriale et intégrative, devraient favoriser l'exercice au quotidien dans son approche globale et par là-même contribuer à l'amélioration du suivi somatique. Il appartient alors à l'institution de s'inscrire dans cette démarche intégrative pour les projets à venir et il nous appartient, à nous soignants de proximité, de nous saisir de ce soutien institutionnel et d'être proactifs dans cette nouvelle approche « partenariale » tout en tenant compte des particularités des usagers que nous côtoyons quotidiennement.

Bibliographie

- Anderson, P., Gual, A., & Colom, J. (2008). Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves (INCa, Trad.). Paris : INPES.
En ligne <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
- Aubineau, I. (2015). Comorbidités, disparité des soins, et évolution de la prise en charge somatique des patients schizophrènes. Thèse de médecine, DES Psychiatrie. Université Paris Descartes.
- Ancelet, C., Sauvanaud, F., Manetti, A., & Limosin, F. (2013). Comorbidités somatiques et espérance de vie chez les patients présentant une pathologie psychiatrique d'évolution chronique. Morbi-mortalité des patients suivis en psychiatrie. *Pratiques en santé mentale*, 59(2), 5-11.
- Bohn, I., Aubert, J.-P., Guegan, M., Guillard, M., Greacen, T., Lejoyeux, M., & Nougairède, M. (2007). Patients psychiatriques ambulatoires : Quelle coordination des soins ? *La Revue du Praticien*, 21 (770/771), 511-514.
- Cabaret, W. (2010). L'accès aux soins somatiques pour les patients suivis en psychiatrie. *Soins psychiatrie*, 262, 34-36.
- Casadebaig, F., & Philippe, A. (2003). Schizophrénie et mortalité somatique. In *Soins somatiques en santé mentale : une question de dignité* (pp. 24-30). Le Château d'Olonne : Ed. d'Orbestier.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders : a meta-review. *World Psychiatry*, 13, 153-160.
- Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. (2010). Synthèse des recommandations professionnelles : la coopération médecins généralistes – psychiatres. CNQSP. En ligne http://www.fregif.org/docs/gerontologie/2011-05-04_adressage-mg-psy-synthese-derecommandation-442.pdf
- Correll C. U., Detraux, J., De Lepeleire, J., & De Hert, M. (2015). Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*, 14, 119-136.

- Danel, T., & Plancke, L. (2015). Santé somatique : vigilance en psychiatrie. *Santé Mentale (Hors série Spécial Formation)*, 18-22.
- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D.M., Newcomer, J. W., Uwakwe, R., Asai, I., Möller, H.-J., Gautam, S., Detraux, J., & Correll C. U. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10(2), 138–151.
- De Hert, M., Correll C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S., Möller, H.-J., Ndeti, D. M., Newcomer, J. W., Uwakwe, R., & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(2), 52–77.
- Defromont, L., Verriest, O., & Dudenko, P. (2012). Les médecins généralistes au cœur de la santé mentale. *Revue Hospitalière de France*, 547, 26-29.
- Despres, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011). Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé*, 170, 1-6.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2016). Les établissements de santé (Edition 2016). Paris : DREES. En ligne <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>
- Faucon-Martin, H. (2013). Une construction commune centrée sur la personne. *Soins psychiatrie*, 287, 11.
- Fédération française de psychiatrie, Conseil national professionnel de psychiatrie. (2015). Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. FFP-CNPP. En ligne http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf
- Février, R., & Halimi, Y. (2003). Introduction. In *Soins somatiques en santé mentale : une question de dignité* (pp. 11-13). Le Château d'Olonne : Ed. d'Orbestier.
- Funk, M., Benradia, I., & Roelandt, J.-L. (2014). Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *L'information psychiatrique*, 90(5), 331-339.

- Giordana, J.Y. (2013). Stigmatisation et auto-stigmatisation des patients atteints de pathologies psychiatriques comme obstacles aux soins somatiques. *Pratiques en santé mentale*, 59(2), 41-44.
- Guézennec, P., & Roelandt, J.L. (2015). Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015. *L'information psychiatrique*, 91(7), 549-556.
- Guillard, M. (2014). Un carnet de suivi somatique en psychiatrie. *Santé mentale*, 191,4.
- Guignard, R., Beck, F., Richard, J.-B., & Peretti-Watel, P. (2013). Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES. En ligne <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>
- Haute Autorité de Santé. (2014). Manuel de certification des établissements de santé V2010. Paris : HAS. En ligne http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1732464/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-edition-janvier-2014
- Jaeger, M. (2010). L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs. *Vie sociale*, 1(1), 13-23.
- Hardy-Baylé, M.-C., & Younès, N. (2014). Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'information psychiatrique*, 90(5), 359-371.
- Houwer, J. (2013). Enjeux et perspectives du travail en réseau. *Soins psychiatrie*, 287, 12-17.
- Lanoë, J. (2013). Coordination entre médecine générale et secteur psychiatrique : enquête auprès des généralistes du 15ème arr. de Paris. La création d'une équipe mobile en soins psychiatriques par les CMP répond-elle à un besoin dans la pratique des médecins généralistes ?" - Thèse pour le doctorat de médecine générale – Faculté de Médecin Paris Descartes, Paris V, Paris.
- Le Maître, K., & De Margerie, C. (2013). Le réseau, pour un partenariat très concret. *Soins psychiatrie*, 287, 29-33.
- Le Thulle, E. (2013). Le Conseil local de santé mentale, outil concret du travail en réseau. *Soins psychiatrie*, 287, 18-21.

- Leroux, I., & Schultz, P. (2011). Cartographie de l'offre de soins en santé mentale à partir des rapports d'activité de psychiatrie de 2008. Paris : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).
- Milleret, G., Benradia, I., Guicherd, W., & Roelandt, J.-L. (2014). États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». L'information psychiatrique, 90(5), 311-317.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1978). Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma Ata (URSS). Genève : OMS. En ligne <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39243/1/9242800001.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2005) Recommandations de l'OMS pour les soins en Europe – conférence d'Helsinki. En ligne http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Genève : OMS. En ligne http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
- Petitqueux-Glaser, C., Acef, S., & Mottaghi, M. (2010). Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? Vie sociale, 1(1), 109-128.
- Robiliard, D. (2013). Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris : Assemblée Nationale.
- Saravane, D. (2013). Soins somatiques en institution psychiatrique. Pratiques en santé mentale, 59(2), 13-18.
- Saravane, D., Feve, B., Frances, Y., Corruble, E., Lancon, C., Chanson, P., Maison, P., Terra, J.-L., & Azorin, J.-M. (2009). Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'encéphale, 35, 330 – 339.

Liste des abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ALD : Affection Longue Durée

ANP3SM : Association Nationale Pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Atelier Santé Ville

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CASVP : Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

CCOMS : Centre Collaborateur de l'OMS

CHSA : Centre Hospitalier Sainte-Anne

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNQSP : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie Ile de France

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

ECG : ElectroCardioGramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

EMILI : Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle

EPS : Etablissement Public de Santé

ETP : Equivalent Temps Plein

ETP : Education Thérapeutique du Patient

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

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GPS : Groupe Public de Santé

HAS : Haute Autorité de la Santé

HDJ : Hôpital de Jour

HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou

HLM : Habitation à Loyer Modéré

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MT : Médecin Traitant

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RAPSY : Rapport d'Activité de Psychiatrie

RSM : Ratio Standardisé de Mortalité

SISM : Semaine d'Information en Santé Mentale

SSDP : Service Social Départementale Polyvalent

TED : Troubles Envahissants du Développement

UDAF75 : Union des Associations Familiales de Paris

Annexes

Annexe 1 : Extraits des recommandations françaises pour le suivi somatique de patients souffrant de pathologie mentale sévère

D'après Saravane et al. (2009)

Les enjeux des recommandations

Les recommandations visent surtout à :

- dépister les patients à risque métabolique et cardiovasculaire, justifiant une évaluation et un suivi plus étroits
- évaluer les patients à risque ;
- assurer le suivi des patients.

Dépistage

Il est important de définir les facteurs exposant au risque de développer des anomalies métaboliques et cardiovasculaires.

Schématiquement, ce dépistage doit porter sur :

- les facteurs médicaux : surcharge pondérale, dyslipidémie, hypertension artérielle, diabète ou intolérance au glucose, antécédents de syncope, facteurs de risque d'arythmie cardiaque, facteur de risque de thrombose veineuse ;
- les facteurs comportementaux : mauvaise hygiène alimentaire, tabagisme et autres addictions, inactivité physique, stress, polymédications ;
- les facteurs génétiques : contexte ethnique, histoire familiale de maladies métaboliques ou cardiovasculaires, de mort subite.

Assurer le suivi

Selon les recommandations de plusieurs sociétés savantes, [3,10,19,20], le patient doit bénéficier à l'initiation du traitement par antipsychotiques d'un suivi rapproché, à la quatrième, huitième et douzième semaine. Le Tableau 4 résume les intervalles conseillés pour la mesure des paramètres cliniques et biologiques essentiels. Ce tableau de recommandations a été conçu par les experts français.

Il est important de rechercher tout au long du suivi les signes évocateurs d'un diabète. Les signes d'insuffisance cardiaque : fatigabilité, dyspnée, douleur thoracique, fièvre sont à rechercher tout particulièrement dans les six semaines suivant le début du traitement.

Évaluation des patients

Cette évaluation inclut de façon essentielle la recherche de facteurs de risque métaboliques et cardiovasculaires. Par ailleurs, la recherche d'anomalies ECG sera importante à effectuer pour se prémunir de la survenue de troubles du rythme associés à la prise de certains antipsychotiques.

L'évaluation globale du risque métabolique et cardiovasculaire constitue un volet primordial et inclura de façon complémentaire les données de l'interrogatoire, de l'examen physique et des données biologiques. L'interrogatoire portera sur les éléments suivants :

- les symptômes cliniques évocateurs de diabète : syndrome polyuropolydipsique, asthénie, amaigrissement, nausées, vomissements, douleurs abdominales, déshydratation, polypnée ;
- les valeurs antérieures de la glycémie, d'hyperglycémie provoquée par voie orale, ou d'HbA1c ;
- l'histoire familiale de diabète et/ou d'obésité. Les antécédents familiaux de diabète de type 2 sont plus fréquents dans la population schizophrène qu'au sein de la population générale. Par ailleurs un patient sur trois a des antécédents familiaux de diabète de type 2 [16] ;
- le mode de vie favorise les troubles métaboliques et par conséquent les problèmes cardiovasculaires :
 - le tabagisme, cause d'un tiers des infarctus du myocarde est 1,5 à trois fois plus élevé chez les patients schizophrènes par rapport à la population générale,
 - la sédentarité : elle est importante chez les patients : absence fréquente de travail, isolement social, nombre d'heures passées devant la télévision, effets sédatifs de certains traitements et bien entendu symptômes déficitaires même de la maladie (repli sur soi),
 - les habitudes alimentaires sont bien connues et le régime est particulièrement pauvre en fibres, fruits et légumes (vitamines C et E) et riche en graisses saturées et en sucres rapides. Ce régime favorise la surcharge pondérale et les troubles lipidiques. Les choix alimentaires portent sur des aliments à forte densité énergétique (glucides, lipides) et pauvre en micronutriments (fibres, vitamines). Par ailleurs, l'utilisation importante de sel favorise l'hypertension artérielle ;
- les médicaments interférant avec le métabolisme glucidique et lipidique (valproate, lithium...). Les thymorégulateurs sont souvent associés avec les antipsychotiques chez un quart à un tiers des patients : ainsi le lithium entraîne une augmentation de poids chez 30 à 60 % des patients et le valproate chez 70 % ;
- les facteurs de risque d'athérosclérose : tabagisme, HTA, obésité, dyslipidémie, contexte familial de morbidité ou de mortalité cardiovasculaire ;
- les traitements en cours : antidiabétiques, hypolipémiants, antihypertenseurs etc. ;
- les autres addictions : alcool, cannabis...

Tableau 4 Recommandations de suivi^a.

	To	Semaine 4	Semaine 8	Semaine 12	Trimestrielle	Annuelle
Histoire personnelle/familiale	x					x
Poids et IMC	x	x	x	x	x	
Périmètre abdominal	x	x				x
Glycémie à jeun	x			x		x
Évaluation d'une anomalie lipidique	x			x		x
ECG ^b	x	x				x
Pression artérielle	x			x		x

^aLa fréquence des intervalles peut être plus rapprochée en fonction des données cliniques.

^bUn ECG de base est fortement recommandé et le contrôle dépend des facteurs primaires de risque cardiovasculaire.

Annexe 2 : Extrait de la cartographie de l'offre de soins en santé mentale, résultats de l'enquête DREES de 2008

D'après LEROUX et SCHULTZ (2011)

Nombre d'établissements	Ile de France	France entière
Ayant répondu à l'enquête	92	483
Coordonnés avec des organismes de dépistage du cancer du sein	3 (3%)	31 (6%)
Organisant un dépistage systématique :		
du diabète	22 (24%)	131 (27 %)
de l'HTA	28 (30%)	165 (34 %)
du VHB	8 (9%)	46 (10%)
du VHC	7 (8%)	44 (9%)
Organisant des vaccinations systématiques	12 (13%)	86 (18%)
Prévoyant dans la prise en charge de ses patients :		
un bilan dentaire	17 (18%)	97 (20%)
un bilan cardiaque	35 (38%)	201 (42%)
un bilan ophtalmologique	19 (21%)	74 (15%)
un bilan gynécologique	14 (15%)	78 (16%)
un bilan diabétique	29 (32 %)	155 (32%)
Disposant d'outils spécifiques au repérage de la douleur	53 (58%)	320 (66%)

Annexe 3 : synthèse des obstacles et leviers à la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques

Obstacles		Leviers / Outils
Liés au patient	Intérêt limité pour la santé physique : conduites peu favorables au maintien de la santé physique (sédentarité, habitudes alimentaires, addictions), méconnaissance du risque somatique	* Attitude proactive des soignants : évaluation précise des obstacles afin de mettre en place les actions adaptées de type psychoéducation ou éducation thérapeutique, entretien motivationnel, accompagnement, mise en place d'aides financières, orientation (FFP-CNPP, 2015) * Implication de l'entourage et sollicitation des différents intervenants en contact avec le patient (FFP-CNPP, 2015) * Outils de suivi formalisés : exemple fiche programme soins (FFP-CNPP), carnet suivi somatique (Guillard, 2014)
	Difficultés d'identification et de verbalisation du trouble somatique (trouble du schéma corporel, absence d'information...)	
	Difficultés à avoir recours aux soins : physiques (déplacement), psychiques (troubles de la motivation, troubles cognitifs, troubles des interactions sociales, auto-stigmatisation), ressources financières limitées (précarité), isolement social, méconnaissances des ressources du territoire	
	Difficultés d'observance du suivi	
Liés au soignant	Peu d'intérêt pour la santé physique des patients (absence de vision globale, méconnaissance de la vulnérabilité somatique, stigmatisation)	* Formation (FFP-CNPP, 2015) * Partage de pratiques (Danel & Plancke, 2015)
	Méconnaissance de la spécificité de la plainte somatique	
	Méconnaissance des ressources du territoire et des intervenants	* Participer aux instances communes (Le Thulle, 2013) * Engagement dans le travail en réseau (Faucon-Martin, 2013, Le Maître & De Margerie, 2013)
Liés au système de soins	Cloisonnement des pratiques entre professionnels du soin (méconnaissance des rôles, manque de communication...)	* Identification du rôle de chaque intervenant (FFP-CNPP, 2015) * Instaurer une communication adaptée (réunions, courriers selon recommandations professionnelles, etc.) * Implication de plusieurs professions dans la prise en charge : infirmier référent (Aubineau, 2015), tous les intervenants (FFP-CNPP, 2015), infirmiers « cliniciens » (Milleret, 2014)
	Cloisonnement des pratiques entre intervenants dans la prise en charge globale (santé, médico-social, ville, entourage)	* CLSM (Guezennec & Roelandt, 2015 ; Le Thulle, 2013) * ASV (Houver, 2013) * Equipes mobiles (Houver, 2013 ; Lanoe, 2013) * Travail en réseau (Houver, 2013)
	Défaut de coordination entre intervenants	* Case management (Petitqueux-Glaser et al., 2011) * Identification du coordonateur du parcours de soin (FFP-CNPP, 2015)

Annexe 4 : charte des CMP et extraits des préconisations de la charte des CMP parisiens



Communauté Hospitalière de Territoire pour la psychiatrie parisienne



Charte des Centres Médico-Psychologiques Parisiens

*Le Centre médico-psychologique (CMP) de votre secteur est une unité de soins spécialisée dans la prise en charge des pathologies mentales et des difficultés psychologiques. Le CMP organise des actions de **prévention**, de **diagnostic**, de **soins** et d'**interventions à domicile** en fonction des besoins définis pour chaque patient et en lien avec les autres acteurs de santé du territoire.*

ARTICLE 1- Votre CMP de secteur accueille tous les patients sans distinction et répond à toutes les demandes qui lui sont formulées. Les soins qu'il dispense sont pris en charge dans leur intégralité par l'Assurance maladie. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne consultant en CMP ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

ARTICLE 2 - L'équipe pluridisciplinaire de votre CMP est composée des personnels suivants : médecins psychiatres, cadre de santé, infirmiers, psychologues, assistants socio-éducatifs et secrétaires.

ARTICLE 3 - Votre CMP est ouvert du lundi au vendredi sur des plages continues de huit heures et au moins deux soirs par semaine jusqu'à 20 h. Les consultations s'effectuent sur rendez-vous. En dehors de ces horaires d'ouverture, les modalités de recours à une offre de soins psychiatriques vous seront précisées par votre CMP.

ARTICLE 4 - Dans un délai de 15 jours maximum, chaque patient du CMP peut bénéficier d'un entretien d'accueil puis d'une proposition de suivi ou d'orientation.

ARTICLE 5 - Les professionnels du CMP organisent votre accueil, un bilan de votre situation et une évaluation de votre état de santé. Tous les patients du CMP bénéficient d'un diagnostic et d'un projet de soins individualisé.

ARTICLE 6 - L'équipe référente qui vous prend en charge est garante de la qualité et de la continuité de vos soins. Elle peut répondre à une demande de consultation sans rendez-vous en cas de nécessité et durant les plages continues d'ouverture du CMP.

ARTICLE 7 - Les professionnels des CMP s'efforcent de rechercher, dans tous les soins proposés, l'adhésion du patient, facteur essentiel de réussite des traitements. Nous vous demandons par ailleurs d'adopter un comportement respectueux et courtois durant tous vos soins au CMP.

ARTICLE 8 - Votre projet de soins individualisé peut comprendre : suivi psychiatrique, suivi psychologique, suivi social, soins et suivi infirmier, éventuellement suivi à domicile, éducation thérapeutique, aide et soutien à l'entourage, vigilance sur l'état somatique et sur la douleur, vigilance sur le suivi du traitement et prévention des rechutes, organisation, suivi et surveillance des programmes de soins.

ARTICLE 9 - Chaque CMP parisien doit être en mesure de vous orienter vers les soins spécifiques dont vous auriez besoin.

ARTICLE 10 - Aux termes de la loi n°2002-203 du 4 mars 2002, vous disposez d'un accès direct à l'ensemble des informations de santé vous concernant. Vous pouvez formuler vos observations et réclamations auprès du service des relations avec les usagers de chaque établissement hospitalier dont dépend votre CMP.



PRECONISATIONS CHARTE DES CMP

Afin d'améliorer la prise en charge de la population et de favoriser l'accès aux soins, notamment en psychiatrie, le Centre Médico-Psychologique (CMP), pivot du secteur, est au cœur du dispositif, dans la mesure où il se positionne à la fois dans la proximité territoriale et dans la proximité en ce qui concerne le lien.

La proximité territoriale, qui facilite l'accès aux soins s'est organisée et fonctionne depuis des années sous la forme de secteurs géographiques qui à l'origine recouvraient un territoire de 70 000 habitants tant dans les grandes villes qu'à la campagne. Les modifications de répartition de la population sur le territoire, ont mis à mal l'égalité de cette répartition, malgré cela, la psychiatrie sectorisée a continué à fonctionner, avec des secteurs recouvrant des populations de taille différente. Il en est ainsi à Paris : l'organisation est certes disparate, mais elle fonctionne avec ses qualités et ses défauts, et la démarche actuelle consiste à harmoniser cette organisation territoriale de proximité autant que faire se peut.

Les équipes de secteur ont à leur charge les personnes résidant sur leur secteur géographique quel que soit leur mode d'hébergement et des personnes sans domicile déterminé sur Paris. La dernière note de l'ARS sur la sectorisation des malades correspond à la philosophie de la psychiatrie publique de secteur, cela demandera **probablement un ajustement des moyens pour certains secteurs**, la répartition des EHPAD, des CHRS etc...étant plus concentrée sur certains arrondissements.

La proximité dans le lien, il s'agit d'un autre niveau, indispensable pour assurer la continuité des soins à des malades ou des personnes en souffrance, qui présentent pour la plupart d'entre eux des maladies au long cours ou des fragilités au long cours, dont le traitement s'adresse à un sujet unique dans son histoire de vie, et dans les moyens dont il dispose pour faire face à sa maladie, en sachant que certains d'entre eux sont réticents voire opposants aux soins.

L'époque où le secteur « faisait tout » et où l'équipe de secteur assurait la prise en charge sur le long cours est maintenant révolue en raison de l'évolution de la discipline, des demandes de la population et de l'évolution de la société.

Actuellement, et de plus en plus, les malades sont pris en charge dans des unités de soins ou des structures différentes ou spécifiques, en fonction du moment évolutif de la maladie. Il s'agit alors d'envisager une prise en charge individualisée en tenant compte des différentes dimensions, clinique, psychologique, cognitive, familiale et sociale de chaque individu. Elle ne peut être réalisée sur le long terme qu'en construisant des liens avec les différentes unités ou structures auxquelles s'adressera ou sera adressé le patient. Le groupe de travail préconise la **généralisation des équipes référentes du parcours de soins** qui existent déjà dans un certain nombre de CMP, composées en pratique d'un médecin psychiatre, d'un infirmier et d'un assistant socio-éducatif qui assurera le lien avec les différentes unités ou structure que fréquentera le patient.

Cette équipe sera positionnée dans les CMP, et sera organisée en fonction de l'expérience antérieure des équipes de secteur (soit par quartier, soit individuellement, soit sous une autre forme) dans tous les cas elle devra être connue du patient et de son entourage, bien sûr, mais aussi des unités du secteur, du pôle et des partenaires.

Le CMP a une responsabilité de coordination dans un esprit d'ouverture.

PREVENTION

La prévention fait partie des missions des CMP.

La prévention primaire se réalise auprès des partenaires de la communauté : conseil de santé et conseil de santé mentale des arrondissements, SISM, Points Paris émeraude etc... Les équipes des CMP sont souvent sollicitées et un effort est à faire pour organiser les possibilités de participation.

En ce qui concerne la prévention secondaire, le rôle des CMP est particulièrement important tant par le travail avec les médecins généralistes en ce qui concerne les effets indésirables des traitements, qu'avec les partenaires et les aidants pour prévenir les « crises » et éviter si possible les hospitalisations et les passages aux urgences. Le développement des soins et visites à domicile ainsi que l'organisation des accueils non programmés font partie des « outils » nécessaires.

La prévention tertiaire pour le rétablissement et l'inclusion sociale, se réalise dans le travail en réseau du CMP et du secteur dans ses différentes composantes, en tenant compte non seulement de notre réseau de partenaires mais aussi du réseau de la personne dans son environnement.

TRAVAIL DE LIAISON

Le CMP est le lieu privilégié de la coordination et des partenariats.

Le groupe de travail précise que les partenariats se réalisent autour de trois grands axes : sanitaires, médicaux sociaux et sociaux, et institutionnels (CLSM, police, justice etc...)

La politique partenariale doit être menée sous l'impulsion du médecin responsable du CMP qui s'engage à la développer et à mettre en place une organisation lisible et partagée en désignant éventuellement des coordonnateurs.

SUIVI SOMATIQUE DES MALADES

Il est indispensable que l'équipe référente du parcours de soins se préoccupe de la prise en charge somatique des patients suivis au CMP, en raison à la fois des comorbidités et des effets indésirables des traitements psychiatriques, elle a en outre pour mission d'assurer le suivi du patient et d'être en relation avec les médecins généralistes.

Certains patients bénéficient d'un suivi régulier et satisfaisant dispensé par un médecin traitant qui est un des interlocuteurs, partenaire privilégié de l'équipe soignante du CMP.

D'autres connaissent un nom mais n'ont pas consulté depuis longtemps, et les soignants du CMP ont pour mission de faciliter la reprise de contact puis le lien.

D'autres ne consultent jamais, l'équipe référente du parcours de soins sera en charge de trouver un médecin traitant, soit parmi les médecins libéraux soit dans un centre de santé et d'assurer le lien avec le patient.

A terme, chaque patient se doit d'avoir un médecin généraliste référent « actif », partenaire en lien avec l'équipe du CMP et notamment avec le psychiatre traitant pour se transmettre réciproquement des informations sur l'état de santé du patient, son traitement notamment médicamenteux, l'évolution de sa prise en charge, avec l'accord du patient.

Pour les patients suivis au CMP en postcure après un séjour à l'hôpital, les médecins généralistes des différents hôpitaux transmettent au médecin traitant s'il existe, et au psychiatre de l'équipe référente du parcours de soins du CMP, la note de synthèse somatique qu'ils ont définie.

Certains CMP ont expérimenté une « consultation conseil » pour les médecins généralistes au sein des CMP qui n'a que très peu été utilisée ; par contre **chaque médecin responsable d'un CMP doit se faire connaître des médecins généralistes de son secteur et se proposer pour répondre à leurs questions.**

Les équipes des CMP proposent de participer activement aux conseils locaux de santé mentale des arrondissements

Les médecins somaticiens de la CHT ont proposé la mise en place sur Paris d'un réseau de soins dédié aux patients psychiatriques (PSYSOM) tant il est difficile pour certains patients de consulter d'emblée et régulièrement un médecin généraliste.

Annexe 5 : questionnaire à destination des usagers

Usagers du CMP Mathurin Régnier : votre santé physique, où en êtes-vous ?

Afin de vous accompagner au mieux dans vos soins, le CMP Mathurin Régnier se propose de faire avec vous le point sur vos besoins en termes de santé physique. Nous allons vous poser une vingtaine de questions en rapport avec votre état de santé physique, vos habitudes et vos besoins. Ce questionnaire s'inscrit dans une étude qui a pour objectif d'améliorer votre suivi somatique.

Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions. N'hésitez pas à demander des précisions au soignant qui vous propose le questionnaire si une question ne vous semble pas claire.

Pour les questions proposant un choix de réponses, merci de cocher celle(s) correspondant le mieux à votre situation.

Votre santé physique... où en êtes-vous ?

1. Quel est votre poids (en kg) ? _____
2. Quelle est votre taille (en m) ? _____
3. Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ?
☐ Je n'ai jamais fumé
☐ Je fume actuellement _____ cigarettes par jour
☐ J'ai arrêté de fumer depuis _____ mois/années. Avant mon arrêt je fumais _____ cigarettes par jour
4. A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
☐ Jamais ☐ Une fois par mois ou moins ☐ Deux à quatre fois par mois ☐ Deux à trois fois par semaine ☐ Quatre fois ou plus par semaine
5. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
☐ 1 ou 2 ☐ 3 ou 4 ☐ 5 ou 6 ☐ 7 à 9 ☐ 10 ou plus
6. Pratiquez-vous une activité physique régulière (3 à 5 fois par semaine 30 minutes d'exercices physiques modérés) ?
☐ Oui, laquelle ou lesquelles : _____
☐ Non, pourquoi ? _____

7. Etes-vous suivi ou avez-vous été suivi pour un ou des problèmes de santé autre que des troubles psychiques ?
☐ Oui ☐ Non
Si oui, le(s)quel(s) et quel professionnel vous suit ? _____

Avez-vous un traitement spécifique pour ce problème de santé ?
☐ Oui ☐ Non
8. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé en dehors de la psychiatrie ?
☐ Oui ☐ Non
Si oui, quand et pour quel motif ? _____

En cas de besoin, que faites-vous ?

9. En cas de problème de santé, à qui vous adressez-vous en première intention ?

10. Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour faire appel à un professionnel de santé ou pour réaliser un examen ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquelles ? _____

11. Qui et/ou quel(s) lieu(x) vous ont aidé ou seraient susceptibles de vous aider en cas de difficulté ?

Votre suivi somatique... où en êtes-vous et qui vous accompagne ?

12. Avez-vous un médecin généraliste ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, où se situe-t-il ?

☐ 15^{ème} arrondissement

☐ autre arrondissement
de Paris

☐ Région parisienne ou
province

Si non, pourquoi ? _____

13. Au cours des 12 derniers mois, quels actes et examens avez-vous passés (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Prise de sang

☐ Pesée

☐ Vaccin

☐ Radiographie pulmonaire

☐ Electrocardiogramme

☐ Examen dentaire

☐ Mesure de la tension artérielle

☐ Evaluation de la douleur

☐ Mesure du tour de taille

☐ Dépistage maladie infectieuse
(VIH, hépatite...)

☐ Mesure du taux de sucre dans le
sang ou les urines

☐ Frottis vaginal

Autre examen ne figurant pas dans la liste : _____

14. Au cours de votre vie, quels examens ou actes de soin n'avez-vous jamais passés (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Prise de sang

☐ Pesée

☐ Vaccin

☐ Radiographie pulmonaire

☐ Electrocardiogramme

☐ Examen dentaire

☐ Mesure de la tension artérielle

☐ Evaluation de la douleur

☐ Mesure du tour de taille

☐ Dépistage maladie infectieuse
(VIH, hépatite...)

☐ Mesure du taux de sucre dans le
sang ou les urines

☐ Frottis vaginal

15. Au cours des 12 derniers mois, quels professionnels de la santé avez-vous rencontrés (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Médecin généraliste

☐ Infirmier libéral

☐ Cardiologue

☐ Diabétologue

☐ Pharmacien

☐ Diététicien / nutritionniste

☐ Gynécologue

☐ Rhumatologue

☐ Endocrinologue

☐ Kinésithérapeute

☐ Dentiste

☐ Addictologue

Autre professionnel ne figurant pas dans la liste : _____

16. Au cours de votre vie, quels professionnels de la santé n'avez-vous jamais rencontrés (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Médecin généraliste

☐ Infirmier libéral

☐ Cardiologue

☐ Diabétologue

☐ Pharmacien

☐ Diététicien / nutritionniste

☐ Gynécologue

☐ Rhumatologue

☐ Endocrinologue

☐ Kinésithérapeute

☐ Dentiste

☐ Addictologue

Quelles seraient vos besoins et attentes ?

17. S'occuper de sa santé physique, est-ce (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Important

☐ Peu important

☐ Facile

☐ Difficile

Pourquoi ?

18. Pour améliorer ou maintenir votre santé physique de quoi avez-vous besoin (plusieurs réponses possibles) ?

☐ De vous sentir bien psychiquement

☐ D'avoir des ressources financières suffisantes

☐ D'avoir des informations et/ou conseils sur la santé

☐ D'être soutenu par votre entourage dans la réalisation des actes de santé

☐ D'être soutenu par des professionnels de santé dans la réalisation des actes de santé

☐ D'être en contact régulièrement avec votre médecin traitant

☐ De savoir à qui vous adresser en cas de problème de santé

☐ D'être clairement informé sur votre état de santé

☐ D'être accompagné à vos rendez-vous

☐ D'avoir un logement

☐ Autre besoin non cité ou remarque :

19. Parmi les besoins que vous avez identifiés, quels sont ceux qui vous posent actuellement problème, et pour quelles raisons ?

Aidez nous à nous améliorer

20. Que diriez-vous de l'accompagnement proposé par le CMP concernant votre santé physique ?

Il est adapté :

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Il est suffisant :

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

21. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans cet accompagnement, comment le CMP pourrait vous aider ?

Commentaires / Suggestions

Avez-vous des commentaires à formuler sur le questionnaire ou souhaitez-vous ajouter des éléments au thème que nous venons d'aborder ?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on its right side, suggesting it's resting on a surface.

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Annexe6 : document support pour la recherche sur dossier patient

Usagers du CMP Mathurin Régnier : votre santé physique, où en êtes-vous ?

Fiche profil usager

Référence attribuée : _____

Données biomédicales complémentaires

Sexe (H/F)	
Age	
Diagnostic / motif de suivi	
Traitement en cours (NL ;ATD ;Li ;Autre RH)	
Date de premier contact avec le CMP	
Type PEC CMP (psychiatre, IDE, AS, psychologue...)	
Hospitalisation au CHSA dans les 12 derniers mois	
Médecin traitant identifié dans dossier patient	
Existence d'une correspondance avec MT ou spécialiste	
Ancienneté dernier courrier avec MT ou spécialiste	

Données socioéconomiques

Niveau d'études (collège, lycée, BAC, BAC +n)	
Situation familiale (célibataire, marié, divorcé...)	
Type de logement (privatif, social, thérapeutique)	
Régime de protection (aucun, curatelle, tutelle)	
Activité professionnelle (milieu ordinaire, milieu ordinaire + RQTH, milieu protégé, sans)	
Revenus actuels	
PEC sociale	

Annexe 7 : questionnaire à destination des professionnels

Professionnels du CMP Mathurin Régnier : la santé physique des usagers, qu'en pensez-vous ?

Ce questionnaire vous est proposé afin de faire le point sur les pratiques actuelles de votre CMP concernant l'accompagnement proposé aux usagers de ce lieu de soins vis-à-vis de leur santé physique. Au travers d'une vingtaine de questions, vous pourrez faire part de votre expérience, des difficultés rencontrées et suggérer des pistes d'amélioration. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions.

Pour les questions proposant un choix de réponses, merci de cocher la ou les réponses correspondant le mieux à votre situation.

Ce questionnaire s'inscrit dans une démarche d'exploration dans le cadre du DIU Santé Mentale dans la Communauté.

Qui êtes-vous ?

1. Quelle est votre profession ?

☐ médecin

☐ infirmier

☐ cadre

☐ assistant social

☐ psychologue

☐ diététicien

☐ secrétaire

☐ interne

☐ autre : _____

2. Quel âge avez-vous ? _____

3. Depuis combien de temps exercez-vous votre profession ? _____

4. Depuis combien de temps exercez-vous sur le CMP ? _____

5. Sur le CMP, vous exercez à :

☐ temps plein

☐ temps partiel (taux : ____%)

6. Dans quel(s) autre(s) lieu(x) exercez-vous ou avez-vous déjà exercé ? Précisez, s'il s'agit de lieux de soins en santé mentale, à quel secteur ils sont rattachés _____

Les usagers du CMP et leur santé physique, où en sont-ils ?

7. D'après votre pratique, que diriez-vous de la santé physique des usagers du CMP ?

8. Selon vous, quels seraient les problèmes de santé prioritaires à prendre en compte dans le suivi somatique des usagers du CMP ?

9. Les personnes que vous suivez ont-elles déjà exprimé une plainte ou une doléance en lien avec un problème somatique ?

☐ Jamais

☐ Rarement

☐ Souvent

☐ Très souvent

10. De quel(s) problème(s) s'agissait-il (plusieurs réponses possibles) ?

☐ prise de poids

☐ hygiène bucco-dentaire

☐ douleur

☐ effet secondaire traitement

☐ difficultés respiratoires

☐ troubles de la locomotion

☐ autre : _____

11. Quelle(s) réponse(s) avez-vous apportée(s) ? _____

12. D'après votre expérience sur le CMP, à quelles difficultés les usagers sont-ils confrontés pour s'occuper de leur santé physique ?

13. Quel pourcentage d'usagers dispose, selon vous, d'un médecin généraliste ? _____

Vous, professionnel du CMP, comment participez-vous au suivi somatique des usagers ?

14. Quels actes réalisez-vous en lien avec la santé physique des usagers (plusieurs réponses possibles) ?

☐ prescription d'actes de suivi. Lesquels (bilan sang, imagerie, etc.) ? _____

☐ prise de rendez-vous (médecin généraliste, spécialiste, etc.)

☐ orientation (vers médecin généraliste ou spécialiste, infirmière libérale, autre partenaire)

☐ coordination avec les partenaires de la cité

☐ coordination avec les partenaires du CHSA. Lesquels ? _____

☐ accompagnement physique à des rendez-vous

☐ accompagnement logistique à des rendez-vous (programmation du transport, etc.)

☐ soutien. De quelle nature ? (mise en place d'aides financières, conseil dans une démarche, etc.)

☐ action éducative. Sous quelle forme (ETP, consultation spécialisée, au décours d'un entretien, etc.) ?

☐ actes de soins. Précisez lesquels (prise de sang, vaccin, pesée, prise de la tension, HGT, ECG, mesure périmètre abdominal, etc.) :

☐ autres, précisez : _____

- [illegible]

- [illegible]

Connaissez-vous les ressources du territoire ?

- ☐ Oui ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas ce que c'est

- a. Sur le secteur
☐ Je ne suis pas concerné ☐ Suffisant ☐ Insuffisant
- b. Sur l'arrondissement
☐ Je ne suis pas concerné ☐ Suffisant ☐ Insuffisant
- c. Sur Paris
☐ Je ne suis pas concerné ☐ Suffisant ☐ Insuffisant
- d. Sur la région parisienne et province
☐ Je ne suis pas concerné ☐ Suffisant ☐ Insuffisant

- ☐ Oui ☐ Non

Comment améliorer le suivi somatique ?

20. Selon vous, quels seraient les axes d'amélioration pour la prise en charge somatique des usagers du CMP ?

21. Avez-vous connaissance d'expériences réussies sur d'autres secteurs concernant le suivi somatique des patients et qui pourraient être transposables ?

Commentaires / suggestions

Avez-vous des commentaires à formuler sur le questionnaire ou souhaitez-vous ajouter des éléments au thème que nous venons d'aborder ?

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Annexe 8 : résultats complémentaires de l'enquête usagers

Question 19 : besoins posant problèmes et raisons associées

Besoins	Niveau de difficulté
Ressources financières suffisantes	Soins onéreux, dépendance financière vis-à-vis de l'entourage, perte d'emploi et loyer important, transport onéreux
Avoir un logement	« je vis chez mes parents », demande de logement en attente, perte de logement à venir, situation conflictuelle avec responsable foyer résidence
Etre bien psychiquement	« Etre plus à l'aise dans les interactions sociales, c'est un frein pour prendre soin de soi », angoisse et désorganisation (« tout est compliqué »), absence de centre d'intérêt, « je ne suis pas stabilisée avec ma bipolarité »
Savoir à qui s'adresser	« j'ai des examens à venir, mais je ne sais pas à qui m'adresser », « je me sens bloquée dans mes démarches, pas toujours simple de trouver l'aide adaptée »
Accès aux soins	Difficultés à aller chez le gynécologue (trop intime), barrière de la langue, accès à l'activité physique
Avoir un emploi	En recherche d'emploi, reprise d'activité en milieu ordinaire angoissante (souhait d'avoir une activité en milieu protégé)
Préoccupation somatique	Crainte de ne pas avoir un comportement défavorable (hydratation insuffisante, crainte de la survenue d'un problème rénal), déséquilibre métabolique mis en évidence lors du suivi d'une comorbidité somatique, douleur chronique
Avoir des conseils/ informations sur la santé	« conseils pas toujours éclairants et parfois angoissants »
Avoir un contact régulier avec son médecin traitant	Difficile d'avoir rapidement un RDV
Accompagnement aux rendez-vous	« Je vais toute seule et ça me pose parfois problème »

Question 21 : propositions d'amélioration concernant l'accompagnement proposé par le CMP pour la santé physique

Propositions d'amélioration	N
Information	1
Davantage d'information sur la prévention (vaccin, affichage)	1
Offre de soins	5
Salle de sport avec animateur	2
Groupe de sport	1
Accompagnement médicalisé / paramédicalisé pour établir un « planning sport »	1
Yogga, mindfulness	1
Conditions d'accueil	6
Diminuer les temps d'attente	2
Suivi médical plus régulier	2
Demande de rapprochement CMP / CATTP	1
Meilleur accueil de la précarité	1
Collaboration	1
Partage d'information entre psychiatrie et somatique	1

Annexe 9 : résultats complémentaires de l'enquête professionnels

1. Taux de participation

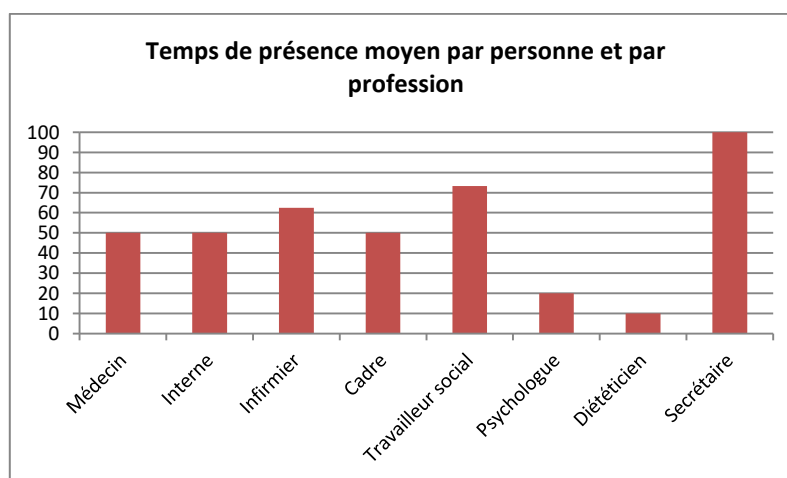
Profession	Sollicités	Ayant répondu	Taux de réponse (%)
Médecin	10	3	30
Interne	1	1	100
Infirmier	8	8	100
Cadre	1	1	100
Travailleur social	4	3	75
Psychologue	1	1	100
Diététicien	1	1	100
Secrétaire	2	2	100
Total	28	20	71

2. Profil des professionnels (questions 1 à 6)

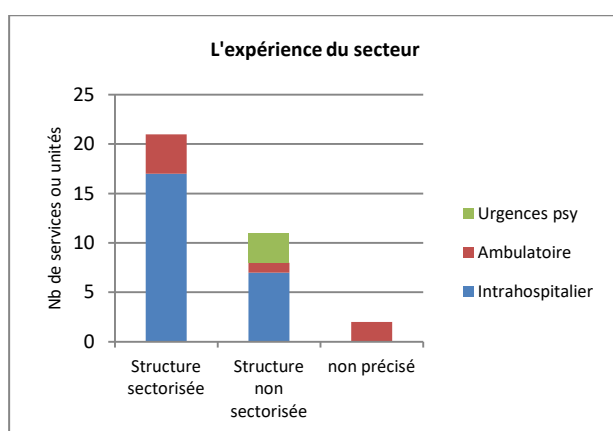
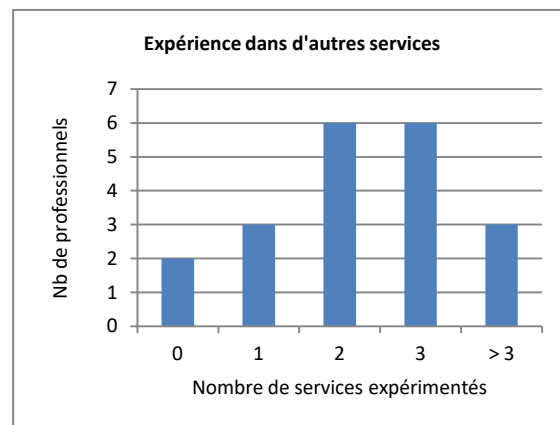
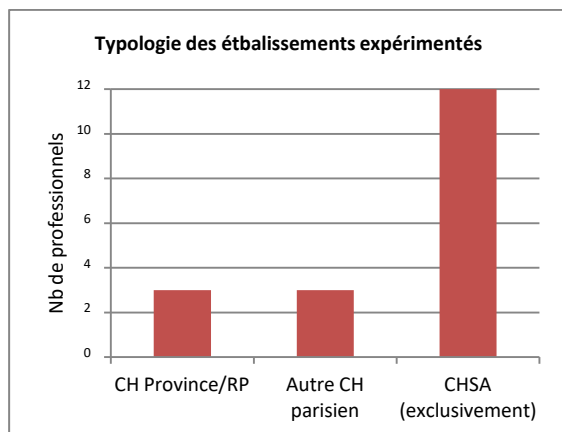
✓ Questions 1 à 4 : âge et anciennetés

Profession	Age moyen (années)	Ancienneté profession (années)	Ancienneté CMP (années)
Médecin	28	0,8	0,8
Interne	26	2,5	0,5
Infirmier	35	7,4	2,6
Cadre	36	7,0	3,0
Travailleur social	33	4,8	2,2
Psychologue	35	10,0	2,0
Diététicien	61	39,0	3,0
Secrétaire	43	22,0	13,5
Global	35	8,9	3,3

✓ Question 5 : temps d'exercice sur le CMP



✓ Question 6 : expérience de la psychiatrie de secteur



Suggestions / commentaires

« Il ressort évidemment un manque pour nos patients car je garde certaines situations malheureuses mais il y a aussi beaucoup de patients pour qui le suivi somatique fonctionne, mais au total, reste un certain clivage, est-il seulement du côté somatique, je ne crois pas ... »

« Une autre question serait de savoir jusqu'où devons-nous et pouvons-nous nous investir, au CMP, dans les suivis somatiques ? »

« Selon l'OMS, la définition de la santé englobe les champs physique, psychique et social, aussi dans la prise en soins de nos patients (avec leurs particularités) devrions-nous nous pencher de plus en plus sur l'accès aux soins somatiques de manière à préserver une santé optimale et par là même améliorer la santé psychique. Mais pour cela, il faudrait que l'institution débloque du temps et des moyens financiers »

« Il est difficile d'intégrer des compétences de prise en charge globale et d'avoir autant d'obstacles pour les mettre en œuvre »

Résumé

Alors que les études internationales mettent en évidence, depuis plus de vingt ans, la vulnérabilité somatique des personnes souffrant de troubles psychiques sévères et chroniques, en France, l'organisation des soins et les pratiques professionnelles, fortement marquées par un clivage historique entre psyché et soma, peinent à intégrer cette problématique. Sous l'impulsion des différentes lois de santé publique et plans de santé mentale ainsi que des requêtes des usagers en santé mentale, les pratiques, notamment à l'hôpital psychiatrique, commencent à évoluer. Qu'en est-il de l'ambulatoire ?

Par l'analyse conjointe des pratiques professionnelles et des besoins des usagers du CMP du secteur 75G14, cette étude, réalisée au moyen de deux enquêtes quantitatives, met en évidence certains freins et leviers à la prise en charge des soins somatiques en ambulatoire. Ainsi, si comme le préconise l'OMS depuis 1978, le recours aux soins primaires en première ligne est le garant d'une prise en charge globale intégrée et décloisonnée, la pratique montre que le travail partenarial entre soins primaires et soins spécialisés ne va pas de soi.

Tandis que les usagers entretiennent un lien évident avec les équipes de secteur et identifient les soins primaires comme ressource pour leur santé physique, les professionnels, eux, peinent à s'inscrire dans un travail, organisé et coordonné, au cœur de la cité. Consolider le travail en partenariat, avec toute la coordination et la formalisation qu'il nécessite, permettrait ainsi aux professionnels, individuellement et à l'échelle de l'institution, de repenser les pratiques en vue d'optimiser l'accompagnement des usagers dans leurs parcours de vie.

Mots clés : soins somatiques, santé mentale, ambulatoire, soins primaires, partenariat