

UNIVERSITE LILLE 2
UNIVERSITE PARIS 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire
« Santé mentale dans la communauté »

Année : 2015

***Se reconnaître et se faire reconnaître en tant
qu’infirmier libéral en santé mentale dans la
communauté***

François POULAIN

Tutorat : Fabrice GENTNER

Remerciements

Je tiens à remercier le Docteur Jean-Luc ROELAND, et son équipe pédagogique qui nous ont dispensé un enseignement de qualité.

Ainsi que les universités Paris 13, Lille 2, APHM /CHU Sainte-Marguerite Marseille, le CCOMS, EPSM Lille Métropole et les intervenants qui nous ont transmis leur savoir et expérience.

Je tiens à remercier également pour l'organisation du D.I.U., Mesdames Aude CARIA, Pauline GUEZENNEC et Monsieur Nicolas DAUMERIE.

Et tous les participants à cette formation.

Mon tuteur Monsieur Fabrice GENTNER qui m'a orienté dans mon travail.

Je tiens tout particulièrement à remercier mes patients qui ont eu la gentillesse de collaborer à mon enquête.

Et, Karine, Sadri pour leurs conseils et soutien.

1. <u>Argumentaire</u>	2
2. <u>Méthode</u>	
<u>2.1 Etude</u>	
<u>2.2 Questionnaire</u>	
<u>2.3 Présentation</u>	
3. <u>Résultats</u>	
4. <u>Discussion</u>	
<u>4.1 Santé primaire / santé mentale</u>	
<u>4.2 Outils</u>	
<u>4.3 Réseaux / partenariat</u>	
<u>4.4 Perspectives</u>	

Bibliographie

annexes

1- ARGUMENTAIRE

Mon parcours professionnel est plutôt atypique.

Promis à des études littéraires à la faculté d'histoire d'Aix-en-Provence, la réalité de la vie professionnelle pris le dessus et m'amena à me poser des questions sur mon avenir.

Bien décidé de faire quelque chose de ma vie et ne pas végéter dans les couloirs et les méandres d'une université qui peuvent s'avérer un vrai labyrinthe au bout de quelques années, je décidais de m'orienter vers des études d'infirmier soutenu par une famille de médecin de génération en génération.

Je réussis le concours de l'institut de formation en soins infirmiers de la Capelette à Marseille et intégrais alors cet institut en septembre 1993 avec l'intime conviction d'en ressortir avec un diplôme d'Etat.

Au cours de ces 3 années plus ou moins fastidieuses, je portais un intérêt tout particulier à la psychiatrie et réalisa de nombreux stages dans divers services autant intra hospitalier qu'extra hospitalier.

Ma vie était alors toute tracée et en 1996, le diplôme en poche, je postulais à un poste d'infirmier au centre hospitalier spécialisé VALVERT à Marseille dans le 11^{ème} arrondissement dans un service d'entrant.

Après cinq années de bons et loyaux services dans cet établissement, armé d'expériences très formatrices, l'appel du libéral se fit entendre pour diverses raisons.

Je m'installais alors comme infirmier libéral dans le 13^{ème} arrondissement de Marseille et exerçais ma profession sur un territoire couvrant le 11^{ème}, 12^{ème} et 13^{ème} arrondissement.

Cf : annexe I

Grâce à de nombreux contacts que j'avais pu garder dans l'univers de la psychiatrie, rapidement des propositions d'intervention à domicile chez des personnes souffrant de troubles psychiques me furent proposées.

Une collaboration vit le jour avec l'équipe d'un hôpital de jour du 11^{ème} arrondissement, suivi d'une collaboration avec plusieurs C.M.P. du 11^{ème} et 13^{ème} arrondissement.

Dans un premier temps, mon intervention en tant qu'infirmier libéral à domicile rentrait essentiellement dans le cadre de la préparation, l'administration et la surveillance du traitement de patients souffrants de troubles psychiques.

Il s'agissait alors que le patient est une bonne observance son traitement afin d'éviter toute rechute et décompensation.

Peut à peu, des liens thérapeutiques se sont créés basés sur la confiance et j'ai pu constater que certains usagers avaient divers besoins de soins et d'écoute.

Certains avaient des problèmes somatiques non traités qu'il a fallu appréhender et solutionner : rendez-vous avec un médecin généraliste, traitement somatique à gérer, à administrer... De nombreux soins de santé primaire étaient réalisés allant d'une aide à la toilette,... surveillance de la glycémie avec injection d'insuline,... injection intra-musculaire de neuroleptique à action prolongée..... à la pose de perfusion.

Certains étaient confrontés à des problèmes d'ordre social : indécence de leur logement, insolvabilité, problème de gestion du quotidien et il m'a été amené à prendre contact avec des assistantes sociales, des organismes de tutelle....

D'autres étaient confrontés à l'inactivité et un manque de motivation, j'ai pu alors leur proposer d'intégrer un hôpital de jour ou un Etablissement de Service d'Aide par le Travail (ESAT),... afin de reprendre contact avec une vie sociale.

Toutes ces actions afin de maintenir la personne à domicile, d'éviter au maximum des hospitalisations ou rehospitalisations et permettre à l'individu un processus de rétablissement.

Des constats s'imposent :

- Nous faisons face à des personnes vivant seules voire isolées
- Elles sont souvent indépendantes et en demande d'autonomie
- Elles présentent régulièrement des besoins de soins et un suivi, notamment des soins primaires
- Leur stabilité psychologique est précaire et les décompensations sont fréquentes et délétères à l'insertion sociale
- Le maintien à domicile est primordial et indispensable à tout processus d'autonomisation

Ces constats amènent des questions qui seront le socle de notre étude :

- Qu'elle est la place de l'Infirmier Libéral (IDEL) dans la santé mentale communautaire ? A-t-il les moyens et les compétences pour agir ?
- A travers le prisme des usagers : qu'elles est leur vision de l'action de l'IDEL ? Savent-ils avec qui l'IDEL est en lien ? Et avec qui il pourrait être en lien ?

L'objectif de cette étude est de faire prendre conscience de la place de l'IDEL au sein de la santé mentale communautaire qui jusqu'à ce jour, n'a pas su mettre en avant ses actions essentielles, n'étant alors qu'un acteur de l'ombre.

Il s'agit de démontrer son rôle de proximité, de disponibilité envers les usagers et de coordination avec les différents partenaires.

2 - METHODE

Par conséquent, après analyse de l'existant, il se trouve que la littérature fait la part belle aux médecins généralistes lorsqu'elle évoque le rôle de la médecine de ville dans le cadre de la santé mentale communautaire et qu'aucune étude similaire n'a été faite concernant les infirmiers libéraux.

Le rôle de l'IDEL restant jusqu'à ce jour informel.

2.1 - Etude

Afin d'établir une étude, avec toute la modestie qu'elle comporte, un questionnaire a été établi.

Ce questionnaire tend à préciser la vision de l'utilisateur sur l'infirmier libéral.

- Comment est-il perçu ?

- Quelle représentation a-t-il ?
- Les attentes de ses actions ?
- Les liens qu'il pourrait tisser ?

Il s'agit d'une enquête quantitative, le questionnaire est composé de 11 questions sur 3 pages, il comprend des questions ouvertes et fermées.

Les questions ouvertes demandent une réponse rédigée.

Les questions fermées sont des questions soit dichotomiques (oui/non), soit à choix multiples et à réponse unique, soit à choix multiples et à réponses multiples.

Il a été distribué à 11 patients de ma clientèle des deux sexes et d'âge différent souffrant de troubles psychiques divers ; les données ont été recueillies par l'IDEL.

Ce questionnaire respecte l'anonymat et la confidentialité.

Lors de la distribution, il a été annoncé en préambule :

Ce questionnaire a pour but de recueillir votre vision de mon action lors de mes visites quotidiennes.

Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Le mieux est de donner la réponse qui vous vient à l'esprit en premier. Si vous hésitez entre deux réponses, choisissez celle dont vous vous sentez le plus proche. Il est important que vous répondiez à toutes les questions qui suivent.

2.2 QUESTIONNAIRE

Etes-vous une femme ☐

un homme ☐

Pouvez-vous m'indiquer votre âge : ans

1 - Que représente pour vous votre infirmier(e) libéral(e)?

.....

.....

.....

.....

.....

2 – Qu'attendez-vous de ses visites à domicile ?

.....

.....

.....

.....

.....

3 – Avez-vous confiance en votre infirmier(e) libéral(e) ?

OUI

NON

4 – Parleriez-vous de vos problèmes de santé à votre infirmier(e) libéral(e) ?

OUI

NON

NE SAIS PAS

5 – Si oui, dans ces problèmes de santé, vous parleriez de vos soucis de santé au niveau :

Moral

Physique

Sociétal

Les 3

Aucun

Autres

6 - Est-ce que vous vous confieriez de la même façon à un infirmier dans une structure à orientation psychiatrique ?

OUI

NON

7 – L’infirmier(e) libéral(e) est-il un professionnel de santé en psychiatrie ?

OUI

NON

NE SAIS PAS

8 – Pensez-vous qu’il est en relation avec des personnels de santé et/ou d’autres structures ?

OUI

NON

9 – si oui, lesquels ?

(plusieurs réponses possibles)

Médecin généraliste

Médecin spécialiste

Hôpital général

Pharmacie de ville

Autres paramédicaux

Assistante sociale

CAF

Services municipaux (CCAS, aide-sociale, ...)

Associations

Mandataire judiciaire (curateur, tuteur,...)

Ne sais pas

Autres.....

10 – Pensez-vous qu’il est en relation avec des structures ou personnels de santé psychiatriques ?

OUI

NON

11 – si oui, lesquels ?

(plusieurs réponses possibles)

Hôpital de jour
Centre médico psychologique
Institut Médico Educatif
Hôpital psychiatrique
Psychiatre libéral
Conseil local de santé mentale
Ne sais pas
Autres.....

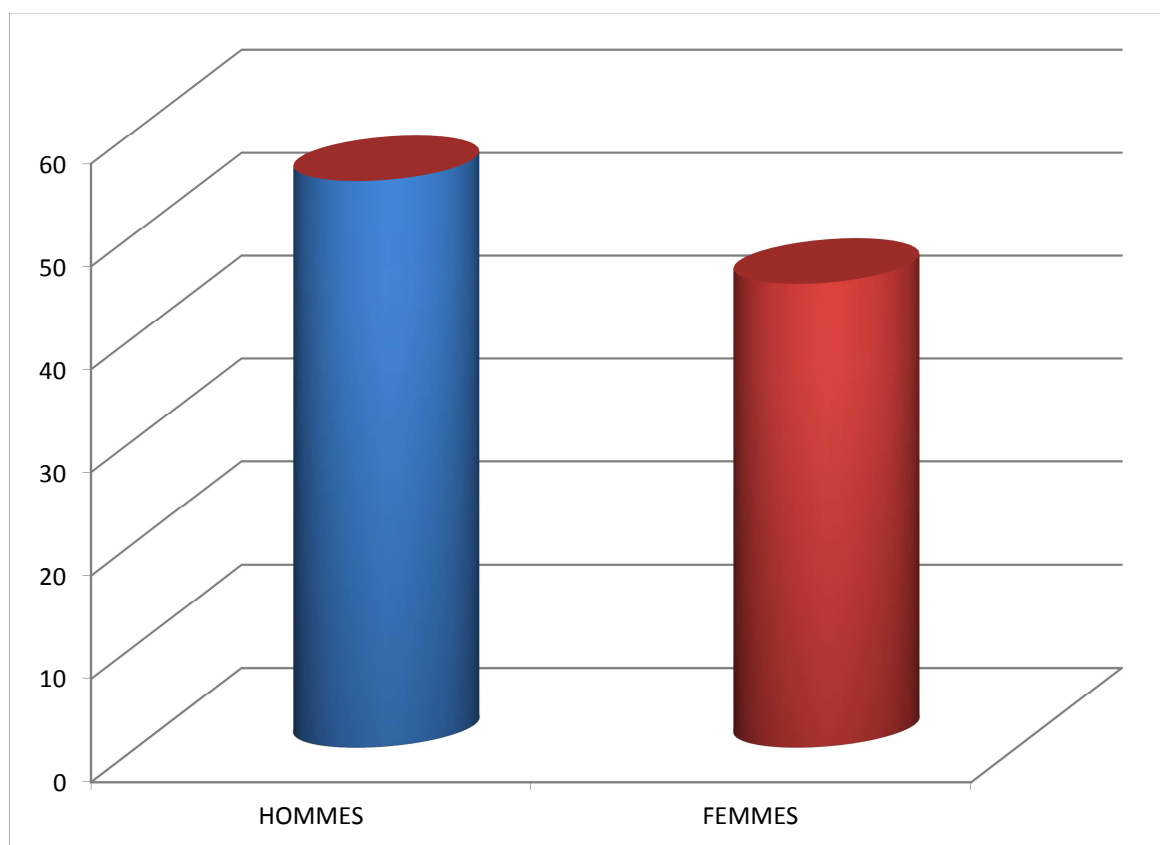
2.3. Présentation de l'échantillon

Enquête distribuée à 11 personnes

GENRE :

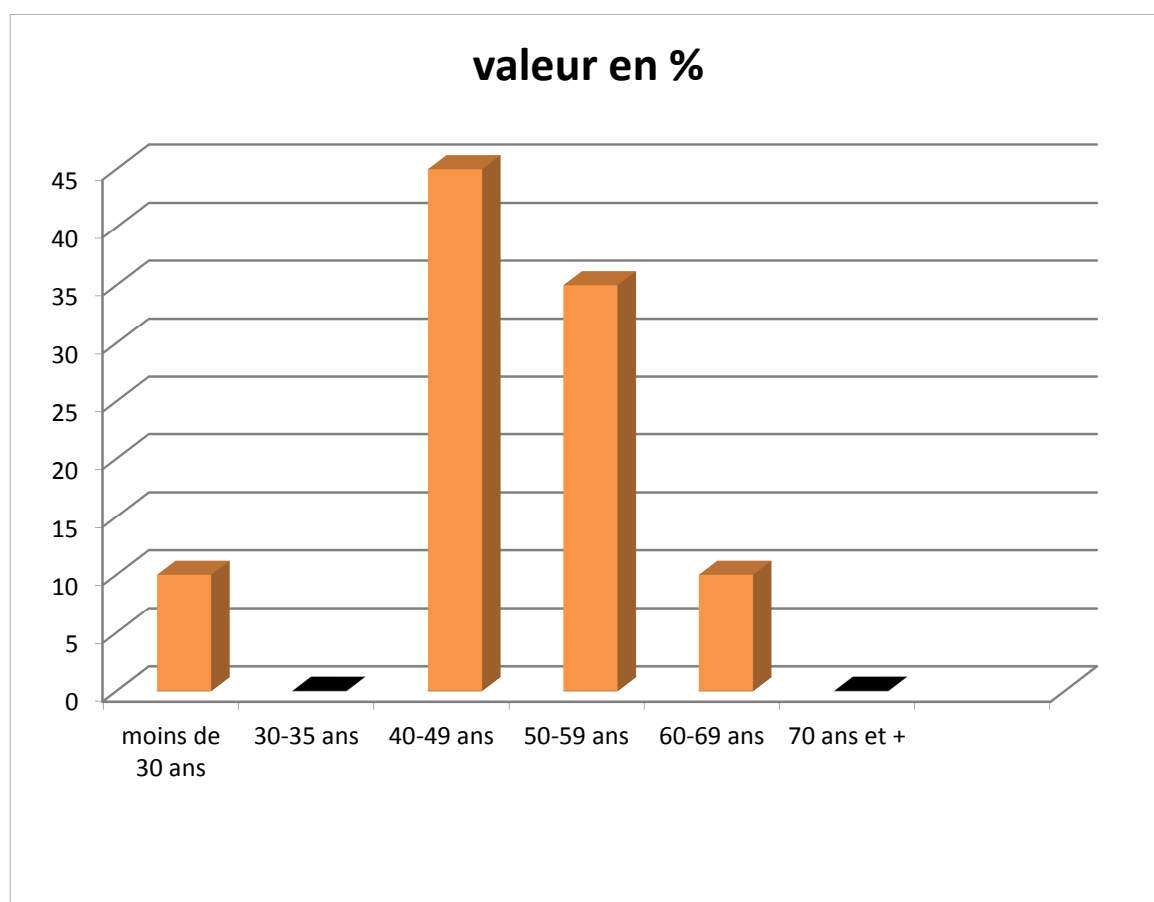
Hommes : 55 %

Femmes : 45 %



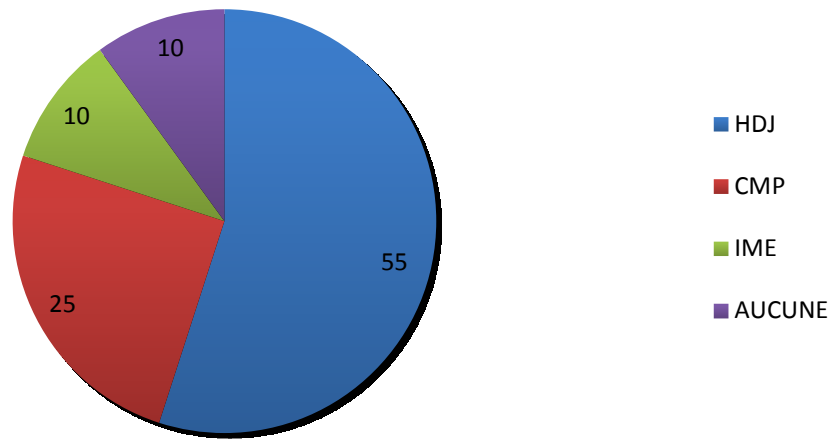
AGE :

Age moyen 46 ans



STRUCTURES DE SUIVI :

valeur en %



HDJ : Hôpital de Jour

CMP : Centre Médico Psychologique

IME : Institut Médico Educatif

L'intégralité de l'échantillon a répondu au questionnaire.

Le taux de participation est de 100 %.

Après dépouillement du questionnaire et recueil des données, les résultats seront présentés en pourcentage question par question.

3- RESULTATS

Question 1 :

L'IDEL est considéré comme :

- un soignant 73 %
- quelqu'un qui l'aide dans des tâches quotidiennes..... 18 %
- un confident..... 9 %

Question 2 :

les attentes des usagers vis à vis de l' IDEL sont :

- lui exposer leurs problèmes..... 64 %
- lui parle..... 73 %
- qu'il les soutienne..... 73 %
- qu'il leur donne les médicaments..... 90 %
- qu'il les aide à la toilette..... 73 %

Question 3 :

100 % des personnes interrogées font confiance à l'IDEL.

Question 4 :

- Les usagers parleraient de leurs problèmes de santé à l'IDEL... 82 %
- N'en parleraient pas..... 9 %
- Ne savent pas..... 9 %

Question 5 :

- Les usagers parleraient de leurs problèmes de santé en général (physique, moral et sociétal)..... 64 %
- de leur problème physique uniquement..... 18 %
- de leur problème moral uniquement..... 18 %

Question 6 :

- Les usagers ne se confieraient pas de la même façon à un infirmier dans une structure à orientation psychiatrique..... 55 %
- Se confieraient de la même façon..... 45 %

Question 7 :

- L'IDEL n'est pas considéré comme un professionnel de santé en psychiatrie..... 91 %
- Ne savent pas..... 9 %

Question 8 :

100 % des usagers pensent que l'IDEL est en relation avec d'autres personnels ou structures de santé.

Question 9 :

- L'IDEL est en relation avec les médecins généralistes..... 91 %
- En relation avec des médecins spécialistes..... 45 %
- En relation avec l'hôpital général..... 36 %
- En relation avec les pharmacies de ville..... 91 %
- En relation avec d'autres paramédicaux..... 18 %
- En relation avec les assistantes sociales..... 45 %
- En relation avec la C.A.F..... 0 %
- En relation avec les services municipaux..... 9 %
- En relation avec des associations..... 9 %
- En relation avec les mandataires judiciaires..... 18 %

Question 10 :

- L’IDEL est en relation avec des structures ou des personnels de santé en psychiatrie..... 91 %
- Ne le pensent pas..... 9 %

Question 11 :

- L’IDEL est en relation avec les hôpitaux de jour..... 60 %
- En relation avec les C.M.P..... 30 %
- En relation avec les I.M.E..... 10 %
- En relation avec les psychiatres libéraux..... 5 %
- En relation avec l’hôpital psychiatrique..... 5 %
- En relation avec les C.L.S.M..... 0 %

Après analyse des données recueillies, il en résulte que :

L’IDEL est un acteur de soin à qui on se confie volontiers.

Il n’est pas perçu comme un soignant en psychiatrie.

Il est en relation avec d’autres acteurs du système de santé :

Permet le lien avec d’autres professionnels de santé de ville (médecin généraliste, pharmacie...)

Permet le lien avec certains professionnels sociaux (assistante sociale notamment)

Permet le lien avec des professionnels et des structures de psychiatrie (HDJ, CMP, IME, ...)

4- DISCUSSION

4.1 – Santé Primaire / Santé Mentale

L'IDEL se positionne donc comme un acteur de soin prépondérant dans le système de santé et plus particulièrement dans le cadre de la santé primaire.

Qu'entendons-nous par santé et soins primaires ? (PHC Primary Health Care)

Ils englobent :

- Les ressources en personnel médical et paramédical
- La prévention
- La promotion de la santé
- L'éducation à la sexualité
- Le développement social et local

Si l'on se réfère au carré de WHITE qui est une figure issue de travaux réalisés par Kerr WHITE, F. WILLIAMS et B. GREEMBERG publiés en 1961 dans un article intitulé « Ecology of Medical Care », celui-ci illustre la réalité suivante :

Au cours d'un mois sur 1000 habitants exposés à un problème de santé, 750 personnes signalent des troubles, 250 parmi elles consultent un médecin, 9 sont hospitalisées, 5 sont adressées à un autre médecin et 1 seule personne est hospitalisée dans un centre hospitalier universitaire.

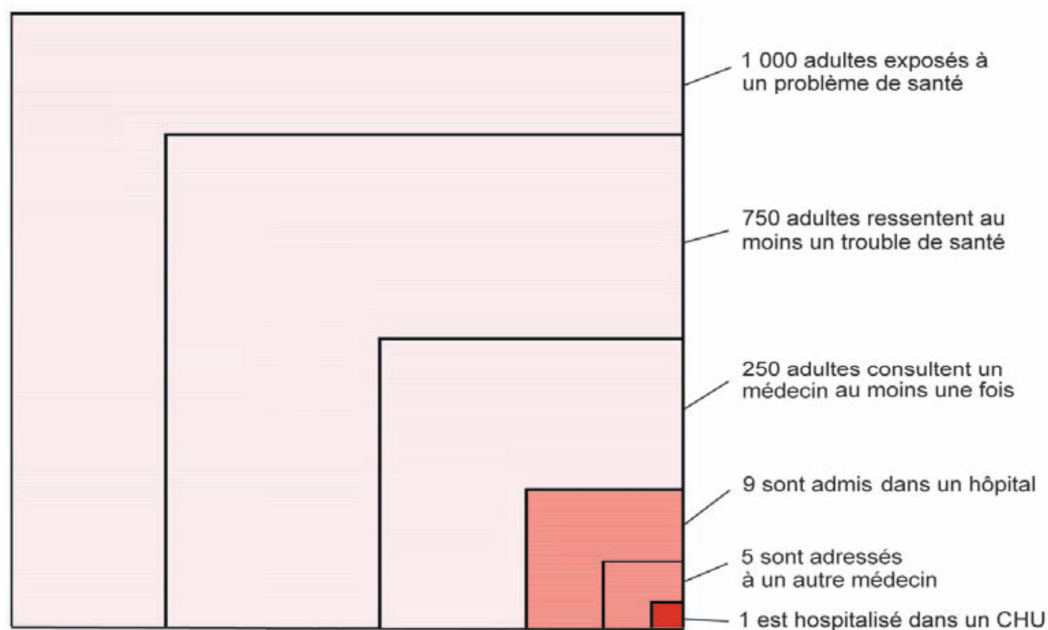
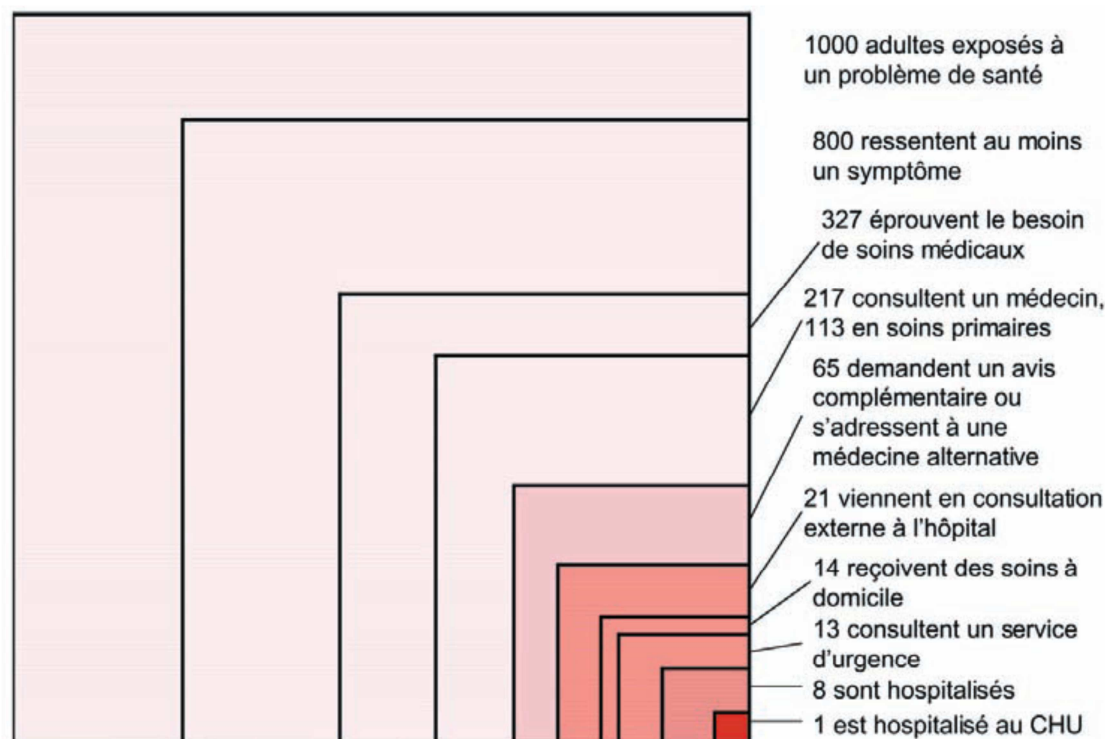


Illustration du Carré de WHITE

Quarante ans après, ces travaux ont été repris et affirmés en 2001 par GREEN qui met en évidence quelques variations par rapport aux données de WHITE sans pour autant contredire l'idée première du carré du WHITE.



Le carré de WHITE revu par GREEN

Ces 500 personnes (750 ressentant un trouble de santé moins 250 consultant un médecin) déclarant une maladie et ne consultant pas de médecin correspondent à ce que BRAUN appelle le concept de maladies sans médecin. Il considérerait à partir des travaux de HORDER que les médecins ne voient qu'un quart de l'ensemble des maladies et donc que tous les troubles de santé ne leur parviennent pas.

De plus, si on se réfère à l'article paru dans l'information psychiatrique, 2014, volume 90, numéro 5, intitulé santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale, nous apprenons que le calcul de la charge mondiale de morbidité à partir des années de vie corrigées de l'incapacité, a permis de mieux rendre compte de l'importance des troubles mentaux dans le monde.

Ainsi, en 2002, les troubles mentaux et neurologiques représentaient 13% des années de vie corrigées de l'incapacité perdues (AVCI) pour cause de maladie ou de blessure et on estime

qu'en 2020, les troubles mentaux seront responsables de 15 % du nombre d'AVCI perdues pour cause de maladie ou de blessure.

Il a de même été constaté et étudié le déficit de traitement où dans les pays à revenu élevé entre 35 % et 50 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves sont incapables d'accéder au traitement dont ils ont besoin, ainsi que la comorbidité qui est clairement établie entre les troubles mentaux et les maladies chroniques. Les troubles physiques augmentent la vulnérabilité aux troubles mentaux.

Les soins primaires en santé mentale peuvent donc fortement contribuer à combler l'écart entre besoins et accès aux soins.¹

Au regard de ces études, il existe une vraie place à prendre par l'IDEL dans ses missions de santé primaire où celui-ci peut intervenir lorsqu'un individu présente un ressenti de trouble de santé. Il pourra alors l'inciter à préciser sa demande de soins, l'orienter et s'assurer que le patient consulte un médecin. Ainsi l'IDEL a un rôle majeur dans la prévention, la promotion et l'éducation à la santé.²

Dès septembre 1978, lors de la déclaration d'ALMA-ATA (cf. annexe II) sur les soins de santé primaires, l'OMS définit la notion de santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité.

Elle met en exergue les soins de santé primaires comme des « soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles avec leur pleine participation dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination.

Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté.

¹ *Bibliographie info psy 2014, volume 90*

² *Biblio Écologie des soins médicaux, carré de White, soins primaires et médecine générale. D. GIET revue médicale liège 2006*

Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et 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 et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire »..... « Les soins primaires font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnes de santé, médecins, infirmières, sages-femmes.....tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité».

En 2001, dans son rapport sur la santé mentale dans le monde, l'OMS a énoncé 10 recommandations dont certaines préconisant de traiter les troubles au niveau des soins primaires, de soigner au sein de la communauté et d'éduquer le grand public.

Notion reprise en janvier 2005 par l'OMS dans son rapport de la conférence interministérielle d'HELSINKI où il est clairement affiché dans la Xème responsabilité de reconnaître et accentuer le rôle central des soins de santé primaires dans la santé mentale.³

Dans ce même rapport un paragraphe est intitulé : garantir l'accès à des soins de santé primaires de qualité aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et constate que dans la plupart des pays de la région européenne, les médecins généralistes et les autres personnels de soins de santé primaires constituent la première et principale sources d'aide pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale courants.

Toutefois, il arrive souvent que ces problèmes ne soient pas détectés à ce niveau et lorsqu'ils sont identifiés, le traitement prescrit n'est pas toujours adapté.

Bon nombre de personnes atteintes de problèmes de santé mentale, notamment celles qui sont vulnérables ou marginalisées, ont du mal à accéder à des services de soins et à rester en contact avec eux.

³ Bibliographie rapport OMS 2001-2005

⁴ Bibliographie plan psychiatrie et santé mentale

De plus, le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 annonce que concernant la santé somatique, l'objectif consiste à mieux prendre en charge l'état de la santé somatique des personnes souffrant de troubles mentaux, en prenant en compte les difficultés spécifiques de ces populations : 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 comme la prise de poids, les pathologies cardio-vasculaires, métaboliques et bucco-dentaire.⁴

D'autre part, un rapport présenté au comité consultatif de santé mentale du 11 avril 2002 réalisé par un groupe de travail relatif à l'évolution des métiers en santé mentale (recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé), distingue 3 niveaux d'interventions afin d'améliorer la réponse aux besoins de santé mentale des personnes.

Il s'agit d'une approche par compétence permettant d'identifier 3 niveaux d'interventions complémentaires à mobiliser pour la prévention, l'urgence, le soin et la (re)insertion en santé mentale :

- Les professionnels du champ sanitaire, spécialisés en psychiatrie
- Les professionnels de soins primaires
- Les intervenants de première ligne auprès de personnes en difficulté psychiques ou atteintes de troubles mentaux

Cette clarification contribue à mieux spécifier le rôle de chacun et à répartir les charges entre les acteurs.

Cette organisation vise à impulser une nouvelle dynamique de prise en charge dans laquelle les partenaires, intervenants de premières lignes et acteurs de soins primaires, sont mieux intégrés, et les besoins et droits des personnes malades de fait mieux pris en compte.

Mieux repérer les personnes en difficulté psychiques pour les orienter, au besoin, vers une prise en charge précoce adaptée.

L'accès aux soins, le plus souvent en urgence et sur le mode de l'hospitalisation, lorsque l'état de santé est très détérioré, devrait ainsi être évité.

Il est essentiel également de permettre aux professionnels non spécialisés de distinguer ce qui relève de la plainte et de la souffrance inhérente à la personne, de ce qui relève de la pathologie. L'objectif étant de ne pas « médicaliser » toute plainte ou souffrance psychique.

Cette organisation permet de renforcer et de valoriser l'impact des interventions de chacun des professionnels sur la prévention en santé mentale, le soin, et l'insertion des personnes en souffrance psychique invalidante et/ou atteintes de troubles mentaux avérés.⁵

Cf annexe III : Schéma groupe de travail relatif à l'évolution des métiers en santé mentale

Dans le cadre de leur rôle propre (*décret n° 2002-193 du 11 février 2002*), les infirmiers ont compétence pour l'aide et le soutien psychologique, la relation d'aide psychologique, la relation d'aide thérapeutique, l'observation et la surveillance des troubles du comportement⁶

Dans un esprit de synthèse et afin d'étayer le rôle de l'IDEL dans un cadre de santé primaire au sein de la santé mentale, nous devons être attentif à la dimension psychologique des personnes lors de la prise en charge sanitaire, en prenant en compte la personne dans sa globalité.

Ainsi dans un rôle de prévention, il est indispensable que l'IDEL sache détecter les troubles mentaux, les traiter correctement et, si nécessaire, orienter les patients vers les services spécialisés.

Cette dimension de repérage des troubles mentaux faisant partie intégrante de ses compétences à évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier.

De part cette compétence, il pourra permettre une détection, un dépistage précoce des troubles, les traiter correctement, gérer une situation d'urgence et permettre une prise en charge adéquate voire un accompagnement et une orientation adaptés à la situation afin d'anticiper une décompensation ou une rechute.

⁵ bibliographie rapport présenté au comité consultatif de santé mentale du 11/04/2002 réalisé par un groupe de travail relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale : recommandation relatives aux modèles de prise en charge de la souffrance psychiatrique jusqu'au trouble mental caractéristique

⁶ Biblio décret n° 2002-2003 DU 11/02/2002

Il s'agit de favoriser une évaluation permettant d'apprécier l'urgence et la gravité de la situation des patients.

Cette approche permet de favoriser un accès aux soins spécialisés compétents dès qu'il est pertinent.

L'IDEL doit pouvoir faciliter l'élaboration de la demande des patients pour une sollicitation du dispositif spécialisé et éviter ainsi des situations d'urgence, voire des hospitalisations en hôpital psychiatrique.

D'autre part, la prise en charge de la santé mentale en soins primaires par l'IDEL permet également de faciliter la prise de contact et la promotion de la santé mentale dans la communauté ainsi que la surveillance et la prise en charge à long terme des personnes affectées.

Dans un cadre de promotion de la santé, l'IDEL a dans ses compétences, l'accompagnement des personnes dans la réalisation de leurs soins quotidiens.

Il s'agit d'adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps mais aussi d'identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique.

Il faut aussi parfois associer pathologie mentale et personnes ayant l'habitude de la grande précarité comme le met en évidence Jean FURTOS dans son article intitulé « quelques aspect de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires ». Il nous y explique que l'un des signes fréquent du syndrome d'auto-exclusion est l'incurie, ou l'absence de souci de soi.

La négligence va porter sur l'hygiène, le fait de se nourrir, le fait de sortir de chez soi, avec un repli, des problèmes de santé, un isolement qui aboutissent à la mort en l'absence d'intervention de tiers bienveillants.

Ce tiers peut être l'IDEL qui permettra d'éviter dans la mesure du possible incurie, syndrome de Diogène, isolement, ostracisme, comorbidité.

Le syndrome de Diogène se caractérise par une négligence parfois extrême de l'hygiène corporelle et domestique, une accumulation d'objets hétéroclites, nommée également

syllomanie, un déni de son état, un isolement social, un refus d'aide, une personnalité pré-morbide.

Dans ce contexte, l'IDEL par son soutien, son conseil, sa présence, sa relation d'aide, ses soins adaptés dans le CURE (prodiguer des soins) comme dans le CARE (prendre soin) favorisera un maintien à domicile favorable au RECOVERY de la personne, à son insertion et à sa bonne santé mentale.⁷

De manière plus globale, l'IDEL aura pour mission la gestion des « perdus de vue » et éviter les ruptures de lien de part sa permanence et sa disponibilité sur le terrain.

Il est alors un acteur majeur dans la proximité et la continuité des soins qui permettra ainsi une relation dans la durée.

Une autre compétence dévolue à l'IDEL est de mettre en œuvre des actions à visées diagnostiques et thérapeutiques.

Il s'agit d'organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements.

En effet, il existe des traitements efficaces pour certains troubles mentaux qui peuvent être administrés par des intervenants en soins primaires. L'IDEL peut alors délivrer des médicaments psychotropes et assurer des interventions psychothérapeutiques simples dans le cas de troubles mentaux courants (voire de certains troubles graves), en particulier les personnes souffrant de troubles mentaux chroniques stables qui ne vivent pas en milieu hospitalier et qui doivent prendre en permanence des psychotropes.

Ce système présente un double avantage : il est plus simple pour les patients et fournir un traitement et des soins au niveau des soins de santé primaires implique une diminution des hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques. Nous pourrions envisager un troisième avantage abordé dans l'article « Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale » qui relate que lorsqu'ils sont dispensés en soins primaires, les services de santé mentale minimisent la stigmatisation et la discrimination.

⁷ bibliographie quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires Jean FURTOS + syndrome de DIOGENE WIKIPEDIA

La prise en charge de la santé mentale en soins primaires favoriserait le respect des droits humains. Cette notion avait été suggérée également dans le rapport d'HELSINKI de l'OMS en janvier 2005 :

« S'il est un environnement dans lequel il est important de traiter et de soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, c'est celui des soins de santé primaire et ce, pour la raison suivante : la stigmatisation liée au fait d'avoir recours à des services de santé mentale fonctionnant de manière autonome y est moins nette ».

L'IDEL joue également un rôle dans l'éducation à la santé par l'accompagnement du patient dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement.

Ceci permettra d'aider la personne à acquérir des ressources personnelles visant à son autonomie et son indépendance dans la communauté. Ces programmes d'éducation du patient visent à promouvoir l'EMPOWERMENT de celui-ci (capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle, cf annexe IV) et à favoriser la réhabilitation psycho-sociale, au sens large du terme, dans la mesure où ils permettent l'insertion, la citoyenneté, la qualité de vie, la dignité, l'accès à une formation et au travail et plus généralement la lutte contre la fatalité, l'abandon et la relégation dont sont trop souvent victimes les personnes vivant avec des troubles psychiques.

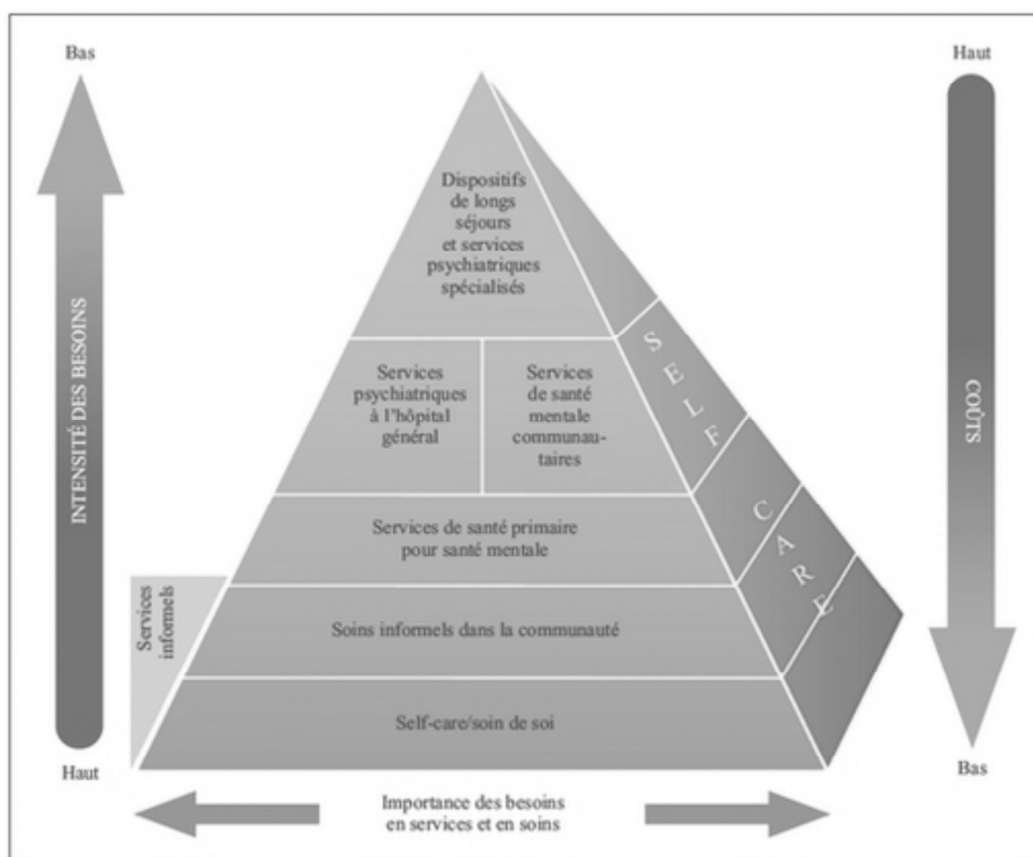
Notions chères à Michel FOUCAULT et Denise JODELET dans son ouvrage « *trajectoires institutionnelles et sociales de prise en charge* » où elle décrit la valeur « *travail* ».

Toutefois, l'IDEL ne peut pas se contenter d'être uniquement un acteur de santé primaire.

L'idée émise par l'OMS serait de favoriser la transition du personnel des soins de santé primaires d'un rôle essentiellement limité aux problèmes physiques à une perspective plus globale des soins de santé qui englobe à la fois la santé physique et la santé mentale. Il s'agirait d'intégrer la santé mentale dans la santé publique et les soins psychiatriques dans les soins de santé primaires intégrés dans la cité.

Les soins primaires sont considérés comme le premier niveau de soins au sein du système de santé officiel. Cependant, pour être pleinement efficaces, les soins primaires pour la santé mentale doivent être complétés par d'autres niveaux de soins, ceux-ci comprenant des composants de soins secondaires.

Les intervenants en soins primaires doivent être en mesure d'identifier et de gérer les troubles mentaux. Ils doivent pouvoir répondre aux besoins en santé à la fois au niveau somatique et psychique. Ils doivent être formés à la gestion des troubles mentaux, être capable de fournir des informations générales du bien-être, de dépistage et de gestion des problèmes de santé, améliorer l'observance au traitement et optimiser la réussite des projets thérapeutiques, adopter une approche basée sur le rétablissement (RECOVERY), accompagner les individus dans la compréhension de leur condition et d'identifier ce qui les aide à se rétablir ; faciliter l'accès aux activités et stimuler les relations sociales, aider les personnes à accéder à l'emploi, l'éducation, aux services sociaux et au logement.



Pyramide OMS des soins en santé mentale

Afin de favoriser de véritables prises en charges conjointes, somatiques et psychiques, il est essentiel de renforcer la compétence des infirmiers de services somatiques par une dimension spécifique concernant le suivi de personnes atteintes de troubles mentaux. Ces doubles prises

en charge permettent en effet, une prise en compte du patient dans la globalité de ses besoins et le cas échéant, la continuité des soins psychiatriques initiées avant le suivi somatique.

Dans ce contexte, l'IDEL n'ayant pas obligatoirement toutes les compétences nécessaires à une prise en charge globale : soins somatiques et soins de santé mentale doit forcément s'appuyer sur des outils.

4.2 - Outils

En 2008, pour répondre au manque de soins dont pâtissent les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'institution de substances psychoactives, l'OMS a lancé le programme d'action combler les lacunes en santé mentale (mhGAP : Mental Health Gap Action Programme).

La plupart des pathologies mentales, neurologiques ou liées à l'utilisation de substances psychoactives responsables d'une morbidité et d'une mortalité importante peuvent être prises en charge par des prestataires de soins de santé non spécialisées.

Il convient donc d'accroître la capacité des systèmes de soins primaires à délivrer des modules de soins intégrés, par le biais de formations, d'un soutien ou d'une supervision.

Dans cette optique, le guide d'intervention mhGAP (Gi-mhGAP) élaboré pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées est un outil technique pour la mise en œuvre du programme d'action mhGAP.

Le guide d'intervention mhGAP a été élaboré à partir d'un processus d'examen intensif des données probantes dans le domaine.

Des mesures systématiques ont été réalisées pour mettre au point des recommandations reposant sur une base factuelle. Le processus d'élaboration du guide a fait appel à un groupe d'experts internationaux pour la mise au point de recommandations de l'OMS.

Le Gi-mhGAP a été élaboré pour être utilisé dans des structures de soins de santé non spécialisés. Il propose de bonnes pratiques cliniques pour régir les interactions entre prestataires de soins et personnes consultants pour des problèmes de santé mentale.

Le guide d'intervention mhGAP contient des recommandations reposant sur les données factuelles pour identifier et prendre en charge un certain nombre de pathologies prioritaires.

Les recommandations prioritaires portent sur la prise en charge de la dépression, la psychose, les troubles bipolaires, l'épilepsie, la démence, les troubles du développement et du comportement chez les enfants et les adolescents, les troubles liés à la consommation d'alcool, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, les conduites auto agressives/suicidaires et les autres plaintes institutionnelles importantes ou médicalement inexpliquées.

Ces pathologies prioritaires ont été sélectionnées en raison de l'importante charge de morbidité, de mortalité et d'incapacité qu'elles entraînent, de leur coût économique élevé et des violations des droits humains qui leur sont associées.

(Cf annexe V)

Toutefois, le Gi-mhGAP indique en détail ce qu'il faut faire mais ne tente pas d'expliquer comment faire.

Il importe que les prestataires de soins non spécialisés soient formés, supervisés et aidés pour utiliser le Gi-mhGAP dans l'évaluation et la prise en charge de personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou liés à la prise de substances psychoactives.

L'IDEL doit donc s'inscrire dans une démarche de formation pluridisciplinaire et d'évaluation des pratiques.

En psychiatrie, les missions sont très liées à l'expérience et se construisent dans la confrontation des pratiques où il n'y a jamais une seule manière de faire, autoconstruction permanente toujours en lien avec l'histoire individuelle et collective.

Les savoirs sont liés et ajustés à la complexité des situations rencontrées, complémentaires mais bien différents des savoirs constitués de procédures techniques académiques.

Il est donc essentiel que cette construction de savoir, tout au long de la vie professionnelle, soit reconnue, facilitée, structurée.

A ce titre, le lancement du développement professionnel continu (DPC) représente une véritable opportunité.

Le DPC permet de décloisonner ces démarches, puisqu'un programme de formation DPC peut rassembler des médecins, des personnels paramédicaux et même des non soignants. Il transcende les clivages ville/hôpital. Les professionnels doivent se saisir du DPC pour réduire les ruptures entre les savoirs, entre les professionnels et les modes d'exercice.⁸

Ces programmes de développement professionnel continu commun entre professionnel spécialisés dans les soins de santé mentale et ceux spécialisés dans les soins de santé primaire, permettent une coordination des dispositifs de soins psychiatriques et somatiques et dynamisent un travail de partenariat au long cours.

4.3 – Réseaux / Partenariat

Comme le mettait en évidence le résultat de l'enquête, l'IDEL est perçu comme un acteur de santé étant en relation avec d'autres acteurs de soin et notamment le système de soins en psychiatrie.

Afin de développer cette notion, nous partirons d'un exemple de réseau sur le territoire du 11^{ème} arrondissement de MARSEILLE.

Mr. D. atteint de troubles psychiques est adressé par son médecin généraliste à un IDEL dans le but d'un suivi quotidien dans le cadre d'une prise en charge d'aide à la toilette, surveillance de la prise du traitement.

Mr. D. vit seul dans un logement social, a une certaine indépendance et est également suivi par un CMP où il consulte mensuellement un médecin psychiatre qui lui renouvelle son traitement psychiatrique.

Mr. D. a peu d'activité et passe des journées entières chez lui à fumer. Ses rares sorties se soldent par des achats compulsifs et dispendieux (plusieurs ordinateurs, télévisions ou téléphones portables)

Rapidement, son état psychique se dégrade malgré l'observance du traitement que l'IDEL va chercher à la pharmacie du quartier.

Un premier contact est pris avec son médecin traitant et dans le même temps avec le CMP qui le suit.

⁸ Cf Annexe VI

Un rendez-vous au CMP est convenu mais Mr. D. ne s'y rend pas et refuse de voir son médecin traitant.

Son état de santé se dégradant, une prise de contact est réalisée par l'IDEL avec le service hospitalier qui le suivait. Une hospitalisation est alors prévue de concert entre l'IDEL, le CMP et le service de psychiatrie. Mr. D. accepte après discussion. L'IDEL appelle une ambulance et Mr. D. est hospitalisé.

A sa sortie, 21 jours après, Mr. D. est stabilisé. L'IDEL lui propose alors de prendre contact avec un hôpital de jour privé du 11^{ème} arrondissement dans le but d'avoir une activité et ne plus passer des journées au fond de son lit. L'idée le séduit et s'y rend avec plaisir.

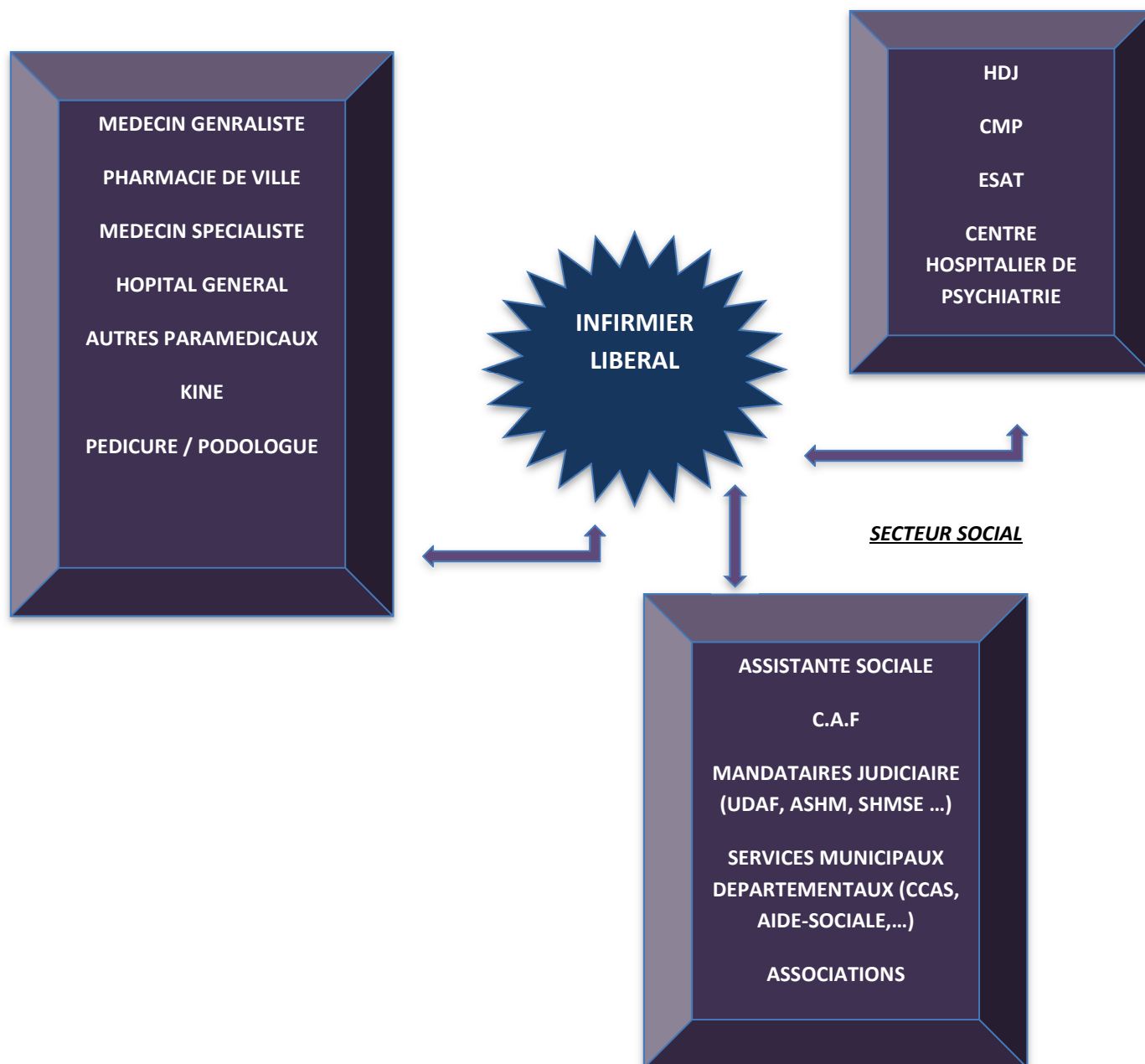
Sur les conseils de l'IDEL, Mr. D. a pris contact au sein de l'HDJ avec l'assistance sociale dans le but de mettre en place une mesure de protection.

A ce jour, Mr. D. est sous curatelle, il se rend tous les jours de la semaine à l'HDJ par ses propres moyens, passe certains week-end en dehors de MARSEILLE chez une amie... et envisage l'arrêt du tabac.

Nous pouvons ainsi établir le schéma suivant :

SECTEUR MEDICAL
SOMATIQUE

SECTEUR MEDICAL
PSYCHIATRIQUE



CAF : Caisse d'Allocations Familiales

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

ASHM : Association de Soutien au handicap Mental et psychique

SHMSE : Société d'Hygiène Mentale du Sud-Est

CCAS : Centre Communale d'Action Sociale

Nous voyons donc que l'IDEL se place dans un rôle de coordination essentiel afin de faciliter et d'améliorer l'accès aux soins, le bien-être général, social de la personne atteinte de trouble psychique avec pour finalité de favoriser dans un premier temps le maintien à domicile et dans un cadre plus général le processus de RECOVERY de la personne.

Cette notion est largement évoquée dans la littérature.

Dans l'article « de la psychiatrie vers la santé mentale » extrait du rapport des Dr Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT remis à Bernard KOUCHNER en 2001, il y est énoncé certains principes généraux :

« C'est la société donc les services de santé mentale qui doivent s'adapter aux besoins des patients et non le contraire. Il faut passer d'une logique d'institution à une logique de santé, c'est-à-dire, à une logique de réseau.

Il s'agit de gérer des personnes plus que des incidents ponctuels »... , afin de passer de la psychiatrie à la santé mentale, il est alors proposé « une mutation du dispositif de psychiatrie qui permette d'aller vers les personnes malades ou souffrantes, avec les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux et avec les élus locaux. La logique doit être de type réseau, plus que de type institutionnelle. Cela nécessite une sorte de « révolution psychiatrique » qui redéfinisse les rôles des différents soignants et confie plus de responsabilités à tous les paramédicaux » .

Cela devrait permettre :

- D'éviter la rupture avec l'environnement des personnes
- De diminuer le recours à l'hospitalisation à temps complet
- De travailler dans le cadre de réseaux ville-hôpital
- D'assurer la continuité des soins et d'éviter les ruptures si fréquentes dans les prises en charge.

Les bases d'une prise en charge en santé mentale sont donc posées et place l'IDEL en 1^{ère} ligne face aux troubles psychiques.⁹

⁹ Bibliographie VST Vie Sociale et traitements 4/2001 n° 72 « de la psychiatrie vers la santé mentale » extrait du rapport des Dr Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT Editeur ERES

Nous retrouvons cette idée dans l'article « psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale » où le Dr Jean-Luc ROELANDT fait des propositions pour la France et prône « la nécessité d'une réforme en profondeur de la médecine et un développement plus massif des réseaux ville-hôpital, mettre en relation l'ensemble des professionnels de la santé, soins primaires et communautaires avec les professionnels hospitaliers, mettre en œuvre des processus de prévention communs, créer un véritable continuum social entre services sociaux, médecine générale et spécialisée, paramédicaux, hôpital.

L'intégration de la psychiatrie dans les dispositifs généraux suppose de garantir l'accès au logement, loisir, travail, réseaux sociaux, c'est un travail en commun des infirmiers de secteurs de psychiatrie et de leurs collègues libéraux conventionnés ».

Egalement, le 10 février 2003, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le Professeur Jean-François MATTEI a confié au Dr Philippe CLERY-MELIN une mission dont l'objectif était de proposer un plan d'actions ciblé sur la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale. Il y prône alors une nouvelle organisation composée de territoire de santé correspondant à 3 secteurs et où l'organisation fédérative entre secteurs sera ainsi favorisée en lien avec le dispositif privé libéral, le secteur médico- social, le secteur médico pédagogique, par voie de conventions.

La mission propose de rapprocher les professionnels dans des coopérations ou des réseaux public-privé- libéral à l'échelle des territoires de santé, pour qu'ils deviennent dans la collaboration avec les tutelles, les véritables promoteurs des nouvelles organisations des soins.

Dans ce cadre, les tutelles auront l'obligation à la fois de se décentrer et de laisser davantage d'initiatives au terrain.

De plus, comme le souligne le groupe de travail du 11 avril 2002 relatif à l'évolution des métiers en santé mentale, les réseaux fondés sur les nécessités des différents exercices doivent avoir pour objectif d'améliorer les prises en charges. Ainsi, l'instauration de temps d'analyse conjointe des pratiques interprofessionnelles ou inter-institutionnelles contribue à la prévention, au soin et à la (ré) insertion des personnes en souffrance, en dehors de toute situation d'urgence ou dramatisée.

Les réseaux sont ici entendus au sens de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article 84) rappelée ci-dessous :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers ».

Néanmoins, il est important de distinguer :

- Le travail en réseau permettant de favoriser un cadre de cohérence et de complémentarité pour les interventions spécifiques de chaque institution ou professionnel libéral impliqués dans la prise en charge des personnes en souffrance et/ou atteintes de troubles mentaux.
- Le travail partenarial de professionnels autour d'une prise en charge particulière d'une personne en souffrance et/ou atteinte de troubles mentaux.

Il est donc, en effet, primordial que ce travail de réseau se formalise et que nous passions d'un système de réseaux spontanés et informels à un système de partenariats structurés et conventionnés offrant une amélioration de la qualité de la prestation issue du travail en réseau.

Car le réseau est une structure sociale ou médico-sociale transversale mise en œuvre pour répondre à une injonction ou à un besoin.

A contrario, le partenariat est une démarche volontaire et coopérative où un groupe s'engage à travailler ensemble sur un projet commun.

Il permet la réciprocité des échanges entre les acteurs aux valeurs communes permettant une plus grande cohérence de leur intervention face aux usagers.

Le partenariat induit la notion de valeurs partagées, d'opérationnalités qui se traduisent au travers de chartes et de conventions.

Comme le précise le plan psychiatrie et santé mentale de 2011, les offres sanitaires, médico-sociales et sociales doivent être articulées, notamment grâce aux conventions prévues par la

loi du 5 juillet 2011 afin d'organiser sur le territoire une offre cohérente, non redondante ouverte aux réalités sociales et médico-sociales des maladies mentales et du handicap psychique et à son inscription dans la société civile.

Préconiser le développement de partenariats a pour objectif d'améliorer les circuits de prise en charge pour mieux répondre aux besoins et favoriser la continuité des soins :

En organisant la mise en relation entre les différents intervenants afin de renforcer l'impact de leurs interventions respectives

En optimisant le recours au spécialiste en psychiatrie

En rendant une place visible à chacun des professionnels dans les équipes de secteurs de psychiatrie ou d'institution médico-sociale et dans l'offre de soins libérale ambulatoire.

Le partenariat répond à la question :

Qui fait quoi ? Et permet de poser la place de l'IDEL au sein du système de soin afin de permettre une meilleure lisibilité de ses actions tant vis à vis des autres professionnels que des patient.¹⁰

Ainsi, l'IDEL dans un rôle de sentinelle et de proximité permet la coordination de l'ensemble des acteurs partenaires évoluant autour du patient, c'est un pivot, une pierre angulaire du système, un référent au sens attribué dans le rapport d'Edouard COUTY de 2009, au sein des groupements locaux de coopération.

L'IDEL fait fonction de case management (gestion des cas), concept né dans les années 1970 du constat de la nécessité de coordonner les services médicosociaux autour des personnes présentant un trouble psychique et vivant dans la communauté. Le case management est un référent orientant et coordonnant tous les services dont a besoin la personne.

Nous avons donc pu établir qu'une prise en charge efficiente d'un patient souffrant de troubles psychiques ne peut se suffire de relais « personne dépendants » informels et spontanés et il est grand temps de formaliser les relations établis entre les différents professionnels de santé par des partenariats conventionnés ayant une existence juridique.

¹⁰ Cf *fiche intervenants et métiers en santé mentale du groupe de travail relatif à l'évolution des métiers en santé mentale (annexe VII)*

A l'instar, des médecins généralistes, les IDEL devraient se doter d'une charte de partenariat établie entre eux et la psychiatrie de secteur (Cf annexe VIII).

Dans cette charte serait spécifié l'identification d'un infirmier libéral « référent » à chaque patient, favorisant l'échange, la transmission d'information sur les traitements, l'état de santé somatique et psychologique du patient, ses rendez-vous, ses hospitalisations, ses demandes, ses besoins.

Le but étant de passer d'une logique de relais à une logique de collaboration puis aboutir à une logique de coopération qui implique un degré minimum d'engagement et de confiance réciproque.

La coopération pluriprofessionnelle est la nécessité de coordonner plusieurs professionnels de santé pour améliorer la prise en charge de maladies chroniques, en accélérant le diagnostic, en ciblant par des thérapeutiques efficaces et rapides et en surveillant l'observance thérapeutique, la compliance de ces traitements et des patients, avec une qualité de vie maximisée, pour en faciliter la prise en charge, l'amélioration, la stabilisation, voire la rémission de cette pathologie chronique.

Favoriser la coordination des partenaires et la complémentarité des opérateurs permet de garantir une continuité d'accompagnement.

La règle serait de ne pas avoir des partenaires mais ETRE partenaire, c'est à dire passer de la pluriprofessionnalité à la transprofessionnalité.

La pluriprofessionnalité consistant à faire concourir à un même objectif plusieurs professionnels de professions différentes. Elle utilise les complémentarités des savoirs et des compétences pour améliorer la résolution des problèmes rencontrés.

Alors que la transprofessionnalité permet à des professionnels à l'identité fortement affirmée de savoir, pour un problème déterminé, à quel type d'apport il pouvait s'attendre de la part de quel professionnel.

En parallèle de l'élaboration d'une charte entre profession, il serait opportun de mettre à disposition du patient une plaquette que nous pourrions nommer « plaquette réseau » sur laquelle figurerait l'ensemble des partenaires avec leur nom et leur fonction afin de promouvoir la lisibilité des différents acteurs pour le patient.

Dans le même état d'esprit pour une prise en charge pluriprofessionnelle adaptée et efficace, les URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé) Nord-Pas de Calais ont créées une carte de coordination des soins dans une logique de parcours (Cf annexe IX)

Elle facilite la coopération des professionnels de ville et favorise le lien avec les établissements.

Cet outil a vocation à être rempli par l'utilisateur qui y inscrit le nom et les coordonnées des professionnels libéraux et des structures qui le suivent. La carte se présente sous format papier et fera prochainement l'objet d'une adaptation sous forme d'application smartphone.

Cette carte de coordination pourrait se développer sur l'ensemble du territoire.

De plus, d'ici fin 2016, tous les affiliés à la sécurité sociale auront la possibilité de créer leur dossier médical personnel (DMP) sur leur carte vitale sans forcément passer par leur médecin traitant a annoncé le 17 septembre 2015, Yvon MERLIERE, directeur du projet DMP à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

L'ensemble des professionnels du parcours de santé pourront y avoir accès. Ce sera au patient d'indiquer s'il ne veut pas qu'un professionnel le consulte.

L'utilisation de ces outils laissés au libre choix du patient, permet aux individus de prendre des décisions, des initiatives et à exercer un contrôle sur leur vie personnelle, à développer leur EMPOWERMENT.

D'autre part, l'article 51 de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009 permet la mise en place de transferts de compétence.

Ainsi, dans le cadre de Maisons de Santé ou de pôles de santé pluridisciplinaires, l'IDEL pourrait être amené à pratiquer des consultations infirmières avancées axées sur du soutien psychologique, sur la réhabilitation psycho-sociale, le rétablissement ou sur l'éducation thérapeutique d'autant plus, que ces compétences relèvent de son décret de compétence.

Lors de ces consultations, l'IDEL serait à même d'utiliser certains outils dont le Gi-mhGAP ou l'outil d'évaluation MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) s'il le maîtrise (Cf annexe X)

Enfin, l'IDEL à sa place et doit s'impliquer au sein des conseils locaux de santé mentale (CLSM) instaurés par la loi HPST.

Les CLSM sont des instances de concertation et de propositions qui doivent renforcer, structurer et légitimer le travail de partenariat local qui existe sur les territoires.

Leur création permet d'aller plus loin qu'un travail en commun sur des cas repérés en permettant aux partenaires de prendre du recul et de se doter d'une culture commune pour construire dans la durée une véritable politique locale de santé mentale territoriale.

Les CLSM restent un outil créatif et innovant dont le but principal est d'initier des réflexions multipartenariales, afin d'apporter des réponses et des projets améliorant les problématiques de santé mentale du territoire.

Ils permettent de décroiser la prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique, de dénouer à plusieurs des situations complexes et d'apporter un autre regard sur la santé mentale dans la ville.

Leurs COPIL (Comité de Pilotage) sont composés de plusieurs membres représentatifs des élus locaux, de la santé mentale, du médico-social, des associations ou institutions.

Les COPIL se réunissent pour accompagner les groupes de réflexion, initier de nouveaux projets, définir la politique de communication et mettre en œuvre des actions de prévention sur le territoire.

L'IDEL peut donc intégrer les COPIL des CLSM et participer aux groupes de travail.

L'ensemble de ces dispositifs, actions et projets a pour objectif de favoriser un parcours de soins et une prise en charge optimale du patient afin d'assurer la meilleure continuité des soins possible et d'éviter toute rupture de prise en charge.

Leur mise en application permettra de favoriser le maintien à domicile, l'autonomie de la personne, la destigmatisation ; conditions sine qua none de l'insertion et de l'inclusion sociale.

Toutefois, l'insertion sociale ne pourra se faire sans une collaboration, une co-construction étroite entre les usagers et les professionnels ancrés sur un travail en commun concernant les situations quotidiennes de soins. Cette notion est développée dans le rapport de Claire COMPAGNON du 14 février 2014 « pour l'an II de la Démocratie sanitaire

Bibliographie

- ¹ Info psy 2014, volume 90
- ² Écologie des soins médicaux, carré de White, soins primaires et médecine générale - Déclaration d'ALMA-ATA
- ³ Rapport OMS 2001-2005
- ⁴ Plan psychiatrie et santé mentale
- ⁵ Rapport présenté au comité consultatif de santé mentale du 11/04/2002 réalisé par un groupe de travail relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale : recommandation relatives aux modèles de prise en charge de la souffrance psychiatrique jusqu'au trouble mental caractéristique
- ⁶ Décret n° 2002-2003 DU 11/02/2002
- ⁷ Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires Jean FURTOS + syndrome de DIOGENE WIKPEDIA
- ⁹VST Vie Sociale et traitements 4/2001 n° 72 « de la psychiatrie vers la santé mentale extrait du rapport des Dr Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT Editeur ERES
- Rapport d' Edouard COUTY de janvier 2009 : missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie.
- Guide d'intervention mhGAP – OMS 2010 version 1.0
- mhGAP : Programme d'action - OMS 2008
- Rapport Claire COMPAGNON du 14 février 2014, Pour l'an II de la démocratie sanitaire

Livres

- Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la formation Edition Berger Levrault
- L'information psychiatrique, Edition John Libbey
- Trajectoires institutionnelles et sociales de prise en charge, Denise JODELET, Editions Puf.
- Manuel de diagnostics infirmiers, Carpenito-Moyet, Editions Elsevier Masson

- La clinique en soins infirmiers, vers des pratiques innovantes, Mireille Saint-Etienne, Editions De Boeck Estem
- Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, septembre 2003, Revue française des affaires sociales 1/2004, Editions la doc française, auteurs Philippe CLERY-MELUN, Jean-Charles PASCAL, Viviane KOVESS-MASFETY
- Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale, Revue française des affaires sociales, 1/2004, Editions la doc, auteurs Jean-Luc ROELANDT

Sites internet

- <http://www.sante.gouv>
- <http://www.legifrance.fr>
- <http://www.collegemedicaldefrance.fr>
- <http://www.infirmiers.com/actualites>
- <http://googlescolar.com>
- <http://www.cairn.info/resume.php>

Cours

- Santé primaire et santé mentale communautaire, cours du Docteur DEFROMONT Laurent, Dr VERRIEST Olivier et M. MARCHE Charles, le 27/03/2015
- Place de la santé mentale communautaire en médecine générale, M. MILLERET Gérard et Mme BENRADIA Imane, du 27/03/2015

UNIVERSITE LILLE 2

UNIVERSITE PARIS 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année : 2015

***Se reconnaître et se faire reconnaître en tant
qu’infirmier libéral en santé mentale dans la
communauté***

RESUME :

Qu’elle est la place de l’infirmier libéral dans la santé mentale communautaire ?

La question mérite d’être posée car, à ce jour, son rôle est encore flou, méconnu et/ou peu identifié.

Ce mémoire essaye avec modestie de définir cette place et d’apporter plus de visibilité notamment auprès des usagers.

Pour ce faire, une étude a été menée en direction de personnes souffrant de troubles psychiques afin de définir le positionnement qu’ils accordaient à l’Infirmier Diplômé d’Etat Libéral et ses liens éventuels avec d’autres professionnels ou structures.

Une enquête sous forme de questionnaire a été réalisée.

Il en résulte que l'IDEL et un acteur de soins, qu'il n'est pas perçu comme un soignant en psychiatrie.

Qu'il est en relation avec d'autres acteurs du système de santé et permet le lien avec d'autres professionnels sanitaire, sociaux ou structures.

L'IDEL se positionne donc comme un acteur de soins prépondérant dans le système de santé et plus particulièrement dans le cadre de la santé primaire.

Cependant, la vision dichotomique mettant en parallèle santé primaire et santé mentale ne peut suffire dans une prise en charge du patient dans sa globalité.

L'IDEL est donc amené à intégrer des soins secondaires dans ses compétences et devoir utiliser certains outils et être en relation étroite avec d'autres professionnels de santé dans un cadre de réseaux, et plus formellement dans un cadre de partenariat.

Il est alors essentiel qu'une étroite collaboration soit effective entre l'IDEL et la psychiatrie, que celui-ci s'implique dans les conseils locaux de santé mentale, que des outils soient développés et que des consultations infirmières avancées soient réalisées afin de permettre une prise en charge des usagers favorisant leur rétablissement et développant leur empowerment.

Mots clés : usagers / infirmier libéral / soins primaires / santé mentale communautaire / pluriprofessionnalité