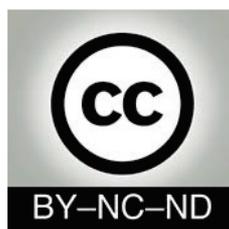




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1
FACULTE DE PHARMACIE
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

2020

THESE n°6

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 21 janvier 2020

Par M. AULAGNON Etienne

Né le 18/02/1995

A LYON

**PRISE EN CHARGE DU PATIENT SUIVI EN PSYCHIATRIE : DEPLOIEMENT DU LIEN VILLE-
HOPITAL AUTOUR DU CH LE VINATIER ET DEVELOPPEMENT D'UN OUTIL DE
COMMUNICATION**

JURY

Président de Jury : Mr ZIMMER Luc Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Directrice de thèse : Mme MEGARD Rachel, Docteur en Pharmacie, Praticien Hospitalier

Membre du jury : Mme GILOUX Natalie, Docteur en Médecine, Psychiatre, Praticien Hospitalier

Membre du jury : Mme MALACHANE Anne-Sophie, Docteur en Pharmacie

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

- Président de l'Université Frédéric FLEURY
- Présidence du Conseil Académique Hamda BEN HADID
- Vice-Président du Conseil d'Administration Didier REVEL
- Vice-Président de la Commission Recherche Fabrice VALLEE
- Vice-Président de la Formation et de la Vie Universitaire Philippe CHEVALIER

Composantes de l'Université Claude Bernard Lyon 1

SANTE

| | |
|---|------------------------------------|
| UFR de Médecine Lyon Est | Directeur : Gilles RODE |
| UFR de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux | Directrice : Carole BURILLON |
| Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques | Directrice : Christine VINCIGUERRA |
| UFR d'Odontologie | Directrice : Dominique SEUX |
| Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR) | Directeur : Xavier PERROT |
| Département de formation et centre de recherche en Biologie Humaine | Directrice : Anne-Marie SCHOTT |

SCIENCES ET TECHNOLOGIES

| | |
|--|----------------------------------|
| Faculté des Sciences et Technologies | Directeur : M. Fabien DE MARCHI |
| UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) | Directeur : M. Yannick VANPOULLE |
| Polytech Lyon | Directeur : M. Emmanuel PERRIN |
| I.U.T. LYON 1 | Directeur : M. Christophe VITON |
| Institut des Sciences Financières et d'Assurance (ISFA) | Directeur : M. Nicolas LEBOISNE |
| ESPE | Directeur : M. Alain MOUGNIOTTE |
| Observatoire des Sciences de l'Univers | Directrice : Mme Isabelle DANIEL |

LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUE ET PHARMACIE GALENIQUE

• **CHIMIE ANALYTIQUE, GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE**

Monsieur Raphaël TERREUX (Pr)
Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)
Madame Anne DENUZIERE (MCU)
Monsieur Lars-Petter JORDHEIM (MCU-HDR)
Madame Christelle MACHON (MCU-PH)
Monsieur Waël ZEINYEYEH (MCU)

• **PHARMACIE GALENIQUE -COSMETOLOGIE**

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)
Madame Stéphanie BRIANCON (Pr)
Madame Françoise FALSON (Pr)
Monsieur Fabrice PIROT (PU - PH)
Monsieur Eyad AL MOUAZEN (MCU)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Ghania HAMDY-DEGOBERT (MCU-HDR)
Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)
Madame Giovanna LOLLO (MCU)
Madame Jacqueline RESENDE DE AZEVEDO (MCU)
Monsieur Damien SALMON (MCU-PH)

• **BIOPHYSIQUE**

Madame Laurence HEINRICH (MCU)
Monsieur David KRYZA (MCU-PH-HDR)
Madame Sophie LANCELOT (MCU - PH)
Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (Pr)
Madame Elise LEVIGOUREUX (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

• **DROIT DE LA SANTE**

Madame Valérie SIRANYAN (Pr)
Madame Sarah PERIE-FREY (ATER)

• **ECONOMIE DE LA SANTE**

Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (MCU - HDR)
Madame Carole SIANI (MCU – HDR)
Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU)

• **INFORMATION ET DOCUMENTATION**

Monsieur Pascal BADOR (MCU - HDR)

• **INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE ET DISPOSITIFS MEDICAUX**

Monsieur Xavier ARMOIRY (PU-PH)
Madame Claire GAILLARD (MCU)
Madame Delphine HOEGY (AHU)

- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**

Madame Alexandra CLAYER-MONTEBAULT (MCU)
Monsieur Vincent GROS (MCU - enseignant contractuel temps partiel)
Madame Audrey JANOLY-DUMENIL (MCU-PH)
Madame Pascale PREYNAT (MCU - enseignant contractuel temps partiel)

- **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**

Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU-PH-HDR)
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)
Madame Marie-Paule GUSTIN (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MEDICAMENT

- **CHIMIE ORGANIQUE**

Monsieur Pascal NEBOIS (Pr)
Madame Nadia WALCHSHOFER (Pr)
Monsieur Zouhair BOUAZIZ (MCU - HDR)
Madame Christelle MARMINON (MCU)
Madame Sylvie RADIX (MCU -HDR)
Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU - HDR)

- **CHIMIE THERAPEUTIQUE**

Monsieur Marc LEBORGNE (Pr)
Monsieur Thierry LOMBERGET (Pr)
Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU - HDR)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)

- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**

Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (Pr)
Madame Anne-Emmanuelle HAY DE BETTIGNIES (MCU)
Madame Isabelle KERZAON (MCU)
Monsieur Serge MICHALET (MCU)

- **PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT**

Madame Roselyne BOULIEU (PU – PH)
Madame Catherine RIOUFOL (PU- PH)
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU - PH)
Madame Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX (MCU-PH)
Madame Céline PRUNET-SPANO (MCU)
Madame Florence RANCHON (MCU-PH)
Monsieur Teddy NOVAIS (AHU)
Monsieur Florian VAUTRIN (ATER)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

- **TOXICOLOGIE**

Monsieur Jérôme GUITTON (PU – PH)
Madame Léa PAYEN (PU-PH)
Monsieur Bruno FOUILLET (MCU)

- **PHYSIOLOGIE**

Monsieur Christian BARRES (Pr)
Madame Kiao Ling LIU (MCU)
Monsieur Ming LO (MCU - HDR)

- **PHARMACOLOGIE**

Monsieur Sylvain GOUTELLE (PU - PH)
Monsieur Michel TOD (PU – PH)
Monsieur Luc ZIMMER (PU – PH)
Monsieur Roger BESANCON (MCU)
Monsieur Laurent BOURGUIGNON (MCU-PH)
Madame Evelyne CHANUT (MCU)
Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)
Madame Dominique MARCEL CHATELAIN (MCU-HDR)

- **COMMUNICATION**

Monsieur Ronald GUILLOUX (MCU)

- **ENSEIGNANTS CONTRACTUELS TEMPS PARTIEL**

Monsieur Olivier CATALA (Pr - enseignant contractuel temps partiel)
Madame Anne INIGO PILLET (MCU - enseignant contractuel temps partiel)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**

Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)
Monsieur Sébastien VIEL (MCU-PH)
Madame Morgane GOSSEZ (AHU)

- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**

Madame Christine VINCIGUERRA (PU - PH)
Madame Brigitte DURAND (MCU - PH)
Madame Sarah HUET (MCU-PH)
Monsieur Yohann JOURDY (MCU-PH)

- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES**

Monsieur Frédéric LAURENT (PU-PH)
Madame Florence MORFIN (PU – PH)
Madame Veronica RODRIGUEZ-NAVA (Pr)
Monsieur Didier BLAHA (MCU-HDR)
Madame Ghislaine DESCOURS (MCU-PH)
Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU-PH)
Madame Emilie FROBERT (MCU - PH)
Monsieur Jérôme JOSSE (MCU)

- **PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MEDICALE**

Monsieur Philippe LAWTON (Pr)
Madame Nathalie ALLIOLI (MCU)
Madame Samira AZZOUZ-MAACHE (MCU - HDR)
Madame Camille LOURS (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES B

- **BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE - BIOTECHNOLOGIE**

Madame Pascale COHEN (Pr)
Madame Caroline MOYRET-LALLE (Pr)
Monsieur Alain PUISIEUX (PU - PH)
Madame Emilie BLOND (MCU-PH)
Monsieur Karim CHIKH (MCU - PH)
Madame Carole FERRARO-PEYRET (MCU - PH-HDR)
Monsieur Boyan GRIGOROV (MCU)
Monsieur Hubert LINCET (MCU-HDR)
Monsieur Olivier MEURETTE (MCU)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)
Monsieur Anthony FOURIER (AHU)
Monsieur Alexandre JANIN (AHU)

- **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Bénédicte COUPAT-GOUTALAND (MCU)
Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU - HDR)

INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE DE LYON

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)
Monsieur Philippe LAWTON (Pr)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
Madame Alexandra MONTEBAULT (MCU)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Marie-Françoise KLUCKER (MCU- enseignant contractuel temps partiel)
Madame Valérie VOIRON (MCU- enseignant contractuel temps partiel)

Pr : Professeur

PU-PH : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

MCU : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

HDR : Habilitation à Diriger des Recherches

AHU : Assistant Hospitalier Universitaire

REMERCIEMENTS

Ce travail de thèse a été le cadre de rencontres professionnelles et personnelles importantes et enrichissantes.

Je remercie tout d'abord le Professeur Luc ZIMMER et le Docteur Rachel MEGARD d'avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse en assurant respectivement la présidence du jury et la direction de celui-ci.

Merci encore au Docteur Rachel MEGARD pour son accueil au sein de son service, sa disponibilité, sa réactivité et son investissement qui ont grandement participé à la bonne conduite de ce travail.

Je remercie le Docteur Natalie GILOUX pour son apport décisif dans la construction de l'outil et des projets développés, sa disponibilité, son investissement et son accueil au sein de son service lors de mes travaux.

Je remercie le Docteur Anne-Sophie MALACHANNE pour son apport décisif dans les projets de ce travail de thèse, sa disponibilité et son investissement.

Je remercie le Professeur Thierry D'AMATO pour son accueil dans les services de son pôle, et son investissement dans la mise en place des projets de ce travail de thèse.

Je remercie également, le Professeur Nicolas FRANCK, pour sa disponibilité et son expertise dans la construction de l'outil développé dans ce travail de thèse.

Je remercie également Maxime CHRETIEN et Anne-Fleur PEREZ qui ont participé à la mise en place des différents projets de ce travail de thèse.

Merci à tous les acteurs et professionnels qui ont participé à ce travail de thèse et l'ont rendu possible.

Enfin, je tiens à remercier tous les proches qui ont su m'accompagner dans ce travail au quotidien. Un grand merci à ma famille, mes amis, et tous ceux que j'aime qui ont su m'aider par leur présence, leur soutien, de près ou de loin.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 15 |
| PARTIE 1 : LE PARCOURS DE SOINS EN PSYCHIATRIE : UN MODELE PROPICE A LA MISE EN PLACE D'UNE COOPERATION VILLE-HOPITAL | 17 |
| 1. DOCUMENTS DE REFERENCE ACTUELS CONCERNANT LA POLITIQUE DE SANTE ET LA SANTE MENTALE | 17 |
| 1.1 Stratégie nationale de santé 2018-2022..... | 17 |
| 1.1.1 Présentation générale de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 | 17 |
| 1.1.2 Notions clés pour la thématique du lien ville-hôpital en santé mentale | 18 |
| 1.1.3 Notions complémentaires concernant la thématique du lien ville-hôpital en santé mentale..... | 19 |
| 1.2 Projet Régional de Santé 2018-2028 (Auvergne-Rhône-Alpes)..... | 21 |
| 1.2.1 Continuité du parcours de soins et organisations innovantes | 22 |
| 1.2.2 Le numérique et le parcours de soins | 26 |
| 1.2.3 Place de l'usager dans le parcours de soins..... | 27 |
| 1.3 Autres documents de références actuels concernant la santé mentale et convergence entre les documents..... | 28 |
| 1.4 La stratégie ma santé 2022 | 31 |
| 1.4.1 Engagements concernant la coordination des professionnels de proximité..... | 33 |
| 1.4.2 Engagements concernant le numérique..... | 34 |
| 1.4.3 Engagements concernant la santé mentale | 35 |
| 2. ORGANISATION DES SOINS EN PSYCHIATRIE..... | 36 |
| 2.1 Le dispositif de sectorisation en psychiatrie et son histoire | 36 |
| 2.1.1 Origine de l'organisation des soins | 36 |
| 2.1.2 Le dispositif issu de la circulaire n°340 du 15 mars 1960..... | 36 |
| 2.1.3 Mise en place du dispositif à partir de 1960..... | 37 |
| 2.1.4 Evolution et légalisation du secteur | 39 |
| 2.2 Le dispositif actuel de sectorisation | 40 |
| 2.2.1 Le secteur en intra-hospitalier..... | 40 |
| 2.2.2 Le secteur en extrahospitalier | 41 |
| 3. UNE COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE VILLE-HOPITAL NECESSAIRE ET SOUHAITEE EN PSYCHIATRIE AVEC ET PAR LES PHARMACIENS D'OFFICINE | 42 |
| 3.1 Enquête auprès des pharmaciens d'officine : état des lieux sur les besoins et attentes des pharmaciens d'officine en termes de santé mentale | 42 |

| | |
|--|----|
| 3.1.1 Méthodologie..... | 42 |
| 3.1.2 Résultats..... | 43 |
| 3.1.3 Discussion..... | 45 |
| 3.2 <i>Etat des lieux des relations entre officines et centres médico-psychologiques.....</i> | 46 |
| 3.2.1 Matériel et méthodes..... | 47 |
| 3.2.2 Population..... | 48 |
| 3.2.3 Prise de contact et réalisation des entretiens..... | 48 |
| 3.2.4 Résultats..... | 48 |
| 3.2.5 Discussion et perspectives..... | 51 |
| 3.3 <i>Etat des lieux du rôle du pharmacien auprès du patient suivi en psychiatrie : au quotidien et dans le cadre d'une coopération interprofessionnelle.....</i> | 52 |
| 3.3.1 Collaborations et implication des pharmaciens d'officine en psychiatrie, existantes ou ayant fait l'objet d'un essai..... | 53 |
| 3.3.2 Freins et leviers concernant l'implication du pharmacien d'officine dans le parcours patient en psychiatrie..... | 57 |
| 3.3.3 Les perspectives concernant l'implication du pharmacien dans le parcours patient en psychiatrie..... | 59 |

PARTIE 2 : MISE EN PLACE DU LIEN-VILLE-HOPITAL A TRAVERS UN OUTIL : LE GUIDE DE PARCOURS ET TRAITEMENT EN VILLE ET A L'HOPITAL.....60

| | |
|--|-----|
| 1. PREMIERE RENCONTRE VILLE-HOPITAL..... | 60 |
| 1.1 <i>Contexte et objectifs.....</i> | 60 |
| 1.2 <i>Déroulement de la rencontre.....</i> | 60 |
| 2. MISE EN PLACE D'UN GUIDE PATIENT DE PARCOURS VILLE-HOPITAL..... | 61 |
| 2.1 <i>Origine du projet et ébauche.....</i> | 61 |
| 2.2 <i>Démarche de construction de l'outil.....</i> | 64 |
| 2.3 <i>Présentation, contenu et sources.....</i> | 65 |
| 2.3.1 <i>Présentation générale.....</i> | 65 |
| 2.3.2 <i>Livret de suivi.....</i> | 74 |
| 2.3.3 <i>Livret d'information.....</i> | 83 |
| 2.4 <i>Modalités de validation et d'évaluation du guide patient.....</i> | 103 |
| 2.5 <i>Pérennisation de l'outil : Etude de faisabilité d'un projet d'application mobile.....</i> | 104 |
| 2.5.1 <i>Contexte et enjeux en santé mobile.....</i> | 104 |
| 2.5.2 <i>Etude des besoins dans un échantillon de patients en CMP.....</i> | 109 |
| 2.5.3 <i>Conclusions et prévisions pour l'avenir de l'outil.....</i> | 115 |
| 3. DEUXIEME RENCONTRE VILLE-HOPITAL..... | 116 |

| | | |
|--|--|------------|
| 3.1 | <i>Contexte et objectifs</i> | 116 |
| 3.2 | <i>Déroulement de la rencontre</i> | 117 |
| 3.2.1 | Première partie | 118 |
| 3.2.2 | Seconde partie..... | 118 |
| | Conclusions | 119 |
| PARTIE 3 : EBAUCHE D’UN PROJET DE COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE IMPLIQUANT LE PHARMACIEN D’OFFICINE AUTOUR DU CH LE VINATIER..... | | 120 |
| 1. | LES ORGANISMES DE COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE | 120 |
| 1.1 | <i>Les organismes de coopération interprofessionnelle issus de la loi de réforme de notre système de santé de 2016</i> | 120 |
| 1.1.1 | Les réseaux de santé | 121 |
| 1.1.2 | Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)..... | 123 |
| 1.1.3 | Les équipes de soins primaires (ESP) | 125 |
| 1.1.4 | Un exemple de communauté professionnelle territoriale de santé : Le pôle santé Paris 13, CPTS du 13 ^{ème} arrondissement de Paris | 126 |
| 1.2 | <i>Les dispositifs de coordination pluriprofessionnelle en santé mentale</i> | 130 |
| 1.2.1 | Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) | 130 |
| 1.2.2 | Les communautés psychiatriques territoriales (CPT)..... | 135 |
| 2. | LA SITUATION AUTOUR DU CH LE VINATIER..... | 139 |
| 2.1 | <i>La situation du Vinatier</i> | 139 |
| 2.2 | <i>Le CH Le Vinatier et son environnement</i> | 141 |
| 3. | MISE EN PLACE D’UNE COOPERATION VILLE-HOPITAL EN PSYCHIATRIE IMPLIQUANT LES OFFICINAUX..... | 144 |
| 3.1 | <i>Contexte, cadre de réflexion et enjeux de la démarche</i> | 144 |
| 3.2 | <i>Freins et leviers de mise en place</i> | 147 |
| 3.3 | <i>Etat actuel du projet et avenir</i> | 149 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | | 154 |
| ANNEXES | | 159 |
| PRISE EN CHARGE DU PATIENT SUIVI EN PSYCHIATRIE : DEPLOIEMENT DU LIEN VILLE-HOPITAL AU TOUR DU CH LE VINATIER ET DEVELOPPEMENT D’UN OUTIL DE COMMUNICATION | | 166 |

INDEX DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1: Pathologies rencontrées en officine | 43 |
| Figure 2: Raisons du besoin d'information concernant les pathologies..... | 44 |
| Figure 3: Raisons du besoin d'information concernant le patient..... | 44 |
| Figure 4 : Raisons du besoin d'information concernant les traitements | 44 |
| Figure 5: moyens d'échange souhaités avec les acteurs hospitaliers | 45 |
| Figure 6 : Schéma de présentation de l'ébauche de carnet de liaison | 63 |
| Figure 7 : Page concernant les urgences issue (Guide patient) | 67 |
| Figure 8 : Page concernant les structures d'entraide (Guide patient)..... | 68 |
| Figure 9 : Page présentant les structures de secours (guide patient) | 69 |
| Figure 10 : Pages présentant les associations d'usagers et d'aidants (Guide patient) | 71 |
| Figure 11 : Pages concernant les structures téléphoniques et d'accompagnement à la vie sociale (Guide patient)..... | 72 |
| Figure 12 : Pages présentant la Maison départementale des personnes handicapée du Rhône (Guide patient)..... | 73 |
| Figure 13 : Répertoire des professionnels de santé (Guide patient) | 75 |
| Figure 14 : Pages présentant le suivi dans le parcours patient en psychiatrie (Guide patient) | 76 |
| Figure 15 : Tableaux récapitulatifs des traitements (Guide patient) | 77 |
| Figure 16 : Page récapitulative des rendez-vous (Guide patient)..... | 78 |
| Figure 17 : Tableaux de suivi du poids, du périmètre abdominal et courbe de poids (Guide patient) | 79 |
| Figure 18 : tableau de recensement des bilans biologiques (Guide patient) | 80 |
| Figure 19 : Pages d'annotations personnelles (Guide patient) | 81 |
| Figure 20 : calendrier d'injection retard (Guide patient)..... | 82 |
| Figure 21 : Chapitre protection juridique et sociale (Guide patient)..... | 83 |
| Figure 22 : Présentation de la santé mentale et ses troubles (Guide patient) | 84 |
| Figure 23 : Pages informatives concernant les troubles de l'humeur (Guide patient)..... | 85 |

| | |
|---|-----|
| Figure 24: chapitre concernant les troubles schizophrénique (Guide patient) | 86 |
| Figure 25 : Chapitre concernant les troubles anxieux (Guide patient) | 87 |
| Figure 26 : Chapitre concernant les troubles du comportement alimentaire | 88 |
| Figure 27: Chapitre concernant le trouble de la personnalité borderline et les troubles du spectre autistique (Guide patient)..... | 89 |
| Figure 28: Chapitre sur les addictions et les troubles psychiques (Guide patient)..... | 90 |
| Figure 29 : Chapitre concernant les troubles du sommeil (Guide patient) | 91 |
| Figure 30 : Section concernant la prise en charge des troubles psychiques | 92 |
| Figure 31 : présentation générale de la réhabilitation psychosociale et ses étapes (Guide patient) | 93 |
| Figure 32: prises en charge accompagnant la réhabilitation psychosociale | 94 |
| Figure 33: accompagnement des familles et proches (Guide patient)..... | 95 |
| Figure 34 : la communication autour des traitements et son importance | 96 |
| Figure 35: Adhésion aux traitements et conseils généraux sur la gestion de ceux-ci (Guide patient) | 97 |
| Figure 36: Effets bénéfiques et indésirables des traitements (Guide patient) | 98 |
| Figure 37: Effets indésirables des traitements et recommandations hygiéno-diététiques (Guide patient) .. | 99 |
| Figure 38 : médicaments et conduite automobile (Guide patient)..... | 100 |
| Figure 39: Grossesse et maladie psychique (Guide patient)..... | 101 |
| Figure 40: Questionnaire support de l'étude de besoin d'un outil digitalisé dans la population du CMP Persoz | 110 |
| Figure 41 : Répartition de la population étudiée selon l'âge (%)..... | 111 |
| Figure 42: Patients souhaitant avoir accès à une application mobile et répartition selon l'âge | 112 |
| Figure 43: L'utilité d'un support et préférence selon le type de support (%)..... | 113 |
| Figure 44 : Fonctionnalités utiles selon les patients..... | 114 |
| Figure 45: Cartographie des secteurs adultes du CH Le Vinatier (71)..... | 139 |
| Figure 46: Modèle d'organisation et de fonctionnement des pôles au CH Le Vinatier..... | 141 |
| Figure 47: Méthodologie d'élaboration du PTSM du Rhône (73)..... | 143 |
| Figure 48: Acteurs impliqués dans la démarche et rôle attendu de chacun..... | 151 |

INDEX DES TABLEAUX

| | |
|--|-----|
| Tableau 1: Points de rupture issus du SRS Auvergne Rhône-Alpes | 23 |
| Tableau 2 : comparaison des actions proposées à travers les documents de référence | 29 |
| Tableau 3 : Bonnes pratiques pour la conception d'une application mobile | 105 |
| Tableau 4 : domaines d'évaluation du référentiel de bonnes pratiques sur les applications et objets connectés (HAS) | 108 |
| Tableau 5 : Objectifs et réponses du pôle santé Paris 13 | 129 |
| Tableau 6 : Objectifs opérationnels et stratégiques d'un CLSM..... | 130 |
| Tableau 7 : Dispositifs issus de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 | 136 |
| Tableau 8 : Enjeux et bénéfices attendus d'une coopération interprofessionnelle autour du parcours patient en psychiatrie..... | 146 |
| Tableau 9 : Objectifs opérationnels de l'objectif spécifique 1 du projet de coordination..... | 149 |
| Tableau 10 : Objectifs opérationnels de l'objectif spécifique 2 du projet de coordination..... | 150 |
| Tableau 11 : Objectifs opérationnels de l'objectif spécifique 3 du projet de coordination..... | 150 |

LISTE DES ABREVIATIONS

SNS : Stratégie Nationale de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

DMP : Dossier Médical Partagé

PRS : Projet Régional de Santé

SRS : Schéma Régional de Santé

COS : Cadre d'Orientation Stratégique

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes démunies

ARS : Agence régionale de santé

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

HDJ : Hôpital De Jour

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

CMP : Centre Médico Psychologique

ESP : Equipe de Soins Primaires

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

PTA : Plateforme Territorial d'Appui

HAD : Hospitalisation A Domicile

EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

BDSP : Base de Données en Santé Publique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

FVHPB : Fédération Ville-Hôpital des Pharmaciens de Bretagne

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

ADAPT : Association pour le Développement des Aides Pédagogiques et Technologiques

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

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

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

PSLA : Pôle de Santé Libéraux et Ambulatoires

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

TNS : Traitement Nicotinique de Substitution

DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale

ASV : Atelier Santé Ville

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

SISM : Semaine d'Information sur la Santé Mentale

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

EHESP : Ecole de Haute Etudes en Santé Publique

FNAPSY : Fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatry

AVK : Anti-Vitamine K

ETP : Education Thérapeutique du Patient

Introduction

La prise en charge des patients en psychiatrie est en pleine évolution et restructuration. En témoigne la reconnaissance de la psychiatrie et de la santé mentale comme priorités nationales pour la Ministre de la santé et des solidarités Agnès Buzyn. Dans le même temps, la prise en charge des patients en ambulatoire voit s’instaurer une logique organisationnelle interprofessionnelle, à laquelle le pharmacien d’officine participe. Il peut apercevoir dans cette dynamique une opportunité pour continuer de renforcer son rôle de professionnel de santé de proximité et la communication avec les autres acteurs de la prise en charge, qui est nécessaire à l’articulation des parcours souvent complexes des patients.

L’accompagnement des patients en psychiatrie par les pharmaciens n’est pas des plus développés actuellement. Il en est de même de la connaissance par le pharmacien d’officine concernant la psychiatrie, ses enjeux, son fonctionnement et son organisation, et le parcours de ses patients. Pour autant, le pharmacien d’officine dispose de compétences qu’il est intéressant de mobiliser afin d’optimiser la prise en charge actuelle des patients en psychiatrie, tout en renforçant ou créant les liens avec les acteurs de la prise en charge en psychiatrie. C’est sur ce constat que se base ce travail de thèse dont le but est de pouvoir poser les bases d’une coopération interprofessionnelle impliquant le pharmacien d’officine.

De nouvelles missions ont été attribuées au pharmacien d’officine comme la vaccination antigrippale récemment, et la conduite d’entretiens thématiques concernant l’asthme, la prise en charge par anticoagulants, ou encore les bilans partagés de médication depuis quelques années. Celles-ci valorisent des compétences d’éducation thérapeutique, de prévention, d’accompagnement du patient dans la gestion de sa prise en charge. L’objectif de cette démarche de coopération en psychiatrie initiée dans ce travail de thèse est de pouvoir permettre une valorisation des compétences de l’officinal dans le domaine de la psychiatrie également.

Une première partie présente le contexte et concerne d’abord les différents textes de référence en psychiatrie et en politique sanitaire actuelle, le parcours patient en psychiatrie, son historique et son organisation actuelle sont ensuite détaillés. Dans un troisième temps, l’implication actuelle et l’implication souhaitée du pharmacien d’officine en psychiatrie sont abordées à travers deux travaux de thèse et un état des lieux de ces deux implications à partir de la littérature scientifique disponible.

Une seconde partie concerne les moyens de communication envisagés. Le premier est un outil de communication porté par les patients eux même et servant aussi à la communication interprofessionnelle. Celui-ci se présente sous la forme d'un guide patient en deux livrets, l'un destiné à l'information du patient et de son entourage, l'autre destiné au suivi du patient dans le cadre de sa prise en charge. L'élaboration de cet outil, les étapes de développement ainsi que son évaluation et son avenir sont détaillés. En parallèle, deux rencontres interprofessionnelles sur ce thème ont déjà été organisées.

Une dernière partie concerne la mise en place de la coopération interprofessionnelle en psychiatrie impliquant le pharmacien d'officine. Les différents modes de coopération actuels du système sanitaire et ceux propres à la psychiatrie constituent un premier point de développement. Un second point est consacré au contexte de l'établissement du Vinatier et les liens actuellement établis avec son environnement. Une troisième partie présente le projet de coopération dans son état actuel, le travail de réflexion associé, le groupe de travail dédié à sa mise en place, les facteurs ayant influencés ce travail, ainsi que les perspectives pour ce projet à terme.

PARTIE 1 : Le parcours de soins en psychiatrie : un modèle propice à la mise en place d'une coopération ville-hôpital

1. Documents de référence actuels concernant la politique de santé et la santé mentale

1.1 Stratégie nationale de santé 2018-2022

1.1.1 Présentation générale de la Stratégie nationale de santé 2018-2022

Ce document a pour but d'orienter les actions mises en place par les acteurs de santé, au niveau national, selon des besoins identifiés et priorités. La Stratégie nationale de santé (1) cherche à répondre aux problèmes identifiés par le rapport du Haut conseil de la santé publique (2) :

- Les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques
- L'augmentation des risques d'exposition de la population aux risques infectieux
- **L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences**
- **L'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux**

D'après ce rapport, l'enjeu consiste à engager une lutte contre les inégalités socio-territoriales en santé, par une approche basée sur des territoires impliquant usagers et citoyens.

Cette stratégie se décline en quatre axes principaux qui sont les suivants :

- 1) « Mettre en place une politique de **promotion de la santé**, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie »
- 2) « Lutter contre les **inégalités sociales et territoriales** d'accès à la santé »
- 3) « Garantir **la qualité, la sécurité et la pertinence** des prises en charge à **chaque étape** du parcours de santé »
- 4) « **Innover** pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers »

En complément de ces axes, des dispositions particulières sont prises pour les populations spécifiques que sont les enfants, adolescents et jeunes adultes. De même, les territoires d’Outre-Mer et la Corse disposent de stratégies qui leur sont propres.

1.1.2 Notions clés pour la thématique du lien ville-hôpital en santé mentale

Le troisième axe de cette stratégie intitulé « **Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charges à chaque étape du parcours de santé** » développe des propositions concernant des notions clés à propos du lien ville-hôpital. Il prône l’amélioration de la **transversalité**, la **continuité des parcours de soins en santé mentale**, et une meilleure gestion de la **transition ville-hôpital**. C’est donc une logique **d’interprofessionnalité** et de **décloisonnement** qui est proposée au niveau national, qu’elle soit médico-sociale ou entre la ville et l’hôpital.

1.1.2.1 Transversalité et continuité des parcours en santé mentale

La prise en charge ambulatoire est développée depuis 1960 avec la publication de la circulaire définissant le dispositif du secteur en psychiatrie. Mais il reste à compléter ce dispositif par une transversalité entre tous les acteurs participants à la prise en charge en santé mentale, pour améliorer l’accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux. La **préservation de l’autonomie de l’usager** est un objectif principal de la mise en place d’une **coordination et d’une coopération entre ces acteurs**.

Cette approche transversale passe par l’adoption de certaines mesures de **promotion** (santé mentale, bien-être), de **prévention** (troubles mentaux), des mesures concernant **l’accès aux soins et la prise en charge, et l’éducation thérapeutique**. Elle impliquera également un versant médico-social, axé sur la **réhabilitation psychosociale** ou **l’accompagnement médico-social** du handicap psychique. Enfin, la **formation** des professionnels, ainsi que **l’innovation** et la **recherche** seront aussi concernés par cette approche.

La **promotion du bien-être mental** est basée sur des déterminants personnels comme les compétences psycho-sociales. **L’amélioration des conditions de vie** des personnes ayant un trouble psychique, ainsi que leur **inclusion sociale et citoyenne** sont recherchées. L’incitation est forte et

implique la **création de nouveaux groupes d'entraide mutuelle**, la **lutte contre la stigmatisation**, et l'aide à l'**accès à l'emploi et à la formation** professionnelle.

1.1.2.2 Transition ville-hôpital et continuité des parcours en santé mentale

La logique de progrès et de modernisation est propre à chaque secteur de l'offre sanitaire et médico-sociale. Cependant, ces secteurs doivent être complémentaires dans leur démarche, afin d'offrir une bonne **lisibilité** et une bonne **cohérence des parcours** dessinés par ces évolutions. Les points de vigilance de ces parcours concernent notamment la **gestion de la transition ville-hôpital**, des **interventions au domicile** et l'**anticipation des complications** des pathologies. Le choix du **juste niveau de recours** en fonction de la situation est une démarche qui aidera à la continuité des parcours.

Pour appuyer cette démarche de continuité des parcours, les **évolutions organisationnelles** des professionnels souhaitant se coordonner seront soutenues. Les **solutions numériques**, comme les **messageries sécurisées** ou les **dossiers médico-partagés**, destinées à fluidifier les échanges d'informations seront promues. La **simplification et la convergence des dispositifs** d'appui à la **coordination territoriale** rendront ceux-ci plus lisibles aux acteurs des parcours de santé, professionnels ou usagers. Le **renforcement de la continuité des parcours entre soins de ville, soins en établissements de santé** ou établissements et services médico-sociaux est envisagé. Celui de la prise en charge à domicile également. Ceux-ci se traduiront par une « poursuite du virage ambulatoire » et un investissement dans la « modernisation et l'interopérabilité des systèmes d'information ».

1.1.3 Notions complémentaires concernant la thématique du lien ville-hôpital en santé mentale

D'autres notions sont complémentaires à celles citées ci-dessus, des notions plus transversales, que l'on retrouve mentionnées dans les actions des trois autres axes de la Stratégie Nationale en Santé.

1.1.3.1 Projets et organisations innovantes

La construction de projets et d'organisations innovantes est développée à travers deux propositions. La première est la suivante : « **Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover** ». De manière générale, cette proposition entend aider les acteurs des territoires à **mettre leurs capacités en commun** pour développer des projets **adaptés** à la situation de

leur territoire d'exercice. Parmi les actions correspondant à cette proposition, on peut notamment retenir la promotion de la **co-construction au niveau régional et territorial de projets d'animation et d'aménagement**. Celle-ci pouvant être appuyée par une politique de **soutien à l'exercice coordonné** via le fond d'intervention régional.

La seconde proposition concernant la construction de projets et d'organisations innovantes est de « **faciliter l'émergence et la diffusion des organisations innovantes** ». L'émergence de projets innovants d'organisation notamment concernant le parcours de soins du patient ou le mode de financement de ces organisations est souhaitée. Un **accompagnement de la part des responsables régionaux** est vivement encouragé. Les professionnels devront faire preuve **d'initiative**, en **coopérant entre secteur privé et public**, structures de **prévention et de prise en charge**, **associations** et **élus locaux**. Ces expérimentations seront évaluées et diffusées si leur efficacité est jugée satisfaisante.

1.1.3.2 Innovations numériques

Une première proposition concernant les outils numériques est la **généralisation de leur usage** auprès des acteurs du système de santé, qu'ils soient **usagers, professionnels** de santé ou **intervenants médico-sociaux**. Pour cela, il faudra d'abord assurer une **bonne couverture numérique** de l'ensemble du territoire. La définition d'un **cadre éthique et l'utilisation de la télémédecine**, comprenant les téléconsultations et télé-expertises est une autre action prioritaire liée à la généralisation du numérique. La création de **dossiers patients communs** pour les différents intervenants en santé et un partage sécurisé des données de santé sont à favoriser. Les outils numériques peuvent aussi être envisagés **comme soutien à la coordination des professionnels**. Concernant les usagers, il faudrait permettre un **usage de services numériques** afin de faciliter l'accès à des services comme la **prise de rendez-vous**, l'obtention d'un **conseil médical**, le **renouvellement d'une ordonnance** ou encore la **transmission d'une information à un professionnel**.

Une seconde proposition concerne le **soutien apporté au développement des outils** numériques utilisés par les professionnels et les usagers. Une **révision du cadre financier pour l'innovation** est prévue afin de concentrer les ressources disponibles sur des projets prometteurs. Cela permettra le **regroupement de projets proches** et un **changement d'échelle** plus aisé de ceux-ci. Un encouragement des **partenariats privé-public** permettra de **faciliter l'innovation** concernant le secteur de la santé

numérique. La coordination des acteurs de développement et d'accompagnement doit être amélioré pour augmenter le nombre de projets réussis.

Enfin, une accélération de l'innovation numérique est prévue, notamment par le **déploiement du Dossier Médical Partagé**, la proposition d'une **offre d'éducation pour la santé et de services numériques personnalisés d'éducation thérapeutique** et le développement de services numérique de **prévention et de suivi des pathologies chroniques**. Les expérimentations locales seront encore une fois soutenues dans le développement de ces solutions numériques.

1.1.3.3 Usagers, acteurs de leur parcours de santé

La réaffirmation du rôle des usagers comme acteurs de leur parcours est une « exigence citoyenne et un enjeu majeur pour la réussite de notre politique de santé ». Une des grandes mesures envisagées est le développement d'un **service public d'information en santé** pour aider les usagers à se repérer dans le système de santé, à connaître et exercer leurs droits. Une autre nécessité est de **permettre un accès au numérique pour faciliter l'expression collective** et la **participation** des usagers à la **veille sanitaire** et à l'amélioration de la **sécurité** et de la **qualité** de l'offre de santé. Cela aidera également à **adapter les supports de communication et d'information dans des langues étrangères répandues** en France.

1.2 *Projet Régional de Santé 2018-2028 (Auvergne-Rhône-Alpes)*

Le Projet Régional de Santé est élaboré selon les axes principaux de la **Stratégie Nationale de Santé**, en adaptant ceux-ci aux besoins spécifiques identifiés au niveau de la région. Il se compose de quatre documents. En premier, le Cadre d'orientation stratégique (COS) définit des objectifs généraux à 10 ans pour la région. Ceux-ci sont déclinés sous forme d'objectifs opérationnels à 5 ans dans le Schéma Régional de Santé (SRS). En plus de ces documents on retrouve en fin les modalités de suivi et d'évaluation du Schéma Régional de Santé, ainsi que le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS). On peut accéder à ces documents par le site de l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes, compilés dans le Recueil des actes administratif spécial N°84-2018-070 (3). Nous ne développerons ici que les objectifs du COS et du SRS faisant écho à ceux que nous avons identifiés comme étant en lien avec notre problématique dans la Stratégie Nationale de Santé.

Dès les premières lignes du Cadre d’Orientation Stratégique, le parcours de santé est projeté à l’horizon 2028 comme un parcours basé sur une médecine 4P : Personnalisée, Préventive, Prédicative et Participative. En conséquence, ce sera un parcours nécessitant une bonne continuité entre les différents acteurs, assurée par des organisations innovantes de coordination, appuyées par des outils de communication et d’information innovants, et dont l’usager sera l’acteur principal. Le numérique aura un rôle prépondérant dans la mise en place de ce parcours de santé.

1.2.1 Continuité du parcours de soins et organisations innovantes

Pour envisager ce parcours de santé basé sur une médecine 4P, une des conditions est d’améliorer les relations entre la ville et l’hôpital, et de manière plus générale, de coordonner les professionnels du parcours, afin d’en assurer la continuité. Ceci se fera notamment par des moyens d’organisation et de financement innovants.

L’ARS Auvergne-Rhône-Alpes prévoit deux objectifs stratégiques en vue d’accompagner ces innovations. D’abord, aider à **l’évaluation des dispositifs innovants**, étape indispensable à la transposition voire à la pérennisation de ces dispositifs. Cette évaluation doit impliquer à la fois les professionnels et les usagers concernés par le dispositif. L’organisation de journées régionales sur la thématique comme il en existe actuellement pour la qualité et la gestion des risques peut être envisagée. Le deuxième objectif est **d’aider à la pérennisation des dispositifs innovants**, certains champs d’action ayant tendance à voir des expérimentations les concernant se renouveler, à défaut d’être pérennes. Pour soutenir cette pérennisation, un partenariat entre l’Agence Régional de Santé et l’Assurance Maladie est souhaitable.

Concernant le parcours de soins de manière générale, nous pouvons retenir les trois objectifs prioritaires suivants, issus du SRS. Renforcer le rôle des professionnels de ville et des associations de patients dans la prévention secondaire et tertiaire des pathologies chroniques, et améliorer la coordination et la transversalité des prises en charge. En réponse à ces objectifs, le soutien à la coordination des parcours complexes est proposé par l’ARS, en encourageant le développement des messageries sécurisées notamment.

La santé mentale étant une priorité nationale, le 6^{ème} objectif principal du SRS lui est consacré : « Améliorer la précocité du repérage, du dépistage et du diagnostic en santé mentale dans un enjeu de renforcement de la précocité des interventions, dans une approche éthique respectueuse des droits des usagers en situation de maladie mentale et de leurs familles ». Un volet lui est entièrement consacré dans ce SRS, qui la décrit comme un enjeu majeur. Il identifie plusieurs points de rupture dans le parcours de soins du patient en santé mentale.

Tableau 1: Points de rupture issus du SRS Auvergne Rhône-Alpes

| Points de rupture identifiés | Causes majeures de la rupture à ce point | Réponse à apporter |
|--|---|--|
| Manque de lisibilité des dispositifs par les partenaires, les usagers et leurs proches. Manque de structuration adéquate des dispositifs | Acteurs, pratiques et champs d'intervention multiples . Cloisonnement des pratiques | Rendre plus lisible le parcours en santé mentale et renforcer la coordination des dispositifs et intervenants |
| Stigmatisation des troubles mentaux par les professionnels de santé non spécialisés dans ce domaine et par la population générale | Connaissances réservées aux initiés Image négative des troubles mentaux | Informé et sensibiliser la population, les acteurs locaux et les professionnels de santé à la question de la santé mentale |
| Défaut de promotion de la santé mentale , notamment chez les jeunes , dans les milieux de la petite enfance, durant la scolarité, et en milieu universitaire | Le lien entre santé mentale positive et développement lors de la petite enfance n'est pas assez mis en valeurs dans les pratiques et organisations | Renforcer les actions de promotion de la santé en milieu scolaire Renforcer les actions de soutien à la parentalité |
| Déficit de repérage et de traitement des situations d' incuries | Phénomène peu visible , ayant lieu chez des gens parfois non diagnostiqués | Renforcer le repérage de ces situations |
| Manque de repérage des situations de précarité | Lien insuffisamment poussé avec des professionnels de ce domaine | |
| Repérage et dépistage insuffisants ou tardifs des troubles psychiques, du risque suicidaire | Manque de formation des professionnels sur ces sujets | Renforcer les formations initiales et continues sur cette thématique |

| Points de rupture identifiés | Causes majeures de la rupture à ce point | Réponse à apporter |
|--|--|---|
| Manque de repérage et de prévention du risque suicidaire | Acteurs locaux et professionnels insuffisamment formés et informés Manque de connaissance des ressources existantes et d'interconnaissances des métiers Développement insuffisant de la post-vention | Renforcer la prévention du suicide, la détection des signes de souffrance psychique et le suivi de suite d'hospitalisation après une tentative de suicide |
| Difficultés d'accessibilité à l'accompagnement et à la prise en charge en santé mentale | Absence d'accès aux droits et à la prévention des publics précaires. Manque d'information et de compréhension de la maladie. Eloignement et enclavement des zones isolées et à faible densité de psychiatre Isolement, éloignement , difficultés à se déplacer des patients | Favoriser l'accès au diagnostic précoce des troubles mentaux et le recours aux avis spécialisés pour les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) , les médecins généralistes, établissements médico-sociaux Mieux gérer les sorties d'hospitalisation notamment pour les personnes âgées |
| Difficultés d'accès aux soins spécifiques et aux avis spécialisés | Manque d'articulation entre services et établissements , notamment en pédopsychiatrie, psychiatrie de la personne âgée. Manque d'accès à un avis de psychiatre pour les médecins généralistes , lors de consultations à domicile ou en cabinet. | Mieux gérer les sorties d'hospitalisation notamment pour les personnes âgées |
| Coordination insuffisante des professionnels autour des usagers, quel que soit leur âge | Méconnaissance des champs d'intervention de chacun Carence d' articulation entre acteurs et dispositifs Absences de culture commune et diversité des pratiques | Développer l'interconnaissance des différents métiers et consolider les formations initiales ou continues |

| Points de rupture identifiés | Causes majeures de la rupture à ce point | Réponse à apporter |
|--|--|--|
| Déficit d'offres adaptées au parcours | <p>Taux de recours trop faible à l'hôpital de jour (HDJ)</p> <p>Manque d'alternatives à l'hospitalisation et rareté de leur utilisation</p> <p>Manque d'offre et de places pour les personnes handicapées psychiques en SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés) et SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale).</p> | <p>Garantir les services et les soins minimaux sur les territoires</p> <p>Rééquilibrer l'offre hospitalière et développer des dispositifs de prise en charge pertinents : accès plus rapide aux CMP, équipes de liaison</p> |
| <p>Prise en charge inappropriée de l'urgence</p> <p>Manque d'anticipation dans la gestion des crises</p> | <p>Recours inadéquats aux services d'urgence</p> <p>Pratiques inadaptées de prises en charge en urgence</p> | <p>Mieux gérer les situations de crise et d'urgence psychiatrique</p> |
| <p>Défaut concernant l'environnement et le parcours de vie des personnes vivant avec un trouble psychique</p> | <p>Défaut de scolarisation et de maintien en milieu ordinaire des jeunes vivants avec un trouble psychique</p> <p>Déficit de solution de logement adapté ou de droit commun pour les personnes vivants avec des troubles psychiques chroniques</p> <p>Carence d'accès à l'emploi adapté et ordinaire des personnes handicapées psychiques</p> <p>Manque de soutien aux aidants familiaux et aux familles</p> | <p>Favoriser le droit des patients et réduire le recours aux soins sans consentement</p> <p>Développer la paire-aidance, la représentation des usagers et le soutien aux aidants</p> |

En plus des réponses à apporter à ces points de rupture, d'autres axes d'amélioration sont identifiés pour favoriser la continuité des parcours. Le développement du numérique en fait partie.

1.2.2 Le numérique et le parcours de soins

Dans le cadre de l'évolution prévue du parcours de soins actuel, le numérique occupe une grande place, notamment pour les **échanges d'informations**, et **l'entrée ou le maintien des usagers dans le parcours de soins**. En effet, un des objectifs est de « **faciliter la circulation de l'information entre les intervenants des parcours** ». Une réponse est le développement de solutions numériques. Il permet une prise en charge globale, continue, et coordonnée, en garantissant **confidentialité et sécurité** dans les échanges.

Jusque-là, le numérique a peu été exploité dans le secteur de la santé, les pratiques étant restée basée sur le « colloque singulier » patient-médecin, entouré du secret médical. La confidentialité des données et la sécurité de leur stockage ont été des freins, et sont toujours sujet à réflexion actuellement. Les réseaux de santé ont été les premiers à s'approprier le numérique, afin de faciliter la communication entre les différents acteurs les composant. Fluidité des échanges et stockage dématérialisé ont permis d'optimiser leurs pratiques. Les outils actuels pour la protection des données sont plus performants et les professionnels prenant postes sont plus enclins à travailler avec ses technologies, ce qui va renforcer le développement et l'utilisation d'outils numériques.

Pour les patients utilisant actuellement un outil numérique pour se renseigner sur les pathologies le concernant, on parle de patient connecté ou « internautes santé ». Cette démarche de recherche d'information par le patient, concernant sa santé, ou d'utilisation d'outils connectés pour son suivi aurait un impact positif, le patient étant plus impliqué dans sa prise en charge. En contrepartie, une mauvaise utilisation de la part du patient ou une sensation de manque de maîtrise de la part du médecin peuvent apparaître.

Il est important que ces outils numériques aient une interopérabilité entre eux, garantie à l'échelle régionale. Par conséquent, tout dispositif destiné à être labélisé ou soutenu par l'Agence Régionale de Santé doit respecter un « socle régional » d'interopérabilité des outils numériques, déclinaison du socle établi par le Ministère des affaires sociales. Les outils d'identification de l'offre (**répertoire opérationnel des ressources**) et du patient (**référentiel unique d'identification du patient**), ainsi que les outils d'échange d'informations entre professionnels sont concernés.

La poursuite du déploiement des messageries sécurisées et le déploiement du DMP constituent deux priorités pour l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Afin de soutenir le partage digitalisé de données de santé du patient, le périmètre de données couvert informatiquement et les flux sécurisés d'échange seront accrus.

1.2.3 Place de l'utilisateur dans le parcours de soins

L'implication et la responsabilité des personnes sont des conditions essentielles à l'amélioration du parcours de soins de celles-ci, dans la mesure où ce sont les premières concernées par les décisions et les informations relatives à leur santé.

Un soutien doit être apporté à l'utilisateur pour lui permettre de mieux s'impliquer et se retrouver dans son parcours. Cela pourrait rentrer dans le cadre du **Service Public d'information en Santé** à construire. Actuellement en test, le projet « TANDEM » permet de définir un patient acteur, voire expert de son parcours. Ce projet créé par les usagers et pour les usagers, assigne un référent de parcours de santé aux usagers les plus fragilisés. Son modèle économique reste cependant à définir. Un portail patient, « MyHop » est en cours de développement et va servir à mieux informer et orienter l'utilisateur dans son parcours.

Au-delà du soutien apporté au patient, son implication et l'instauration d'un partenariat sont à envisager, avec des dispositifs comme l'éducation thérapeutique et le compagnonnage par des pairs. Pour cela, le développement d'une offre d'éducation thérapeutique de proximité, dans des structures de ville est une solution à développer. Cela permettra un accès plus aisé à cet outil par les patients, notamment dans des territoires sous-dotés dans ce domaine. Il faudra veiller à rendre lisible cette offre en éducation thérapeutique aussi bien pour les professionnels que les usagers. Le compagnonnage par des pairs doit aussi être développé, et l'éducation thérapeutique représente un contexte propice au développement de cette démarche.

En santé mentale notamment, le rôle de l'utilisateur est à renforcer, sa parole doit être écoutée. La réhabilitation psychosociale est une pratique consistant à aider l'utilisateur à se rétablir, dans une relation soignant-utilisateur plus horizontale, au service des objectifs de la personne. La pair-aidance est envisagée

dans ce processus, où un usager plus avancé dans son rétablissement va pouvoir aider un autre usager moins avancé dans son rétablissement.

Au-delà de prendre des décisions éclairées pour eux-mêmes ou pour un proche, les usagers doivent être mieux représentés, et pouvoir se voir attribuer un rôle d'expertise. Cela rentre dans le cadre de la démocratie en santé, qui propose un dialogue et une concertation entre tous les acteurs et partenaires autour de la création d'une politique partagée.

L'ARS souhaite promouvoir, à travers le SRS, une culture « ouverte et respectueuse des droits des usagers » auprès des personnels de santé. Pour cela, il faudra d'abord mettre en place une communication importante autour des droits des usagers, accessibles et compréhensibles par tous.

1.3 Autres documents de références actuels concernant la santé mentale et convergence entre les documents

Deux documents de référence complètent les orientations données par les précédents documents. Le premier, datant de 2016, le **Rapport Laforcade** (4), a été rédigé à la demande de Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. L'objectif de son auteur est de proposer des réponses concrètes aux recommandations émises lors de précédents rapports sur la santé mentale. Ce rapport, demandé afin d'accompagner la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé, envisage des leviers, alliances et coopérations entre acteurs, ainsi que les modalités de mise en place des actions proposées.

Le second, **La Feuille de route en santé mentale et psychiatrie d'Agnès Buzyn** (5), publié le 28 juin 2018, est une déclinaison des orientations de la Stratégie Nationale de Santé. Elle s'appuie notamment sur les axes majeurs de celle-ci, la prise en charge précoce des troubles psychiques et la prévention du suicide.

Elle comporte 3 axes principaux déclinés en 37 actions :

- « Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et le suicide »

- « Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité »

- « Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique »

Les actions proposées par les deux documents sont mises en parallèle dans le tableau suivant et comparées aux orientations de la SNS et du PRS Auvergne-Rhône-Alpes, afin d'avoir un aperçu exhaustif des propositions d'actions préconisées.

Tableau 2 : comparaison des actions proposées à travers les documents de référence

| Actions proposées | Présence dans le Rapport Laforcade | Présence dans la Feuille de route en santé mentale et psychiatrie 2018 | Correspondance avec la SNS ou le PRS Auvergne-Rhône-Alpes |
|---|------------------------------------|--|---|
| Articuler les urgences psychiatriques et somatiques, ainsi que les médecins généralistes et psychiatres | OUI | NON | Oui, avec le PRS |
| Mise en place d'une équipe spécifique dans les établissements de santé non spécifiques | OUI | NON | NON |
| Développer le suivi somatique des usagers, les aider à avoir un médecin traitant | OUI | OUI | OUI, SNS et PRS |
| Renforcer le repérage et le diagnostic précoces des patients | OUI | OUI | OUI, SNS et PRS |
| Mettre en place le juste niveau de recours, en fonction de la gravité des troubles (faciliter les alternatives à l'hospitalisation pour les troubles débutants ou légers) | OUI | OUI | OUI, SNS et PRS |
| Renforcer les compétences psychosociales des usagers | OUI | OUI | OUI, SNS et PRS |

| Actions proposées | Présence dans le Rapport Laforcade | Présence dans la Feuille de route en santé mentale et psychiatrie 2018 | Correspondance avec la SNS ou le PRS Auvergne-Rhône-Alpes |
|---|------------------------------------|--|---|
| Information et déstigmatisation auprès du grand public (stage en psychiatrie pour les journalistes, promotion santé mentale, création d'un site dédié à la santé mentale, campagnes de prévention, ...) | OUI | OUI | OUI, SNS et PRS |
| Renforcer la formation des professionnels sur la santé mentale et l'interconnaissance des professions entre elles (formations communes, stages en psychiatrie, formation aux premiers secours, interventions précoces en santé mentale, réseaux territoriaux, stages croisés ...) | OUI | OUI | OUI, SNS et PRS |
| Mettre en lien les acteurs de premier recours et leurs organisations collectives (ESP, CPTS, PTA) | OUI | OUI | OUI, SNS et PRS |
| Laisser des possibilités d'innovations en termes d'organisation et de financement de la coopération interprofessionnelle | OUI | OUI | OUI, SNS et PRS |
| Mettre en place et développer la télémédecine, en aidant les praticiens à s'équiper | OUI | OUI | OUI, SNS et PRS |
| Sensibiliser et échanger sur l'e-santé mentale, par des congrès, ou une plate-forme européenne d'échange | NON | OUI | OUI, avec la SNS |
| Développer la e-santé mentale avec des outils interopérable (objets connectés, services numériques) et étudier l'impact de la participation des usagers à cette action | NON | OUI | OUI, SNS et PRS |

| Actions proposées | Présence dans le Rapport Laforcade | Présence dans la Feuille de route en santé mentale et psychiatrie 2018 | Correspondance avec la SNS ou le PRS Auvergne-Rhône-Alpes |
|---|------------------------------------|--|---|
| Globaliser l'usage des messageries sécurisées et du DMP | NON | OUI | OUI, SNS et PRS |
| Développer la mise en place de la pair-aidance | OUI | OUI | OUI, SNS et PRS |
| Renforcer la représentation des usagers dans les instances et les établissements de santé | OUI | OUI | OUI, SNS et PRS |
| Renforcer le soutien apporté aux aidants | OUI | OUI | OUI, SNS et PRS |
| Améliorer la gestion des sorties d'hospitalisations | NON | NON | OUI, avec le PRS |
| Développer l'éducation thérapeutique de proximité en ville | NON | NON | OUI, SNS et PRS |

Certaines actions sont citées par tous les documents, elles sont considérées comme prioritaires de manière quasi-unanime. Celles qui ne le sont pas sont souvent des points spécifiques, ne figurant pas dans des stratégies générales, ou des éléments détectés dans les documents les plus récents. Le plus récent des documents en vigueur est la Stratégie Ma Santé 2022, développée dans la partie suivante.

1.4 La stratégie ma santé 2022

Stratégie annoncée en septembre 2018 par le gouvernement et le ministère des Solidarités et de la santé, elle est déclinée sous ses principaux aspect dans un Dossier de presse datant du 18 septembre 2018 (6). Elle a été conçue pour répondre aux défis auxquels sont confrontés le système de santé et ses acteurs. Elle se base sur un constat élaboré par une consultation des acteurs de santé, des usagers du système et des citoyens.

Il ressort de ce constat que notre système de santé est devenu inadapté sur plusieurs plans. Vis-à-vis des attentes des patients tout d'abord, par la difficulté à obtenir un rendez-vous en 48h, la difficulté à

trouver un médecin traitant, la difficulté à obtenir une information fiable et une coordination insuffisante entre les professionnels qui les prennent en charge.

Il devient complexe de maintenir un exercice professionnel de qualité pour les professionnels de santé. Pour expliquer ce phénomène, on mentionne principalement l'importance des tâches administratives et le manque de temps pour soigner.

Il en ressort également un manque de souplesse dans l'organisation du système de santé qui se manifeste par un exercice professionnel isolé en ville, des cloisonnements entre ville et hôpital, sanitaire et médico-social, public et privé, ainsi qu'un manque de structures de coordination.

Enfin, la problématique des tensions financières est abordée, avec la volonté de garantir l'accès à des thérapeutiques innovantes de plus en plus chères, l'augmentation du nombre de pathologies chroniques et la maîtrise des dépenses par la baisse de la tarification des prestations versées aux produits de santé. Il est aussi envisagé de diminuer la fréquence des actes inutiles, des prescriptions redondantes ainsi que des parcours de soins désorganisés.

En réponse à ce constat, le gouvernement a pris trois engagements prioritaires :

- Placer le patient au cœur du système et améliorer la qualité de sa prise en charge
- Organiser l'articulation médecine de ville, médico-social et hôpital
- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé

Des engagements complémentaires sont énoncés dans la stratégie Ma santé 2022 :

- L'accès à un médecin en proximité en moins de 48h et l'accès facilité à un médecin traitant
- La création d'un espace numérique personnel de santé permettant des échanges sécurisés, des informations et conseils personnalisés, l'accès à des prescriptions dématérialisées, la prise de rendez-vous en ligne.
- La garantie d'un accès à une médecine d'excellence pour tous par le biais d'hôpitaux de proximité labélisés, des actes de prévention et une réduction du nombre d'actes non pertinents

L'objectif principal de cette stratégie gouvernementale est le décroisement concernant plusieurs aspects du système de santé français :

- Le financement du système de santé avec une rémunération de ses acteurs en fonction de la qualité et la pertinence des actes réalisés, mesurées avec la prise en compte de l'avis de la patientèle
- L'organisation des soins avec la mise en place d'une coopération de proximité
- L'exercice professionnel et la formation des différentes professions de santé, par la mise en place d'un exercice et des parcours de formation mixtes ville-hôpital

1.4.1 Engagements concernant la coordination des professionnels de proximité

La coopération et la coordination des professionnels de santé sont considérées comme des conditions indispensables à l'amélioration de l'accès aux soins et leur qualité. L'objectif étant de faciliter l'accès à un médecin traitant, et la réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville.

Les CPTS constituent le cadre de mise en œuvre des engagements concernant la coordination des professionnels de santé sur un territoire adéquat. C'est pourquoi le gouvernement a fixé un objectif de 1000 CPTS en fonctionnement d'ici à 2022 et un total de structure d'exercice coordonné conventionnées d'ici 5 ans. Actuellement, on en compte un peu plus de 200 en comptant celles fonctionnelles et celles encore en projet. Il est estimé que leur cadre juridique léger permet une mise en place facilitée. De plus, une négociation conventionnelle est prévue afin d'assurer la pérennité de leur financement. Des moyens spécifiques seront disponibles pour les CPTS afin qu'elles puissent assurer leurs missions de manière adéquate. Elles se voient confiées 6 missions prioritaires à mener à bien dans un premier temps :

- 1) « Réaliser des actes de prévention
- 2) Garantir l'accès à un médecin traitant pour l'ensemble des habitants de leur territoire
- 3) Apporter une réponse aux soins non programmés
- 4) Permettre l'accès à des consultations spécialisées dans des délais appropriés
- 5) Sécuriser la transition ville-hôpital des patients en anticipant une hospitalisation ou une sortie d'hôpital
- 6) Assurer le maintien à domicile des patients fragiles, âgés ou polypathologiques »

L'objectif principal étant de se coordonner avec les établissements du territoire, qu'ils soient privés, publics, médico-sociaux ou organisme d'hospitalisation à domicile (HAD), pour fluidifier le parcours des patients atteints de pathologie chronique, avec des parcours de soins complexes.

L'exercice professionnel coordonné au service des missions territoriales confiées aux CPTS est le modèle souhaité pour l'avenir, dès que possible. Pour aller dans ce sens, l'Etat et l'Assurance maladie mettrons en place des modes de rémunération et de financement réservés à ce modèle d'exercice coordonné d'ici à 3 ans. En attendant, les financements et soutiens de projet seront priorisés pour des modes d'exercice interprofessionnels.

Au-delà de l'exercice coordonné, la stratégie Ma santé 2022 est aussi en faveur de l'exercice regroupé entre professionnels de ville, par l'intermédiaire de maison de santé et de centres de santé, selon le dossier de presse du 03/05/2019 intitulé « Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires » (7). Cet exercice regroupé est perçu comme un moyen de redonner de l'attractivité à l'exercice ambulatoire, notamment pour les médecins. C'est pourquoi un soutien financier de l'assurance maladie a été mis en place. Ceci a permis de pérenniser ces structures et de voir leur nombre progresser ces dernières années (+37% de maisons de santé par rapport à mars 2017 et +21% de centres médicaux ou polyvalents sur la même période).

1.4.2 Engagements concernant le numérique

Le premier engagement de la stratégie Ma santé 2022 relatif au développement de l'usage des outils numérique en santé consistera en la création d'ici à 2022 d'un espace numérique personnel à destination de chaque bénéficiaire du système de santé, excepté ceux exprimant leur refus. Son emploi offrira un accès à un espace sécurisé recensant les données de santé de l'utilisateur ainsi que les indications nécessaires à son orientation dans son parcours de soins. Voici le contenu envisagé de cet espace, comme détaillé dans le Dossier de presse datant du 18 septembre 2018 (6) :

- Les différents comptes-rendus d'hospitalisation, les résultats d'examen
- Les informations concernant les droits à l'assurance maladie
- Les informations relatives à l'offre de soins du territoire
- Un service de prise de rendez-vous en ligne

- Des outils d'éducation en santé et de prévention adaptés au profil de l'utilisateur

La première étape d'instauration de cet espace numérique est réalisée actuellement par la généralisation du Dossier Médical Partagé (DMP).

Le numérique se verrait attribuer un autre usage, celui de dégager du temps médical, en facilitant la gestion des rendez-vous, notamment lors de leur demande. De manière plus générale, la simplification de l'exercice des professionnels de santé est visée, principalement par le biais de la généralisation de la prescription en ligne, aussi nommée e-prescription, à l'horizon 2021.

Enfin, le déploiement de la télémédecine est prévu entre autres avec le concours des structures d'exercice coordonné, des EHPAD et celui des établissements hospitaliers.

1.4.3 Engagements concernant la santé mentale

La stratégie Ma santé 2022 renforce le caractère prioritaire des actions à mener et des engagements à prendre concernant la psychiatrie et la santé mentale. Cela abonde dans le sens des mesures proposées par le biais de la feuille de route en santé mentale et psychiatrie de 2018. Les mesures valorisées dans le Dossier de presse de septembre 2018 sont les suivantes :

- L'obligation de mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale d'ici juillet 2020, en lien avec les CPTS et les projets médicaux des Groupements hospitaliers de territoire
- « L'augmentation du nombre de stage en santé mentale pendant les études de médecine générale »
- « Le développement renforcé de la réhabilitation psychosociale »
- « L'extension des formations d'infirmiers en pratiques avancées à la psychiatrie dès 2019 »
- « La création d'un fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie doté »
- « Favoriser l'accès à la pédopsychiatrie »
- « Informer plus largement le grand public sur la santé mentale pour lutter contre la stigmatisation »

2. Organisation des soins en psychiatrie

2.1 Le dispositif de sectorisation en psychiatrie et son histoire

Le déroulement suivant de l'historique de l'organisation des soins est celui de l'annexe II du rapport de l'IGAS intitulé « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques ; 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 ».

2.1.1 Origine de l'organisation des soins

L'origine de l'organisation des soins en psychiatrie est la **loi du 30 juin 1838** (8), article premier du titre I, disposant que « chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés ».

Au cours du XIX^{ème} siècle, des expériences de colonies familiales seront testées dans le Cher et l'Allier, inspirées d'un modèle belge. Les malades sont accueillis dans des familles rémunérées pour cela, en milieu rural. Le début des années 1920 voit les premiers services d'hospitalisation libre s'ouvrir, dont un à l'hôpital Saint-Anne à Paris. L'hospitalisation n'a pas été l'unique mode de prise en charge, les patients les plus aisés ayant eu accès à des « maisons de santé ».

2.1.2 Le dispositif issu de la circulaire n°340 du 15 mars 1960

La loi de 1838 a servi d'ossature, jusqu'à la circulaire n°340 du 15 mars 1960 (9), qui définit l'organisation et les équipements départementaux en santé mentale. Par cette circulaire, **l'hospitalisation n'est plus qu'une étape** dans le traitement des patients. C'est elle qui définit l'organisation des soins psychiatriques en **secteurs**. Sa mise en place se fera par l'obéissance à une procédure de planification à débiter au niveau des départements :

- 1 : Identification de l'offre de soins hospitalière psychiatrique
- 2 : Etude de la démographie et sa répartition
- 3 : Analyse des moyens de communication à disposition pour avoir une offre de soin de proximité
- 4 : Détermination des ressources disponibles et des besoins correspondants : niveau d'équipement en lits et structures de prise en charges requises

Les références en termes de besoins d'équipement sont celles de l'OMS, 3 lits/1000 habitants (adultes et enfants compris). Les structures de prise en charges peuvent être des dispensaires d'hygiène mentale, hôpitaux de jour, foyers de postcures, ateliers protégés.

En ce qui concerne la sectorisation, un secteur est équivalent à un département, qui sera divisé en sous-secteurs. A chaque sous-secteur est attribué un service hospitalier responsable de la prise en charge ambulatoire et hospitalière sur son territoire.

Selon la circulaire du 15 mars 1960, l'organisation est différente selon que l'on parle de secteur de psychiatrie générale, ou de secteur de pédopsychiatrie. En psychiatrie générale, on dispose de 200 lits pour 67 000 habitants. Ce ratio permet à une équipe suffisante et facilement gérable de prendre en charge une population dont les besoins sont facilement évalués. Un secteur est défini pour 200 000 habitants en pédopsychiatrie (équivalent à environ 3 secteurs généraux de base), par la circulaire n°148 du 18 janvier 1971 (10). Ce seuil populationnel étant justifié par la circulaire n°443 du 16 mars 1972 (11) par la prise en compte d'une pénurie, en assurant la prise en charge d'un minimum de besoins, il est à ajuster au cas par cas, en tenant compte des contraintes socio-économiques.

Une pénurie de lits en France est aussi observée et implique la mise en place d'établissements de santé d'un nouveau type, appelés « **quartiers psychiatriques** », abritant les **divers types de structures** de prise en charge **rattachés à un hôpital général**. La circulaire de 1960 présente cette solution comme économique et arrangeant le quadrillage du territoire porté par le dispositif de sectorisation.

Cependant, tous les services des CHU ne sont pas sectorisés. Les services des cliniques privées à but lucratif ne sont pas sectorisés non plus.

2.1.3 Mise en place du dispositif à partir de 1960

Une deuxième circulaire publiée le 15 mars 1960 (12) concernant les hôpitaux psychiatriques anciens, promeut la construction **d'hôpitaux pavillonnaires**, organisés comme des villages. Ceci alors que la première circulaire du 15 mars 1960 décrit la politique des secteurs, opposé à cette vision de l'hôpital comme lieu de vie. C'est cet antagonisme des deux circulaires du 15 mars 1960 qui explique **l'inertie de mise en place du dispositif sectorisé**.

C'est par l'article 25 de la loi n°68-690 du 31 juillet 1968 que s'opère la banalisation des hôpitaux psychiatriques, qui obtiennent le même statut que les hôpitaux généraux. Douze ans plus tard, **l'arrêté du 14 mars 1972 (12) et la circulaire n°431 du 14 mars 1972 (13)** définissent les **modalités d'application du dispositif sectorisé**, en « fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies ». Cette circulaire définit le secteur en tant que **base du service public de soins en santé mentale**. Selon la circulaire du 14 mars 1972, le secteur est « tout d'abord une aire géographique tenant compte des conditions démographiques à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux malades qui en ont besoin (...) Le secteur est constitué de divers services destinés à permettre l'exercice des activités de **prévention**, de **cures** (y compris les traitements ambulatoires) et de **postcure** que nécessite l'état du malade ». La carte sanitaire définie par la loi du 31 décembre 1970 précisera le découpage en secteurs et la répartition des équipements.

La généralisation du dispositif de sectorisation s'opère alors. En parallèle, les départements mettent en place les dispensaires d'hygiène mentale dans lesquelles les équipes hospitalières du secteur correspondant interviennent, lors de consultations gratuites. Leur gratuité permet de s'affranchir du frein financier concernant des patients souvent en difficulté socialement.

La mise en œuvre se poursuit difficilement, avec des inégalités entre les départements, mais les deux circulaires du 9 mai 1974 (14) (15), concernant la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie vont lever les dernières difficultés. Leurs objectifs **encore d'actualité aujourd'hui**, se retrouvent quasiment à l'identique dans les textes réglementaires, circulaires et différents plans concernant la santé mentale :

- « Déconcentrer et diversifier les pôles thérapeutiques par l'éclatement des gros hôpitaux psychiatriques ;
- Limiter les indications de l'hospitalisation plein temps et en réduire la durée en pratiquant au maximum les soins ambulatoires ;
- Assurer la continuité des soins hospitaliers ou ambulatoires en les plaçant sous la responsabilité d'une même équipe pluridisciplinaire ».

L'équipe est dans l'obligation de soigner les patients résidents du secteur. Une collaboration de cette équipe médicale est prévue avec les acteurs sociaux et médico-sociaux de son secteur. La circulaire n°891

du 9 mai 1974 crée les conseils de santé mentale de secteur, afin de permettre aux libéraux de participer et de renforcer les liens entre les différents acteurs en santé mentale du secteur.

2.1.4 Evolution et légalisation du secteur

C'est en 1985 que les secteurs seront légalisés, par la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 (16) et son article 8-I modifiant l'article L-326 du code de la santé publique. Par la même loi, les conseils départementaux de santé mentale sont créés. Ils ont un rôle consultatif dans la gestion des secteurs. Une deuxième loi en 1985, la loi 85-1468 du 31 décembre 1985 (17) relative au financement de la sectorisation psychiatrique. Elle met le financement des dépenses des structures extrahospitalières à la charge de l'assurance maladie, en commun avec les dépenses du secteur en intra-hospitalier. Les dépenses des dispensaires extrahospitaliers étaient à la charge de l'état et du conseil général, avant cette loi. Le but de cette loi est le même que celui de la circulaire du 15 mars 1960, faire de l'hospitalisation une modalité de prise en charge parmi d'autres extrahospitalières, alternatives à l'hospitalisation à temps plein. En 1986 le décret n°86-602 du 14 mars 1986 (18) et l'arrêté du 14 mars 1986 (19) listent et définissent les structures diversifiées gérées par un secteur : centres médico-psychologiques, centres d'accueil permanent, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel et services d'hospitalisation à domicile.

Après avoir été légalisé en 1985, le secteur psychiatrique va disparaître sur le plan légal de 2003 à 2016. L'ordonnance du 4 septembre 2003 (20), ayant pour but de simplifier le fonctionnement du système de santé, supprime la carte sanitaire. Le « territoire de santé » créé à cette occasion devient le territoire dans lequel le secteur va garder les mêmes missions, sans être défini légalement. Le secteur psychiatrique est réhabilité législativement par la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 69 (21). La mission de psychiatrie de secteur consiste à garantir un recours de proximité en soins psychiatriques, l'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques et la continuité des soins psychiatriques. Cela correspond à la politique publique de psychiatrie et santé mentale, traduite au niveau local dans le plan régional de santé.

Les établissements de soins psychiatriques sont conduits à se regrouper au sein de groupements hospitaliers de territoire GHT. Aussi, des communautés psychiatriques de territoire (CPT) se constituent,

regroupant des établissements du service public spécialisés en psychiatrie ou ayant un service de psychiatrie. Les établissements s'y regroupent de manière volontaire. Le dispositif de soins est amené à évoluer vers plus d'ouverture, de complémentarités au sein des établissements et avec leur environnement.

2.2 Le dispositif actuel de sectorisation

2.2.1 Le secteur en intra-hospitalier

Le dispositif de sectorisation en psychiatrie dans son état actuel est celui instauré en 1985. Au niveau de son application dans les établissements de psychiatrie, il a évolué au gré de leur organisation sous forme de pôles d'activité, comme décrit dans l'annexe 5 du rapport de l'IGAS publié en 2017 (22). Les pôles ont été conçus selon deux modèles distincts.

Les pôles regroupant plusieurs secteurs, en les gardant inchangés dans leur territoire d'application. En revanche, les gouvernances du pôle et du secteur ont été maintenues séparées ou confiées ensemble à un même responsable. Ce choix est propre à chaque établissement. Dans le premier cas on distingue le chef de pôle des chefs de service. Dans le second, le même responsable est chef de pôle et chef des secteurs concernés.

Pour autant, la mise en place des pôles n'a pas remis en cause l'existence du dispositif de sectorisation. En effet, les pôles multisectoriels favorisent l'intersectorialité, appliquée potentiellement à toute la population d'un établissement en intra-hospitalier ou en extrahospitalier. Ils admettent une mise en commun de moyens qu'il serait impossible de mettre en œuvre pour la population d'un secteur. Autre bénéfice des pôles multisectoriels, la multiplication des modes de prise en charge proposés.

Néanmoins, la création de pôles plurisectoriels rend l'offre de soin souvent moins lisible aux patients et aux professionnels souhaitant les orienter dans les dispositifs de prise en charge.

Le second modèle consiste à disposer d'un pôle pour un secteur « agrandi » comprenant des sous-secteurs. Cela implique un remaniement des gouvernances en place au niveau des secteurs et une augmentation de la population concernée par ce secteur agrandi. Des dispositifs de coordination interpolaires apparaissent en lieu et place des dispositifs intersectoriels.

De nombreux avantages sont à tirer de ce type de secteur comme une mutualisation des moyens, une meilleure répartition des personnels, des prises en charge multiples, un dispositif plus cohérent ou encore un dialogue renforcé entre les professionnels.

2.2.2 Le secteur en extrahospitalier

En extrahospitalier, le regroupement des structures de prise en charge est de plus en plus fréquent. En effet, cela facilite une mise en commun des moyens, limite des déplacements des soignants et réduit les dépenses en maintenant une offre de soins adaptée.

Ce rassemblement des structures en un lieu unique pose le problème de l'accès aux soins des usagers ayant leur domicile éloigné du lieu de consultation. Il faut adapter l'emplacement à un accès le plus simple possible aux usagers.

Les locaux des structures extrahospitalières peuvent se situer dans l'enceinte de l'établissement ou non. Parfois, des structures de secteurs différents se retrouvent dans les mêmes locaux. Les locaux rassemblent souvent un centre médico-psychologique (CMP), un hôpital de jour (HDJ) et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Ces trois types de structures sont décrites dans l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement (23).

Les CMP sont des structures de soins ambulatoires, pivots du dispositif de soins du secteur. Ils ont un rôle de coordination et d'accueil des personnes en extrahospitalier. Les soins prodigués au CMP sont gratuits afin d'en faciliter l'accès. Une équipe pluridisciplinaire exerce dans les CMP, principalement composée de médecins, infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux. Le CMP est un lieu d'orientation, qui organise l'alternative ambulatoire à l'hospitalisation et accompagne l'insertion du patient.

L'hôpital de jour est une structure intermédiaire ouvrant accès à des soins séquentiels polyvalents personnalisés, en journée. Son objectif est d'optimiser l'insertion du patient dans son milieu professionnel, son milieu scolaire et son milieu familial. L'accueil est réservé à des personnes ayant déjà été hospitalisées en établissement de psychiatrie.

Le CATTP est une structure intermédiaire de soins séquentiels sous forme de thérapie groupales ou de soutien à la personne afin de l'aider à se maintenir dans son autonomie. Il agit parfois en prolongement de l'activité du CMP. La prise en charge est plus ponctuelle que celle réalisée en HDJ.

C'est en tenant compte de cette organisation des soins en psychiatrie selon le dispositif sectoriel que l'étude d'une coopération interprofessionnelle ville-hôpital en psychiatrie a été réalisée.

3. Une coopération interprofessionnelle ville-hôpital nécessaire et souhaitée en psychiatrie avec et par les pharmaciens d'officine

3.1 Enquête auprès des pharmaciens d'officine : état des lieux sur les besoins et attentes des pharmaciens d'officine en termes de santé mentale

3.1.1 Méthodologie

Cette étude a été réalisée dans le cadre de la thèse n°142 soutenue à Lyon par Pauline Crouzet intitulée « Prise en charge du patient atteint de pathologie psychiatrique : officine et pharmacie à usage intérieur, un lien ville-hôpital à déployer » (24). Son premier objectif est d'objectiver les attentes des pharmaciens d'officine concernant les informations dont ils disposent sur la santé mentale. Son deuxième objectif est de détecter les coopérations existantes concernant le domaine de la psychiatrie. L'enquête a été réalisée auprès de 50 pharmacies à Lyon et aux alentours du CH Le Vinatier, par un questionnaire en version papier (Cf Annexe 1), du 1^{er} juillet au 31 août 2015. L'enquête a été réalisée en se rendant dans les pharmacies et 34 réponses ont été obtenues, ce qui donne un taux de réponse de 68%.

Le questionnaire est construit de la manière suivante :

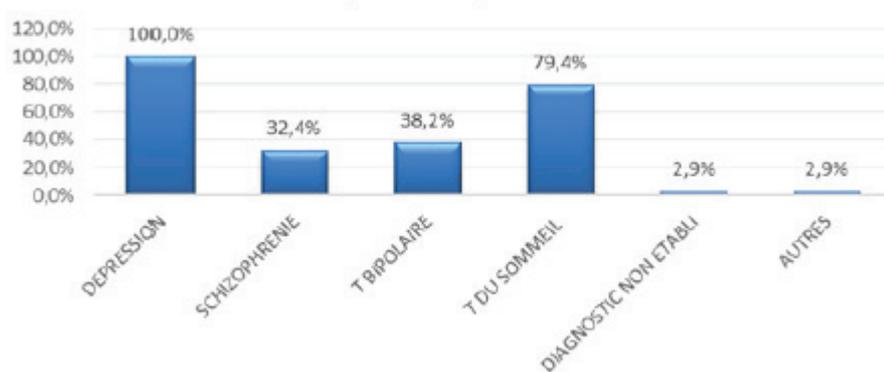
- La première partie concerne la composition de leur patientèle, leurs éventuels besoins d'informations à propos de la psychiatrie et leur origine, le contenu d'une éventuelle formation concernant les traitements et pathologies
- La deuxième partie du questionnaire est consacrée aux collaborations interprofessionnelles existantes, les professionnels impliqués
- La troisième partie aborde les contacts entretenus avec des praticiens hospitaliers et une possible rencontre entre hospitaliers et officinaux

3.1.2 Résultats

L'ensemble des professionnels ayant répondu à l'enquête comptent dans leur patientèle des patients suivis en psychiatrie. Parmi ceux-ci les pathologies les plus rencontrées sont les troubles dépressifs. Les troubles du sommeil sont des symptômes souvent traités en parallèle des pathologies psychiatriques. On voit aussi que quelques professionnels interrogés ont des patients traités pour un trouble bipolaire (38,2% des réponses) ou un trouble schizophrénique (32,4%).

Figure 1: Pathologies rencontrées en officine

(Thèse n°142 Lyon CROUZET P.)



61% des personnes interrogées ressentent une augmentation du nombre de personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique dans leur officine. Il ressort aussi de cette enquête que peu d'officinaux se disent formés en psychiatrie, ici 8,8% des professionnels interrogés.

Aussi nous retrouvons un besoin d'informations sur des thématiques liées à la psychiatrie chez 83,5 % des professionnels ayant répondu. Les principales raisons à ce besoin d'information sont les suivantes :

- Pour mieux accompagner le patient dans son suivi, connaître les posologies et associations possibles de médicaments
- Pour pouvoir mieux différencier les troubles entre eux
- Pour avoir un meilleur contact avec ces patients, être informé et détecter les premiers signes d'une urgence psychiatrique

Figure 2: Raisons du besoin d'information concernant les pathologies
(Thèse n°142 Lyon CROUZET P.)

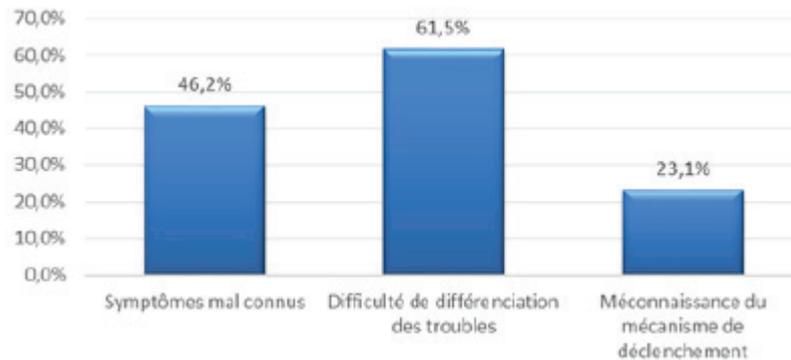


Figure 3: Raisons du besoin d'information concernant le patient
(Thèse n°142 Lyon CROUZET P.)

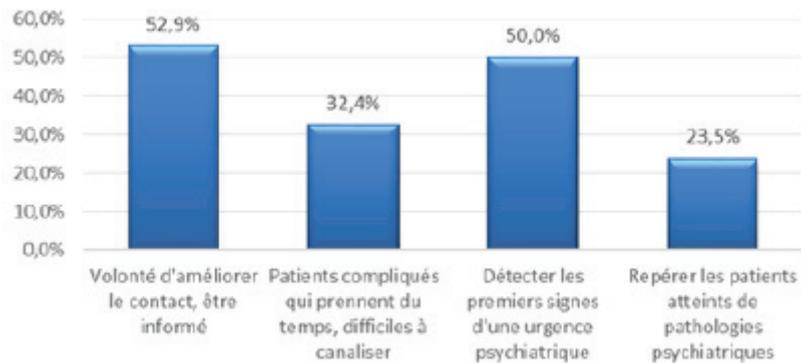
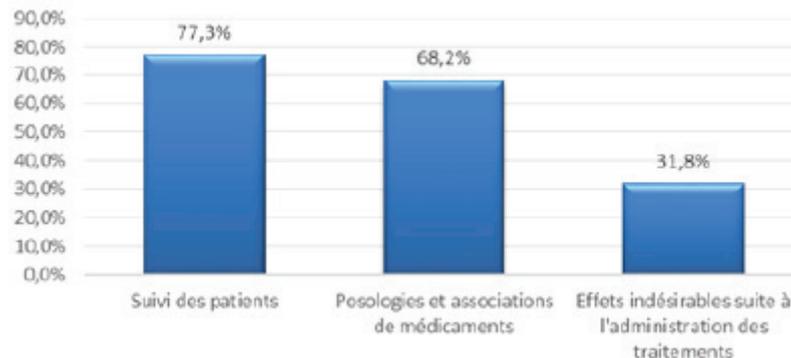


Figure 4 : Raisons du besoin d'information concernant les traitements
(Thèse n°142 Lyon CROUZET P.)



Si une formation était proposée aux professionnels interrogés, ils souhaiteraient qu'elle aborde les nouveaux traitements, le suivi des traitements et leurs interactions ainsi que leurs effets indésirables.

En ce qui concerne les pathologies psychiatriques, un rappel général ainsi qu'un point sur la clinique et les symptômes sont souhaités.

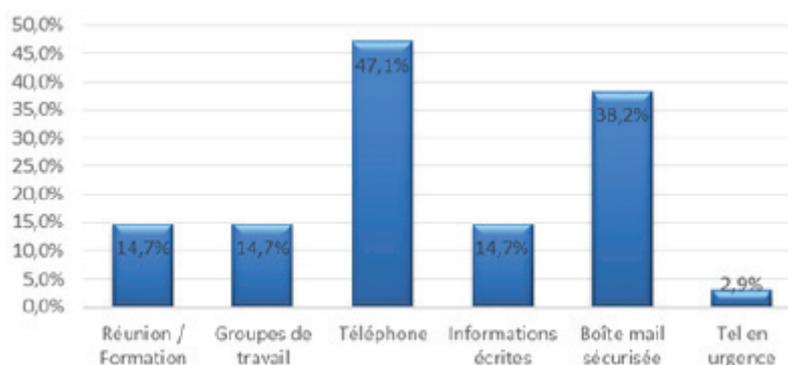
Par rapport aux patients, des conseils quant à l'attitude à avoir avec eux en fonction de leur pathologie et d'éventuelles situations violentes sont souhaités. Enfin, il serait intéressant d'intégrer des conseils associés ou non à une ordonnance.

Il est aussi ressorti souvent qu'il serait souhaitable d'établir un lien avec les prescripteurs pour optimiser l'observance des traitements.

En ce qui concerne la coopération interprofessionnelle, elle n'existe pas pour 47% des professionnels interrogés, elle existe exceptionnellement dans 30% des cas et elle est occasionnelle dans 23% des cas. Lorsqu'elle existe, elle implique des médecins généralistes dans 66% des cas, des psychiatres dans 39% des cas et d'autres pharmaciens dans 28% des cas.

Pour ce qui est des échanges avec les hospitaliers, 76% des professionnels ayant répondu ont déjà eu l'occasion de joindre un praticien hospitalier pour une demande ou une question de prise en charge. Souvent, ce contact est compliqué, que ce soit une question de disponibilité, de compréhension ou d'identification du prescripteur sur l'ordonnance. Si un contact privilégié était à développer, il serait souhaité par téléphone ou mail majoritairement.

Figure 5: moyens d'échange souhaités avec les acteurs hospitaliers
(Thèse n°142 Lyon CROUZET P.)



Cela n'empêche pas une volonté de la part des officinaux ayant répondu pour participer à une rencontre autour de la santé mentale avec des référents hospitaliers à 91%.

3.1.3 Discussion

Un réel besoin de **d'information** des officinaux concernant la psychiatrie ressort de cette enquête. Le **virage ambulatoire** de la prise en charge des patients suivis en psychiatrie se ressent aussi par l'augmentation du nombre de patients pris en charge en officine. Pour faire face à ce phénomène, il

faut arriver à répondre au besoin d'information des officinaux concernant les **nouveaux traitements**, les **informations générales sur les pathologies**, leurs symptômes et aspects cliniques, ainsi que le **comportement** à adopter avec un patient pris en charge en psychiatrie. Cela permettra un meilleur accompagnement et un meilleur conseil, qui font partie des missions du pharmacien.

Ces missions peuvent difficilement se réaliser sans le concours d'une **collaboration interprofessionnelle** peu développée à l'heure actuelle et de **contacts avec les hospitaliers**, actuellement compliqués. Cependant, il y a une véritable volonté de collaboration interprofessionnelle entre la ville et l'hôpital, aussi bien avec les médecins qu'avec les pharmaciens, qui peuvent établir un bon relais entre ville et hôpital. Une **interconnaissance** de ces professionnels et une **rencontre** entre eux pourrait faciliter la mise en place d'une coopération interprofessionnelle.

3.2 Etat des lieux des relations entre officines et centres médico-psychologiques

Cet état des lieux est issu de la thèse de pharmacie d'Axelle PAILLON intitulée « Optimisation de la prise en charge du patient psychiatrique adulte en ambulatoire : état des lieux des relations entre officines et centres médico-psychologiques » soutenue en 2009 (25).

Afin d'orienter les thématiques à aborder lors de la réalisation de cet état des lieux, une recherche bibliographique a été menée ainsi qu'une analyse de la littérature parmi des publications françaises et étrangères.

Aucun résultat n'était ressorti de la recherche dans la littérature française, ce qui induit l'existence de partenariats informels ou peu développés. Néanmoins un réseau de santé mentale avait été repéré le Réseau pour la promotion de la santé mentale dans les Yvelines du Sud. C'est un partenariat développé depuis 1999, mais qui n'a pas vu l'implication du pharmacien d'officine dans son fonctionnement.

Dans la littérature étrangère, on repère quelques exemples de coopération en psychiatrie impliquant les pharmaciens d'officine, mais on retrouve surtout des articles concernant les freins à l'implication des officinaux dans le parcours de soins en psychiatrie. Les principaux freins identifiés sont un manque de formation en psychiatrie et santé mentale et des difficultés relationnelles avec les patients.

3.2.1 Matériel et méthodes

L'enquête servant de recueil de données à l'état des lieux a été réalisée sur la base d'entretiens semi-directifs auprès de personnels officinaux et de personnels soignants exerçant en centre médico-psychologique. Deux guides d'entretien ont été employés lors des entretiens en tant que support à la discussion, un conçu pour les officinaux et un autre destiné aux soignants des CMP.

Le guide d'entretien pour les officinaux est composé de trois sections.

La première concerne la formation initiale en psychiatrie des personnels officinaux et leur satisfaction vis-à-vis de celle-ci. Elle aborde également leur implication quant aux besoins et difficultés des patients ainsi que la réponse que le personnel apporte à ceux-ci. Enfin les difficultés relationnelles avec les patients sont traitées.

La deuxième questionne le rapport entre l'officine et le CMP. C'est-à-dire l'identification du CMP par le personnel de l'officine, sa connaissance du fonctionnement du CMP et l'identification des patients qui ont recours à cette structure. Les souhaits et projections concernant une potentielle collaboration entre les deux structures sont aussi demandés.

Enfin, le questionnaire dispose d'une section d'expression libre pour recueillir des propos sur des sujets complémentaires.

Le guide d'entretien destiné aux soignants des CMP est lui constitué de deux parties.

La première est consacrée aux difficultés des soignants du CMP à établir un lien avec les officinaux, aux difficultés concernant les traitements de leurs patients et enfin aux acteurs extérieurs avec lesquels ils sont en lien.

La seconde partie est consacrée à la collaboration, et en particulier celle avec les officines, sur son état actuel, qu'elle existe ou non, et comment elle pourrait évoluer ou se mettre en place. Cette partie ouvre aussi sur la possibilité d'une rencontre officines-CMP.

3.2.2 Population

Du côté CMP, les deux CMP appartenant au secteur du CHU de Grenoble ont été inclus dans l'enquête dans le cadre de l'état des lieux.

Les officines ont été sélectionnées selon le protocole suivant. Les soignants des deux CMP ont été sollicités afin de répertorier les officines fréquentées par leurs patients, par le biais d'un support de recueil. Cela sur sept semaines, auprès de 136 patients. 37 officines différentes ont été recensées à l'issue de ce relevé sur la patientèle des deux CMP. Les 10 pharmacies ayant le plus grand pourcentage de fréquentation ont été retenues pour la réalisation de l'enquête.

3.2.3 Prise de contact et réalisation des entretiens

Les pharmacies ont été sollicitées par téléphone dans un premier temps, puis le personnel a été rencontré lors d'un rendez-vous de présentation. Dans chaque officine, au moins trois membres différents ont été interrogés et enregistrés avec leur accord.

Pour les deux CMP, le projet a été présenté en réunion aux équipes infirmières. Les entretiens ont été réalisés auprès de tous les médecins et infirmiers plus un autre membre de l'équipe dans chaque CMP.

Au total, on comptabilise 31 entretiens en officine et 19 entretiens en CMP.

3.2.4 Résultats

Les seuls résultats issus de cet état des lieux développés dans ce paragraphe sont ceux concernant les difficultés des officinaux et des soignants des CMP, ainsi que ceux concernant la relation officine-CMP et ses perspectives. Les résultats concernant les difficultés et besoins des patients selon les officinaux et les CMP ainsi que les réponses à apporter seront développés dans la section 3.3 de cette première partie, concernant le rôle du pharmacien auprès du patient en psychiatrie dans son parcours et dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle.

Résultats concernant les officinaux

Concernant les officinaux, 75% d'entre eux dispose d'une formation initiale en psychiatrie. Cependant 96,5% d'entre eux jugent qu'une formation en psychiatrie pourraient leur être utile. Les

raisons évoquées sont une méconnaissance des pathologies et des traitements, des rapports difficiles avec les patients et des difficultés à reconnaître des urgences psychiatriques. Cela dans un contexte d'augmentation de la population suivie en psychiatrie et venant à leur officine.

Si une formation venait à leur être proposée, trois thématiques principales seraient souhaitées :

- Les traitements : nouveautés, choix du traitement, effets secondaires et leur gestion, interactions, ...
- Le patient : son abord (attitude, paroles, gestes), ses attentes et son parcours, l'encadrement dont il dispose.
- Les pathologies : rappel général ou plus précis sur certains troubles

Parmi les officinaux, 87% n'ont jamais visité de CMP et 80% n'ont jamais participé à une activité les mettant en lien avec un CMP. 80% des officinaux déclarent ne pas connaître le fonctionnement d'un CMP et 20% déclarent en connaître les grands principes.

Dans la majorité des cas, le CMP ainsi que les prescriptions qui en émanent sont reconnus par les officinaux. 83% des répondant ont déjà appelé un CMP et ce pour des raisons diverses : problème concernant la prescription, demande pour savoir si une avance est possible, traitement changé sans que le patient ne l'ai compris, ...

La collaboration est rare, deux officines à proximité des CMP ont des ententes et leur rendent service. Pour les autres, la collaboration n'existe pas mais ils ne sont pas opposés à celle-ci.

Un manque est identifié par 75% des interrogés et 94% des répondants se disent intéressés par une rencontre avec des soignants des CMP.

Résultats concernant les CMP

Concernant les difficultés personnelles rencontrées par les soignants des CMP, on retrouve les éléments suivants :

- Des traitements délicats comme dans le cas de la Clozapine
- Une gestion des effets indésirables et l'abord de certains d'entre eux délicat avec les patients

- Un manque d'une vision globale des traitements du patient

Les traitements somatiques que les soignants manipulent sont des traitements correcteurs d'effet secondaire, de cardiologie, d'endocrinologie de gastrologie et des antidouleurs. Sur ces classes médicamenteuses, ils estiment manquer d'information sur les nouveautés, sur le traitement global du patient.

Les 10 principaux partenaires des soignants du CMP sont dans l'ordre : les médecins traitants, les psychiatres libéraux, les infirmières libérales, le CHU de Grenoble, les pharmacies, la famille, les services d'accompagnement à la vie ou à l'insertion sociale, les assistantes sociales, les psychologues libéraux et les lieux de résidence des certains patients.

Concernant la collaboration avec les pharmacies d'officine, 28,5% des participants admettent un manque de collaboration, de communication et de sollicitation par les officinaux. 43% ne savent pas, s'interrogent sur un manque car la collaboration est restreinte voire inexistante. 75% des interrogés ont déjà contacté une officine par téléphone les raisons étant principalement un dépannage ou la commande d'un produit et une clarification à propos des renouvellements d'un patient.

Les collaborations structurées sont rares. Les freins potentiels identifiés sont le manque de temps, la volonté de ne pas aller à l'encontre du principe de libre choix de l'officine par le patient et un système de soins jugé peu adapté.

Des points d'amélioration des rapports aux officines sont recensés : le stock parfois insuffisant des officines, l'attitude de certains pharmaciens envers le patient, le manque de communication sur les dépannages et la gestion de certains patients sous tutelle.

L'aide que pourrait apporter le pharmacien dans l'exercice quotidien est perçue sous les aspects suivants : le contrôle d'ordonnance, l'aide à l'observance du patient, un rôle de sentinelle par rapport aux médicaments déjà donnés et par rapport à la détection d'un éventuel changement de comportement potentiellement signe de rechute.

93% des soignants des CMP émettent un intérêt à rencontrer des officinaux et 86% estiment une collaboration plus structurée comme un facteur potentiel d'optimisation de prise en charge. Les 14% restant sont réservés quant à l'acceptation par les patients d'une telle collaboration.

Plusieurs idées ont été mentionnées par les deux partis de cette enquête concernant la mise en place d'une coopération structurée entre eux :

- Une première rencontre pour faire connaissance et émettre des idées concrètes réfléchies conjointement
- Se rencontrer régulièrement, au moins une fois l'an afin d'échanger sur des problématiques, des sujets communs
- Echanger par mail et par téléphone en fonction de la demande et de la disponibilité de chacun
- Désigner un référent à l'officine et au CMP pour centraliser l'information et maintenir le lien
- La création d'une interface pour des échanges rapides et des transmissions de prescription
- Un carnet ou une carte de suivi pour une information portée par le patient
- Constituer un réseau d'échange formel

3.2.5 Discussion et perspectives

Lors de cette enquête les officinaux comme les soignants des CMP ont su identifier des points sur lesquelles des éléments à compléter sont présents, que ce soit au niveau de leur formation, leur connaissance des autres acteurs, leur connaissance du patient ou de ses traitements.

Au-delà de ces constats, le développement d'une interconnaissance et d'une collaboration structurée entre les acteurs de ces deux milieux s'est révélée utile voire nécessaire pour une majorité des acteurs interrogés.

Une projection concernant la nature de cette collaboration et les potentiels axes fondateurs de sa mise en œuvre leur a même été proposée. Celle-ci s'est avérée fructueuse et en accord avec ce que l'on retrouve dans l'analyse de littérature réalisée dans le cadre de cet état des lieux. Cela laisse apparaître la possibilité d'une intégration du pharmacien comme acteur à part entière du parcours des patients en psychiatrie.

Une rencontre a fait suite à cette enquête auprès des acteurs, afin de réaliser un retour aux acteurs ayant participé et d'initier cette collaboration par une première réunion CMP-officine. Les participants comptaient 5 officinaux, 3 psychiatres, deux pharmaciens hospitaliers et deux étudiants en pharmacie. Des échanges concernant les difficultés des uns et des autres ont eu lieu et ont trouvé réponse par les acteurs concernés.

Lors d'un débat final concernant une collaboration à mettre en place plusieurs éléments ont été retenus. Dans un premier temps, une forte volonté de la part des pharmaciens de **bien identifier les patients suivis en CMP**, et **d'améliorer leur accueil** et les **dispensations** associées dans les pharmacies. Pour les médecins des CMP cela se fera par la proposition d'une écoute de qualité et d'une orientation auprès du médecin du CMP en cas de besoin. Dans un deuxième temps, est évoquée la mise en place de **formations communes** réalisées par des médecins et de soirées d'échanges thématiques. Également une **visite des locaux** du CMP est proposée. Enfin est évoquée la mise en place de fiches rappels concernant les modalités de traitement aux pharmacies ainsi que des fiches patients remises aux patients par le biais des pharmacies.

3.3 Etat des lieux du rôle du pharmacien auprès du patient suivi en psychiatrie : au quotidien et dans le cadre d'une coopération interprofessionnelle

Les données présentées dans cet état des lieux du rôle du pharmacien auprès du patient suivi en psychiatrie sont issues de différentes sources.

La première est l'état des lieux réalisé dans la thèse de pharmacie de PAILLON Axelle intitulée « Optimisation de la prise en charge du patient psychiatrique adulte en ambulatoire : état des lieux des relations entre officines et centres médico-psychologiques » soutenue en 2009 (25).

La deuxième est une recherche bibliographique réalisée en langue française sur le moteur de recherche google scholar. L'équation était la suivante : (pharmacies OU officines) ET (psychiatrie OU Centre médico-psychologique) ET (lien OU communication OU coordination). La même équation a été utilisée dans d'autres bases de données de langue française, comme la BDSP ou Ascodocpsy, sans aboutir à des résultats pertinents.

La troisième est une recherche bibliographique réalisée en anglais sur le moteur de recherche Google scholar et la base de données Scopus. L'équation utilisée pour google scholar est la suivante : (community mental health center OR community psychiatry) AND (community pharmacist) AND (interprofessional collaboration OR collaborative care model OR interprofessionnal relation). L'équation pour Scopus est : (psychiatry) AND (community pharmacist)

Les résultats de cet état des lieux seront présentés en trois thématiques :

- Les collaborations existantes ou ayant été testées
- Leur impact ainsi que leurs freins et leviers
- Les perspectives pour le pharmacien d'officine et son rôle dans le parcours patient en psychiatrie.

3.3.1 Collaborations et implication des pharmaciens d'officine en psychiatrie, existantes ou ayant fait l'objet d'un essai

3.3.1.1 Collaboration et implication des officinaux en psychiatrie en France

En France, on trouve peu de traces de l'implication du pharmacien d'officine dans une prise en charge coordonnée avec les professionnels de la psychiatrie. Celle-ci est peu développée et quand elle existe, elle n'est pas forcément officialisée ou étudiée.

Quand cette collaboration est mise en place, c'est souvent au cours de la réalisation d'une conciliation médicamenteuse réalisée par un établissement hospitalier. Dans la plupart des cas, un contact est établi lors de la conciliation d'entrée en hospitalisation. Comme c'est le cas de l'expérimentation rapportée dans la thèse de ARNAUD Audrey intitulée « La conciliation médicamenteuse en psychiatrie : expérience pratique au centre hospitalier Gérard MARCHANT » soutenue en 2016 (26) . Un contact téléphonique est établi avec le pharmacien lors de la conciliation d'entrée mais aucun contact n'est établi à la sortie pour informer le pharmacien d'officine en cas de changement dans le traitement. En revanche, une lettre est remise au médecin traitant lorsque le patient en a un. L'information du pharmacien lors d'une sortie d'hospitalisation dépend donc de la transmission par le patient lui-même où le médecin traitant.

Un autre test a eu lieu à l’Etablissement public de santé mentale de Caen en 2016 (27) avec implication du pharmacien d’officine par téléphone lors de la conciliation d’entrée et par lettre d’information à la sortie, remise par le patient. Le dispositif d’information en sortie n’était pas très au point lors du test. En conséquence, il était envisagé à la suite de ce test de renforcer l’information du pharmacien d’officine concernant les changements en rapport avec le traitement habituel du patient. Un envoi par messagerie était évoqué mais non utilisé du fait de la rareté de l’utilisation de ce type de messagerie par les pharmaciens au moment de l’étude.

En dehors des dispositifs de conciliation médicamenteuse à l’hôpital, un exemple concerne le rôle du pharmacien d’officine dans la prise en charge des troubles bipolaires (28). Des entretiens pharmaceutiques ont été réalisés par des pharmaciens d’officine avec des patients ayant des troubles bipolaires. Ces entretiens pharmaceutiques s’accompagnaient de la remise d’un carnet d’information et de suivi des troubles bipolaires, contenant les informations sur la pathologie, une partie de suivi de prise des traitements et une partie expliquant les examens biologiques et cliniques. Un dossier de suivi pharmaceutique était constitué pour chaque patient avec les informations le concernant, ses médicaments d’automédication, son historique médicamenteux et les effets indésirables des traitements.

3.3.1.2 Collaboration et implication des pharmaciens de ville en psychiatrie à l’étranger

C’est au Canada, aux Etats-Unis d’Amérique ou en Australie que quelques exemples d’implication des pharmaciens de ville nous sont rapportés. Dans ces pays, la formation des pharmaciens peut être plus approfondi comme le prouve l’existence de l’United Kingdom Psychiatric Pharmacy Group (29) au Royaume-Uni ou le College of Psychiatric and Neurologic Pharmacists (30) aux Etats-Unis d’Amérique.

Une première étude canadienne (31) propose une analyse rétrospective des services proposés par des pharmaciens dans le cadre du Bloom Program, un programme de formation concernant la prise en charge des patients en psychiatrie en ambulatoire. Le premier des services proposés en termes de fréquence est celui de gestion du traitement. Cela concerne la gestion des effets indésirables, l’observance et l’analyse thérapeutique de la prescription. Ceux-ci constituent le champ habituel des compétences des pharmaciens. En dehors de ce champ habituel, on retrouve également :

- Une collaboration et une communication avec des équipes de santé mentale en ambulatoire, concernant la tolérance d'un traitement nouvellement insaturé
- L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- L'apport d'un soutien social
- L'orientation vers d'autres professionnels, vers des groupes de parole
- L'accompagnement dans l'automédication et l'administration de conseils (sevrage tabagique, gestion du stress, du sommeil)
- L'orientation vers une consultation ou un service d'urgence en cas de crise

Une seconde étude canadienne a réalisé un état des lieux de l'implication du pharmacien d'officine dans les équipes pluridisciplinaires de psychiatrie ambulatoires en 2009 (32). Cette implication se décline sous plusieurs formes :

- Une communication régulière entre pharmaciens et psychiatres
- La mise en place de services spécialisés en pharmacie : entretiens, aide à la mise en place d'une dispensation sous contrôle d'un professionnel, prise de médicament devant témoin, surveillance de l'observance)

L'impact de ses formes d'implication a été évalué et il en résulte une diminution de l'utilisation des services d'urgences, une diminution des incidents par surdosage, ainsi qu'une augmentation de l'observance médicamenteuse.

En Australie, on retiendra une étude concernant l'impact d'un service de soutien aux patients ayant un trouble psychique (33). Elle concerne des pharmacies de trois états différents, choisis pour leurs profils populationnels complémentaires, entre Octobre 2013 et Novembre 2014. Les patients étaient majeurs, atteints de troubles anxieux ou dépressifs, ou tout autre trouble psychique, présentant des problèmes de gestion de leur traitement.

Cette étude s'est déroulée en trois étapes, dont la première fût de définir les attentes, les besoins et le vécu des patients en psychiatrie dans le contexte de l'officine. A partir de cette consultation, un programme de formation a été créé pour les équipes des officines. L'impact de cette formation sur la prise en charge des patients suivis en psychiatrie dans les officines a été étudié. Concrètement, cent pharmacies

sont arrivées jusqu'à la troisième étape de l'étude, dont 55 ont mené la démarche avec au moins un de leur patient.

Cette étude a conclu à une amélioration de la perception de la maladie, de la qualité de vie liée à la santé mentale et de la satisfaction par rapport au traitement, ainsi qu'une amélioration de l'observance. Cela a permis de démontrer qu'un suivi souple, personnalisé et demandant des objectifs à atteindre peut créer une réelle différence dans la gestion des pathologies liées à la santé mentale en officine.

Aux Etats-Unis une étude (34) a vu le jour en 2008 afin de mettre en place un modèle de détection de patients présentant des symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif majeur. Six pharmaciens ont participé à la détection de 18 personnes, à l'aide du HANDS Score servant à la détection de la dépression. 3 présentaient des symptômes en lien avec un épisode dépressif majeur et 1 présentait des symptômes fortement en lien avec un épisode dépressif majeur. Les patients ont suivi les recommandations d'orientation dispensées par le pharmacien dans tous les cas. Cette étude conclue qu'avec de l'entraînement, les pharmaciens d'officine sont capables de participer à la détection d'épisodes dépressifs majeurs.

On retrouve d'autres exemples d'implication du pharmacien à l'étranger dans les résultats issus de la recherche bibliographique réalisée dans le cadre de la thèse de Paillon Axelle (25). Il en ressort une autre étude concernant les réseaux de santé mentale au Québec (35) et les services proposés par les pharmaciens dans ce cadre-là, où les pharmaciens apparaissent comme des partenaires à part entière.

On peut également mentionner une revue (36) dont l'objectif était d'étudier l'impact du pharmacien d'officine dans l'optimisation de l'usage des médicaments utilisés en psychiatrie. Cette revue permet de réaliser que des actions comme du monitoring de traitement, des entretiens oraux et un suivi téléphonique du patient permettent d'améliorer l'observance au traitement, et la perception que les patients ont de leur santé.

Enfin, une étude interventionnelle (37) s'est intéressée à la collaboration régulière de pharmaciens d'officine employés pour intervenir une fois par semaine avec des équipes ambulatoires de soins psychiatriques. Celle-ci a mis en évidence certains actes appréciés lors de cette collaboration comme

l'apport d'informations sur les traitements non psychotropes et la conduite d'entretiens d'éducation thérapeutique avec le patient et sa famille.

3.3.2 Freins et leviers concernant l'implication du pharmacien d'officine dans le parcours patient en psychiatrie

A partir des collaborations existantes en psychiatrie impliquants des pharmaciens d'officine, certains éléments contribuant à la faisabilité ou au maintien de ses collaborations ont pu être identifiés. La singularité de l'implication officielle des officinaux dans le parcours patient en psychiatrie laisse percevoir la multiplicité des freins identifiés liés à celle-ci.

Les deux thèses (24) (25) dont les études respectives ont concerné les officinaux et leur implication en psychiatrie en lien avec l'hôpital dans le premiers cas et en lien avec les CMP dans le deuxième cas, ont effectivement soulevé plusieurs problématiques agissant comme freins au développement de l'implication des officinaux en psychiatrie.

La première des problématiques est celle du besoin de formation et de montée en compétence des officinaux concernant la psychiatrie. En effet, la formation initiale reçue par ceux-ci n'aborde que modérément les pathologies psychiatriques, le parcours des patients, les traitements des troubles psychiatriques. S'ajoute à cela de rares opportunités de formation continue.

La seconde problématique concerne les difficultés relationnelles avec les patients et les acteurs du parcours en psychiatrie. Concernant le contact avec les patients, l'abord du patient et la communication avec lui sont des questionnements récurrents chez les officinaux. Le manque de connaissance de l'histoire et du parcours du patient est vu comme une difficulté à établir une communication aisée et à dispenser des conseils pertinents. Pour ce qui est du contact avec les autres acteurs, c'est l'établissement de celui-ci et le repérage du bon interlocuteur en fonction de la situation qui sont à améliorer.

Pour autant, cette implication de l'officinal est soutenue par plusieurs leviers :

- La volonté des officinaux à monter en compétences,
- La volonté à rencontrer les acteurs du parcours patient en psychiatrie comme des représentants de CMP ou des professionnels exerçant en centre hospitalier psychiatrique

- La volonté de développer des moyens de communication afin de fluidifier les échanges avec les patients et les professionnels de la psychiatrie

En complément des facteurs influençant l'implication du pharmacien d'officine précédemment identifiés, nous allons tenir compte de ceux identifiés dans une revue des collaborations interprofessionnelles à travers le monde publiée en décembre 2015 (38), par les acteurs participants à ces collaborations.

Elle détermine les éléments suivant comme levier d'une collaboration interprofessionnelle impliquant des pharmaciens :

- Mettre le pharmacien en tant que guide dans l'attribution des rôles de chaque acteur et la construction d'une dynamique d'équipe
- Définir la connaissance des compétences et du rôle de chacun comme un prérequis essentiel à la collaboration
- Apporter une preuve d'efficacité des procédures de collaboration
- Adapter le mode d'installation et de rémunération des professionnels impliqué pour une meilleure communication
- Préparer à la collaboration interprofessionnelle durant la formation initiale et la formation continue

Des freins à la collaboration impliquant un pharmacien sont aussi distingués :

- Le manque de possibilité d'évoluer à des postes à responsabilité dans le cadre de collaboration par manque de temps, de soutien financier, et par rapport au reste de l'équipe et son organisation
- Le possible conflit d'intérêt qui peut faire perdre de la légitimité au pharmacien, et un conflit public-privé comme en Espagne
- Un manque d'informations cliniques et une menace du secret médical
- Un manque de formation ou de compétences

3.3.3 Les perspectives concernant l'implication du pharmacien dans le parcours patient en psychiatrie

Afin d'envisager les perspectives de l'implication du pharmacien d'officine en psychiatrie, nous pouvons nous référer à quelques pistes issues du guide publié par la HAS en 2018 intitulé « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : Etat des lieux, repères et outils pour une amélioration » (39) :

- Un rôle de conseil lors des dispensations
- Un rôle de prévention concernant les effets indésirables des traitements, l'éducation thérapeutique, prévention des risques iatrogènes
- Un rôle de surveillance concernant l'évolution de l'état de santé du patient, la survenue d'effets indésirables, l'observance et le risque iatrogène
- Un rôle de guide dans le parcours de soins et d'orientation auprès des différents acteurs si nécessaire. Pour cela, le pharmacien doit être capable de se repérer dans le parcours et savoir solliciter les acteurs nécessaires.
- Un rôle de surveillance et de gestion des comorbidités somatiques
- Avoir accès à et utiliser des moyens de communication et d'information performants et sécurisés

PARTIE 2 : Mise en place du lien-ville-hôpital à travers un outil : le guide de parcours et traitement en ville et à l'hôpital

1. Première rencontre ville-hôpital

1.1 Contexte et objectifs

Cette première rencontre fait suite aux observations issues de l'enquête menée auprès des pharmaciens d'officine, développée au 3.1 du premier titre de ce travail de thèse. Laquelle révèle une insuffisance des liens interprofessionnels impliquant les pharmaciens autour du CH Le Vinatier, entre secteur hospitalier et secteur libéral, ainsi qu'une volonté d'un renforcement des liens existant.

Un premier objectif est l'interconnaissance des professions hospitalières et libérales, afin de mieux comprendre les enjeux et besoins de chacun. Ceci permet de mettre en place une coopération pertinente et motivante pour les acteurs des deux secteurs.

Un deuxième objectif est de réfléchir avec des représentants des deux secteurs, à un moyen d'améliorer la communication entre les acteurs, dans leur intérêt ainsi que dans celui des patients.

1.2 Déroulement de la rencontre

La rencontre a commencé par une introduction lors de laquelle ont été traitées plusieurs thématiques :

- Le contexte actuel en psychiatrie, avec une coopération de plus en plus nécessaire entre l'hôpital et l'ambulatorio, pour un parcours patient de qualité, notamment en termes d'observance.
- La complémentarité des rôles tenus par les pharmaciens hospitaliers et officinaux
- Les outils et pratiques pertinents pour la coopération ville-hôpital comme l'ETP, la conciliation médicamenteuse ou encore le dossier pharmaceutique
- La présentation d'un exemple de coopération ville-hôpital, la fédération ville-hôpital des pharmaciens de Bretagne (FVHPB)
- La présentation de l'enquête réalisée auprès des pharmaciens d'officine et les résultats issus de celle-ci. Parmi ceux-ci ont été évoqués le besoin d'information des officinaux sur la santé

mentale, un manque de collaboration interprofessionnelle à combler et une volonté de rencontrer des référents hospitaliers afin de collaborer.

En réaction au contenu exposé lors de cette introduction, on observe une confirmation du nombre important de patient pris en charge pour une pathologie psychiatrique dans les officines et ayant des traitements de plus en plus complexes. Certains participants évoquent le souhait d'un contact hospitalier qui pourrait permettre d'aider à la gestion de cas particuliers en termes de posologies ou schéma de prise.

Des difficultés de suivi du parcours patient sont mentionnées, en cas de suivi séquentiel sur l'hôpital, ou de séjours fréquents, et parfois des patients nomades au niveau des officines.

Le rôle des étudiants en pharmacie en stage hospitalier en psychiatrie est souligné, dans le lien entre la ville et l'hôpital, notamment s'ils travaillent en officine en parallèle. Ils peuvent être un premier relais, contact entre ces deux milieux.

L'évocation d'outils comme le dossier pharmaceutique, en passe de se généraliser à ce moment-là, et la carte de coordination utilisée par la fédération Ville-hôpital des pharmaciens de Bretagne (FVHPB) a attiré l'attention des participants. Un partage d'outils serait souhaité par les pharmaciens présents lors de la rencontre. C'est dans ce contexte qu'est proposée la création d'un outil partagé, permettant un suivi facilité du parcours du patient, par le concept de « carnet de liaison ».

2. Mise en place d'un guide patient de parcours ville-hôpital

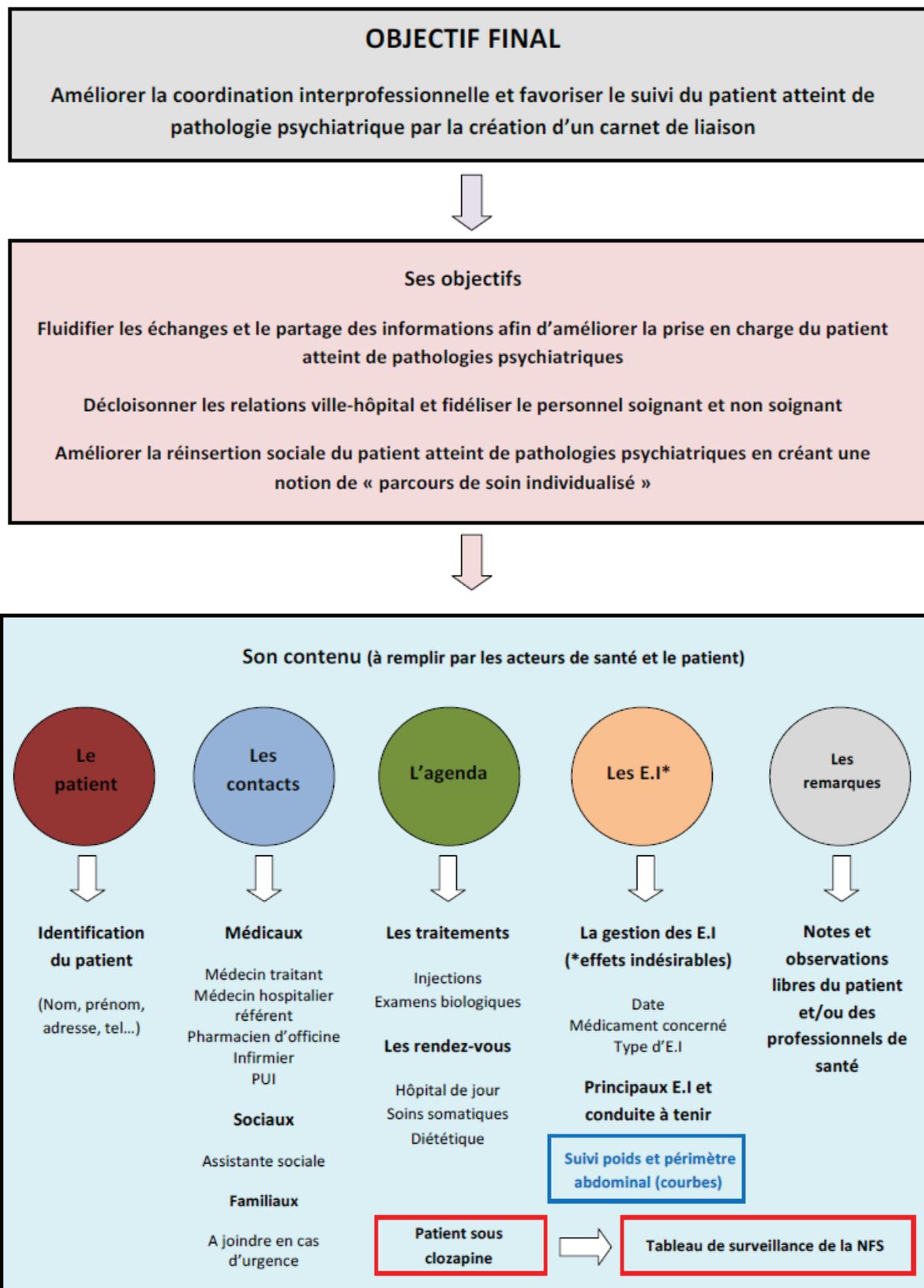
2.1 Origine du projet et ébauche

Le guide patient a été envisagé comme un « carnet de liaison » du patient adulte suivi en psychiatrie, lors de la première rencontre ville-hôpital. Il est pensé comme un facilitateur de la circulation des informations entre professionnels et un outil d'amélioration de l'observance du patient. Une première ébauche du contenu et de la structure de cet outil a été réalisée dans le cadre d'une thèse soutenue à Lyon par Pauline Crouzet intitulée « Prise en charge du patient atteint de pathologie psychiatrique : officine et pharmacie à usage intérieur, un lien ville-hôpital à déployer » (24). Elle prévoyait une section dédiée aux

informations concernant le patient, et aux contacts des professionnels prenant part à sa prise en charge, afin de faciliter les échanges interprofessionnels. Il y aurait également eu une partie dédiée au recensement des traitements et à la gestion de ceux-ci, ainsi que des rendez-vous et des examens biologiques. Des informations pour aider à la gestion des effets indésirables et une partie dédiée aux suivis du poids, du périmètre abdominal, sous forme de courbes, aurait été insérées.

Figure 6 : Schéma de présentation de l'ébauche de carnet de liaison

(Thèse n°142 Lyon CROUZET P.)



2.2 Démarche de construction de l'outil

Dans la première ébauche réalisée, une démarche de suivi prépondérante est retrouvée ainsi qu'une réponse aux volontés d'accès à des informations et de participation au suivi des patients, exprimées par les pharmaciens lors de l'enquête. Au cours de la construction et de la rédaction de l'outil, une dimension informative est venue compléter la démarche de suivi. Celle-ci s'oriente sur l'information de l'utilisateur ainsi que de ses proches aidants. Le but étant de donner les informations essentielles concernant les structures et services ressources, les maladies psychiatriques ainsi que leur prise en charge et l'accompagnement de l'utilisateur. Ce guide n'a donc pas pour vocation d'être exhaustif. Il est voué à susciter le dialogue entre l'utilisateur, son entourage et les professionnels de son parcours de soin.

Ce guide a été réalisé dans le cadre d'un groupe de travail ayant rédigé le contenu, issu de la pharmacie à usage intérieur du CH Le Vinatier. Sa réalisation a été rendue possible par l'apport de l'expertise et l'encadrement de praticiens hospitaliers experts dans leur domaine en psychiatrie.

En effet, la rédaction de cet ouvrage s'est déroulée en deux temps. Une première étape de rédaction issue d'une recherche bibliographique afin de rédiger un contenu valide scientifiquement, et correspondant aux différentes thématiques à traiter dans un ouvrage à destination d'utilisateurs en santé mentale et psychiatrie. C'est volontairement que la recherche bibliographique a été menée dans un premier temps selon une méthodologie de recherche comme un utilisateur aurait pu le faire, c'est-à-dire sur un moteur de recherche usuel. Quand le contenu ne paraissait pas issu de sources primaires solides, une recherche complémentaire était réalisée sur des bases de données donnant accès aux ressources primaires ou à des sources correspondant à des instances politiques ou sanitaires nationales.

Dans un second temps, une phase de relecture s'est déroulée auprès de praticiens hospitaliers spécialistes de certaines thématiques précises en lien avec la psychiatrie. Par exemple la réhabilitation psychosociale, l'usage de psychotropes en cas de grossesse, la comorbidité addictive aux troubles psychiatriques, les troubles du sommeil, en tant que comorbidité ou effet indésirable. La relecture a aussi été réalisée à plusieurs reprises par une psychiatre sur l'ensemble du guide patient. Lors de ces relectures, le fond, la formulation, la forme ainsi que le vocabulaire utilisé ont été adaptés à destination des utilisateurs. Une mise à disposition du guide à un petit nombre de patients d'un centre médico-psychologique s'est mise en place, afin d'avoir un premier retour des utilisateurs, premiers concernés par ce guide.

Le titre « Guide de parcours et traitement en ville et à l'hôpital » est le fruit d'une réflexion collégiale du groupe de travail dédié à cet outil. Il semblait important d'introduire la notion que cet outil guide le patient dans son parcours, mais aussi les professionnels, afin de pouvoir établir plus facilement des contacts entre eux. Il paraissait important de mentionner les deux secteurs impliqués dans la coordination des usagers, que sont la ville et l'hôpital, en n'excluant pas les liens au sein de ces mêmes secteurs, par la formulation utilisée dans le titre. Les traitements sont mentionnés car ils représentent une thématique importante du parcours, ainsi que l'adhésion du patient à ceux-ci.

Le « Guide de parcours et traitement en ville et à l'hôpital » étant assez conséquent avec le nombre de pages le composant atteignant plus de 50 pages, il a été décidé au cours de la rédaction de le séparer en deux livrets, l'un informatif et l'autre dédié au suivi du patient.

Pour une meilleure appropriation de l'outil par l'utilisateur, les pronoms possessifs des intitulés de section sont à la première personne du singulier, et ceux des textes de contenu sont à la deuxième personne du pluriel. Ceci s'inscrit dans la démarche de proposer un outil de transmission d'informations connues de l'utilisateur et portées par lui-même à la connaissance des professionnels participants à sa prise en charge.

2.3 Présentation, contenu et sources

2.3.1 Présentation générale

Du fait de la répartition en deux livrets, certains éléments d'organisation diffèrent et seront traités dans les parties consacrées respectivement au livret d'information et au livret de suivi. Malgré cela des points communs résident entre les deux livrets.

Tout d'abord en ce qui concerne la police des titres, sous-titres et éléments de texte importants et mis en valeur, la charte graphique concernant les documents émis par le Vinatier a été mise en application. La distinction des couleurs utilisées pour les personnes ayant un daltonisme est un critère qui a été pris en compte lors de la mise en page des documents. Chaque livret dispose d'un sommaire recensant les différentes sections avec un descriptif de leur contenu.

L'introduction présente au début est commune aux deux livrets. Elle a été rédigée avec l'objectif de présenter le contexte dans lequel les patients destinataires de ces livrets évoluent, l'intérêt de ces livrets dans le parcours des patients et délivrer un message d'espoir quant à la finalité de leur parcours. En effet, l'introduction d'un espoir de rémission et de qualité de vie satisfaisante est un des leviers de meilleure évolution du trouble et de motivation de la volonté des patients à adhérer aux soins. Il apparaît primordial qu'un guide ayant pour objectif d'accompagner le patient dans son parcours introduise une notion d'espoir pour nuancer l'aspect parfois inquiétant de la présentation factuelle d'informations concernant les troubles et l'aspect contraignant d'un suivi formalisé par un livret.

Un répertoire des contacts utiles est également présent dans chacun des livrets. Il est structuré en plusieurs sections. Concernant la mise en page, le style de présentation des différentes informations est commun : intitulé du contact en fuchsia (code couleur RVB 231 ;36 ;105 ; issu de la charte graphique du CH Le Vinatier ; E:\lien ville-hôpital\charte_graphique_vinatier_2011.pdf), les mentions « Adresse », « Tél » et « Site web » en gris clair et les numéros de téléphone en caractères gras.

Le contenu de ce répertoire correspond dans le cas présent aux structures sollicitées par le CMP impliqué dans le développement du guide patient. Il a été sélectionné en lien avec la maison des usagers du CH Le Vinatier et sur consultation de l'équipe soignante du CMP Persoz. Dans une hypothèse de généralisation à d'autres structures et unités du centre Hospitalier le Vinatier, il faudra adapter les structures recensées aux contacts établis par les équipes concernées. Malgré cela, certains contacts sont pertinents quelle que soit l'unité d'application.

A contacter en cas d'urgence

UPRM (Urgence Psychiatrie Rhône Métropole = unité d'urgence CH Le Vinatier)

Adresse : 95 boulevard Pinel
69678 BRON
Tél : 04 37 91 54 54

UPUL (unité d'urgence psychiatrique Saint Joseph Saint Luc)

Adresse : 20 quai Claude Bernard
69007 Lyon
Tél : 04 78 61 62 61

Pavillon N (service d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot)

Adresse : 5 place d'Arsonval
69003 Lyon
Tél : 04 72 11 00 40

SAMU

Appeler le 15

SOS médecin

Adresse : 289 Rue Garibaldi
69007 Lyon
Tél : 04 78 83 51 51

La première est dédiée aux contacts d'urgence : urgences psychiatriques, urgences publiques générales, le service d'aide médicale d'Urgence et SOS Médecin proposant un service d'urgence à domicile. C'est la première section présente car elle doit pouvoir être rapidement accessible en cas de besoin. Pour le même motif, la page où elle se situe est mise en valeur dans le sommaire.

Figure 8 : Page concernant les structures d'entraide (Guide patient)

Structures d'entraide

Liste des GEM (Groupes d'entraides mutuelles de Lyon et sa région) :

Le GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) est un espace **d'accueil, d'échanges, de rencontres et de convivialité** ouvert sur la ville pour des personnes adultes en situation de handicap psychique.

GEM Envol et Compagnie

Adresse : 24 Rue Alfred de Musset
69100 Villeurbanne
Tél : **04 72 81 96 46 / 06 04 10 34 89**
E-mail : gemenvoletcie@gmail.com
<http://www.envol-et-cie.fr>

GEM Les Amis du Pas

Adresse : 7 rue du Plat
69002 Lyon
Tél : **04 72 40 24 67**
E-mail : association.le-pas@orange.fr
<http://www.lesamisdupas.fr/Accueil.html>

GEM Icebergs

Adresse : 47 rue Delandine
69002 Lyon
Tél : **04 72 40 94 86**
<http://www.icebergs.fr/>
E-mail : contact@icebergs.fr

Gemini

Adresse : 250 ter rue Vendôme
69003 Lyon
Tél : **04 72 76 98 58**
E-mail : association.gemini@yahoo.fr

GEM Gemotion

Adresse : 12 rue de Brest
69002 Lyon
Tél : **04 72 77 56 31 / 06 46 10 64 22**
E-mail : gemotion@free.fr
Animationchardonniere.fndsa@orange.fr

GEM Ose

Adresse : 16-18 rue Honoré de Balzac
69200 Vénissieux
Tél : **04 78 78 08 27**
E-mail : ose69200@yahoo.fr

Association Clubhouse France

Clubhouse Lyon
Adresse : 41 rue de l'Abondance
69 003 Lyon
Tél: **09 80 88 17 48**
Contact: lyon@clubhousefrance.org
Site web:
<https://www.clubhousefrance.org/>

L'Agora

Adresse : 2 bis rue Louis POLY
69160 Tassin la demi-lune
Tél : **09 51 92 81 00**
E-mail : gem-agora@fndsa.org

La deuxième recense quelques structures d'entraide. Le choix ici a été de privilégier les groupes d'entraide mutuelle, qui répondent principalement à cette mission d'entraide. Celle-ci peut être réalisée dans d'autres structures, mais ce n'est pas leur mission principale. Ainsi elles sont classées dans d'autres sections.

Structures de recours

Centre référent de réhabilitation

Adresse : 4 rue Jean Sarrazin
69008 Lyon
Tél : **04 26 73 85 33**

Centre de prévention suicide (CH Le Vinatier)

Soutien aux personnes, familles et professionnels
Adresse : pôle ouest, Pr Poulet
CPS bâtiment 406 – 1^{er} étage
Bp 300 39
95 boulevard Pinel
69678 BRON CEDEX
Tél : 04 37 91 51 20 (secrétariat)
E-mail : cps@ch-le-vinatier

Santé mentale et communauté

Adresse : 136 rue Louis Becker
69100 Villeurbanne
Tél: **04 72 65 75 00**
Site | Web: www.smc.asso.fr

Les structures de recours sont des structures d'accueil et d'accompagnement qui peuvent dispenser des soins ou non.

Le centre référent de réhabilitation est un service proposant des soins, de l'enseignement et de la recherche. Il a pour objectif d'accompagner les personnes ayant des troubles psychiques sévères vers le rétablissement et une insertion sociale et ou professionnelle (40).

La définition du rétablissement proposée aux usagers dans le livret du centre référent de réhabilitation du Vinatier est la suivante : « Le rétablissement désigne un processus par étapes qui vise à recouvrer un niveau de bien-être pour retrouver sa capacité de décider et sa liberté d’agir. (...) Ce processus permet à la personne de contribuer à restaurer un équilibre de vie afin de trouver sa place dans la société en construisant un projet qui lui soit adapté. » (41).

Un accueil est proposé sur orientation d’un service hospitalier ou sur sollicitation de consultation directement avec le service. Il propose une évaluation de la situation du patient et des soins de réhabilitation, qu’elle soit professionnelle ou sociale.

Le centre de prévention du suicide s’adresse aux personnes en crise suicidaire, avant ou après un geste suicidaire par des consultations, des interventions au domicile, un suivi téléphonique, ou un relais vers un soin au long cours (42).

Santé mentale et communauté est une association qui a pour but de proposer des soins en ambulatoire et de promouvoir des alternatives à l’hospitalisation en psychiatrie. Elle propose également un accueil et un accompagnement aux personnes ayant des troubles psychiatriques. Elle dispose de divers dispositifs : pôle jeune adulte, soins psychiatriques à domicile, pôle crise, maison d’accueil psychothérapie, foyer d’accueil médicalisé, une communauté thérapeutique ... (43)

Figure 10 : Pages présentant les associations d'usagers et d'aidants (Guide patient)

Associations d'usagers et aidants

Il existe différentes associations permettant aux usagers d'interagir avec les établissements, entre eux ou avec d'autres structures.

Les associations d'usagers impliquant des usagers, professionnels et familles, offrent un soutien et servent d'intermédiaires entre usagers, et/ou avec des professionnels en psychiatrie.

Maison des usagers (CH Le Vinatier)

Adresse : 95 boulevard Pinel
69678 Bron cedex
Tél : **04 81 92 56 98**

Bistrot des Amis

Adresse : 10 rue Verlet Hanus
69003 Lyon
Tél : **04 78 62 74 15**

FNAPSY Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie

Adresse : 33 Rue Daviel
75013 Paris
Tél : **01 43 64 85 42** du lundi au
vendredi de 09H à 13H
Contact : fnapsy@yahoo.fr

UNAFAM – Union nationale de familles et amis de personnes malades handicapées psychiques

Adresse : 66 rue Voltaire
69003 LYON
Tél : **04 72 73 41 22**

L'UNAFAM est une association reconnue d'utilité publique, qui accueille, écoute, soutient, forme, informe et accompagne les familles et l'entourage de personnes vivant avec des troubles psychiques depuis 1963. Elle compte plus de 14 000 adhérents. Des antennes départementales existent.

Unafam.org : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

12

UNAPEI - Union nationale des associations de parents et amis des personnes handicapés mentales

Adresse : 15 rue Coysevox
75018 Paris
Tél : **01 44 85 50 50** Fax : **01 44 85 50 60**

ADAPEI du Rhône

Association départementale de parents et amis de personnes
handicapées mentales

Siège social

Adresse : 75 cours Albert Thomas CS 33951
69 447 LYON Cedex 03

contact@adapei69.fr

Tél : **04 72 76 08 88** Fax : **04 72 73 48 16**

Les associations destinées aux patients et famille de patients sont recensées dans cette quatrième section. Elles jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des patients et de leur entourage, et sont en lien avec les équipes soignantes afin d'optimiser la prise en charge des usagers et l'accompagnement des aidants.

Figure 11 : Pages concernant les structures téléphoniques et d'accompagnement à la vie sociale (Guide patient)

Structures téléphoniques d'écoute et d'accompagnement à la vie sociale

SOS Suicide phénix

Adresse : 9 quai Jean Moulin
69001 LYON
Tél: **04 78 52 55 26**
Site web: www.suicide-phenix-lyon.fr

SOS Amitié

Tél : **04 78 29 88 88**
Site web : <https://www.sos-amitie.com>

Alcool assistance

Adresse : 23 rue de TRION
69005 LYON
Tél : **04 78 36 62 57**
Ou **06 98 01 91 00**
Site web : www.alcoolassistance.net

TABAC INFO SERVICE

Tél : **39 89** (du lundi au samedi
De 8h à 20h / 0,15€ par min
d'un poste fixe)
Site web: www.tabac-info-service.fr

Drogue info service

Tél : **0 800 231 313** (7j/7 de 8h à
20h, appel gratuit par tél fixe)
01 70 23 13 13 (par portable)
Site web : www.drogue-info-service.fr

14

Cette partie recense différents numéros de téléphone d'assistance et d'écoute concernant l'isolement social, les substances addictives et le suicide. Nous avons ici choisi des services en lien avec des thématiques récurrentes chez les patients ayant une prise en charge psychiatrique. Cela permet une écoute et un premier contact en cas d'absence de lien avec une équipe soignante.

Maison départementale des personnes handicapées du Rhône (MDPH)

Dans la majorité des cas, la mise en contact avec une structure médico-sociale se fait par le biais d'une assistante sociale et la constitution d'un dossier auprès de la MDPH.

Maison départementale des personnes handicapées du Rhône

Adresse : 146 rue Pierre Corneille 69003 Lyon
Tél : 0 800 869 869

Ce dossier permettra d'être orienté avec une notification, vers plusieurs structures concernant le travail, le logement ou la réinsertion sociale.

Réinsertion par le travail

Si la personne est apte à travailler en milieu ordinaire, une structure comme l'ADAPT par exemple sera contactée. Cela fait suite à une Reconnaissance de Qualification Travailleur Handicapé (RQTH), valable pour une durée maximale de 5 ans.

L'ADAPT : Accompagne les personnes dans leur choix de devenir socio-professionnel

Adresse : 7 rue de Gerland
69007 LYON
Tél : 04 72 71 59 60

En cas de nécessité d'un travail en milieu protégé, il sera fait appel à un Etablissement de Santé et Aide par le Travail (ESAT), comme MESSIDOR par exemple. Cela permet aux personnes d'avoir un parcours de transition avant de retourner en structure ordinaire.

Association Messidor

Adresse : 163 boulevard des Etats-Unis 69008 Lyon
Tél: 04 78 78 00 78
Site web: <https://www.messidor.asso.fr/>

Réinsertion sociale

De nombreuses structures sont accessibles après dépôt d'un dossier MDPH pour favoriser l'insertion sociale des personnes

SAMSAH de Lyon (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)

Adresse : 7 Rue de Gerland
69007 LYON
Tél : 04 72 71 59 60

SAVS (services d'aide à la vie sociale)

SACJ (services d'accueil collectif de jour)

Réinsertion par le logement

GRIM logement

Adresse : 39 rue Sidoine Apollinaire
69009 LYON
Tél : 04 72 53 63 40
Site web : www.grim69.org

ORLOGES (Office Rhodanien de logement social)

Adresse : 19 Rue Auguste Comte
69002 Lyon
Tél : 04 78 38 06 54

De nombreuses structures comme les foyers de vie, les services d'accueil temporaires permettent une réinsertion de la personne par le logement.

Les deux pages ci-dessus sont consacrées aux différents accompagnements proposés concernant la réinsertion des usagers par le travail ou le logement et la réinsertion sociale. Elles ont été rédigées à la suite d'un entretien sur la thématique avec une assistante sociale du CMP Persoz, qui les a également relues et validées.

L'intitulée de la section est « Maison départementale des personnes handicapées du Rhône » car c'est l'organisme auprès duquel une assistante sociale va accompagner l'utilisateur pour ses demandes, dans la majorité des cas. Un formulaire de demande auprès de la MDPH est à renseigner et permet à la personne réalisant la démarche d'exposer un projet de vie détaillant ses besoins et attentes. Ceux-ci

peuvent concerner le travail, une orientation vers un établissement ou un service médico-social, une aide au logement, ...

Concernant la réinsertion par le travail, deux possibilités coexistent. Une réinsertion en milieu ordinaire fait suite à l'obtention d'une Reconnaissance de Qualification Travailleur Handicapé (RQTH) valable pour cinq ans au maximum. L'ADAPT mentionnée ici est une association qui propose une réinsertion des personnes ayant un handicap parmi d'autres services (accès aux soins, logement, vie culturelle, ...).

Parfois cette réinsertion est nécessaire dans un milieu protégé en transition avec le milieu ordinaire. La décision de cette orientation revient à la Commission des Droits et de l'Autonomie de personnes handicapées. Un travail en milieu protégé permet aux personnes concernées d'exercer une activité professionnelle adaptée à leurs possibilités. Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) sont des structures médicosociales employant des personnes ayant un handicap âgé de 20 ans ou plus, gérés par des associations ou l'Etat. Ils proposent également un soutien éducatif et médico-social. MESSIDOR est une association gérant un ESAT.

La réinsertion sociale des personnes peut se faire par l'intermédiaire de plusieurs structures et services. Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) proposent des aides à la vie quotidienne et des activités sociales. Un accompagnement médical et paramédical est proposé en complément. Ils travaillent souvent de concert avec les services d'aide à la vie sociale.

2.3.2 Livret de suivi

Ce premier livret sera destiné à être une aide dans la gestion des différents aspects du parcours par le patient et par les acteurs qui l'accompagnent à qui il en permettra l'accès. Il a une vocation de support de communication et d'échange d'informations entre les acteurs par et pour le patient. Des informations utiles pour le suivi de ce dernier seront véhiculées.

Dans l'ordre du livret, nous retrouvons en première section les coordonnées des professionnels intervenant dans le parcours du propriétaire du livret de suivi ainsi que le répertoire des structures commun aux deux livrets composant le guide patient.

Figure 13 : Répertoire des professionnels de santé (Guide patient)

| Mes professionnels de santé | En ville |
|--|--|
| Au Centre Médico-psychologique | Médecin traitant : Téléphone : |
| Centre médico-psychologique (CMP) : Téléphone : | Pharmacien d'officine : Téléphone : |
| Psychiatre référent : Téléphone : Mail : | Infirmier de ville : Téléphone : |
| Infirmier CMP : Téléphone : Mail : | Assistante sociale : Téléphone : |
| A l'hôpital | Dentiste : Téléphone : |
| Praticien hospitalier Psychiatre : Téléphone : | Gynécologue : Téléphone : |
| Pharmacie hospitalière (PUI) : Téléphone : | |
| Assistante sociale : Téléphone : | |

7

8

Suivent deux pages dédiées à présentées le suivi du patient lors de son parcours, somatique ou psychiatrique, physiologique et biologique.

Figure 14 : Pages présentant le suivi dans le parcours patient en psychiatrie (Guide patient)

Mon suivi

Suivi de votre état de santé

Il sera réalisé à chaque consultation médicale. Il peut comprendre des soins psychiques (psychothérapies, techniques de remédiation cognitive, psychoéducation, réhabilitation).

Evaluation du traitement médicamenteux

Les médicaments psychotropes peuvent entraîner des effets secondaires qui seront évalués et contrôlés par votre médecin ou infirmier référent.

Quels sont les mesures et contrôles à réaliser ?

- Prendre sa tension artérielle (possible en pharmacie)
- Se peser régulièrement, au moins 1 fois par semaine (possible en pharmacie)
- Mesurer le périmètre abdominal
- Contrôler l'état de sa peau et l'état de sa dentition

Comment prendre sa tension artérielle ?

La tension artérielle doit être prise après 20min de repos. Deux mesures sont préférables. La prise se fera au moyen d'un tensiomètre :

- Demander à votre pharmacien de réaliser cet acte à la pharmacie
- Possibilité d'acheter ou louer d'un tensiomètre automatique, afin de prendre vous-même votre tension

Comment se peser ?

Se peser au lever, avec la même balance, en étant habillé légèrement. Cela rendra votre mesure plus fiable et de meilleure qualité. Vous pouvez également demander à votre pharmacien de vous peser.

A quoi sert un suivi biologique ?

Le suivi biologique consiste à effectuer des examens de contrôle pour vérifier que la prise de médicaments ne perturbe pas certains paramètres de votre sang ou vos urines.

Comment communiquer vos suivis biologiques ?

Afin de communiquer vos suivis biologiques à votre médecin présentez-lui l'original ou la copie de vos résultats (à glisser dans votre livret). Ces examens sont essentiels pour optimiser votre prise en charge.

17

18

Lorsque certaines mesures peuvent être réalisées à la pharmacie cela est signalé. Cela permet d'en informer les patients, notamment s'il leur est nécessaire de réaliser une de ces mesures en dehors d'une consultation chez un médecin ou au CMP. Cela peut aussi s'avérer utile lorsqu'ils ne disposent pas d'un instrument leur permettant de la réaliser seuls chez eux.

L'importance des suivis biologiques, souvent réalisés lors d'une prise de sang est soulignée ainsi que la conservation des résultats d'analyse pour leur présentation lors d'une consultation.

Sur les pages suivantes, plusieurs exemplaires des deux tableaux récapitulatifs de traitements sont présents (actuellement un pour les traitements psychiatriques et deux pour les traitements somatiques). Un de leurs objectifs est de faciliter la conciliation des traitements, réalisée lors d'une entrée ou d'une sortie concernant une hospitalisation. Un autre est de permettre aux prescripteurs de tenir compte des traitements en cours lors de la rédaction d'une nouvelle prescription, y compris les traitements d'automédication.

Figure 15 : Tableaux récapitulatifs des traitements (Guide patient)

| Traitements de ma maladie psychique | | |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Médicament | Comment le prendre ? | Date de début de traitement |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Traitements médicamenteux somatiques | | | |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Médicament | Comment le prendre ? | Date de début de traitement | Date de fin du traitement |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

L'agenda de suivi des rendez-vous du patient se compose d'un bref rappel des évènements qu'il est souhaité de répertorier dans ce tableau afin de l'utiliser au mieux. Ce tableau est prolongé sur plusieurs pages.

Figure 16 : Page récapitulative des rendez-vous (Guide patient)

Mes rendez-vous de suivis

Cet agenda est utile pour vous aider dans la gestion de vos rendez-vous médicaux.

Il sert à noter les dates correspondant à l'administration d'injections d'antipsychotiques, à des examens biologiques, des soins somatiques, des soins diététiques, des RDV avec assistante sociale, à l'hôpital de jour, au CMP, autres

| Date Heure | Lieu | Professionnel | Objet du rendez-vous |
|---------------|------|---------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2.3.3 Livret d'information

Dans le livret d'information, l'introduction suit la page de couverture et l'on retrouve comme première section le répertoire décrit en 2.3.1 de ce travail de thèse. La page suivante est dans la continuité du répertoire et présente les dispositifs de protection juridique et sociale pouvant être proposés à une personne ayant besoin d'être assistée dans la protection de ses intérêts et de ses biens : sauvegarde de justice, curatelle, tutelle, la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) et d'accompagnement judiciaire.

Figure 21 : Chapitre protection juridique et sociale (Guide patient)

Protection juridique et sociale

Un dispositif d'aide à la personne peut être proposé afin de la protéger elle et ses biens, **lorsqu'il est estimé nécessaire par avis médical.**

Plusieurs mesures de protections existent selon les cas.

La **sauvegarde de justice** est une mesure de protection de courte durée. L'utilisateur conserve ses droits, sauf exception. Elle permet à un majeur d'être représenté pour la réalisation de certains actes. Il en existe deux types : la sauvegarde médicale issue d'une déclaration faite par un médecin auprès du procureur de la République et la sauvegarde de justice sur décision du juge des tutelles. La décision sera prise par un juge dans un tribunal, quelque que soit le type de la demande.

Une **curatelle** sera demandée si la sauvegarde de justice est une protection jugée insuffisante. La nature de la curatelle sera adaptée en fonction de la situation.

Une **tutelle** sera proposée aux personnes ne pouvant plus veiller sur leurs propres intérêts. Un tuteur la représente dans les actes de la vie civile.

Les **mesures d'accompagnement** aident des personnes majeures dont les facultés ne sont pas altérées, mais qui sont en grande difficulté sociale et perçoivent des prestations sociales. Il existe 2 types de mesure : la **mesure d'accompagnement social personnalisé (Masp)**, mise en place en accord avec la personne en difficulté, et la **mesure d'accompagnement judiciaire (Maj)**, imposée par la justice à la personne en difficulté.

Sources : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2075>
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2094>
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2094>
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1336>

La deuxième section contient plusieurs chapitres présentant la santé mentale et ses troubles, de manière générale dans un premier temps. Dans un deuxième temps, un focus concis est réalisé pour chacun des principaux troubles.

Les troubles psychiques sont définis ainsi que les différents types d'affections qu'ils regroupent : les troubles psychiatriques, les troubles de la personnalité et son évolution, les troubles neurodéveloppementaux, les troubles somatiques associés et les troubles psychosociaux et environnementaux.

Figure 22 : Présentation de la santé mentale et ses troubles (Guide patient)

La santé mentale et ses troubles

La santé mentale est une dimension primordiale du champ de la santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé :

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

Elle surpasse la simple absence de handicap ou trouble psychique.

Troubles psychiques (1 adulte sur 4)

C'est un groupe d'affections variées pouvant conduire à un handicap, un mal-être et une souffrance chez un individu.

On peut distinguer plusieurs axes au sein des troubles psychiques (de manière non exhaustive) :

- Les **pathologies psychiatriques**
 - o Troubles de l'**humeur** : bipolarité, dépression
 - o **Schizophrénies**
 - o Troubles **anxieux**
 - o Troubles des **conduites alimentaires**
 - o Troubles envahissants du **comportement**
- Les troubles de la **personnalité** et de son évolution
 - o Schizotypique
 - o Antisociale, borderline
 - o Obsessionnelle compulsive
- Les troubles **neurodéveloppementaux**
 - o Troubles du spectre autistique
- Les troubles **somatiques** associés
- Les troubles **psychosociaux** et **environnementaux**

Ces troubles psychiques peuvent être associés entre eux, ou difficiles à diagnostiquer précisément selon leurs manifestations cliniques.

On parlera de trouble psychique sévère lorsque les symptômes seront sévères ou persistants, les crises ou hospitalisations répétées et le handicap associé.

Le traitement peut avoir lieu avec ou sans hospitalisation, en fonction des manifestations cliniques.

Dans tous les cas, le patient peut « s'emparer » de sa maladie et la maintenir à un niveau faible de manifestation et d'impact sur sa vie. Il acquiert au cours de son parcours des savoirs expérientiels qui peuvent le conduire à aider des pairs et permettre aux soignants de réévaluer leurs pratiques dans l'accompagnement du patient.

Sources :

<http://www.clubhousefrance.org/definitions/>

<http://www.fiches-ide.fr/wp-content/uploads/2018/04/2-6-s2-cours-n-4.pdf>

https://www.cnsa.fr/documentation/web_cnsa-dt-troublesPsy-2016.pdf

<http://www.frneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>

Un premier focus est présenté concernant les troubles de l'humeur qui regroupent les troubles dépressifs et les troubles bipolaires. Les troubles dépressifs sont les premiers cités du fait de leur forte prévalence seuls ou en tant que comorbidité à un autre trouble psychiatrique. Les principaux symptômes sont présentés ainsi que les options thérapeutiques possibles. On retrouve un contenu similaire à propos des troubles bipolaires. Dans les deux cas, l'alliance thérapeutique avec le médecin et l'équipe soignante est mise en avant comme un facteur favorisant l'efficacité de la prise en charge.

Figure 23 : Pages informatives concernant les troubles de l'humeur (Guide patient)

Les troubles de l'humeur

La dépression (8% des adultes)

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente en France. Le risque de rechute est important, mais réduit par une détection et une prise en charge précoces et adaptées.

Elle se manifeste par des signes cliniques présents sur plus de 2 semaines et presque tous les jours, ayant un impact important sur le quotidien.

Symptômes principaux (au moins 2)

- perturbations de l'humeur nombreuses et définies, persistantes, gênantes (ex : difficulté ou incapacité à se lever le matin)
- perte d'intérêt et de plaisir à des activités habituelles
- fatigue importante

Autres symptômes (au moins 2)

- diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi
- culpabilité injustifiée
- difficultés à se concentrer, troubles du sommeil
- modification de l'appétit
- ralentissement ou agitation

En traitement de première intention, on proposera un traitement médicamenteux ou une psychothérapie selon l'intensité des symptômes. Le traitement sera réévalué régulièrement selon l'appréciation du médecin et envisagé en lien avec le patient.

Cette alliance thérapeutique est un soutien au patient pour l'aider à entamer un processus d'amélioration et à le maintenir.

Sources : http://www.info-depression.fr/dist/_doc/DEPRESSION_LIVRET.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf

15

Le trouble bipolaire (6% ; 1-2% formes sévères)

C'est une maladie chronique d'évolution variable, apparaissant souvent entre 15 et 25 ans, dont les formes sont très variables. Le diagnostic est souvent réalisé tardivement, par un épisode maniaque sans lequel le diagnostic est compliqué à établir. Plusieurs évaluations sont parfois nécessaires au diagnostic.

Symptôme principaux

- alternance dépression et épisode maniaque (humeur augmentée)
- impacte la vie personnelle, professionnelle et sociale
- risque suicidaire majeur

Episode maniaque (> 4 jours consécutifs)

- irritabilité, comportement différent de l'habitude
- augmentation de l'activité physique, du désir de parler, de la libido, de la sociabilité
- diminution du besoin de sommeil
- achats inconsidérés

Un épisode maniaque est une urgence psychiatrique nécessitant une hospitalisation.

La prise en charge est adaptée en fonction du contexte clinique et social du patient. L'objectif est de diminuer les symptômes, les comportements parfois inadaptés, et de protéger la personne et son entourage.

L'impact de ce trouble peut être fortement réduit avec une prise en charge adaptée, bien suivie et une alliance entre le patient et les soignants

Sources :

https://www.fondation-fondamentale.org/les-maladies-mentales/les-troubles-bipolaires/?glcid=EAlaRQobChMlqPiu6tnf2wIvvhvRChOokwJxEAAAYASAAEjLgJTD_BwE

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2058663/fr/trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale

16

Suit un focus concernant les troubles schizophréniques, fortement représentés dans la population du CMP partenaire de la rédaction du livret, et dont la prévalence en population générale est de 1%. Une présentation rapide et la déclinaison des principaux symptômes précèdent une promotion de l'adhésion au traitement et l'observance de celui-ci comme vecteurs de rétablissement du patient.

Figure 24: chapitre concernant les troubles schizophrénique (Guide patient)

Les troubles schizophréniques (1% de la population)

La schizophrénie est une pathologie **complexe** qui affecte le processus de **pensée** et se manifeste de manière différente d'une personne à l'autre. Elle se déclare souvent chez des personnes jeunes, entre **15 et 30 ans**. **Ce n'est pas un dédoublement de la personnalité.**

Manifestations psychotiques

- hallucinations, idées délirantes
- désorganisation de la pensée et des paroles
- comportement parfois inadapté
- perception du monde différente de l'entourage (auditive, visuelle)

Symptômes autres

- peur, anxiété
- confusion
- dépression
- idées suicidaire

La présence d'un trouble schizophrénique peut-être compatible avec une qualité de vie et une vie professionnelle satisfaisante. En apprenant à gérer leurs troubles et en suivant leur traitement, les patients peuvent parvenir à entamer un processus d'amélioration et à le maintenir.

Le traitement joue un rôle essentiel chez les personnes atteintes de schizophrénie. Améliorer la prise en charge et faciliter l'observance d'un traitement constituent les bases de l'efficacité de celui-ci, et permet d'optimiser la réhabilitation avec le maintien du patient dans sa vie sociale.

Sources :

<http://www.psychom.org/Troubles-psychiques/Schizophrénie-s>
https://www.cnsa.fr/documentation/web_cnsa-dt-troubles-psy-2016.pdf

17

S'en suit une présentation des principaux troubles anxieux, avec une description succincte de chacun d'entre eux. Ils accompagnent souvent un trouble dépressif, bipolaire ou schizophrénique. Ils peuvent avoir un impact sur la vie personnelle, professionnelle et sociale des patients qui va de la simple gêne au handicap.

Figure 25 : Chapitre concernant les troubles anxieux (Guide patient)

Les troubles anxieux

L'anxiété est une émotion commune à toutes les personnes, similaire à la peur. Elle peut parfois occasionner une gêne et une souffrance quotidienne associant agitation et sentiment d'insécurité **irrationnels et invalidants**. On parle alors de trouble anxieux.

Le trouble anxieux généralisé (6% de la population)

C'est lorsqu'une anxiété incontrôlable est présente continuellement sur plus de 6 mois, dans tous les moments de la vie quotidienne.

Les symptômes associés : fatigue, agitation, troubles de la concentration, irritabilité.

Attaque de panique (3% de la population)

Peur intense, brutale avec perte de contrôle de soi, irrationnelle.

Symptômes associés : perte de la notion de réalité, palpitations, peur de perdre le contrôle, de mourir, sensations d'engourdissements, de vertiges.

Les phobies spécifiques (12%) et la phobie sociale (5%)

Peurs déclenchées par des situations ou objets de l'environnement de la personne. Elles s'accompagnent d'une conduite d'évitement de l'objet de la peur.

Les troubles obsessionnels compulsifs (2 à 3%)

Pensées dérangeantes, incontrôlables et répétitives occasionnant des attitudes récurrentes et irraisonnables.

Les traitements sont des règles d'hygiène de vie et outils d'aide à la relaxation, voire une psychothérapie. Un traitement médicamenteux pourra être envisagé si besoin.

Sources :

<http://www.psycom.org/Troubles-psychiques/Troubles-anxieux>
<https://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/quelques-chiffres/>

18

Sur la page suivante se trouve un focus sur les troubles du comportement alimentaire, parmi lesquels les deux principaux sont la boulimie et l'anorexie. Leurs prévalences respectives en population générale sont toutes deux proches de 1%. Ils sont le reflet d'un mal être vis-à-vis de soi même ou du contexte dans lequel évolue la personne. Dans le cas de ces troubles, l'alliance thérapeutique est aussi un vecteur de rétablissement.

Figure 26 : Chapitre concernant les troubles du comportement alimentaire

(Guide patient)

Les troubles du comportement alimentaire

L'alimentation est une fonction vitale ainsi qu'une pratique sociale, familiale et culturelle qui permet à la personne de prendre une place dans son environnement.

Des troubles de l'alimentation peuvent donc affecter les aspects sociaux, familiaux, affectifs et professionnels d'une personne, en plus de sa santé.

Ces troubles peuvent être favorisés par plusieurs facteurs :

- Individuels et psychologiques : préoccupation autour de l'aspect physique, la nourriture, les identités sexuelles
- Un traumatisme antérieur
- Le contexte familial
- Le poids de la société et la culture

L'anorexie mentale (0,6% de la population)

C'est un trouble de la relation à l'alimentation. Il est caractérisé par une perte de poids intentionnelle, avec le maintien d'un poids faible, des vomissements provoqués, une dénutrition et une pratique excessive de sport.

La boulimie (1-1,5% de la population)

C'est une envie incontrôlable de manger qui ne répond pas à une sensation de faim ou de plaisir. Elle peut être ou non accompagnée de vomissements.

Un suivi médical, psychiatrique et nutritionnel sera proposé, ainsi qu'une prise en charge familiale et une psychothérapie. Ceux-ci permettront au patient de « s'emparer » de son trouble et retrouver une qualité de vie satisfaisante.

Sources :

<http://www.psychom.org/Troubles-psychiques/Troubles-des-comportements-alimentaires-TCA>

Enfin, cette section dédiée à la santé mentale et ses troubles se conclue par un dernier trouble de la personnalité, le trouble de la personnalité borderline, et des troubles neurodéveloppementaux que sont les troubles du spectre autistique. Le premier est un trouble qui peut conduire à un trouble psychiatrique plus tard ou rester à cet état-là de manière chronique, en fonction de l'apparition ou la non-apparition de facteurs favorisant son évolution.

Les troubles du spectre autistique sont très hétérogènes et il en est de même pour leurs prises en charge. Ils peuvent faire l'objet d'une hospitalisation si leur impact est important sur la vie du patient.

Figure 27: Chapitre concernant le trouble de la personnalité borderline et les troubles du spectre autistique (Guide patient)

Le trouble de la personnalité borderline (1-2% de la population)

Le trouble de la personnalité borderline apparait dès l'adolescence ou chez le jeune adulte.

Il induit un dysfonctionnement, une souffrance, voire un handicap.

Manifestations

- instabilité des relations et des émotions
- mauvaise image de soi
- impulsivité (sexualité, alimentation, addiction)
- alternance de stabilité et de périodes pathologiques

Thérapies

- psychothérapie
- remédiation cognitive
- traitements neuroleptique ponctuels en cas de crise aiguë

Trouble du spectre autistique (1 naissance sur 150)

Les troubles du spectre autistique sont des troubles neurodéveloppementaux qui touchent principalement la communication sociale, émotionnelle et les relations. Ils sont combinés à la présence d'intérêts restreints et de stéréotypies, chez l'enfant ou l'adulte.

Ces troubles peuvent apparaître très tôt dans le développement avec un retard global du développement ou plus tardivement sans retard langagier ou moteur. En raison de l'hétérogénéité des troubles du spectre autistique les prises en charge sont très diversifiées.

Bien encadrées et soutenues les personnes souffrant de troubles du spectre autistique peuvent développer des talents immenses dans leur domaine.

Sources <http://www.frenchautism.org/fr/compprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-les-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/autisme/>

20

Un chapitre est ensuite dédié au lien qui relie les addictions et les troubles psychiques. En effet, ceux-ci sont étroitement liés, 70% des patients ayant des troubles psychiques souffrent d'une addiction associée. De plus, les conséquences d'une addiction peuvent être importantes dans l'efficacité de la prise en charge et dans l'évolution positive des troubles. Un abus de substance addictive peut augmenter le risque de rechute et d'hospitalisation d'un patient. Un impact sur l'efficacité du traitement et l'intensité de certains effets secondaires est aussi à prendre en compte.

La seconde page de ce chapitre présente les structures présentes proches du CMP de Villeurbanne et les services proposés par celles-ci en lien avec les addictions.

Figure 28: Chapitre sur les addictions et les troubles psychiques (Guide patient)

Addiction et troubles psychiques

Qu'est-ce qu'une addiction ?

C'est un usage problématique d'une substance (tabac, cannabis, alcool, cocaïne...) ou d'une activité (jeux d'argent, jeux vidéos ...) pouvant aller jusqu'à la dépendance. Celle-ci entraîne une perte de contrôle sur un ou plusieurs aspects de sa vie (professionnelle, familiale, amicale...) avec de plus en plus de temps passé à gérer ces consommations ou activités.

Addiction et maladie psychique

70% des patients ont une addiction associée à leur trouble. La consommation de certaines substances comme le cannabis est un facteur de risque d'apparition de la schizophrénie.

Lors d'abus de consommations de substances, d'alcool, de stimulants ou de cannabis, les symptômes dits positifs (c'est-à-dire exprimés par des hallucinations, un délire) s'aggravent ainsi que les troubles cognitifs liés à la schizophrénie (peur, anxiété, dépression, idées suicidaires). Cela complique la réinsertion sociale et **augmente les risques de rechute et de réhospitalisation**.

La prise de substances comme l'alcool ou le cannabis mais également toute autre substance qui modifie la manière de percevoir les choses, de ressentir les émotions, de penser et de se comporter est à **éviter**.

Addiction et traitement

Les produits toxiques, y compris le tabac, peuvent diminuer l'efficacité du traitement et augmenter son effet sédatif.

Vous pouvez parler avec votre équipe soignante des addictions, ils sauront vous écouter et vous accompagner.

Sources : <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>

http://www.pistes.fr/swaps/53_156.htm (Santé réduction des risques usages de drogues)

Plusieurs structures existent pour la prise en charge des addictions :

- CSAPA : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ils proposent des consultations jeunes consommateurs (CJC). L'accueil est fait de manière gratuite et anonyme

CSAPA Villeurbanne

Adresse : 111 rue 1^{er} mars 1943
69100 Villeurbanne
Tél : 04 72 65 06 00

- CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risque pour usagers de drogues. Ils s'adressent à des personnes qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'elles consomment les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques, etc.
- Des consultations hospitalières et des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) existent au sein des centres hospitaliers

ELSA (CH Le Vinatier)

Adresse : 95 boulevard Pinel
69678 BRON
Tél : 04 37 91 50 75

Sources : <https://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/ou-trouver-laide/structures-specialisees-addictologie>

Avant d'aborder la partie consacrée aux prises en charge des troubles psychiques, un focus sur les troubles du sommeil est réalisé. Ce sont des symptômes transversaux aux troubles psychiques, avec un impact variable sur la qualité de vie de la personne en fonction de leur nature. Les principaux troubles du sommeil sont présentés brièvement ainsi que leurs prises en charges éventuelle.

Figure 29 : Chapitre concernant les troubles du sommeil (Guide patient)

Troubles du sommeil et troubles psychiques **(1 personne sur 3 en France)**

Ils sont assez fréquents chez les personnes ayant un trouble psychique. Ils peuvent être un symptôme de la maladie, un effet secondaire d'un médicament ou un trouble indépendant de la maladie.

Parmi ceux-ci, nous pouvons mentionner l'insomnie (manque de sommeil), la somnolence diurne excessive (excès de sommeil), qui sont les principaux troubles du sommeil.

L'insomnie se définit comme un trouble dû à un sommeil insuffisant en durée et en qualité. Cela peut entraîner une forte envie de dormir durant la journée et rendre la personne irritable. Une insomnie peut être ponctuelle ou chronique (plus de 3 mois).

Les insomnies ponctuelles sont souvent dues à de mauvaises habitudes, une pathologie ou un évènement stressant. Les insomnies chroniques font suite à de mauvaises habitudes chroniques, à l'apparition de troubles psychiatrique ou à la prise de médicaments.

Une somnolence diurne excessive peut avoir plusieurs causes : syndromes d'apnée du sommeil, narcolepsie, troubles psychiatrique, prise d'un médicament (hypnotique, neuroleptique), ...

Pour prendre en charge ces troubles, on fera appel, selon les cas, à une amélioration de l'hygiène du sommeil, une psychothérapie cognitive et comportementale ou des médicaments (souvent en combinaison).

Sources :

<https://fondationsommeil.com/les-differents-types-dinsomnie/>
<http://www.psycom.org/Espace-Press/Sante-mentale-de-A-a-Z/Troubles-du-sommeil>

La troisième section de ce livret d'information concerne la prise en charge des patients et ses différentes modalités. Tout d'abord, un schéma présente la démarche de prise en charge et ses objectifs, palier par palier.

Puis les deux options privilégiées dans la prise en charge des troubles psychiques que sont les médicaments et la psychothérapie sont présentés, ainsi que leur intérêt.

Figure 30 : Section concernant la prise en charge des troubles psychiques

(Guide patient)

La prise en charge des troubles psychiques



traitement le plus adapté à chacun. En complément du traitement médicamenteux, d'autres prises en charge seront proposées.

Psychothérapie

C'est une prise en charge fondée sur des connaissances scientifiques, agissant par procédés psychiques pour calmer la douleur, et si possible guérir la personne.

Elle est utilisée pour des maladies psychiatriques, troubles psychiques secondaire à une maladie, troubles de la personnalité, réactions à un traumatisme ou un stress.

La psychothérapie peut être préventive, curative, ou en soutien d'une pathologie chronique. Elle peut avoir lieu en individuel ou en collectif.

Elle permet de rétablir les compétences d'un individu et de trouver sa place dans un groupe social.

Sources :

<https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2004-1-page-10.htm>

Inspiré de : Traitement, réadaptation, réhabilitation, rétablissement, P. Lalonde, Annales médico-psychologiques, Volume 165, numéro 3, pages 183-186 (avril 2007)

On retrouve ci-dessus l'ensemble des composantes de la prise en charge des troubles psychiques.

Sources : <http://www.clubhousefrance.org/definitions/>

Traitement médicamenteux

Toute prise en charge de troubles psychiques sévères nécessite un traitement médicamenteux pris de manière rigoureuse et régulière. C'est lui qui va permettre d'agir sur l'origine des symptômes et de les atténuer. Chaque patient étant unique, le psychiatre fait en sorte de trouver le

Un chapitre est par la suite consacré au processus de réhabilitation psychosociale, qui commence par le choix d'un cadre de vie et se poursuit par la mobilisation de moyens et de compétences adaptées afin d'atteindre les objectifs que le patient s'est fixé.

L'objectif final de ce processus est le rétablissement, qui consiste à se réapproprier sa vie et se réintégrer dans la société. Avant de pouvoir atteindre l'objectif de rétablissement, le patient passe par une démarche de réadaptation. Celle-ci consiste à surmonter les difficultés afin de rester intégré dans la société. Cela se fait avec l'accompagnement de professionnels de santé et du social.

Figure 31 : présentation générale de la réhabilitation psychosociale et ses étapes

(Guide patient)

La réhabilitation psychosociale

C'est un processus qui se déroule en deux étapes.

La première est d'accompagner le patient dans le **choix d'un cadre de vie**. La mise en place d'une conduite à tenir et la proposition d'un soutien aident à le réaliser.

La deuxième est d'accompagner le patient dans **l'atteinte de ses objectifs** en mobilisant des **compétences** et des **moyens adaptés**.

Cette démarche vise à renforcer les compétences des personnes, pour atteindre l'objectif qu'est le **rétablissement**.

Le rétablissement

C'est un objectif personnel qui consiste à **se réapproprier sa vie** (empowerment) et se réintégrer dans la société. La qualité de vie définie selon la personne elle-même est une composante majeure de cet objectif.

La réadaptation

C'est une démarche visant à **surmonter les difficultés** qui peuvent causer un handicap psycho-social pour se réintégrer dans la société. Elle se met en place avec **l'accompagnement de professionnels** (infirmiers, psychologues, assistants sociaux).

Sources :

https://www.rehpsy.fr/IMG/pdf/techniques_de_rehabilitation_psychosociale_formation_2013.pdf

<http://www.psychom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Retablisement>

26

Figure 32: prises en charge accompagnant la réhabilitation psychosociale

(Guide patient)

Prises en charge cognitives

On retrouve souvent des difficultés cognitives liés aux troubles psychiques, affectant la concentration, la mémoire, l'attention ou l'organisation. Ces difficultés peuvent gêner la personne dans son quotidien.

Le but des prises en charges cognitives comme la remédiation cognitive est d'apprendre aux personnes à compenser ces difficultés pour améliorer leur qualité de vie.

Cela se fait sous formes d'exercices pratiques, sur plusieurs séances, qui permettront à la personne de disposer de stratégies dans son quotidien.

Source : <https://www.lareponseupsy.info/remediationCognitive>

L'entraînement des habiletés sociales

Il vise à l'acquisition et au maintien d'habiletés sociales par la personne. Cet entraînement peut se faire seul ou en groupe.

Une habileté sociale est une capacité comportementale et cognitive qui permet de communiquer avec d'autres personnes, sur ses besoins ou ses émotions par exemple.

Le bénéfice de cet entraînement est meilleur s'il se fait dans l'environnement de la personne, en présence de proches.

Source : <http://www.seretablir.net/outils-interventions/competence/>

Education thérapeutique et psychoéducation

C'est une méthode pédagogique ayant pour objectifs l'acquisition et le maintien de compétences d'auto-soin et de gestion du traitement. Elle est adaptée au patient et à son environnement. Cela passe par l'information du patient et de ses proches sur le trouble qui le concerne.

Les échanges avec des pairs concernant les expériences de chacun font partie intégrante des séances proposées.

Source : <http://www.psychom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Therapies-Education-therapeutique-ETP/Psychoeducation-et-education-therapeutique-du-patient-en-Psychiatrie>

Réinsertion sociale

L'emploi et le logement sont deux moyens importants de réinsertion sociale.

La réinsertion professionnelle s'effectue soit par le travail protégé, soit par le soutien à l'emploi. Le but de ces deux dispositifs est de proposer un emploi à la personne à la suite d'un bilan d'employabilité.

Le logement de la personne, étant un projet personnel, permet à l'utilisateur de retrouver de l'autonomie et de se réaliser.

La réalisation d'un projet personnel de vie est aussi un moyen important de réinsertion sociale de l'utilisateur.

Source : [Traité de réhabilitation psychosociale, Nicolas Franck](#)

27

28

La réhabilitation psychosociale passe par plusieurs types de prise en charge, des prises en charge cognitives, de l'entraînement aux habiletés sociales, de l'éducation thérapeutique et de la psychoéducation ou encore de la réinsertion sociale.

Parmi les prises en charge cognitives, se trouve la remédiation cognitive. Elle permet aux patients d'apprendre à mobiliser des compétences pour pallier des difficultés qui affectent leur qualité de vie. Cet apprentissage se fait fréquemment par des mises en situation.

L'entraînement des habiletés sociales permet aux patients d'acquiescer celles qui peuvent leur manquer et de maintenir celles dont ils disposent déjà. Une habileté sociale est une capacité comportementale et cognitive qui permet de communiquer ses émotions et ses besoins.

L'éducation thérapeutique sert plusieurs objectifs comme l'acquisition permanente de compétences d'auto-soin et de gestion du traitement, d'informations sur les troubles et leur gestion et l'échange avec des pairs sur les expériences de chacun.

La réinsertion sociale se fait par le logement, le travail et la réalisation d'un projet personnel de vie, déterminé par le patient.

Les familles et les aidants sont aussi accompagnés dans la prise en charge de leur proche, que ce soit par les professionnels ou les associations de proches, en étant accueillis, écoutés et informés par les acteurs précédents.

Figure 33: accompagnement des familles et proches (Guide patient)

Accompagnement des familles et proches

L'accompagnement des familles et proches de personnes ayant un trouble psychique participe au rétablissement de celle-ci. En effet, cela permet à la personne de compter sur des proches informés sur la maladie et soutenus dans sa gestion.

Il peut être réalisé par les professionnels du parcours de soins du patient ou par des associations de familles et proches.

Accompagnement par les professionnels

Il peut se faire de plusieurs manières, la première étant l'accueil et l'écoute des questionnements et attentes de la famille.

Cela peut être complété par de la psychoéducation destinée aux familles. Un programme est en place au CH Le Vinatier, ProFamille, destiné aux proches de personnes souffrant d'un trouble schizophrénique. Il a pour objectifs de mieux comprendre la maladie, d'apprendre à en gérer les symptômes, à en réduire l'impact sur la santé de l'entourage et de pouvoir solliciter de manière adéquate les services d'aide proposés.

Accompagnement par les associations de proches

Les associations de proches et familles comme l'UNAFAM, l'UNAPEI ou l'ADAPEI proposent des groupes de paroles ou des journées d'information sur des thématiques afin d'accompagner les familles.

<https://www.unafam.org/La-formation-des-aidants-familiaux.html>

<https://www.unafam.org/IMG/pdf/livret-accueil.pdf>

https://www.unafam.org/IMG/pdf/presentation_du_programme.pdf

Après la réhabilitation psychosociale et l'accompagnement des familles, plusieurs chapitres abordent la prise en charge médicamenteuse.

La communication autour des traitements et de leur gestion est abordée en premier lieu. La communication autour des traitements permet une prise en charge de qualité lorsque différents acteurs prescrivent, dispensent et administrent des traitements à un même patient.

La communication du patient sur sa perception des traitements et des effets de ceux-ci sur lui est importante. Cela permet d'adapter et réévaluer leur pertinence et adapter les traitements et leurs modalités selon l'adhésion du patient au traitement. Les effets des traitements relevés par le patient peuvent conduire à détecter des interactions médicamenteuses ou non et à adapter une posologie ou des modalités de prise. La notion d'interaction médicamenteuse est définie ensuite.

Figure 34 : la communication autour des traitements et son importance

(Guide patient)

Communiquer sur mes traitements médicamenteux

Communiquez sur tous vos traitements. Pour cela pensez à vous munir de vos ordonnances et de votre livret !

Pourquoi est-ce important de communiquer sur mes traitements ?

Il y a plusieurs intérêts à communiquer sur vos traitements. Cela permet à chaque professionnel que vous voyez d'avoir une vision d'ensemble, d'apprécier au plus juste avec vous si chaque traitement correspond à votre situation. Communiquer sur la manière dont vous percevez votre traitement et ses effets sur vous est important.

Cela peut permettre :

- De **réévaluer** celui-ci en cas d'insuffisance ou au contraire de toxicité
- D'**adapter** la prise en fonction de votre quotidien (effet indésirable gênant, moment de prise non adapté, difficultés de prise, ...)
- De **détecter** une interaction médicamenteuse, ou une incompatibilité avec votre situation

Qu'est-ce qu'une interaction médicamenteuse ?

Il s'agit de la **modification des effets d'un médicament par un autre médicament ou par une substance donnée**. Deux médicaments pris simultanément peuvent agir ensemble et dans ce cas, l'effet escompté peut être augmenté, atténué ou inhibé.

Ainsi une association entre deux médicaments ou entre un médicament et une substance déterminée (par exemple : alcool, cannabis et autres toxiques,) peut être contre-indiquée.

30

La notion d'adhésion au traitement est définie ainsi que son rôle clé dans l'efficacité des prises en charge prescrites ou recommandées par l'équipe soignante. Celle-ci englobe la notion d'observance, abordée ici par la dispensation de conseils afin d'éviter les oublis de prise de médicament. Enfin, deux paragraphes concernent la conservation de la chaîne du froid et l'existence de traitement à action prolongée sous forme injectable.

Figure 35: Adhésion aux traitements et conseils généraux sur la gestion de ceux-ci

(Guide patient)

Conseils sur mon traitement

L'adhésion = bonne prise de mon traitement

Être adhérent c'est suivre un traitement prescrit selon les recommandations sur lesquelles vous vous êtes entendu avec tout professionnel de santé de votre équipe soignante (dose, manière, moment, durée du traitement). Cela peut concerner la prise d'un médicament, l'adoption d'un régime alimentaire ou d'habitudes de vie. L'adhésion est la clé de l'efficacité du traitement. Elle repose sur l'établissement d'une alliance thérapeutique avec votre médecin, votre pharmacien, votre infirmier, et tout autre professionnel de santé.

Une mauvaise adhésion au traitement augmente le risque de rupture de traitement, qui multiplie par 2 le risque de rechute. A chaque rechute, le rétablissement est plus long à obtenir.

Quelques astuces pour éviter d'oublier votre traitement

- Prenez votre traitement à heure fixe afin de créer un automatisme (repas, toilette, brossage de dents, coucher, ...)
- Réglez une alarme tous les jours à la même heure pour vous rappeler l'heure de prise
- Adaptez la prise de votre traitement à votre vie quotidienne. Pour cela, prenez conseil auprès de votre pharmacien et réalisez un plan de prise adapté à votre rythme.

Conservation des traitements

Il est important de respecter l'intégrité des boîtes et de respecter la chaîne du froid quand cela est nécessaire.

Les formes injectables

Elles facilitent la prise du traitement puisqu'elle permet une diffusion du médicament sur une longue période (de quelques semaines à quelques mois) et diminue le nombre d'administration du traitement.

Sources :

<https://lecrip.org/2014/05/21/adhesion-therapeutique-concepts-et-definition/>

31

Les effets des traitements sont abordés par la suite, en commençant par les effets bénéfiques. Les différents types de traitements, leur action principale, leurs bénéfices et leur place parmi les autres prises en charge sont abordés de manière concise.

Figure 36: Effets bénéfiques et indésirables des traitements (Guide patient)

Les effets de mon traitement médicamenteux

Les effets bénéfiques attendus

Il existe **plusieurs types de médicaments** pour lutter contre les troubles psychiques : antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques, thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur).

Ils agissent au niveau de molécules produites par les cellules nerveuses (neurones) appelés neurotransmetteurs.

Des déséquilibres dans la production de ces molécules sont responsables des symptômes des troubles psychiques.

Ces médicaments vont donc diminuer les symptômes, et soulager la souffrance. Ils ne constituent qu'une partie de la prise en charge des troubles. Ils peuvent avoir des effets indésirables sur vous.

Pour pouvoir tirer pleinement bénéfice de votre prise en charge, il est nécessaire de **dialoguer avec les soignants** pour que vos besoins et difficultés soient pris en compte, et solutionnés du mieux possible.

Survenue d'un effet indésirable :

Signalez tout effet indésirable suspecté ou avéré à votre **médecin, pharmacien ou infirmier**.

Vous pouvez également **déclarer directement** à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) via leur site internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr>

S'en suit une liste des différents effets indésirables des traitements, associée à des conseils pour gérer chacun d'entre eux et aider le patient à pouvoir les appréhender.

Enfin, un paragraphe est consacré à quelques recommandations hygiéno-diététiques qu'il est important de mettre en application compte tenu de la fréquente prise de poids sous traitement neuroleptique.

Figure 37: Effets indésirables des traitements et recommandations hygiéno-diététiques (Guide patient)

Principaux effets indésirables et conduite à tenir :

- **Constipation**
 - Pratiquez d'une **activité physique régulière et adaptée**
 - Mangez des **aliments riches en fibres**
 - Pensez à bien vous **hydrater**
- **Sédation (fatigue)**
 - En cas de baisse de vigilance, **ne conduisez pas, faites-vous accompagner**
- **Prise de poids**
 - Evitez de manger entre les repas
 - Evitez les plats préparés, gras, les sodas et sucreries
 - Ayez une **alimentation équilibrée, mangez lentement**
 - Pesez-vous régulièrement
 - Pratiquez une activité physique régulière et adaptée
- **Baisse de tension artérielle en se levant (hypotension orthostatique)**
 - Levez-vous en **deux temps, prenez le temps**
 - **Evitez la station debout prolongée, la prise de boissons alcoolisées, l'exposition à des températures trop élevées**
 - Surélevez la tête du plan du lit (10°)
 - Pratiquez une **activité physique adaptée**
 - **Hydratez-vous** suffisamment, contrôlez vos **apports en sel**.
 - Prenez votre **tension artérielle**
- **En cas de forte fièvre (+ de 39°C)**
 - Consultez en urgence ! (Risque de syndrome malin des neuroleptiques : fièvre, sueurs troubles de la tension artérielle, rigidité musculaire)
- **En cas d'apparition de tremblements**
 - En parler à votre médecin

• Photosensibilisation

- Evitez l'exposition au soleil
- En cas d'exposition : **crème solaire indice 50, chapeau, lunettes ...**

• Troubles de la libido

- En parler avec votre psychiatre, ou un sexologue, pour adapter le traitement et apporter des solutions
- **N'arrêtez pas le traitement sans avis médical**

Suivi hygiéno-diététique

C'est un suivi important, compte tenu de la fréquente prise de poids sous traitement neuroleptiques, mais aussi des troubles du comportement alimentaire parfois associés aux troubles psychiatriques. Il sera effectué par une diététicienne ou une infirmière, et accompagné de mesures hygiéno-diététiques.

Conseils hygiéno-diététiques

- Eviter la prise de sodas, jus de fruits, sirops
- Se laver les dents après chaque repas (3 minutes de brossage)
- Pratiquez une activité sportive adaptée régulière
- Prévoir 3 repas variés par jour
- Eviter de manger entre les repas
- Diminuer l'apport de sucres rapides, surtout le matin.
- Privilégier des aliments à glucides complexes (pain complet, ...)

Le chapitre suivant concerne la conduite automobile et la prise de traitements neuroleptiques. Leur effet sur l'attention et la vigilance est décrit, ainsi que les pictogrammes apposés sur les boîtes de médicaments.

Figure 38 : médicaments et conduite automobile (Guide patient)

Conduite automobile et médicaments

La prise d'un médicament n'est pas un geste anodin. En France, 3,4% des accidents mortels de la route sont liés à la prise d'un médicament.

Parmi les médicaments que vous prenez, certains perturbent votre vigilance et votre attention. Cela peut influencer votre comportement lorsque vous conduisez.

Les médicaments contre l'anxiété, la dépression et ceux agissant sur votre humeur nécessitent l'avis d'un soignant vous accompagnant pour vous indiquer si la conduite est possible.

Afin de repérer les médicaments pouvant être interdits ou à éviter si vous conduisez, un **pictogramme** est présent sur les boîtes, indiquant la conduite à tenir.

| | | |
|---|--|---|
|  | Soyez prudent Ne pas conduire sans avoir lu la notice | Niveau 1 : conduite possible, être vigilant à un effet qui pourrait venir de la prise du médicament |
|  | Soyez très prudent Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de santé | Niveau 2 : effet suffisamment important pour demander l'avis d'un médecin ou pharmacien avant de conduire |
|  | Attention, danger : ne pas conduire Pour la reprise de la conduite, demandez l'avis d'un médecin | Niveau 3 : conduite dangereuse, avis médicale obligatoire ou avis d'un pharmacien si sans prescription |

Ces précautions sont aussi valables pour les gens se déplaçant à vélo, moto, scooter et trottinette.

Soyez attentifs aux signes d'alerte : fatigue, engourdissement, tremblement, nausées, vertiges.

<http://www.securite-routiere.gouv.fr/conseils-pour-une-route-plus-sure/conseils-pratiques/ma-conduite/medicaments-et-conduite>

35

Enfin, le chapitre qui clôture ce livret d'information concerne la grossesse et ses conséquences sur la prise en charge de la patiente, ainsi que son traitement. La conduite à tenir en prévision d'une grossesse ou en cas de découverte d'une grossesse est abordée. Les effets des traitements lors d'une grossesse sont décrits, ainsi que la contre-indication de certains médicaments lors d'une grossesse. Les pictogrammes apposés sur les boîtes sont également présentés. Enfin, un paragraphe est consacré à la contraception lors d'un traitement neuroleptique.

Figure 39: Grossesse et maladie psychique (Guide patient)

Grossesse et maladie psychique

Les connaissances actuelles désignent la grossesse comme une période de changements psychiques intenses pouvant déstabiliser les parents. Dans cette période particulière, l'intervention de professionnels peut être nécessaire quand des difficultés apparaissent. Il est important de faire réévaluer son traitement avant d'envisager une grossesse.

En prévision d'une grossesse

Prévoyez une visite pré-conceptionnelle avec votre psychiatre, afin de discuter de la possibilité d'une grossesse et d'adapter votre traitement si besoin.

En cours de grossesse

Ne pas arrêter brutalement votre traitement lors de la découverte d'une grossesse. Faites le point avec votre équipe soignante sur votre prise en charge.

Effets des médicaments pendant une grossesse

Les médicaments peuvent avoir plusieurs effets sur l'enfant à naître :

- Des malformations (risque tératogène)
- Des problèmes de croissance, de développement ou de fonctionnement d'un organe
- Des effets en fin de grossesse, où le nouveau-né doit éliminer seul les médicaments reçus par la mère avant l'accouchement

Pendant l'allaitement, les médicaments peuvent aussi passer dans le lait de la mère et être actifs, causant des effets secondaires chez l'enfant.

La plupart des effets entraînés par les médicaments peuvent être gérés par des solutions trouvées avec votre équipe soignante.

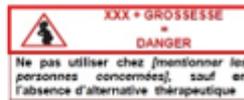
Certains traitements sont contre-indiqués, déconseillés, ou nécessitent des précautions particulières lors de la grossesse (ex : lithium, acide valproïque). Ils sont maintenant repérés par des pictogrammes. En cas de

36

présence d'un pictogramme sur un médicament que vous prenez, parlez-en avec votre médecin, pharmacien ou sage-femme, il vous renseignera sur la possibilité d'utiliser ce médicament.

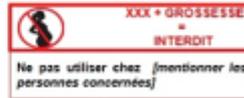
- un pictogramme « danger »

Ce pictogramme signale aux patientes que le médicament doit être utilisé uniquement s'il n'y a pas d'autre médicament disponible.



- un pictogramme « interdit »

Ce pictogramme signale aux patientes que le médicament ne doit pas être utilisé.



En fonction de chaque médicament concerné, le pictogramme retenu mentionne :

- XXX = « nom du médicament » ou « ce médicament »
- les personnes concernées :
 - l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ;
 - la femme enceinte durant toute la période de la grossesse ou durant une période de la grossesse précisée sur la boîte du médicament.

Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-bon-usage-des-medicaments/questions-reponses-sur-le-pictogramme-femmes-enceintes/>

Le DEPAKOTE et le DEPAMIDE sont des médicaments dérivés du valproate, pouvant entraîner des malformations sur l'enfant à naître. Ils sont contre-indiqués pendant la grossesse.

Chez les femmes en âge de procréer, le traitement par valproate de sodium est instauré seulement si elles ne sont pas enceintes (test de grossesse plasmatique négatif) et si elles utilisent une contraception efficace (pilule, stérilet, implant, ...).

Le lithium augmente le risque de malformations cardiaques chez le fœtus en cas de grossesse.

Informez votre médecin en cas de grossesse ou projet de grossesse, afin qu'il réévalue votre traitement. **NE PAS ARRÊTER SEULE VOTRE TRAITEMENT.**

37

Si vous êtes enceinte ou pensez que vous pouvez l'être, et que vous prenez un de ces médicaments, consulter en urgence un médecin.

Pour les autres traitements d'une maladie psychique, le risque d'effets sur le nouveau-né est plus faible. Cependant, précisez-bien votre traitement en cas de découverte d'une grossesse.

Contraception

Si vous n'envisagez pas de grossesse et désirez accéder à un moyen de contraception adapté à votre situation, vous pouvez en parler à un médecin ou une sage-femme.

Les médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes sont là pour vous renseigner, vous aider à choisir la contraception qui vous convient et vous la prescrire. Vous pouvez aussi vous rendre dans un centre de planning familial.

Sources : [Brochure d'information à l'attention de la patiente et/ou de son représentant concernant les médicaments contenant du valproate et dérivés, ANSM 2015](#)

<http://www.pediatre-online.fr/grossesse/medicaments-pris-pendant-grossesse-consequences-bebe-pendant-allaitement/>

http://www.lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=360

2.4 Modalités de validation et d'évaluation du guide patient

Les processus de validation et d'évaluation de l'outil ont été réalisés en partie en continu durant le développement du guide patient, surtout concernant le contenu et la mise en forme de celui-ci. A la suite de la première rencontre ville-hôpital au CMP de Villeurbanne, des premiers retours avaient déjà été recueillis et ont donné lieu à des modifications. Puis, une première présentation en commission qualité de l'hôpital a été réalisée à la fin de l'étape de rédaction. Les étapes de correction, d'enrichissement du contenu sur des thématiques clés, et de reformulation de certains paragraphes ont eu lieu par la suite. C'est après une première évaluation par l'ensemble du groupe de travail que l'agencement des parties entre elles et la scission du guide en deux livrets ont été décidées.

Dans un deuxième temps, c'est la validation du modèle pour la phase de test qui sera réalisée. Pour ceci, plusieurs étapes sont nécessaires, auprès de différents acteurs :

- Une validation auprès du groupe de travail, qui comprend le chef de pôle, la cheffe de service de la pharmacie, la psychiatre qui m'a encadré dans ce travail de rédaction, des pharmaciens d'officines.
- Une validation auprès des deux instances concernant ce qui relève de la qualité des soins et du médicament à l'hôpital

L'évaluation finale de cette première version se fera par plusieurs moyens complémentaires :

- Un essai auprès d'un échantillon de 5 patients volontaires, au CMP Persoz, sur un mois d'utilisation
- Une relecture et évaluation par un bureau d'étude de la faculté de psychologie de Lyon 2, qui en évaluera l'impact sur les comportements des gens
- Une évaluation et une amélioration continue à mettre en place par le promoteur du projet à l'avenir

Les critères d'évaluation seront liés dans un premier temps à l'usage de l'outil : facilité, sécurité, longévité. Ils concerneront aussi le contenu : pertinence, formulation, vocabulaire, agencement des parties. Enfin, les différents impacts de l'outil seront étudiés : sur le patient, sur les relations interprofessionnelles, sur les enjeux liés aux traitements (gestion du traitement, adhésion à celui-ci), les

connaissances des acteurs du parcours ayant accès aux informations, la réalisation des suivis, la qualité de l'alliance thérapeutique.

2.5 Pérennisation de l'outil : Etude de faisabilité d'un projet d'application mobile

2.5.1 Contexte et enjeux en santé mobile

La santé mobile est définie par l'OMS comme l'ensemble des « pratiques médicales et de santé publique reposant sur des dispositifs mobiles tels que des téléphones portables, systèmes de surveillance des patients, assistants numériques personnels et autres appareils sans fil ».

Elle offre différentes solutions technologiques permettant des mesures de constantes vitales, des échanges d'informations. Par ces différentes solutions et le volume conséquent de données recueillies, elle influence les pratiques professionnelles et le degré d'autonomie des patients dans celles-ci. Cela lui donne un fort potentiel dans l'évolution des pratiques.

Les enjeux concernant la santé mobile et son utilisation pour faire évoluer les pratiques médicales ont été abordés à travers plusieurs textes de référence. Ce sont des guides et des bonnes pratiques rédigés au niveau national ou au niveau européen, afin de cadrer et d'orienter les différents acteurs impliqués, au cours des différentes étapes dans la mise en place d'un outil de santé mobile, de la conception à l'évaluation.

Trois textes de référence ont été étudiés afin de dégager les enjeux à prendre en compte lors du développement d'un outil de santé mobile : le guide de bonnes pratiques mHealth publié en Mars 2016 (44), le livre vert européen sur la santé mobile publié en 2014 (45) et le Référentiel de bonnes pratiques sur les applications et objet connecté en santé, publié par la HAS en Octobre 2016 (46).

Les principaux enjeux décrits dans ces textes concernent :

- Les données médicales et leur protection, l'information des utilisateurs et leur consentement
- L'usage des outils et leur ergonomie
- Le cadre juridique concernant le statut de l'outil et la protection des données personnelles des utilisateurs

- L'éthique
- La sécurité informatique, la sécurité d'utilisation, la fiabilité

2.5.1.1 Le guide des bonnes pratiques mHealth

Le guide des bonnes pratiques m-Health est présenté dans son introduction comme « une méthodologie scientifique » permettant de développer la confiance dans les outils de santé mobile, les applications dans ce cas précis. Cette méthode permet de répondre aux exigences afin d'obtenir un label collaboratif en santé connectée, le « mHealth quality », en listant les bonnes pratiques à respecter pour concevoir une application mobile.

Tableau 3 : Bonnes pratiques pour la conception d'une application mobile

(Guide mHealth)

| | |
|---|---|
| Valeur médicale de l'application | Identification des utilisateurs cibles, des objectifs de l'application et ses bénéfices Citation des auteurs Fiabilité du contenu médical et des bases de données Fiabilité des résultats fournis Distinction contenu scientifique/non scientifique Informations à destination des utilisateurs et fiabilité des échanges Bon choix des unités et formules de calcul, des échelles utilisées Interopérabilité : capacité à interagir avec d'autres logiciels Envisager les risques et déclarer les restrictions |
| Définition des usages et besoins des utilisateurs | Lister les besoins potentiels des utilisateurs Consulter les utilisateurs professionnels de santé et non professionnels Garantir l'ergonomie de l'application |
| Conformité juridique | Figuration des mentions légales et des conditions générales d'utilisation Bonnes pratiques de protection des données personnelles Bonnes pratiques concernant la législation sur les dispositifs médicaux |
| Ethique | Permettre à l'utilisateur de gagner en autonomie Respecter les principes de bienséance et de non-malfaisance Respecter la même règle d'accès et de diffusion de l'information quel que soit le profil ou le statut de l'utilisateur |
| Sécurité informatique | Recourir à des développeurs formés à la rédaction d'un code-source propre et à la sécurité informatique Respecter les normes de codage en vigueur Minimiser le recours aux fonctionnalités du système d'exploitation du smartphone Restreindre les accès de l'application aux données et fonctions du smartphone au strict nécessaire Utiliser un environnement de développement sain |

2.5.1.2 Le livre vert européen sur la santé mobile

Le livre vert européen sur la santé mobile publié en 2014 est un outil pour réaliser une consultation des parties prenantes concernant les obstacles et freins au déploiement de la santé mobile et déterminer une démarche pour libérer son potentiel.

Il décrit le potentiel de la santé mobile, ses aspects techniques, ses enjeux, ses possibilités pour la préservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des utilisateurs, ainsi que l'amélioration de leur autonomie.

Les enjeux identifiés par les parties prenantes consultées à propos du développement de la santé mobile sont recensés dans les paragraphes suivants.

Le premier enjeu est la protection et la sécurité des données de santé. Le nombre de données collectées étant élevé, les utilisateurs potentiels ont une inquiétude concernant l'utilisation abusive de celles-ci. Pour prévenir cela plusieurs réponses peuvent être apportées : un mécanisme approprié d'authentification, un cryptage des données ou encore la mise en place d'une sécurité et d'un contrôle d'accès. Pour garantir la protection des données, une proposition de la Commission européenne instaure les principes de « minimisation des données », « protection des données dès la conception » et « protection des données par défaut ».

La finalité de la collecte de ces données, comme la recherche médicale afin d'étudier des comportements ou des facteurs d'influence sur la prise en charge nécessite la mise en place d'un cadre adapté. La notion de consentement éclairé et explicite est capitale par rapport à l'éthique et la réglementation.

L'utilisation d'une application doit se faire dans le respect du cadre réglementaire en Union Européenne. Celui-ci ne fixe pas de règle stricte par rapport à la distinction entre applications pour le mode de vie/bien-être et celles relevant de la réglementation des dispositifs médicaux ou de diagnostic in vitro. On ne retrouve que des orientations à ce propos au niveau européen, alors qu'en France, l'Agence nationale des produits de santé et des médicaments a statué dessus.

La sécurité des patients et la transparence des informations sont des thématiques importantes à prendre en compte lors du développement d'une application. La sécurité d'utilisation a fait l'objet

d'études qui ont parfois rapporté des solutions peu fiables, peu testées voire dangereuses pour la santé des utilisateurs, dans le contenu proposé par des applications de bien-être et de mode de vie. Pour assurer cette sécurité, il existe des normes applicables aux logiciels constituant des dispositifs médicaux. Les systèmes de certification et les labels de qualité spécifiques peuvent servir d'indicateur de fiabilité d'une application. Enfin, pour assurer la transparence des informations contenues dans les applications, il existe un répertoire européen des applications de santé.

Les solutions de santé mobiles peuvent aussi contribuer au système de santé et à l'égalité d'accès aux soins. Par exemple, la télésurveillance est vue comme un outil évitant les hospitalisations et remédiant en partie à la pénurie de professionnels de santé. Les solutions de santé mobiles par leur zone d'action étendue potentielle peuvent améliorer l'accès aux soins dans des zones en pénurie.

L'interopérabilité des solutions proposées est un facteur important de réussite du développement de la santé mobile. L'actuel manque d'interopérabilité des solutions est décrit comme un frein au développement et à l'extensibilité des solutions de santé mobile.

Un autre facteur favorisant l'émergence des solutions de santé mobile est leur définition comme service sujet au remboursement par la sécurité sociale.

Enfin, il est nécessaire de définir de manière claire au niveau juridique la responsabilité des professionnels de santé et des fabricants mettant à disposition une solution de santé mobile, dans le cas où celle-ci s'avérerait préjudiciable aux utilisateurs.

2.5.1.3 Le référentiel de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Les objectifs de ce référentiel sont de promouvoir l'usage des applications et objets connectés, renforcer la confiance des patients par rapport à leur utilisation et proposer aux industriels et évaluateurs des éléments d'évaluation de ces outils.

Les enjeux de l'évaluation de ces outils de santé mobile sont déclinés en cinq domaines d'évaluation : l'information des utilisateurs, le contenu de santé, le contenant technique, la sécurité et la fiabilité, ainsi que l'utilisation/l'usage. Dans chaque domaine, des sous-domaines sont détaillés. Ils

regroupent plusieurs critères d'évaluation, qui sont indiqués dans le référentiel de bonnes pratiques comme souhaités (S), recommandé (R) ou obligatoire (O).

Tableau 4 : domaines d'évaluation du référentiel de bonnes pratiques sur les applications et objets connectés (HAS)

| | |
|---------------------------|---|
| Informations utilisateurs | Description : dénomination produit, définition version et environnement produit, prix et facturation éventuelle d'abonnement ou services, sources de financement, évaluation, crédits d'auteurs, contact de l'éditeur |
| | Consentement : formalités juridiques, obligation d'information, consentement d'utilisation des données obligatoirement recueilli, révisable et accessible à tout moment, rectifiable et supprimable à tout moment |
| Contenu de santé | <p>Conception contenu initial (implication des utilisateurs, méthodologie d'ingénierie, déclarations d'intérêt, citation de sources et références bibliographiques, ...)</p> <p>Standardisation (interopérabilité, reproductibilité des données, perte d'informations, possibilité de synchronisation des données, ...)</p> <p>Contenu généré (pertinence, minimisation des données collectées, nombre de périphériques, fils de discussion électroniques, assistance fonctionnelle)</p> <p>Contenu interprété (interprétation humaine du contenu de santé, interprétation automatisée du contenu de santé)</p> |
| Contenant technique | <p>Conception technique (configuration et performance des équipements, méthodologie du développement logiciel, suivi des mises à jour)</p> <p>Flux des données</p> |
| Sécurité/fiabilité | <p>Cybersécurité</p> <p>Fiabilité</p> <p>Confidentialité</p> |
| Utilisation/usage | <p>Utilisation/design</p> <p>Acceptabilité</p> <p>Intégration/import (capacité de recherche, capacité de retrouver un patient, possibilité d'imprimé des résumés, éléments sociaux, ...)</p> |

En résumé, concernant le développement de solutions en santé mobile, dont les applications mobiles, les enjeux principaux concernent les données personnelles et médicales des utilisateurs. Cela, que l'on parle de leur utilisation et du consentement de l'utilisateur, de la sécurité de leur utilisation ou leur stockage, ainsi que de la législation européenne ou nationale qui conditionne tout cela.

2.5.2 Etude des besoins dans un échantillon de patients en CMP

Cette étude de besoin dans un échantillon de la patientèle du CMP Persoz se fait suite à la volonté de faire évoluer un format papier vers un format dématérialisé, qui s'est concrétisée dans un premier temps par une analyse des textes de référence dans le domaine de la santé mobile en France et en Europe (cf partie 2 chapitre 2.5.1 de ce travail de thèse).

2.5.2.1 Population et secteur concerné

Le CMP Persoz est un établissement situé dans un bâtiment regroupant différentes structures de prise en charge appartenant au Vinatier. Le bâtiment comprend un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) pour adulte et un autre pour personnes âgées, un hôpital de jour, et le centre médico-psychologique.

Le CMP dispose d'une équipe pluridisciplinaire comptant des psychiatres, des infirmiers, des psychologues. La file active du secteur de Villeurbanne est de 2500 patients.

L'entrée dans une prise en charge au CMP peut se faire par la filière ambulatoire, avec un entretien mené par un interne en psychiatrie et un infirmier, à l'issue duquel le patient est orienté vers le type de suivi qui lui est adapté. Une autre possibilité est l'entrée en suivi ambulatoire à la suite d'une hospitalisation. Dans ce cas, le suivi est le plus souvent possible attribué au psychiatre ayant pris en charge le patient au cours de son hospitalisation. En effet, les psychiatres du CMP sont les mêmes que ceux des unités d'hospitalisation, les consultations étant assurées en présentiel de manière répartie sur la semaine.

Dans ce secteur, l'utilisation des traitements antipsychotiques sous forme d'injection à libération prolongée est privilégiée pour améliorer l'observance et l'adhésion au traitement des patients. Cela fait un ou plusieurs rendez-vous supplémentaires à honorer au CMP, et requiert une bonne organisation des patients pour amener le médicament préalablement récupéré en officine lors du rendez-vous d'injection. C'est un élément principal qui a provoqué l'idée de mise en œuvre d'un outil d'aide au suivi et à la gestion de traitement.

2.5.2.2 Matériel et méthode

L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux des outils utilisés par les patients en psychiatrie pour gérer leur traitement et communiquer avec leur équipe médicale. Un second objectif est d'étudier les attentes vis-à-vis des outils possibles et la pertinence d'un outil digital, selon les patients. Le recueil de données lors de cette étude a été réalisé sous forme d'entretiens courts, avec un questionnaire papier à l'appui.

Figure 40: Questionnaire support de l'étude de besoin d'un outil digitalisé dans la population du CMP Persoz

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>QUESTIONNAIRE</p> <p>Dans le cadre du développement d'une application mobile de santé pour le patient en psychiatrie</p> | <p>PRO-____-____-____</p> <p>Version 02</p> <hr/> <p>Date d'application : 22/05/2018</p> |
|---|--|--|

| | | |
|---|---|--|
| <p>Rédaction : AULAGNON Etienne (Externe en pharmacie)</p> | <p>Vérification : GENTHON-TRONCY Mathieu-Axel (Externe en pharmacie)</p> | <p>Validation : MEGARD Rachel (Chef de service)</p> |
|---|---|--|

Ce questionnaire est anonyme, merci de répondre à toutes les questions

Age : 18-25 ans 25-45 ans 45-65 ans > 65 ans **Genre :** M F

1- Avez-vous un outil de suivi pour votre pathologie ? (Carnet, application, autre...)
 Oui : Non

2- Avez-vous un smartphone ?
 Oui, Android Oui, iPhone | Non Autre :

3- Souhaiteriez-vous avoir accès à une application mobile pour vous aider dans votre suivi de prise en charge ? OUI NON

4- Quelles fonctionnalités vous seraient utiles ? (cochez les réponses souhaitées)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gestion de vos rendez-vous | <input type="checkbox"/> Une aide à la prise de vos traitements |
| <input type="checkbox"/> Suivi de poids, tension | <input type="checkbox"/> Un carnet de vaccination |
| <input type="checkbox"/> Des informations sur votre pathologie | <input type="checkbox"/> Un espace de stockage de vos ordonnances et résultats biologiques photographiés |
| <input type="checkbox"/> Des informations sur vos médicaments | <input type="checkbox"/> Un espace où noter vos questions et notes personnelles |
| <input type="checkbox"/> Une aide à la gestion de vos effets indésirables | <input type="checkbox"/> Une fiche patient en cas d'urgence |
| <input type="checkbox"/> Un annuaire des associations et contacts utiles | |
| <input type="checkbox"/> Autres propositions : | |

5- Sur quel(s) support(s) vous semblerait-il intéressant d'accéder à vos données ?
 Téléphone Tablette Ordinateur Autre : Aucun

6- Souhaiteriez-vous participer à une expérience sur un prototype d'application d'aide à la prise en charge ? Oui Non

Merci d'avoir répondu à notre questionnaire, nous vous tiendrons informés de l'avancée de ce projet ! Vous pouvez nous laisser vos coordonnées afin de suivre l'évolution de ce projet :

Email : Tel :

Les entretiens ont été réalisés sur deux demi-journées, par le même opérateur, dans un Centre Médico-Psychologique (CMP). Les patients ont été interrogés dans une zone de confidentialité, après avoir été sollicités en salle d'attente, à la suite de l'obtention de leur consentement, à un moment ne gênant pas leur consultation au CMP. Pour chaque entretien, l'objectif de celui-ci était présenté en amont, et l'anonymat a été préservé lors du recueil des réponses. Seules les personnes souhaitant être contactées pour avoir un retour sur l'enquête à laquelle elles ont participé ont communiqué leurs coordonnées lors des entretiens.

A l'issue de ces entretiens, sur les 80 usagers sollicités pour participer, 33 ont souhaité répondre au questionnaire lors d'un entretien soit 41,25%.

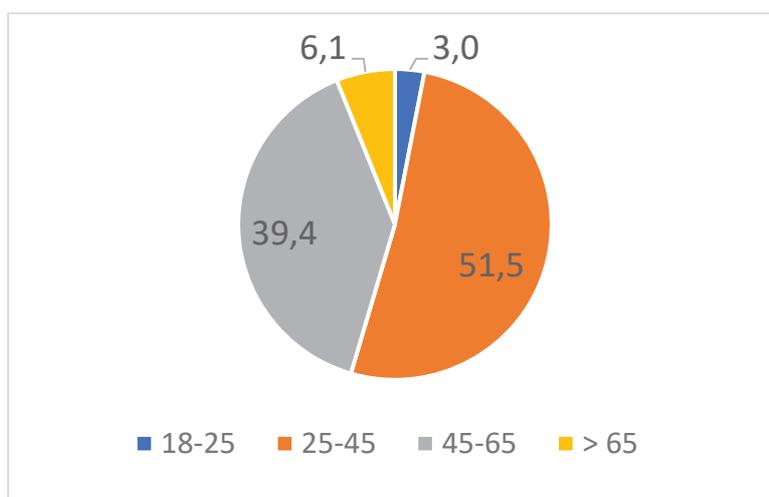
Les participants à l'étude avaient pour seul critère d'être suivis au CMP. Ceci a permis d'étudier les réponses en fonction de la classe d'âge des usagers participants, et d'étudier les attentes de l'ensemble de la population concernant l'accompagnement souhaité.

Les réponses issues des 33 questionnaires ont été traitées manuellement et à l'aide d'un logiciel de tableur.

2.5.2.2 Résultats

La population étudiée dans cet échantillon de 33 personnes possède la répartition suivante en fonction des tranches d'âge.

Figure 41 : Répartition de la population étudiée selon l'âge (%)

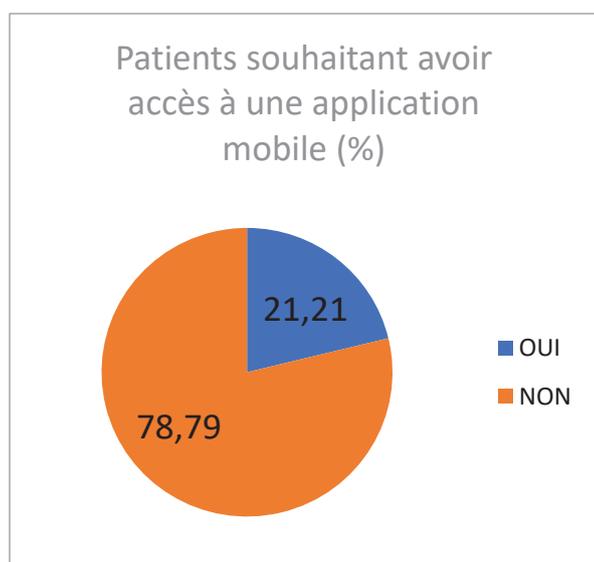


Dans un premier temps, il est primordial de savoir si les usagers ont le réflexe d'avoir recours à un outil pour se repérer dans leurs rendez-vous, assurer un suivi de leur prise en charge. Il s'avère que seuls 12% des personnes interrogées ont recours à un outil. Il s'agit d'un agenda ou d'un système d'alarme sur leur téléphone pour gérer leurs rendez-vous médicaux.

Malgré cela, parmi les participants n'ayant pas un système d'aide à la gestion de leurs rendez-vous, soit les 88% restants, 21% des sujets interrogés souhaitent avoir accès à une application mobile pour les accompagner dans leur parcours de soins. L'intégralité de ces sujets est dans la tranche d'âge des moins de 45 ans, les 25-45 ans étant les plus représentés.

Figure 42: Patients souhaitant avoir accès à une application mobile et répartition

selon l'âge

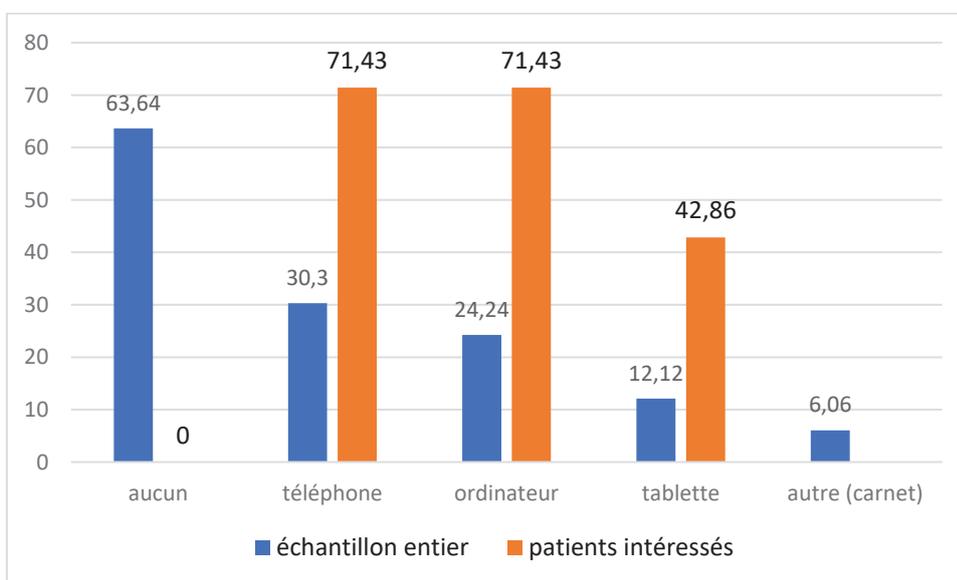


| Age | 18-25 ans | 25-45 ans | 45-65 ans | >65 ans |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|---------|
| Intéressés | 100% | 61% | 0% | 0% |
| Part de la population étudiée | 3% | 51% | 39% | 6% |
| Parmi les possesseurs d'un smartphone | 7% | 66% | 27% | 0% |

Un autre critère pouvant influencer sur l'intérêt pour un outil digitalisé, est la possession d'un téléphone permettant un accès ce genre d'outil. Il s'avère qu'il y a pratiquement un partage équitable entre possesseur de smartphone ou équivalent (49% de l'échantillon) et non possesseur de smartphone ou équivalent (51%). Parmi les 49% de possesseurs de smartphone ou équivalent, plus d'un tiers des personnes (37%) serait intéressé par un outil digitalisé. Enfin, 12% de l'échantillon possèdent un smartphone ou équivalent et seraient intéressés par un outil digitalisé et prêt à l'expérimenter si l'opportunité se présentait.

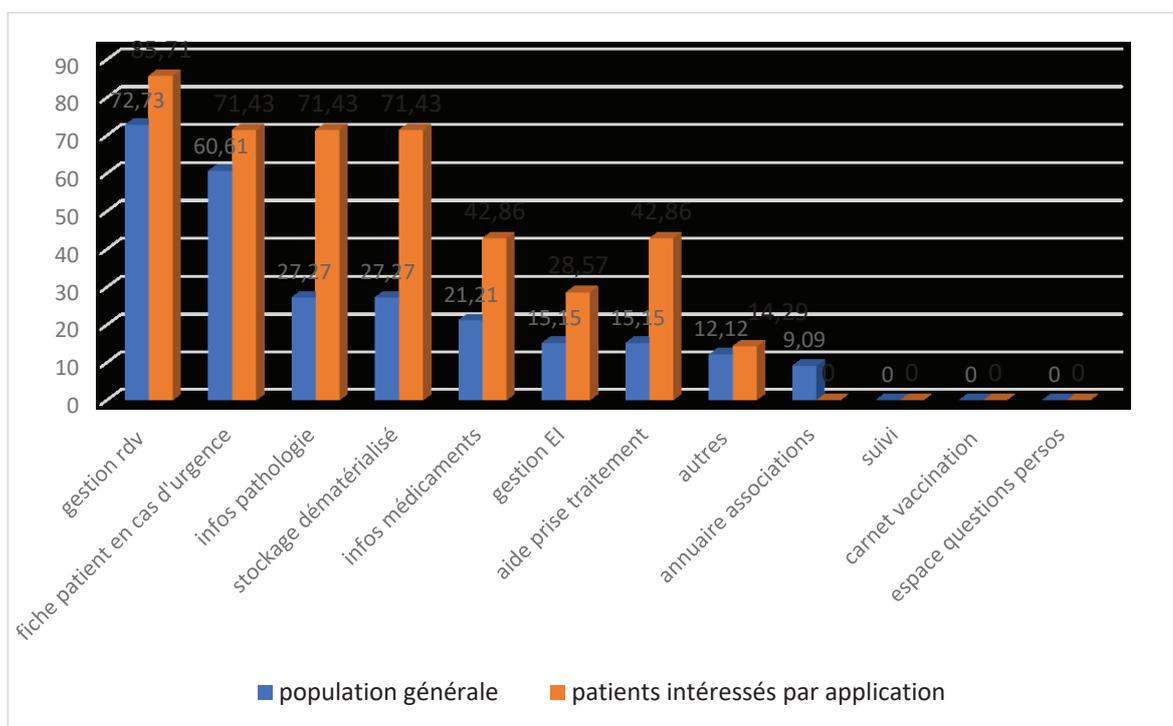
L'outil envisagé lors de l'enquête était une application mobile, ce qui n'a pas empêché d'étudier les supports jugés utiles par les usagers (intéressés ou non par le format d'application mobile envisagé), permettant d'orienter le choix de la forme du futur outil, et d'envisager une éventuelle extension à un support supplémentaire. Il faut préciser que plus de la moitié des personnes interrogées (63%) juge qu'aucun support ne lui serait utile pour être accompagnée dans sa prise en charge. Pour le reste de l'échantillon, le téléphone (30%) et l'ordinateur (24%) sont les principaux supports jugés utiles. La tablette arrive après, avec 12% d'avis favorable. L'ordre de préférence est sensiblement le même si l'on ne considère que l'avis des usagers intéressés par une application.

Figure 43: L'utilité d'un support et préférence selon le type de support (%)



Voici les résultats concernant les fonctionnalités souhaitées parmi les propositions faites dans le questionnaire, pour l'ensemble de l'échantillon (en bleu) et pour les seuls participants intéressés par une application (en orange).

Figure 44 : Fonctionnalités utiles selon les patients



2.5.2.3 Discussion

La première chose que l'on remarque dans cette enquête est la rareté de l'utilisation d'un outil organisationnel dans la gestion des rendez-vous par les patients. Cela concorde avec la proportion de patients jugeant qu'aucun outil ne leur serait utile, qui est de 61% de l'échantillon. Plusieurs hypothèses se détachent au vu de ces premiers résultats. La première est une volonté de la part du patient de ne pas être assisté dans la gestion des rendez-vous. La seconde est qu'il ne leur est pas utile d'avoir un outil dans ce but-là. Pourtant dans les résultats à la dernière question, on voit la gestion des rendez-vous apparaître comme la première fonctionnalité utile dans le cadre de l'utilisation d'un outil digitalisé.

On peut en conclure que les patients sont conscients de l'importance des rendez-vous avec leur équipe soignante, mais qu'ils ne sont pas forcément enclins à utiliser un outil pour gérer ceci eux-mêmes.

Pour savoir ce qui peut amener un certain nombre de patient à souhaiter un outil de prise en charge digitalisé, il faut se reporter aux autres fonctionnalités jugées utiles. Parmi les patients intéressés,

on retrouve derrière la gestion des rendez-vous, le recensement des informations importantes en cas d'urgence, des informations sur les pathologies et un stockage dématérialisé de leurs documents. Ces fonctionnalités intéressent plus d'un patient sur deux. Ce sont des informations les concernant personnellement ou leur pathologie qui les intéressent. Par opposition, les trois items concernant les traitements et leur gestion sont souhaités par moins d'un patient sur deux.

En résumé, peu de patients interrogés ont exprimé un intérêt pour un outil digitalisé, des patients âgés de moins de 45 ans. Les supports majoritairement souhaités sont le téléphone et l'ordinateur, ce qui suppose de pouvoir mettre à disposition un outil adapté aux deux pour toucher la population la plus large possible. Enfin, les fonctionnalités principalement souhaitées sont liées directement à la gestion de la prise en charge du patient, son accès à des informations et l'accès à des informations le concernant.

Ces données sont exploitables mais pas suffisantes pour définir avec certitude les attentes des patients. Tout d'abord, l'étude a eu lieu sur la population d'un seul CMP, sur un nombre relativement restreint de patient. Une étude avec une méthodologie plus aboutie pourrait être nécessaire pour compléter les orientations définies par cette étude de besoin.

2.5.3 Conclusions et prévisions pour l'avenir de l'outil

Plusieurs arguments contribuent à maintenir ce projet d'application mobile à l'état de potentielle évolution du guide patient.

Le premier est le manque de pratique avec le guide patient et une évaluation encore peu aboutie, notamment à l'usage et auprès des patients. Il faut d'abord mieux éprouver cet outil au format papier, afin de pouvoir fournir un premier prototype assez abouti d'application, basé sur un outil papier dont la pertinence et l'efficacité auront été prouvées.

Le second argument est une efficacité non encore démontrée des applications mobiles en santé mentale et psychiatrie. Il existe des études portant sur l'efficacité des applications mobiles, démontrant des résultats positifs de l'usage d'applications mobiles en santé mentale et psychiatrie. Cependant, elles disposent de deux biais majeurs :

- Une absence d'indépendance. En effet, il est fréquent que l'équipe qui évalue l'efficacité soit également celle qui a conçu l'application.
- Des résultats non reproductibles et parfois avec une amélioration proche de celle apportée par un effet placebo.

Le troisième est qu'il serait nécessaire de disposer d'une véritable équipe de travail sur ce type de projet, faisant appel à des compétences hors champs médical. Ceci afin de pouvoir répondre aux enjeux spécifiques au développement d'une application mobile, notamment juridiques, éthiques, ceux relevant de la sécurité informatique et de la confidentialité, ainsi que l'interopérabilité. Cette dernière est fortement souhaitée notamment à l'échelle régionale, et vis-à-vis des outils numériques nationaux (DMP, DP, ...).

En conclusion, voici la démarche à accomplir pour voir les trois conditions précédentes réunies :

- Créer un groupe de travail réunissant des professionnels de la psychiatrie, des professionnels de la sécurité informatique et de la protection de données, des patients ou représentants des patients futurs utilisateurs
- Etablir dans le cadre de ce groupe de travail, un prototype et un protocole de test de celui-ci, en tenant compte des enjeux spécifiques aux application mobiles et aux solutions connectées décrits dans les différents guides de bonne pratique (sécurité des données, interopérabilité, consentement, ...).
- Mettre en place une évaluation permettant de démontrer l'efficacité de l'outil, de manière indépendante et reproductible

3. Deuxième rencontre ville-hôpital

3.1 Contexte et objectifs

Cette deuxième rencontre était organisée dans le but de susciter la rencontre de membres de l'équipe d'un centre médico-psychologique et de représentants des officines alentours au CMP. La proposition de celle-ci a été bien accueillie que ce soit par les pharmaciens d'officine conviés ou par les membres de l'équipe du CMP.

Les pharmaciens sollicités l'ont été selon des critères de proximité avec le CMP et de collaboration déjà effective avec le CMP de manière ponctuelle. Une dizaine de pharmaciens se sont alors vu proposer de participer à une réunion. Malgré cela, peu de pharmaciens ont souhaité prendre part à la rencontre. Les principaux motifs étaient le manque de temps, et un faible nombre de leurs patients suivi au CMP.

Cette rencontre a également recueilli le soutien et la participation de la chef de service de la PUI, du chef du pôle auquel appartient le CMP et de la responsable de service.

Le premier objectif de cette rencontre était l'interconnaissance entre tous les acteurs. Le deuxième était de permettre des échanges entre les acteurs à propos de la prise en charge de patients psychiatriques, et les enjeux inhérents à celle-ci. Le troisième et dernier objectif était d'imaginer les liens possibles entre ces acteurs, et leur mise en place, afin d'améliorer la prise en charge des patients, en fonction des compétences et des attentes de chacun.

La rencontre était prévue dans une salle de réunion des locaux du Centre Médico Psychologique Persoz, à Villeurbanne. L'horaire et la date de la rencontre ont été convenus avec l'ensemble des participants, afin que chacun puisse être disponible.

3.2 Déroulement de la rencontre

La rencontre se déroule le 20 juin 2018 en soirée vers 20h, dans une salle de réunion dans les locaux du CMP comme prévu. En revanche, nous comptons deux absents parmi les pharmaciens d'officine conviés. Cela restreint le nombre de représentants officinaux mais n'altère pas pour autant la qualité des échanges qui ont lieu par la suite.

Les huit participants sont de professions diverses :

- Psychiatres : le chef du pôle est du CH Le Vinatier, la cheffe du secteur G08, ainsi que la responsable du CMP Persoz
- Pharmaciens : la chef de service de la PUI et une pharmacienne d'officine
- Infirmiers : un infirmier du CMP et une infirmière du réseau intermed
- Un étudiant en pharmacie filière officine en 5^{ème} année hospitalo-universitaire

3.2.1 Première partie

La première partie de la réunion se déroule sous la forme d'une discussion autour des enjeux relatifs à la prise en charge des patients ayant des troubles schizo-affectifs, avec à l'appui des diapositives permettant de détailler certains points (symptômes, prises en charges, facteurs de rechute et durée d'hospitalisation en fonction des cas).

En premier lieu, force est de constater que la forte proportion de ces patients dans la file active du CMP Persoz se répartit de manière différente en fonction des officines. La pharmacienne d'officine présente reconnaît ne pas avoir tant de patients que cela, de par sa proximité relative au CMP. Une grande partie des patients se rend à la pharmacie juste à côté du CMP, dont le titulaire était convié mais s'est vu dans l'incapacité de se joindre à nous, ou dans une officine proche de leur domicile.

Il est rapporté que le pharmacien d'officine a un rôle important auprès de ces patients là en termes d'information et de prévention des facteurs de rechute, en termes d'observance et de compréhension du traitement, ainsi que sa gestion. Un rôle d'alerte en cas de détection de signes de rechute chez un patient est également mentionné.

Un autre constat est celui de la connaissance insuffisante par les officinaux des symptômes des troubles, et des prises en charge autres que médicamenteuses de ses troubles. En effet, les troubles psychiatrique et leurs prises en charge ne sont abordés que brièvement lors de leur cursus.

3.2.2 Seconde partie

Une seconde partie est consacrée à la mise en œuvre d'une collaboration entre les acteurs du CH le Vinatier et du CMP Persoz avec les pharmaciens d'officine, autour du parcours patient en psychiatrie.

Dans ce but, une présentation d'une première version d'un guide patient est réalisée. Diverses corrections et remarques quant au contenu et à la mise en forme sont émises par les différents participants et seront prise en compte afin d'améliorer l'outil. Il est présenté comme un support de communication, de suivi et d'information sur les pathologies, et leurs prises en charge, y compris médicamenteuses. La proposition d'utiliser cet outil dans les premières années de la maladie est avancée dans l'optique de

l'utiliser comme support afin de diminuer le nombre de rechutes dues à l'arrêt des traitements. Il pourrait aussi aider à la ritualisation de la prise en charge, en cas d'utilisation de formes retard par exemple.

Afin de renforcer les liens interprofessionnels, d'autres moyens de communication sont mentionnés comme les messageries sécurisées ou encore la mise en place d'une ligne téléphonique entre pharmaciens hospitaliers et officinaux.

Enfin des rencontres thématiques entre pharmaciens et acteurs de la psychiatrie sont proposées afin de permettre des échanges interprofessionnels réguliers et précurseurs de collaborations interprofessionnelles autres.

Conclusions

Une telle rencontre a permis l'interconnaissance d'acteurs impliqués dans le parcours des patients de manière cloisonnée. Ces acteurs ont émis des propositions de collaboration et échanger des idées sur des thématiques communes concernant les patients suivis en psychiatrie.

Une communication efficace et incluant le patient doit être mise en œuvre afin de renforcer les liens entre les acteurs et fluidifier les échanges d'informations.

La position d'acteur de premier recours du pharmacien d'officine peut être exploitée afin d'en faire une sentinelle face aux risques de rechute et au risque de sortie du parcours de soins. Les différentes missions de prévention, conseils lors de dispensation en automédication ou encore aide à la gestion et l'observance des traitements sont autant de compétences à valoriser dans le cadre de la mise en place d'une collaboration avec les acteurs de la psychiatrie. Pour cela, une sensibilisation et un renforcement des connaissances en psychiatrie doivent être envisagés.

Tout cela est possible et peut devenir pérenne dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle structurée. Reste à confirmer que cette volonté présente au niveau d'un CMP et quelques officines soit souhaitée et réalisable au niveau d'un territoire plus étendu.

PARTIE 3 : Ebauche d'un projet de coopération interprofessionnelle impliquant le pharmacien d'officine autour du CH Le Vinatier

1. Les organismes de coopération interprofessionnelle

1.1 Les organismes de coopération interprofessionnelle issus de la loi de réforme de notre système de santé de 2016

La coopération interprofessionnelle est une pratique en plein développement qui a connue d'importantes mutations quant à son organisation et les structures impliquées dans sa réalisation. Les réseaux de santé, structures pionnières dans ce type d'exercice dans le domaine de la santé ont connu une évolution de leurs missions initiales de coopération entre acteurs de la santé et médico-sociaux. Ceci aux profits de missions d'appui à des nouvelles structures de coordination locales, permettant une plus grande proximité entre les acteurs des coopérations. Ces structures sont incarnées par les équipes de soins primaires (ESP), à l'échelle d'une patientèle commune, et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'échelle d'un territoire. Ces dernières peuvent rassembler des équipes de soins primaires avec d'autres acteurs. Enfin, le statut de plateforme territoriale d'appui (PTA) est apparu et peut être attribué à des réseaux de santé, des communautés professionnelles territoriales suffisamment développées, ou toute autre structure pouvant en assurer les fonctions. Les missions des PTA sont les suivantes :

- Informer et orienter les professionnels vers les ressources adaptées à leur besoin, que celles-ci soient sanitaires, sociales ou médico-sociales.
- Soutenir la coordination des parcours patient complexes
- Appuyer les projets et initiatives professionnelles sur les plans opérationnel et logistique

Ces récentes évolutions des coopérations sanitaires ont été introduites par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (21) et cohabitent avec les réseaux de santé actuellement, pour perpétuer et réinventer la coopération interprofessionnelle en santé.

1.1.1 Les réseaux de santé

Les réseaux sont définis de la manière suivante par l'article L.6321-1 du code de la santé publique (47) : « 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. »

Toujours selon le même article L.6321-1 du code de la santé publique, « les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, 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 » peuvent être membres d'un réseau.

Les réseaux de santé répondent à des objectifs de santé publique, autour de projets concernant une thématique précise. Ils reposent sur trois piliers, l'absence de hiérarchie entre les acteurs, un mode de financement faisant appel à un relevé d'activité précis et une démarche qualité. Plusieurs équipes collaborent au sein de ses réseaux de manière complémentaire en fonction de leur territoire d'exercice. Plusieurs cadres institutionnels sont applicables aux réseaux.

Une forme juridique a été conçue pour cette forme d'exercice en réseau : le groupement de coopération sanitaire (GCS). Ce groupement permet d'envisager la mise en commun de moyens humains pour former de nouvelles équipes entre les différents acteurs, la mutualisation d'équipements, de moyens immobiliers ou de systèmes d'information. Il permet un champ d'action important du fait que toutes les missions, fonctions ou activités des membres peuvent être confiées au GCS.

Le groupement d'intérêt public (GIP) peut aussi être utilisé comme cadre juridique d'un réseau de santé. Il constitue une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, pouvant associer en son sein des personnes morales de droit public et privé, dont au moins une de droit public. Il est institué par une convention collective dont les signataires sont les futurs membres du GIP. Cette convention doit être approuvée par l'état, et comporter des mentions obligatoires. Il doit exercer une

mission d'intérêt général, activité à but non lucratif. Il est souvent utilisé pour la gestion par projet ou d'action ponctuelles impliquant différents acteurs.

La plupart des réseaux de santé sont constitués sous forme d'associations loi 1901 à but non lucratif et reconnus d'intérêt général la plupart du temps, qui font office de promoteurs de ceux-ci.

Lors de sa création, un réseau se dote d'une convention constitutive ayant pour objectif de recenser les éléments indispensables à la définition du réseau, son évolution, ainsi que celle du contexte dans lequel il s'inscrit. Comme indiqué dans l'article D.776-1-5 (48) du code de la santé publique, cela sous-entend l'objet du réseau, ses objectifs, son aire géographique d'intervention, les coordonnées du réseau et de ses promoteurs, sa structure juridique et les statuts correspondants, l'organisation (membres et rôle de chacun, modalités d'accès et de retrait du réseau système de représentation des usagers), le fonctionnement du réseau (modalités de coordination et de pilotage, organisation du système d'information et interopérabilité avec d'autres systèmes), son système d'évaluation, la durée de la convention et son mode de renouvellement, le calendrier prévisionnel d'exécution des étapes, les circonstances de dissolution.

Comme mentionné dans l'article D.776-1-4 du code de la santé publique, « une charte de réseau définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenants à titre professionnel ou bénévole ».

La méthode de travail dans un réseau consiste à partir des faits pour concevoir une réponse réaliste et applicable aux besoins identifiés. Ceci dans le but d'engager une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques. L'évaluation de cette qualité se fait par un suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs relatifs à la prise en charge des patients et l'aide apportée aux aidants. L'évaluation d'un réseau porte aussi sur l'intégration des usagers et professionnels dans le réseau, le fonctionnement et le modèle économique de celui-ci. Un guide d'évaluation des réseaux de santé, publié en 2004 par L'ANAES, actuellement rattachée à la Haute Autorité de Santé (HAS), recense l'ensemble des critères d'évaluation nécessaires.

Depuis, les réseaux ont évolué vers une mission d'appui auprès des professionnels de santé et des équipes de premier recours, dans la gestion de situations complexes. L'objectif était de les rendre

polyvalents pour des missions de proximité en termes de coordination des soins et d'appui des équipes. Cette évolution fait l'objet d'un guide rédigé par la direction générale de l'offre de soins intitulé « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » (49).

1.1.2 Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (21) définit dans son article 65 la communauté professionnelle territoriale de santé comme « composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours (...) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé ». Ces communautés peuvent être formées à l'initiative des professionnels de santé, ou à défaut à l'initiative de l'agence régionale de santé en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé.

Les engagements pris par cette CPTS sont formalisés par un contrat territorial, ainsi que les moyens alloués pour les respecter, les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. Pour appuyer son action et être soutenue, une CPTS peut faire appel aux services d'une plateforme territoriale d'appui, dont le rôle est de proposer un soutien lors de situations complexes sans distinction d'âge ou de pathologie. Ces plateformes proposent trois services : l'information et l'orientation vers des ressources sanitaires sociales et médico-sociales, l'appui à l'organisation des parcours complexes, le soutien aux initiatives professionnelles.

Les PTA et l'ensemble CPTS/ESP se distinguent, malgré une articulation entre celles-ci mal comprise par les acteurs de terrain. En effet, une PTA est chargée d'agir en appui aux professionnels de santé ou aux ESP et CPTS lorsqu'ils le demandent. Or il arrive que des ESP ou CPTS soient suffisamment matures dans leur fonctionnement pour assurer les fonctions d'appui elles-mêmes, et ne nécessitent pas de PTA.

D'après le rapport de l'IGAS de 2018 intitulé « déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé : Appui à la DGOS » (50), près de 200 projets de CPTS étaient dénombrés en août 2018 dont une vingtaine de validés par les ARS. On retrouve parmi ceux-ci des communautés préexistantes au dispositif des CPTS, actives et pourvues d'un fonctionnement opérationnel, qui

augmentent sensiblement le nombre de CPTS en projet. Ce décompte intègre aussi 64 pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA) en Normandie, inscrits dans une démarche de coordination similaire à celle des CPTS et ESP. Ils s'en distinguent par leurs critères de taille et de proximité, intermédiaires à ceux des ESP et des CPTS (15 professionnels de santé, sur un territoire de 15000 habitants, accessible à moins de 15 minutes pour les habitants). Ainsi la majorité des CPTS en projet n'est pas encore opérationnelle et attend encore de signer un contrat de santé avec l'ARS, mais elle est connue et soutenue par l'ARS dans cette démarche.

En fonction de leur territoire d'activité, les enjeux des CPTS ne sont pas identiques, que ce soit en milieu urbain, péri-urbain ou rural. En territoire rural, l'objectif est de maintenir une offre de premier recours, en particulier pour les personnes âgées, la continuité des soins ainsi que l'organisation des soins non programmés. Dans ce type de territoire, une des principales difficultés est la réticence à la mise en œuvre d'un mode d'exercice coordonné des médecins seuls en cabinet. Cela serait issu d'un manque de temps et d'un manque de perception des bénéfices à l'exercice coordonné. Une autre difficulté réside dans l'identification de porteurs de projets moteurs d'une dynamique collective. Le nombre faible d'acteurs impliqués facilite la mise en commun des ressources médicales, et une association d'acteurs, sanitaires, sociaux et médico-sociaux plus aisée.

Les territoires péri-urbains trouvent leurs problématiques principales dans le maintien de l'offre de premier et de second recours, l'organisation du lien ville-hôpital ainsi que l'organisation de la permanence des soins (réponse aux soins non programmés). En raison de la taille importante de la communauté, un système d'information est nécessaire pour fonctionner en réseau. Les établissements sanitaires sont souvent membres de la CPTS, et dispose d'un partenariat étroit avec les acteurs de la CPTS. Cependant, les partenariats avec les établissements médico-sociaux constituent un axe d'amélioration important. Le travail en équipe interprofessionnelle est plus complexe à organiser au vu du nombre élevé d'acteurs à coordonner.

Concernant les territoires urbains denses, le parcours patient est moins lisible et le recours à l'hôpital est assez fréquent. Cela nécessite de structurer la coopération en fonction de l'hôpital, en développant le lien ville-hôpital, et en visant à diminuer le recours aux services d'urgence, par l'organisation des soins non programmés. Il est courant de recourir à un interlocuteur précis représentant

les libéraux pour faciliter les échanges. L'interconnaissance et l'organisation en communauté sont plus délicates au vu de la multiplicité des acteurs impliqués sur un territoire.

L'histoire des liens interprofessionnels tient aussi un rôle déterminant dans la mise en place des communautés, leur portée et leur développement. La présence de maisons de santé pluriprofessionnelles, de pôles de santé pluridisciplinaires constitue un élément facilitant la création, l'ingénierie et la pérennisation des CPTS. Il en est de même pour les démarches de formations interprofessionnelles et de délégation de tâches. Pour les territoires n'ayant pas eu de démarche interprofessionnelle en amont, la mise en place est plus en réponse à un problème, et progresse par une approche populationnelle et un élargissement du champ d'application.

En ce qui concerne le statut juridique des CPTS, il est le plus souvent le plus léger possible et le plus simple possible. Cela explique la majorité de CPTS ayant une organisation associative, permettant un rassemblement d'un grand nombre d'acteur, selon un mode de gouvernance souple. Le système de SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) est souvent perçu comme lourd, complexe, et inadapté au régime fiscal de certaines professions (pharmaciens et leur assujettissement à la TVA).

La participation à un mode d'exercice coordonné fait l'objet d'incitation financière sous forme de forfait annuel pour la participation à une CPTS ou une ESP. Cette incitation financière est conditionnée au respect d'un certain niveau d'équipement informatique. En l'occurrence, les pharmaciens ne disposent pas d'incitation financière à la participation à une CPTS (avenant 12 à la convention médicale signé le 21 novembre 2017).

Une CPTS doit pour être reconnue par l'ARS rédiger et transmettre dans un premier temps, une lettre d'intention ou préprojet, permettant d'envisager un financement pour la construction et la rédaction du projet. Et dans un second temps un projet de santé permettant une demande de financement pour la mise en œuvre du projet. Le projet présenté devra être en adéquation avec le projet régional de santé, et tout autre ressource du territoire concerné.

1.1.3 Les équipes de soins primaires (ESP)

L'équipe de soins primaire est une organisation en équipe d'au moins deux professionnels de premier recours, incluant au minimum un médecin généraliste. Elle correspond au premier degré de

coopération interprofessionnelle sur un territoire, et concerne une patientèle en proximité. L'initiative peut venir de tout professionnel de santé de premier recours. Son principal objectif est l'amélioration, par une coordination améliorée des différents professionnels, de la prise en charge du patient, ainsi que de son parcours de soin, autour d'une thématique commune. Cela peut se faire par la mise en place d'outils communs de partage d'informations, de protocoles de prise en charge. L'ingénierie d'une organisation pluriprofessionnelle de ce type peut être accompagnée par l'agence régionale de santé, tout comme la mise en place des outils de partage d'informations. Une ESP a pour vocation d'évoluer vers un exercice regroupé qui peut être soutenu financièrement par l'ARS.

Concernant le statut juridique appliqué aux ESP, il y a un libre choix de la forme. Une ESP peut être une maison de santé pluriprofessionnelle, « structure pluriprofessionnelle dotée de la personnalité morale et constituée de professionnels et auxiliaires médicaux ou pharmaciens » (51). Elle peut correspondre à un centre de santé pluriprofessionnels, les professionnels étant salariés et tenus de pratiquer le tiers-payant, ou encore d'autres formes plus légères comme une association.

Un contrat définissant les engagements des différents acteurs de l'ESP est signé avec l'ARS, et permet de bénéficier des crédits et de l'information organisée par l'ARS. Cependant, une ESP peut être créée sans avoir contractualisé ses engagements avec l'ARS. Les projets peuvent être accompagnés sur la partie ingénierie de projet et promotion des outils de partage d'informations et/ou des outils mis à disposition par le SISRA, par l'ARS ou les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS).

La participation à un mode d'exercice coordonné fait l'objet d'incitation financière sous forme de forfait annuel pour la participation à une CPTS ou une ESP. Les pharmaciens peuvent toucher entre 280 et 420€ annuels s'ils adhèrent à une équipe de soins primaires.

1.1.4 Un exemple de communauté professionnelle territoriale de santé : Le pôle santé Paris 13, CPTS du 13^{ème} arrondissement de Paris

L'ensemble des informations présentées ici est issu d'une présentation lors d'un séminaire de présentation de la CPTS (52), ayant eu lieu le 15 juin 2018, exposé par la coordinatrice du pôle santé Paris 13, Sophie Dubois, pharmacien.

Cette communauté s'est donnée comme mission principale de faire évoluer l'organisation des soins primaires de son territoire dans un objectif d'amélioration du service rendu à l'ensemble de la population de son territoire d'action. Celle-ci correspond aux enjeux détaillés pour les CPTS en territoire urbain dense, développés précédemment dans le paragraphe 1.3.2 de la troisième partie de ce travail de thèse, consacré aux CPTS. Voici les objectifs généraux fixés pour cette CPTS :

- « Faciliter l'accès aux soins
- Améliorer les parcours des patients
- Améliorer la qualité des soins
- Développer la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique
- Contribuer à adapter l'offre de soins primaires »

Le pôle santé Paris 13 a vu le jour par la création d'une association, avec une prise de relais par une Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) un an après. Ce cadre juridique applicable pour un exercice coordonné pluriprofessionnel est accessible depuis sa mise en place par la loi n°2011-940 du 10 août 2011 (53) modifiant certaines dispositions de la loi HPTS de juillet 2009. Les objectifs poursuivis par une SISA sont les suivants, selon un article du site cmvmediforce.fr concernant les SISA (54) :

- Rendre possible l'exercice pluriprofessionnel
- Prétendre aux subventions et autres investissements publics dédiés à l'exercice coordonné
- Facturer certains actes à l'assurance maladie dans le cadre des nouvelles rémunérations prévues par la loi dite Hôpital, Patients, Santé et Territoires
- Donner accès aux professionnels de santé à un cadre fiscal et social sécurisé

Concernant l'aspect fiscal, la SISA est une société civile soumise à l'impôt sur le revenu. Concernant la nature des associés d'une SISA, il faut compter au moins deux médecins et un auxiliaire médical. L'activité libérale mise en commun peut aussi être exercée hors du cadre de la SISA, à titre personnel, si l'exercice par le professionnel selon les deux modes est précisé dans les statuts de la SISA. Un pharmacien est habilité à avoir le statut d'associé dans une SISA.

Le fonctionnement du pôle santé Paris 13 est assuré par une coordinatrice, une adjointe de coordination, avec des référents assignés à chaque projet mené. Depuis sa création en 2011, 98 professionnels de santé ont participé à une action et touché une rétribution correspondant à leur participation. Cette structure d'exercice coordonné compte plus de 120 adhérents à son actif. Le financement était assuré, au moment de la présentation, par le FIR, et des appels à projets.

Pour chaque objectif fixé, une réponse a été élaborée suite à une analyse des besoins.

Tableau 5 : Objectifs et réponses du pôle santé Paris 13

| Objectif | Réponse | Résultats |
|---|--|--|
| Faciliter l'accès aux soins | Parcours de santé et de dépistage dans 5 foyers de migrants Réalisation des vaccinations nécessaires Orientation vers médecin du pôle santé Paris 13 ou vers service de pathologies infectieuses de l'hôpital Pitié Salpêtrière en fonction des résultats des dépistages | 427 patients dépistés en 2017 160 vaccinations antigrippales 80 vaccinations DTP |
| Améliorer les parcours des patients | Mise en place de visites à domicile chez les personnes âgées dépendantes et sans médecin traitant | 190 personnes âgées prises en charge soit 1 à 4 par semaine |
| Améliorer la qualité des soins | Mise en place d'un dispositif d'automesures tensionnelles, sur prescription d'un médecin pour une durée de 3 jours, avec la participation de pharmaciens : éducation du patient, prêt d'un tensiomètre et remise d'une fiche de recueil des mesures | 20 pharmacies participantes 39 médecins ayant eu recours au dispositif 861 patients ayant eu recours depuis 2012 |
| Développer la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique | Moi(s) sans tabac Pharmacien : évalue la dépendance et la motivation, délivrance de TNS pour 7j gratuitement Evaluation de l'adaptation du traitement à 7j puis orientation vers médecin traitant pour la poursuite du sevrage. Recueil du statut tabagique à 1 mois puis entre 4 et 6 mois | 2017 : 222 fumeurs, 329 délivrances de TNS 2016 : 187 fumeurs, 187 délivrances de TNS |
| Contribuer à adapter l'offre de soins primaires | Analyse de la densité médicale par quartier Aide à l'implantation de maisons de santé pluriprofessionnelles en fonction des besoins | 4 MSP créées depuis 2016 |

A partir de ce projet de CPTS, une plateforme territoriale d'appui est venue compléter l'offre proposée par le pôle santé Paris 13, notamment concernant l'appui des parcours complexes, la recherche de médecins traitants effectuant des visites à domicile et un appui aux pratiques professionnelles.

Parmi leurs projets pour la période 2018-2020, on retrouve :

- Soirées de formation et coordination professionnelles
- Forum annuel des soins primaires sur le 13^{ème} arrondissement de Paris
- Projet organisationnel innovant de prise en charge partagée des personnes de plus de 75 ans
- Permanence de sages-femmes à la maison médicale de garde
- Prévention/dépistage des pathologies somatiques pour les patients psychotiques

1.2 Les dispositifs de coordination pluriprofessionnelle en santé mentale

1.2.1 Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

Un CLSM est un espace de coordination pluriprofessionnel, impliquant des professionnels de la psychiatrie, des représentants des usagers et des aidants, des élus, ainsi que d'autres professionnels du territoire. Il pour objectif principal d'assurer la prévention et la promotion de la santé mentale. Il a également pour objectifs de coordonner les différents acteurs afin de favoriser l'accès aux soins de psychiatrie et leur continuité ; favoriser l'insertion sociale et la citoyenneté des usagers ; lutter contre les discriminations et la stigmatisation des patients. Au niveau opérationnel, un CLSM va définir des priorités d'action, desquelles découlera une stratégie mise en place par un partenariat interprofessionnel.

Tableau 6 : Objectifs opérationnels et stratégiques d'un CLSM

| | |
|-------------------------|---|
| Objectifs opérationnels | <ol style="list-style-type: none"> 1) Définir une priorité d'action selon les besoins de la population du territoire 2) Définir une stratégie de réponse pour la prévention, l'accès aux soins, l'inclusion sociale 3) Développer un travail intersectoriel pour réaliser les actions définies 4) Mettre en œuvre les actions, en collectif, afin de répondre aux besoins et créer les structures nécessaires |
| Objectifs stratégiques | <ol style="list-style-type: none"> 1) Observation en santé mentale 2) Permettre l'accès aux soins en psychiatrie et leur continuité 3) Favoriser l'insertion sociale, l'autonomie et la pleine citoyenneté 4) Lutter contre la stigmatisation et les discriminations 5) Promouvoir la santé mentale |

1.2.1.1 Histoire et cadre législatif des CLSM (55)

La première fois que l'on a mentionné un organisme basé sur le principe des CLSM date de la circulaire du 12 décembre 1972 (56). Celle-ci émet la recommandation de créer des organismes consultatifs nommés « conseils de santé mentale de secteur ». La création de ces conseils sera appuyée par le biais de la circulaire du 9 mai 1974 (57). Elle en oriente aussi le mode de fonctionnement avec des réunions plusieurs fois dans l'année, dotées d'un ordre du jour concret. La création de ces conseils sera importante mais le maintien de la majorité d'entre eux éphémère.

Faisant suite aux « conseils de santé mentale de secteur », les conseils départementaux de santé mentale, créés par le décret du 14 mars 1986, se placent comme « organismes consultatifs donnant un avis sur la préparation de la carte sanitaire de la psychiatrie et du schéma départemental d'équipement et services de lutte contre la maladie mentale » (58). Ils réunissaient un grand nombre d'acteurs différents répartis en un bureau permanent et différentes commissions : représentants de l'état et des caisses d'assurances maladie, personnels médicaux et non médicaux, représentant des organisations de proches de patients. Ils ne parviendront pas à être efficaces à cause de leur diversité trop importante d'intervenants et leur éloignement du territoire de proximité. Une ordonnance les abroge en 2003 et crée les actuelles commissions régionales de concertation en santé mentale.

En 2001, la création d'un Réseau Territorial de Santé Mentale est initiée par le rapport « Piel et Roelandt » intitulé « De la psychiatrie vers la santé mentale » (59). Ce réseau aurait été prévu pour être géré par un groupement d'intérêt public, lui-même géré par un conseil territorial de santé mentale. En 2002 le rapport « Roelandt » propose une évolution vers des échelons du réseau, plus locaux. C'est-à-dire à l'échelle d'un secteur de psychiatrie, voire d'une commune. L'objectif était de concevoir le secteur de manière plus horizontale, sans véritable hiérarchie et avec la création d'un Conseil de santé mentale de proximité. Celui-ci serait présidé par le maire de commune. Il verrait siéger des représentants des usagers, des médecins généralistes et d'autres professionnels de santé, des équipes de secteur et du conseil général. C'est ce conseil de santé mentale de proximité qui correspond aux actuels Conseils locaux de santé mentale.

Par la suite, les Conseils locaux de santé mentale seront reconnus et leur création recommandée par plusieurs rapports sur la santé mentale dans les années suivantes. Ils seront également référencés par l'Union européenne comme outil technique formalisant les recommandations de l'OMS sur la santé

mentale. Enfin, ils seront cités comme exemple dans le plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015. En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé reconnaît les CLSM en tant que véritable outil de démocratie participative.

1.2.1.2 Modalités de mise en place d'un CLSM

La description du fonctionnement d'un CLSM et de son organisation est la suivante, selon les deux états des lieux nationaux réalisés par le Centre Collaborateur OMS (CCOMS) réalisés en novembre 2014 (60) et en mars 2018 (61) (62). Le CCOMS est une organisation fonctionnelle en lien avec la politique de santé mentale de l'OMS.

Le pilotage d'un CLSM est souvent réalisé selon la répartition suivante : un élu local à la présidence, la psychiatrie publique en tant que coordinatrice et une implication forte des usagers et aidant, ainsi que leurs représentants.

Les premiers CLSM ont été créés à la suite d'ateliers santé ville (ASV) avec pour thématique principale la santé mentale. Selon le site www.fabrique-territoire-sante.org (63), l'atelier santé ville est une démarche d'animation territoriale participative pour impliquer la population d'un territoire sur les questions de santé concernant les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Il a pour but principal de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Leur territoire d'action est à une échelle infra-communale, communale ou intercommunale. Il est défini selon le périmètre le plus pertinent. Celui-ci peut être amené à évoluer au cours du temps. Au 1^{er} janvier 2018, 192 CLSM couvraient une population de 16.5 millions d'habitants. La majorité d'entre eux (58%) se situait à une échelle communale. 75% des CLSM concernaient une population de moins de 100 000 habitants. 75 % des CLSM étaient concernés par un contrat de ville, c'est-à-dire avec au moins un quartier prioritaire de la politique de la ville sur le territoire. Tous les CLSM couvraient un secteur de psychiatrie adulte, ce qui n'est pas le cas pour les secteurs de psychiatrie juvénile.

Plus d'une année était nécessaire à la mise en place d'un CLSM dans 50% des cas en 2014. Il faut au moins plusieurs mois, temps nécessaire à l'interconnaissance des partenaires et la clarification des objectifs communs.

L'assemblée plénière et le comité de pilotage sont deux instances complémentaires sur lesquelles repose le fonctionnement d'un CLSM.

L'assemblée plénière, fréquemment présidée par un élu, est une instance de discussion et de concertation de l'ensemble des membres. Elle se tient une fois dans l'année et permet la présentation du bilan annuel et des perspectives des commissions de travail aux différentes institutions et associations. De plus, cette instance peut être un moment pour inviter un intervenant sur une thématique traitée par le CLSM.

Le comité de pilotage est quant à lui une instance stratégique, dont la présidence peut être assurée par un élu, un professionnel de la psychiatrie, voire une coprésidence maire/professionnel de la psychiatrie. Ce comité définit les missions et orientations du CLSM, en suivant les politiques nationales et régionales. En 2018, 91% des CLSM disposaient d'un comité de pilotage. Les membres de ce comité sont des élus locaux, des professionnels de la psychiatrie publique, des représentants des usagers et des représentants des aidants. Ces derniers sont de plus en plus nombreux depuis 2015. La représentativité des usagers et aidants est à améliorer dans les milieux semi-ruraux et ruraux.

Un CLSM réunit plusieurs partenaires afin de mener à bien ses actions. Les élus sont des partenaires majeurs et souvent engagés. En effet, leur implication permet une meilleure application en politique locale des actions décidées au CLSM. En revanche, en cas d'alternance politique, la pérennité d'un CLSM peut être mise en jeu en fonction de l'engagement de l'élu au sein du CLSM. Pour la psychiatrie publique, c'est une opportunité d'ouverture vers les acteurs extrahospitaliers. Ceci permet de développer la prévention et la promotion de la santé pour tous en ville. Les associations d'usagers et aidants peuvent voir, pour leur part, une porte d'entrée pour faire entendre leur position auprès des élus et des professionnels.

Enfin, dans la majorité des cas, les CLSM disposent d'un coordinateur chargé du diagnostic territorial en santé mentale, de l'animation des groupes de travail, du lien entre le comité de pilotage et les commissions, ainsi que de la mise en œuvre des actions. Il est garant de la cohésion, de la concertation et de l'évaluation des actions au sein du CLSM. Les coordonnateurs sont souvent des travailleurs sociaux, des infirmiers, des cadres de santé ou des ingénieurs de projet. Une majorité d'entre eux exerce ce poste à temps partiel, et 70% d'entre eux sont en poste depuis moins de 2 ans.

1.2.1.3 Les activités d'un CLSM

Les CLSM s'inscrivent dans une démarche de décroisement et de prévention en santé mentale. Pour réaliser ces deux objectifs de manière concrète, trois principaux types d'actions étaient majoritairement utilisés lors de la réalisation de l'état des lieux national en 2014 par le CCOMS.

La mise en place de cellules de cas individuels complexes est une première option. Leur but étant de réaliser une analyse partagée entre les professionnels et la personne concernée, elles se doivent de disposer d'un cadre de fonctionnement bien défini auquel chacun adhère. Ainsi une charte est rédigée afin d'assurer le secret professionnel, le respect des personnes et l'adhésion de chacun aux mesures adoptées. Dans le cadre des états des lieux réalisés sur les CLSM, ce mode d'action soulève par son fonctionnement plusieurs problématiques à considérer avant toute mise en place :

- La pratique du secret partagé concernant les informations échangées au sujet de la personne
- La légitimité de cette cellule et ses membres
- La place des représentants des usagers comme membres permanents
- L'information transmise à la personne concernée
- Les critères de sélection des situations.

Une deuxième action fréquemment réalisée dans un CLSM est la création d'une commission logement puisqu'elle concerne une thématique majeure dans le quotidien d'une personne. Les deux axes développés sont l'accès au logement et le maintien dans celui-ci. L'accès au logement peut être organisé par l'établissement de conventions entre des bailleurs sociaux et les secteurs de psychiatrie. En ce qui concerne les logements en foyers résidences pour personnes suivies en services de psychiatrie, une convention peut être rédigée entre secteur et centre communal d'action sociale (CCAS). Parallèlement, des actions de prévention des situations préoccupantes peuvent être menées afin d'aider au maintien des personnes dans leur logement.

La troisième action fréquemment menée dans les CLSM est la création d'une commission d'information en santé mentale, souvent chargée de l'organisation des semaines d'information sur la santé mentale (SISM). Cette commission poursuit des objectifs de lutte contre la stigmatisation et d'amélioration de l'accès aux soins en santé mentale. Pour les réaliser, une information des professionnels

concernés et de la population générale est nécessaire, sur la santé mentale, ses troubles, les professionnels participant à son maintien ainsi que les structures de soins et d'insertion accessibles. L'organisation des SISM est un bon moyen de mettre en place cette information. Cependant, pour une pleine réalisation, une information, hors du contexte des SISM, régulière et portée par plusieurs acteurs est souhaitable.

En compléments de ces trois modes d'actions, il restait encore des axes de travail à développer au moment de la réalisation de l'état des lieux de 2014 du CCOMS :

- Les diagnostics territoriaux, non poursuivis dans quatre cas sur cinq
- Le développement des actions à destination des enfants et adolescents
- La mise en place de formations croisées entre acteurs et leur interconnaissance
- Favoriser l'accès aux soins et la coordination des soins de ville

Ces derniers se sont développés depuis, comme le montre l'état des lieux sur les CLSM réalisé en 2018. 42% des CLSM travaillaient à la réalisation des diagnostics territoriaux. 47% et 36% des CLSM travaillaient respectivement à la prise en charge des adolescents d'une part et des enfants d'autres parts.

Concernant les formations et stages croisés, des initiatives émergent comme à Brest où une formation universitaire « Correspondant de structure » (64) à vue le jour. Elle est destinée à des professionnels, leur permet de se connaître entre eux, d'aborder une thématique liée à la santé mentale et de connaître les structures reliées à celle-ci.

L'accès aux soins est travaillé dans près d'un CLSM sur deux. Un espace d'écoute santé (65) s'est créé à Lille par la mise en place d'une permanence d'écoute par un psychologue dans les mairies de quartier à raison d'une demi-journée par semaine. Les objectifs principaux sont de déstigmatiser la consultation chez le psychologue, lever les freins économiques à celle-ci en proposant une écoute immédiate et facile d'accès.

1.2.2 Les communautés psychiatriques territoriales (CPT)

Les communautés psychiatriques territoriales (CPT) font partie des dispositifs introduits récemment par la loi de modernisation de notre système de santé, comme décrit dans un article posté sur

JuriSanté Blog intitulé « FICHE DE SYNTHÈSE – Des précisions sur les communautés psychiatriques de territoire » (66).

Tableau 7 : Dispositifs issus de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016

| Dispositif | Objectifs |
|---|--|
| Projet territorial de santé mentale | Amélioration continue de l'accès à des parcours patients de qualité, sécurisés et sans rupture |
| Diagnostic territorial partagé en santé mentale | Dresser un état des lieux des ressources, des insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux |
| Contrat territorial de santé mentale | Etabli entre l'ARS et les acteurs du territoire pour déterminer les actions, les engagements, les moyens, les modalités de financement, de suivi et évaluations à mettre en œuvre par la CPT |
| Communauté psychiatrique de territoire | Dispositif de collaboration mis en place entre des établissements de service public hospitalier signataires du même contrat territorial de santé mentale |

L'article D-6136-1 du décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire (67) (68) décrit les modalités de création des CPT, leurs objectifs, ainsi que le contenu attendu de la convention constitutive qui en fixe les modalités de fonctionnement.

Une CPT a pour objectif de participer à la définition du projet territorial de santé mentale (PTSM) basée sur le diagnostic territorial partagé en santé mentale, auquel elle peut également contribuer. Elle assure également l'intégration des actions qu'il prévoit au sein du projet médical de chaque établissement de santé, ainsi que leur mise en œuvre, leur suivi ou leur évaluation.

Seuls des établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie, signataires d'un même contrat territorial de santé peuvent être membres d'une CPT. D'autres signataires du contrat peuvent être associés comme les représentants des patients et de leur entourage, des professionnels et établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Les membres souhaitant participer sans appartenir aux deux catégories précédentes sont des collaborateurs.

Une difficulté à mobiliser les acteurs libéraux est soulignée dans le mémoire de l'EHESP de Valentine Du Bois De Meyrignac intitulé « La pertinence de l'émergence d'une communauté psychiatrique de territoire, nouvel outil de coopération en santé mentale » (69).

Le premier facteur en cause serait l'impact sur l'activité du libéral, lors d'une mobilisation pour une réunion de CPT, qui a souvent lieu sur les horaires de travail des libéraux. Un second facteur serait le manque d'appétence des libéraux pour la santé mentale. Parfois, nous pouvons retrouver des difficultés de communication entre le milieu de la santé mentale et les professionnels libéraux, comme c'est le cas dans la situation présentée dans le cadre de ce mémoire. Cependant, une possibilité d'aller mobiliser les libéraux à travers les récentes CPTS et ce en lien avec les CLSM est évoquée comme solution.

Le document de référence d'une CPT est sa convention constitutive, élaboré par les représentants légaux et les présidents des commissions médicales d'établissements des différents membres. Une concertation avec des instances paramédicales et des représentants des usagers issus de commissions des usagers est possible. Cette convention constitutive est signée par les membres de la CPT après avis des instances compétentes. Suit une transmission au directeur général de l'ARS pour approbation de la convention. Une fois approuvée, sa validité est de 5 ans, renouvelable selon les modalités régissant son élaboration.

Un contenu minimal est attendu et rendu obligatoire par l'article D-6136-4 (67) du CSP :

- Les objectifs concernant l'offre et le parcours de psychiatrie et santé mentale
- Les modalités de mise en œuvre de la coordination de la CPT avec les ESP, les CPTS et d'autres acteurs concernés
- Les ressources allouées au projet de la CPT
- Les modalités de suivi et évaluation des objectifs définis
- Les modalités d'inclusion de nouveaux membres de la CPT
- Comment organiser la coopération avec des établissements hors zone géographique de la CPT
- Le mode de gouvernance de la CPT et de participation des représentants des usagers

En complément, la CPT dispose d'un règlement intérieur pour préciser les modalités de fonctionnement interne.

La CPT est dotée d'une représentativité dans certaines instances régionales, l'ARS et le collège des professionnels et offreurs de services du conseil territorial de santé. Celui-ci est une instance

territoriale de démocratie sanitaire dont les attributions sont les suivantes, selon l'article L-1434-10 (70)

du code de la santé publique :

- Réalisation du diagnostic territorial partagé
- Mise en œuvre du projet régional de santé
- Suivi des créations de plateformes territoriales d'appui
- Consultation de son avis sur le diagnostic territorial partagé et le projet régional de santé mentale
- Emission de propositions pour améliorer la réponse apportée aux besoins de la population d'un territoire

Une collaboration est envisageable avec un groupement hospitalier de territoire en ce qui concerne les axes traitant de la psychiatrie et de la santé mentale dans le projet médical partagé.

Initialement prévue pour intégrer les éléments du contrat territorial de santé mentale dans le projet médical de chaque établissement, le décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016 (67) laisse entendre que l'inversement de l'ordre d'intervention de la CPT avec les établissements est intéressant. Notamment pour faire de la CPT une « CPT préfiguratrice » qui pourra être un véritable moteur de la réorganisation des soins en santé mentale. Ses missions et possibilités sont les mêmes qu'une CPT définitive. La seule différence majeure réside dans le caractère définitif attribué à la convention seulement après signature du contrat territorial de santé mentale avec l'ARS.

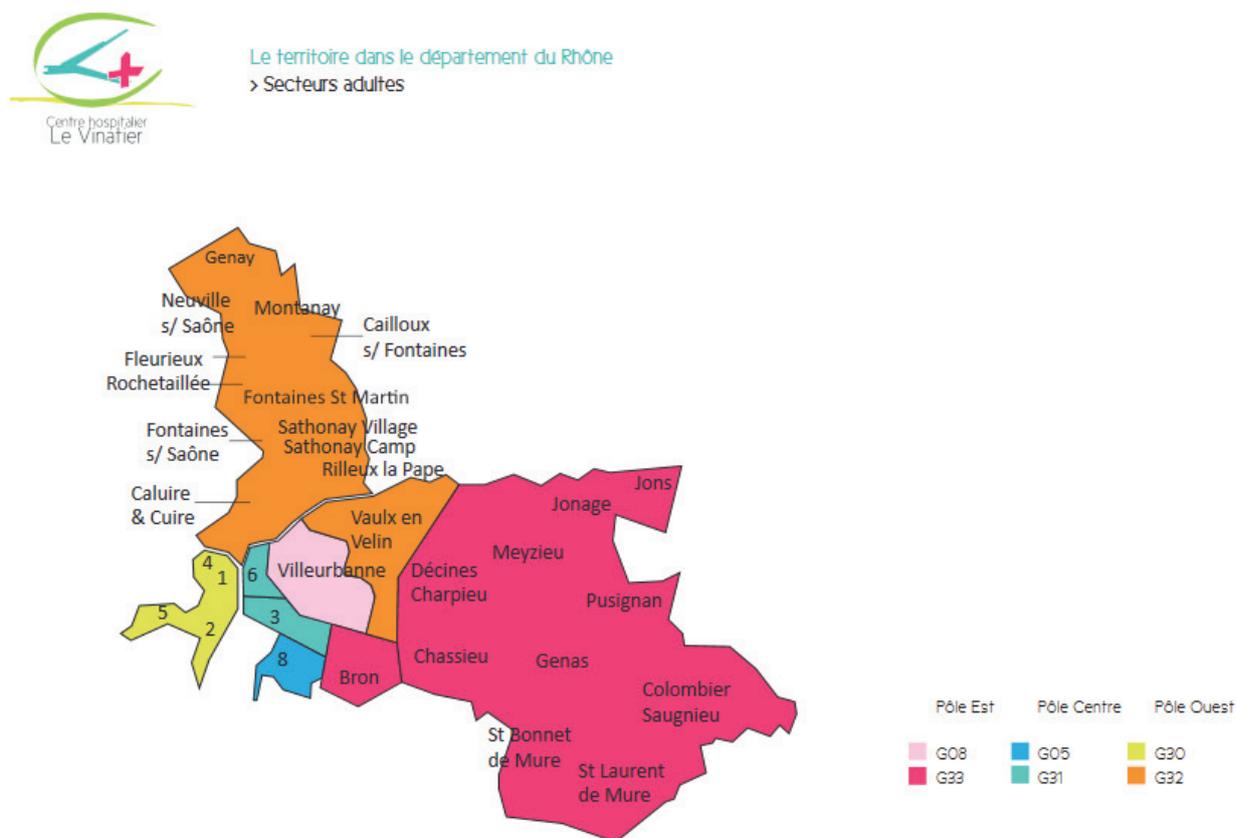
L'articulation des CPT avec les CLSM est importante. En effet ces deux dispositifs ont pour objectif de coordonner des acteurs de la santé mentale sur un territoire donné. Cependant, le CLSM agit sur un territoire d'action de proximité alors que la CPT agit sur un territoire de décision, par le biais d'une politique globale.

2. La situation autour du CH Le Vinatier

2.1 La situation du Vinatier

Le CH Le Vinatier est un établissement public de psychiatrie générale et infanto-juvénile. Il compte des services de soins de secteur et des services universitaires intégrés dans des pôles. On dénombre aujourd'hui six secteurs de psychiatrie générale qui couvrent en moyenne 120 000 habitants.

Figure 45: Cartographie des secteurs adultes du CH Le Vinatier (71)

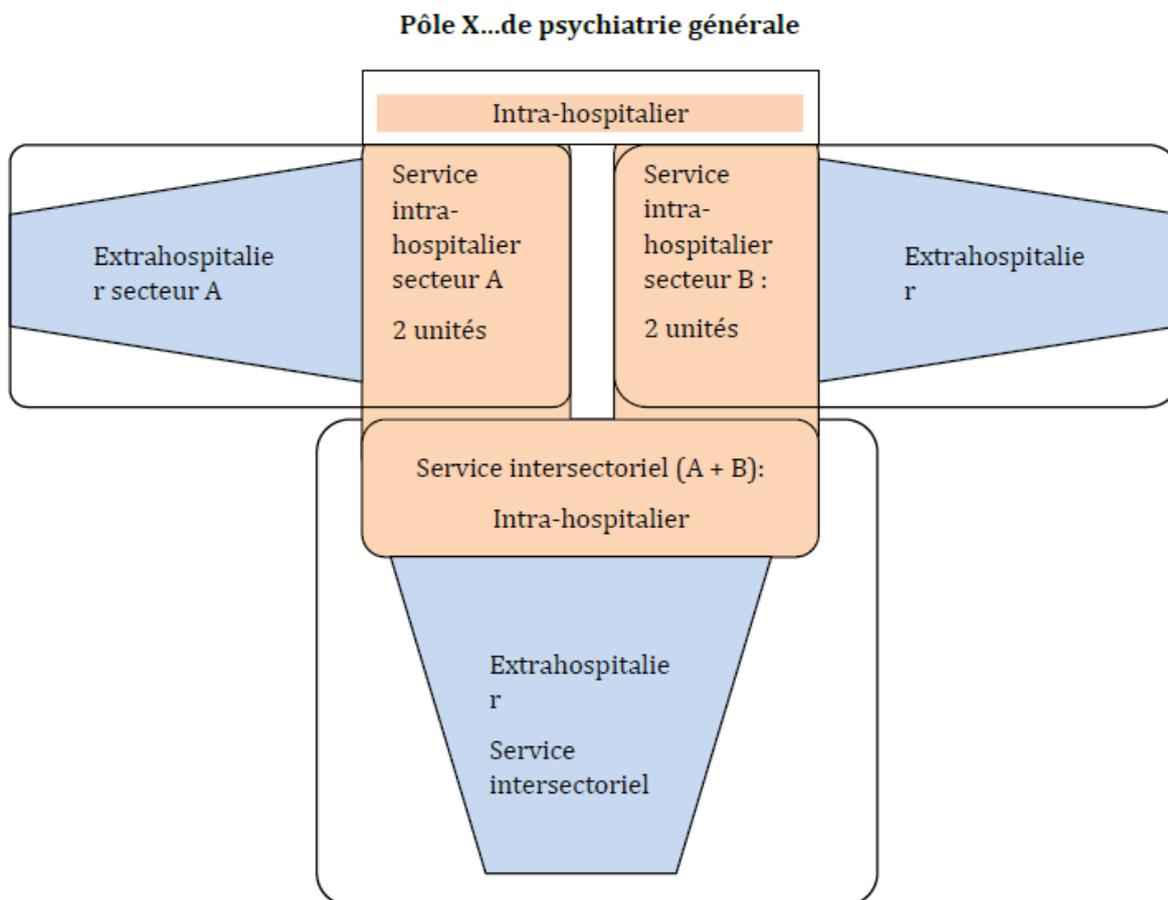


L'organisation des pôles est la suivante :

- 3 pôles de psychiatrie générale de composés de deux secteurs
- Un pôle de psychiatrie infanto-juvénile
- 5 pôles transversaux qui accueillent des patients venant du département voire de la région :
 - o Un pôle de psychiatrie du sujet âgé avec 4 unités intra-hospitalières et 3 extrahospitalières
 - o Un pôle santé mentale des détenus et psychiatrie légale
 - o Un pôle « PHASEDDIA » qui comprend une unité de malades chroniques, une unité de diagnostic des troubles du spectre de l'autisme et une partie médico-sociale (MAS et ESSAD)
 - o Un pôle USIP-UMD avec une unité de soins intensifs psychiatriques et une unité pour les malades difficiles
 - o Un pôle urgences psychiatriques-MOPHA regroupant une unité de prise en charge en urgence, un service de soins de suite et de rééducation, une unité de médecine, une unité de consultations spécialisées en addictologie, un service d'odontologie et la pharmacie à usage intérieur.

Le schéma suivant est issu du tome 2 de l'annexe du rapport IGAS, dans la monographie du CH Le Vinatier (22). Il présente brièvement l'organisation d'un pôle de psychiatrie générale et de ses services.

Figure 46: Modèle d'organisation et de fonctionnement des pôles au CH Le Vinatier



Le CH Le Vinatier dispose donc de pôles multisectoriels avec des services intersectoriels accessibles à plusieurs voire tous les secteurs dépendant de l'établissement. Cela facilite la mise en commun des moyens entre les secteurs et permet un accès à une large population des services intersectoriels, dont les prises en charge sont souvent spécialisées.

Cependant, cela rend l'offre de soins de l'établissement parfois moins lisible pour les usagers des secteurs.

2.2 Le CH Le Vinatier et son environnement

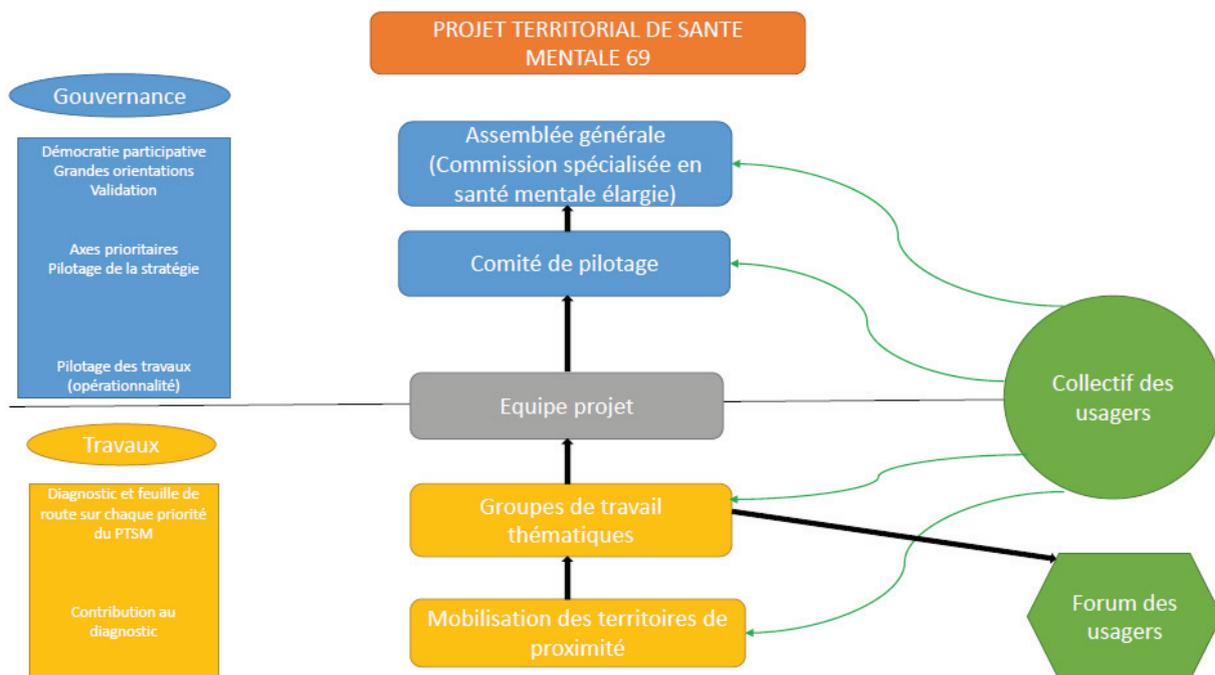
L'établissement est ouvert sur son environnement et en lien avec diverses structures dans le département du Rhône. Il participe au fonctionnement des Conseils locaux de santé mentale en mettant à disposition trois postes de coordonnateur avec l'aide de financement ARS. Il dispose également de CORESO, un dispositif de coordination des soins somatiques et de mise en réseau avec la médecine générale.

Le CH Le Vinatier est signataire de plusieurs conventions dans le domaine des soins, avec différents établissements. Parmi ceux-ci on retrouve les Hospices Civils de Lyon, l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes, le CH Saint-Jean de Dieu, le CH Saint-Cyr. C'est avec ces deux derniers établissements que le CH Le Vinatier a constitué une Communauté psychiatrique de territoire (CPT). Celle-ci regroupe également la FNAPSY qui représente les usagers en psychiatrie et la Coordination 69 soins psychiques et réinsertion. Elle se donne deux objectifs principaux. Ceux-ci sont exposés dans un article sur le site du CH Le Vinatier retranscrivant une rencontre avec la secrétaire générale de la CPT(72). Le premier est « la constitution d'un espace de travail commun sur des projets médicaux pour améliorer la qualité et la lisibilité de l'offre de soins ». Le second est de « contribuer activement à l'élaboration et la mise en œuvre du Projet Territorial de santé mentale du Rhône (PTSM) ».

L'élaboration du PTSM est une démarche ascendante dont les acteurs du territoire doivent se saisir. La CPT a servi de cadre pour formaliser les réflexions dans l'élaboration du PTSM et a permis la rédaction d'une lettre de cadrage qui présente les enjeux d'évolution et les opportunités en santé mentale dans le Rhône. Les usagers ainsi que tous les acteurs de santé mentale du territoire sont concernés par l'élaboration du PTSM du Rhône.

Le PTSM est issu de l'article 69 de la loi de santé du 16 janvier 2016 (21) qui en précise les objectif et les modalités d'élaboration. La méthodologie mise en place pour le PTSM du Rhône est la suivante :

Figure 47: Méthodologie d'élaboration du PTSM du Rhône (73)



Selon le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (74) chaque PTSM doit tenir compte des 6 priorités suivantes :

- 1) Repérage précoce des troubles, élaboration d'un diagnostic, accès aux soins et accompagnement
- 2) Parcours de santé, qualité de vie et sans rupture, en vue du rétablissement et de l'inclusion sociale
- 3) Accès à des soins somatiques adaptés
- 4) Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence
- 5) Respect et promotion des droits des personnes, renforcement du pouvoir de décision et d'action, lutte contre la stigmatisation
- 6) Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux en santé mentale

L'élaboration du PTSM est prévue en deux temps : un premier avec le diagnostic territorial partagé (octobre 2018- juin 2019) et un second par l'élaboration d'une feuille de route (septembre 2019 – printemps 2020).

C'est en tenant compte du CH Le Vinatier, de son environnement et des différentes démarches en cours en termes de politiques de santé et santé mentale précédemment citées que les modalités de mise en place d'une coopération interprofessionnelle ville-hôpital en psychiatrie ont été envisagées.

3. Mise en place d'une coopération ville-hôpital en psychiatrie impliquant les officinaux

3.1 Contexte, cadre de réflexion et enjeux de la démarche

La volonté de créer une coopération ville-hôpital en psychiatrie autour du CH Le Vinatier en impliquant les officinaux est inscrite dans le contexte de changement actuel des parcours de soins en psychiatrie et des pratiques professionnelles. En effet, comme développé précédemment dans le paragraphe 2 de la première partie et le paragraphe 2 de la troisième partie de ce travail de thèse, le parcours patient en santé mentale et psychiatrie est en pleine mutation ainsi que les modalités et pratiques

de prise en charge des patients. Une plus grande implication des usagers dans les décisions est également souhaitée.

En parallèle de ceci, on voit se dessiner les contours d'une prise en charge interdisciplinaire plus présente aux différents échelons de prise en charge, de la coordination en équipe de soins primaire à la coordination exercée par les plateformes territoriales d'appui. La psychiatrie ne reste pas à l'écart de cette tendance avec l'apparition des communautés psychiatriques de territoire, dont le rôle est de coordonner les différents acteurs de la prise en charge en psychiatrie et d'organiser la mise en place des PTSM afin de faire évoluer les pratiques. La santé mentale et la psychiatrie sont d'ailleurs des priorités nationales de santé, et cela se ressent par la forte incitation à mettre en place des projets concernant la santé mentale dans les CPTS, échelon principal de l'exercice interprofessionnel.

La profession de pharmacien d'officine elle aussi évolue beaucoup ces dernières années, avec un rôle de prévention et de santé publique renforcé par les nouvelles missions qui lui sont attribuées, comme celle de la vaccination antigrippale. Le rôle dans l'éducation thérapeutique et l'adhésion du patient à son traitement est aussi revaloriser par la conduite d'entretiens thématiques, dont certains font l'objet d'une rémunération spécifique comme les entretiens AVK et asthme, ou plus récemment les bilans partagés de médication. La profession est aussi mobilisée dans la création des CPTS, qui représente une véritable opportunité de renforcer les liens avec d'autres professionnels, sanitaires ou non, sur des thématiques spécifiques.

Dans le cadre de ce travail de thèse, deux études et des recherches dans la littérature ont principalement servi à dresser un état des lieux de l'implication du pharmacien d'officine dans une coopération interprofessionnelle en psychiatrie. Cela s'est décliné sous différents axes : la volonté de celui-ci à le faire, les compétences valorisables dans ce cadre, les freins et leviers à cette implication, les besoins exprimés pour s'impliquer et les moyens de communication à utiliser entre les acteurs et entre les hospitaliers et les libéraux.

Pour ce cas précis, un moyen de communication a été développé, destiné en premier lieu au patient, pour favoriser son implication dans son suivi et son information concernant son parcours. Cet outil est destiné en second lieu à un meilleur aperçu global du suivi du patient pour les professionnels entrant dans la prise en charge, sur présentation de celui-ci par le patient.

C'est sur l'ensemble de ces éléments que s'est basée la réflexion d'un groupe de travail pour structurer la mise en place de ce projet de coopération. Celui-ci est composé de trois officinaux étudiants ou pharmacien en exercice, d'un pharmacien hospitalier, d'un pharmacien en santé publique et d'un psychiatre. Il s'est formé lors d'un regroupement de pharmacien voulant améliorer la reconnaissance des compétences en santé publique des pharmaciens. Ce projet a été présenté comme une opportunité d'améliorer et faire reconnaître les compétences en santé publique du pharmacien dans le domaine de la psychiatrie. Ce n'est qu'un enjeu parmi d'autre de ce projet, mais l'opportunité a été saisie par deux des participants au regroupement.

Les enjeux et bénéfices attendus de cette démarche de coopération sont les suivants :

*Tableau 8 : Enjeux et bénéfices attendus d'une coopération interprofessionnelle
autour du parcours patient en psychiatrie*

| | |
|--|--|
| <p>Pour les usagers et leurs aidants</p> | <p>Pouvoir s'adresser à des équipes officinales sensibilisées et impliquées dans leur parcours de soins</p> <p>Utiliser des outils de transmission d'informations connues et portées par l'utilisateur lui-même pour une amélioration de sa prise en charge globale</p> <p>Bénéficier d'une prise en charge personnalisée</p> |
| <p>Pour les professionnels impliqués</p> | <p>Echanger entre professionnels des informations permettant d'améliorer la prise en charge de l'utilisateur en ville et à l'hôpital</p> <p>Permettre aux officinaux d'acquérir des compétences ou une expertise partagée dans le domaine de la psychiatrie par des échanges et de la sensibilisation, et d'agir dans le suivi et l'accompagnement des usagers en psychiatrie</p> <p>Prévenir les ruptures de parcours, informer les usagers, et encourager la promotion de la santé mentale et la déstigmatisation, le bon usage des traitements, et l'orientation dans le parcours de soins</p> <p>Etablir un lien fort de collaboration entre officinaux et professionnels hospitaliers</p> <p>Développer des projets communs</p> |

Voici les objectifs de cette démarche de coopération interprofessionnelle ville-hôpital, identifiés par le groupe de travail :

- Objectif spécifique n°1 : Développer la **connaissance des professionnels entre eux** et leur connaissance de **l'environnement** en santé mentale et psychiatrie
- Objectif spécifique n°2 : **Développer la communication** entre les acteurs du parcours patient en psychiatrie et santé mentale
- Objectif spécifique n°3 : **Potentialiser** le rôle du pharmacien comme **acteur** de santé mentale

Afin d'élaborer les documents de référence de cette démarche et de structurer celle-ci, de nombreuses réunions ont été organisées, avec une fréquence d'une réunion tous les mois ou deux mois. Nous par la suite développer les leviers et freins de la progression du travail mené par le groupe.

3.2 Freins et leviers de mise en place

La progression dans la mise en place de la démarche a été sujette à divers facteurs qui lui ont été favorable ou non. Certains sont propres à la nature de la démarche en elle-même, d'autre au groupe de travail et d'autres encore sont indépendant de l'un ou de l'autre.

Concernant la démarche en elle-même, son originalité la rend moins attirante par rapport aux démarches qui sont plus attendues, dans la prise en charge de pathologie pour lesquelles le pharmacien d'officine est plus impliqué comme l'asthme, l'hypertension ou encore les troubles de la coagulation. Comme nous l'avons détaillé dans le 3^{ème} point de la partie 1 de ce travail de thèse, la santé mentale et la psychiatrie sont deux domaines où le pharmacien d'officine reste peu sollicité et dans lesquels il est moins impliqué.

De plus, une démarche de coopération interprofessionnelle demande du temps pour être pensée, mise en place, testée et maturée. Cela dépend de l'échelle d'application de celle-ci, la nature de l'échange souhaité, la fréquence à laquelle elle a lieu, son mode de financement, les acteurs de prise en charge impliqués. Dans notre cas, l'échelle est sur deux secteurs contigus dépendant du CH Le Vinatier, impliquant principalement des pharmaciens, à une fréquence souhaitée d'une fois par an.

Une première difficulté est la disponibilité de professionnels comme les pharmaciens dont l'amplitude horaire est importante sur une journée. Ajoutons à ceux-ci l'impossibilité de faire coïncider une rencontre interprofessionnelle avec une date de formation continue. En tenant compte de surcroît des impératifs personnels de chacun, cela rend l'exercice compliqué.

Le mode de financement de cette démarche fait partie des points les moins évidents. En effet, il a fallu déjà démêler les financements accessibles selon le profil du projet. Ceux-ci peuvent être différents selon la nature du projet, quelle structure le porte et les structures de financement solliciter. Les appels à projets peuvent être une première possibilité. Une deuxième est la présentation spontanée d'un projet auprès d'un potentiel financeur. La troisième est de rentrer dans un dispositif de financement particulier, qu'il soit dédié à un type de structure promotrice ou à un type de projet spécifique.

Dans notre cas, la démarche a un certain degré de maturité, mais plusieurs interlocuteurs l'ont jugé insuffisant au vu du type de financement le plus sérieusement envisagé. En effet, il nous a été présenté l'opportunité de postuler à un appel à projet national concernant l'innovation organisationnelle dans le parcours patient en psychiatrie. Il s'est avéré que le délai dans lequel la soumission du dossier attendu était trop juste au vu de la qualité des éléments exigé par rapport à la maturité de notre projet. A la suite de cette tentative, le type de financement envisagé a été revu.

La composition du groupe de travail étant uniquement de personnes avec une affinité professionnelle pour la santé mentale et la psychiatrie, cela a facilité la définition des enjeux du projet et une vision commune de l'intérêt du projet. Pour autant, des compétences diverses ont été mobilisées de manière complémentaire, que ce soit au niveau méthodologique, rédactionnel ou relationnel.

Pour autant, il a manqué selon moi une personne formée à la gestion de projet et dédiée à la mise en place de ce projet, ce qui aurait permis d'éviter certains écueils et de gagner en efficacité dans le temps consacré à la conception du projet.

De même la composition fortuite du groupe de travail et l'absence de son inscription dans une structure dédiée au projet et identifiable comme promoteur a pu rendre moins aisée la reconnaissance de la démarche par les financeurs.

L'ensemble de ces facteurs a conduit à l'état actuel de la démarche, qui reste inachevée, et à mettre en place. En effet, la réflexion du groupe de travail a conduit à l'élaboration de documents de référence mais pas encore à la mise en place de la coopération. Nous allons aborder l'état actuel de la démarche et son avenir dans la partie suivante.

3.3 Etat actuel du projet et avenir

Malgré l'absence de mise en place à l'heure actuelle, le groupe de travail a concrétisé l'élaboration d'une fiche projet. Dans celle-ci on retrouve d'abord les objectifs spécifiques et opérationnels de la démarche de coopération souhaitée :

Objectif spécifique n°1 : Développer la **connaissance des professionnels entre eux** et leur connaissance de **l'environnement** en santé mentale et psychiatrie

Tableau 9 : Objectifs opérationnels de l'objectif spécifique 1 du projet de coordination

Objectif opérationnel 1.1 : **Sensibiliser** les acteurs à la santé mentale, la psychiatrie et leur **environnement**

| | |
|--------------------------|--|
| Type d'intervention | Rencontres interprofessionnelles + intervention d'un binôme auprès des officines et structures interprofessionnelles où ils exercent |
| Modalités d'intervention | Rencontres interprofessionnelles <u>annuelles</u> ou <u>bisannuelles</u> Modalités d'intervention du binôme auprès des structures à définir |
| Milieu d'intervention | Dans les locaux des structures même pour les interventions du binôme Dans un local dédié pour les rencontres, à définir. |

Objectif opérationnel 1.2 : Favoriser **l'interconnaissance** des acteurs du parcours patient en psychiatrie

| | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| Type d'intervention | Rencontres interprofessionnelles |
| Modalités d'intervention | Rencontres annuelles ou bisannuelles |
| Milieu d'intervention | Dans un local dédié à définir |

Objectif opérationnel 1.3 : Promouvoir et articuler les **actions et démarches** existantes **interprofessionnelles** en psychiatrie

| | |
|--------------------------|--|
| Type d'intervention | Intervention lors de rencontres + édition d'un bulletin trimestriel/semestriel + mise en contact des promoteurs de ces projets |
| Modalités d'intervention | Edition d'un bulletin trimestriel/semestriel remis aux professionnels ou envoyé par voie postale |
| Milieu d'intervention | Lors de rencontres ou d'intervention auprès des professionnel |

Objectif spécifique n°2 : **Développer la communication** entre les acteurs du parcours patient en psychiatrie et santé mentale

*Tableau 10 : Objectifs opérationnels de l'objectif spécifique 2 du projet de
coordination*

Objectif opérationnel 2.1 : Créer une **ligne téléphonique** officine PUI

| | |
|--------------------------|--|
| Type d'intervention | Accueil téléphonique pour répondre à des demandes émises par le officinaux, concernant une prescription |
| Modalités d'intervention | Attribution de personnes compétentes pour fournir des réponses concernant des prescriptions émanant de praticiens hospitaliers du Vinatier Mise en place d'un protocole de recueil de l'information en réponse à tout type de demande, et de modalités de recherche de l'information nécessaire |
| Milieu d'intervention | PUI du CH Le Vinatier |

Objectif opérationnel 2.2 : Mettre à disposition un **guide de parcours patient** support de communication et d'information

| | |
|--------------------------|---|
| Type d'intervention | Mise à disposition d'un outil de communication de données concernant le patient, par et pour lui-même, auprès des différents professionnels concernés par son parcours de soins |
| Modalités d'intervention | Remise du guide par un professionnel d'une structure de prise en charge, connaissant l'outil et à même d'en expliquer l'utilisation au patient |
| Milieu d'intervention | Intra et extra hospitalier |

Objectif spécifique n°3 : **Potentialiser** le rôle du pharmacien comme **acteur** de santé mentale

*Tableau 11 : Objectifs opérationnels de l'objectif spécifique 3 du projet de
coordination*

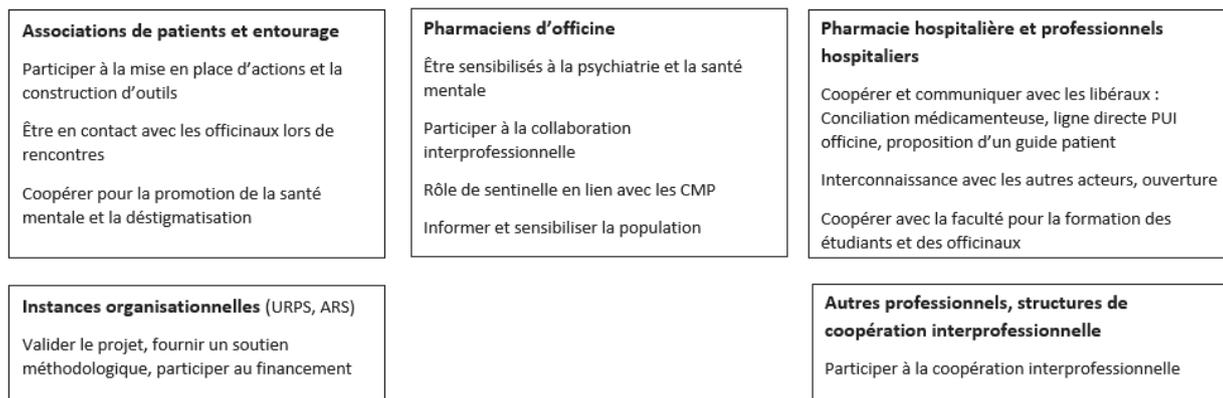
Objectif opérationnel 3.1 : **Formation** des officinaux et étudiants

| | |
|--------------------------|--|
| Type d'intervention | Conférence, débat, table ronde thématiques selon les besoins et demandes recueillies |
| Modalités d'intervention | Animation par une ou plusieurs personnes expertes de la thématique Déroulement dans un lieu dédié, à un moment défini en fonction des disponibilités des organisateurs et participants Remise d'un compte rendu à chaque participant |
| Milieu d'intervention | Lieu dédié à cet usage, à définir |

Dans cette fiche projet, à chaque objectif sont associés les cadres de référence correspondant, qui sont les stratégies ou rapports utilisés comme référence pour la définition des objectifs. Ce sont des documents retrouvés dans la première sous-partie de la première partie de ce travail de thèse. Ils ont une visée politique à l'échelon national ou régional. Les axes de travail soulignés par ces documents sont cités dans cette fiche pour chaque objectif décliné.

Les acteurs concernés par cette démarche regroupent les professionnels de santé, les patients et leur entourage, ainsi que les associations les représentant, et les instances organisationnelles. Le rôle de chacun dans ce projet est envisagé.

Figure 48: Acteurs impliqués dans la démarche et rôle attendu de chacun



Le territoire d'application de cette coopération interprofessionnelle correspond aux villes de Bron et Villeurbanne, dont l'implication des professionnels en psychiatrie dans ce projet de coopération est fort. De plus, cela permet de commencer à mettre en place ce dispositif de coopération sur un territoire défini, raisonnable, avant d'envisager une reproduction sur des territoires voisins et appartenant à d'autres secteurs dépendant du CH Le Vinatier.

La question des moyens de mise en place est importante, que l'on parle de moyens, humain, financier ou matériels.

Concernant les moyens humains, un travail de coopération nécessite un coordonnateur des différentes composantes de la démarche. Dans notre cas, il est souhaité de mettre un binôme coordonnateur pharmacien d'officine et infirmier de CMP, représentant un ETP et demi avec leurs deux postes combinés. Leurs missions seraient les suivantes :

- Organisation des rencontres interprofessionnelles
- Recrutement des participants aux rencontres
- Recrutement des intervenants experts
- Responsable promotion et amélioration continue des outils de communication mis en place
- Communication auprès des partenaires de coopération (facultés, organismes de financement et soutien méthodologique, ...)
- Organisation du fonctionnement de l'organisme de coopération et des réunions du groupe de travail

- Promotion de la démarche auprès des équipes officinales et ambulatoires de psychiatrie de secteur

La composition du binôme coordonnateur est souhaitée avec un officinal et un infirmier de CMP car ce sont des acteurs auxquels les collaborateurs principaux de cette coopération interprofessionnelle s'identifieront majoritairement. De plus, cela permet de montrer l'implication des deux parties dans la coordination de la démarche.

Les moyens financiers sont pour l'instant incertains. Il est envisagé de représenter ce projet, lorsqu'il sera plus abouti et plus mature, à des financements ARS par appel à projet. D'autres organismes seront sollicités pour leur soutien financier, afin de disposer d'une crédibilité auprès de nos partenaires.

Lors d'un dépôt de dossier de financement, il est nécessaire de présenter une méthode d'évaluation des actions menées. Celle-ci est pour l'instant celle proposée en modèle dans le dossier de demande de financement ARS, et fait partie des points à améliorer et affiner dans leur définition et leur réalisation.

Enfin, les questions budgétaires font parties des points en cours de réflexion, et sont aussi un bon indicateur du besoin de maturité du projet.

Une seconde fiche (Annexe 2) accompagne la fiche de projet, c'est une fiche plus synthétique qui comprend un schéma du parcours patient en psychiatrie, les besoins qui sont identifiés dans ce parcours et enfin, la correspondance entre ces deux derniers éléments et ceux proposés dans le cadre de la coopération interprofessionnelle souhaitée.

CONCLUSIONS

THESE SOUTENUE PAR : M. AULAGNON Etienne

La prise en charge des patients en psychiatrie est en pleine évolution et en restructuration depuis plusieurs années. C'est un vrai sujet d'actualité, en témoigne la reconnaissance de la psychiatrie et de la santé mentale comme priorités nationales pour la Ministre de la santé et des solidarités Agnès Buzyn. Dans ce même temps, la prise en charge des patients en ambulatoire voit s'instaurer une logique organisationnelle interprofessionnelle, dans laquelle le pharmacien d'officine a toute sa place.

Dans cette dynamique en marche, il est à préciser qu'une opportunité s'ouvre aujourd'hui à la profession de pharmacien d'officine pour se positionner comme partenaire de proximité et comme intervenant transversal actif dans la communication avec les autres acteurs de la prise en charge pour créer une véritable articulation nécessaire des parcours patients souvent complexes dans cette discipline. L'accompagnement des patients en psychiatrie par les pharmaciens d'officine reste encore à développer, d'une part par le manque de lisibilité pour eux du parcours du patient en psychiatrie mais aussi face aux enjeux de la thérapeutique médicamenteuse. Ses compétences sont à mobiliser afin de créer ou de renforcer les liens avec tous les acteurs de la prise en charge en psychiatrie.

Notre travail de thèse s'est posé sur ce constat avec un objectif simple, poser les bases d'une coopération interprofessionnelle impliquant le pharmacien d'officine en relation avec le pharmacien hospitalier dans le cadre de ces prises en charges.

Pour cela, la première partie présente le contexte avec les différents textes de références en psychiatrie et en politique sanitaire actuelle, suivie de la définition de parcours de patient en psychiatrie et de l'implication actuelle et souhaitée du pharmacien d'officine.

La seconde partie aborde la conception d'un outil pratique à l'intention du patient destiné à créer un lien de communication interprofessionnel, en intégrant les professionnels des établissements de santé notamment les pharmaciens hospitaliers.

Mettre en place les premières étapes d'une coopération interprofessionnelle par l'élaboration d'un outil, puis par la mise en place de moments d'échanges est une opération complexe, avec des contraintes de temps, de motivation, de disponibilité, d'organisation, d'évaluation et d'insertion dans le paysage existant mais ce travail a permis de poser les premiers pierres de l'édifice et de sensibiliser les professionnels au « travailler ensemble » au service du patient.

Le Président de la thèse,
Nom :

Vu et permis d'imprimer, Lyon, le 17/12/19
Vu, la Directrice de l'Institut des Sciences
Pharmaceutiques et Biologiques, Faculté de
Pharmacie

Signature :


Professeur Luc ZIMMER
CERMEP - imagerie du vivant
Groupement Hospitalier Est
59 boulevard Pinel
69677 BRON Cedex

Pour le Président de l'Université Claude Bernard
Lyon 1,


Professeure C. VINCIGUERRA

Bibliographie

1. dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
2. HCSP. Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 sept [cité 31 août 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=626>
3. 14-6-2018_recueil-84-2018-070-recueil-des-actes-administratifs-special.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: http://www.prefectures-regions.gouv.fr/auvergne-rhone-alpes/content/download/47146/313148/file/14-6-2018_recueil-84-2018-070-recueil-des-actes-administratifs-special.pdf
4. Laforcade M. RAPPORT RELATIF À LA SANTÉ MENTALE. :190.
5. 180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
6. ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
7. dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf
8. Loi_30juin1838.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Loi_30juin1838.pdf
9. Circulaire_15mars1960bis.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf
10. Circulaire148_18janvier1971.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire148_18janvier1971.pdf
11. Circulaire443_16mars1972.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire443_16mars1972.pdf
12. Circulaire_15mars1960.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960.pdf
13. Circulaire431_14mars1972.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire431_14mars1972.pdf
14. CirculaireDGS_892MS_1 du 9 mai 1974.pdf [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/CirculaireDGS_892MS_1%20du%209%20mai%201974.pdf
15. circulaire_sectorisation_psychiatrique_19740501.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/2010/01/circulaire_sectorisation_psychiatrique_19740501.pdf

16. Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.
17. Loi85-1468_31decembre1985.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Loi85-1468_31decembre1985.pdf
18. Decret86-602_14mars1986.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Decret86-602_14mars1986.pdf
19. Arrete_14mars1986.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Arrete_14mars1986.pdf
20. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation | Legifrance [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005650913>
21. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
22. 2017-064R-Tome_II_annexes.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_II_annexes.pdf
23. Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement. | Legifrance [Internet]. [cité 24 août 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072756>
24. Crouzet P, Mégard R. Prise en charge du patient atteint de pathologie psychiatrique : officine et pharmacie à usage intérieur, un lien ville-hôpital à déployer. [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://docelec.univ-lyon1.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat06264a&AN=bul.458924&lang=fr&site=eds-live>
25. Paillon A. Optimisation de la prise en charge du patient psychiatrique adulte en ambulatoire: état des lieux des relations entre officines et Centres Médico-Psychologiques. :169.
26. 2017TOU32111.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1731/1/2017TOU32111.pdf>
27. Huynh L, Landry A, Colombe M, Auclair V, Gabriel-Bordenave C, Roberge C. Sortie d'hospitalisation en santé mentale : quel processus de conciliation médicamenteuse ? Bilan après un an de phase test. Pharm Hosp Clin. 1 sept 2019;54(3):213-21.
28. 1e7782fe-930f-45c4-b562-a9bacee319da.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/1e7782fe-930f-45c4-b562-a9bacee319da>
29. UKPPG [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ukppg.org.uk/>
30. CPNP [Internet]. CPNP. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://cpnp.org/front>
31. A retrospective analysis of patient care activities in a community pharmacy mental illness and addictions program - ScienceDirect [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com.docelec.univ-lyon1.fr/science/article/pii/S1551741119301032>
32. Carvalhana V, Flak E. Role of the pharmacist on a multidisciplinary psychiatry team : Impact on medication adherence in a community setting. J Pharm Technol. juin 2009;25(3):155-8.

33. The impact of a person-centred community pharmacy mental health medication support service on consumer outcomes: *Journal of Mental Health*: Vol 27, No 2 [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.tandfonline-com.docelec.univ-lyon1.fr/doi/full/10.1080/09638237.2017.1340618>
34. Hare SK, Kreanow K. Depression screening: Developing a model for use in community pharmacy. *J Am Pharm Assoc.* févr 2008;48(Issue 1):46-51.
35. Fleury M-J. Quebec mental health services networks: models and implementation. *Int J Integr Care* [Internet]. 1 juin 2005 [cité 22 sept 2019];5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1395508/>
36. Bell S, McLachlan AJ, Aslani P, Whitehead P, Chen TF. Community pharmacy services to optimise the use of medications for mental illness: a systematic review. *Aust N Z Health Policy.* 7 déc 2005;2:29.
37. Bell JS, Rosen A, Aslani P, Whitehead P, Chen TF. Developing the role of pharmacists as members of community mental health teams: Perspectives of pharmacists and mental health professionals. *Res Soc Adm Pharm.* 1 déc 2007;3(4):392-409.
38. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health.* 1 déc 2015;37(4):716-27.
39. [guide_coordination_mg_psy.pdf](#) [Internet]. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf
40. Jean. SUR-CL3R [Internet]. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. 2019 [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/sur-cl3r-44>
41. Lamy L. LIVRET DES USAGERS - 2019. 2019;72.
42. Pacaut-Troncin DM, Chauliac DN, Leane DE. Centre de Prévention du Suicide. :2.
43. Présentation - SMC, Santé Mentale et Communautés [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.smc.asso.fr/presentation.php>
44. [Guide-de-bonnes-pratiques-Label-mHealth-Quality-v1.1.pdf](#) [Internet]. [cité 19 oct 2019]. Disponible sur: <http://forum-sante-connectee.fr/wp-content/uploads/2016/04/Guide-de-bonnes-pratiques-Label-mHealth-Quality-v1.1.pdf>
45. Commission européenne. Livre vert sur la santé mobile. [Internet]. 2014 [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/green-paper-mobile-health-mhealth>
46. [has_ref_apps_oc.pdf](#) [Internet]. [cité 19 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/has_ref_apps_oc.pdf
47. Code de la santé publique - Article L6321-1. Code de la santé publique.
48. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 17 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006155140&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20050422>
49. [Guide_reseaux_de_sante-2.pdf](#) [Internet]. [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf

50. IGAS2018-041R.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Igas/Rapports/2018/IGAS2018-041R.pdf>
51. DGOS_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
52. Dubois S. Présentation du Pôle Santé Paris 13, CPTS du 13e arr. de Paris. :12.
53. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2011-940 août 10, 2011.
54. La SISA, une nouvelle structure pour les maisons de santé [Internet]. CMV Mediforce. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cmvmediforce.fr/les-dossiers-cmv-mediforce/dossiers-par-themes/developpement-de-votre-activite/la-sisa-une-nouvelle-structure-pour-les-maisons-de-sante/>
55. Historique et cadre législatif des CLSM – Centre National de Ressources et d Appui aux CLSM [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <http://clsm-ccoms.org/quest-ce-quun-clsm/historique-et-cadre-legislatif-des-clsm/>
56. Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972 relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. Bull Off [Internet]. 21 janv 2016;(N° ind). Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire2030_12decembre1972.pdf
57. CirculaireDGS_892MS_1 du 9 mai 1974.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/CirculaireDGS_892MS_1%20du%209%20mai%201974.pdf
58. Rhenter P. Les conseils locaux de santé mentale, un nouveau modèle pour les partenariats ? Vie Soc. 2010;N° 1(1):151-63.
59. Piel E, Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale. VST - Vie Soc Trait. 2001;no 72(4):9-32.
60. Etat des lieux des CLSM-05-2015.pdf [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf>
61. Etat-des-lieux-national-2018-des-CLSM-en-France_Centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-CLSM-2.pdf [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/09/Etat-des-lieux-national-2018-des-CLSM-en-France_Centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-CLSM-2.pdf
62. Guézennec P, Roelandt J-L. Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015. Inf Psychiatr. 15 sept 2015;Volume 91(7):549-56.
63. L'Atelier santé ville, c'est quoi ? | Fabrique Territoire Santé [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.fabrique-territoires-sante.org/tout-savoir-sur-les-asv/latelier-sante-ville-cest-quoi>
64. [FICHE ACTION] Formation universitaire « Correspondants de structure », Brest – Centre National de Ressources et d Appui aux CLSM [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <http://clsm-ccoms.org/2018/09/04/fiche-action-formation-universitaire-correspondants-de-structure-brest/>

65. [FICHE ACTION] ACCES AUX SOINS – DESTIGMATION, Mise en place d'un espace écoute santé, CLSM Lille – Centre National de Ressources et d Appui aux CLSM [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <http://clsm-ccoms.org/2018/07/26/fiche-action-acces-aux-soins-destigmation-mise-en-place-dun-espace-ecoute-sante-clsm-lille/>
66. FICHE DE SYNTHESE – Des précisions sur les communautés psychiatriques de territoire (Décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016) | Jurisante [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.jurisante.fr/?p=4226>
67. Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire. 2016-1445 oct 26, 2016.
68. Communautés psychiatriques de territoire : le décret est paru [Internet]. Santé Mentale. [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/actualites/communautes-psychiatriques-de-territoire-le-decret-est-paru.html>
69. La pertinence de l'émergence d'une communauté psychiatrique de territoire, nouvel outil de coopération en santé mentale [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=/Ehesp/Memoires/dessms/2017/Du-BOIS-de-MEYRIGNAC-Valentine.pdf>
70. Code de la santé publique - Article L1434-10. Code de la santé publique.
71. cartographie_adultes.pdf [Internet]. [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Documents/03_le_vinatier/organisation/le_territoire/cartographie_adultes.pdf
72. Vinatier CHL. Bienvenue à Céline Descamps [Internet]. Site Internet du Centre Hospitalier Le Vinatier. [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-le-vinatier.fr/le-vinatier/e-mag/bienvenue-a-celine-descamps-2407.html>
73. AG PTSM 19_11_2018 compte-rendu.
74. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. 2017-1200 juill 27, 2017.

Annexes

Annexe 1 : questionnaire à destination des pharmaciens d'officine enquête CROUZET P. Thèse

| | | |
|---|---|------------------------------|
|  Centre hospitalier Le Vinatier SERVICE PUI | QUESTIONNAIRE Dans le cadre d'un travail de thèse sur le lien ville-hôpital en psychiatrie | ENRE- - - - Version 01 |
| | | Date d'application : _/_/ |
| Rédaction : Pauline Crouzet | Vérification : Rachel Megard | Validation : Rachel Megard |

Nom et adresse de la pharmacie :

.....
.....
.....

Nom du pharmacien :

.....

PARTIE A

1- Avez-vous des patients atteints de maladies psychiatriques dans votre patientèle ?

OUI NON

2- Quelles pathologies rencontrez-vous le plus fréquemment ?

DEPRESSION SCHIZOPHRENIE T. BIPOLAIRE T. DU SOMMEIL
 DIAGNOSTIC NON ETABLI
 AUTRES (précisez)

.....

3- Avez-vous l'impression d'une augmentation de la prise en charge de patients atteints de maladies psychiatriques à l'officine ?

OUI NON

4- Avez-vous eu une formation antérieure en psychiatrie (autre que la faculté) ?

OUI (précisez)

.....

NON

5- Ressentez vous le besoin d'informations sur le thème de la psychiatrie ?

OUI NON

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>Centre Hospitalier Le Vénétien</p> | QUESTIONNAIRE Dans le cadre d'un travail de thèse sur le lien ville-hôpital en psychiatrie | ENRE-____-____ Version 01 |
| | SERVICE PUI | Date d'application : __/__/__ |

Si oui quelles sont les raisons ?

Manque d'informations par rapport à la pathologie (précisez) :

- Symptômes mal connus Difficulté de différenciation des troubles
 Méconnaissance du mécanisme de déclenchement
 Autres :

.....

Patients compliqués, qui prennent du temps, difficiles à canaliser

Volonté d'améliorer le contact, être informé

Traitements compliqués (précisez) :

- Besoin d'information sur les effets indésirables suite à l'administration des traitements
 Besoin d'information sur le suivi des patients
 Besoin d'information sur les posologies et associations de médicaments

Repérer les patients atteints de pathologie psychiatrique

Détecter les premiers signes d'une urgence psychiatrique

Autres :

.....

6- Quels thèmes souhaiteriez-vous aborder lors d'une formation ?

Thérapeutique (précisez) :

- Indications Posologies Effets-indésirables Suivi
 Interactions Nouveautés

Pathologies (précisez) :

- Rappel général Symptômes Clinique Typologie

Patients (précisez) :

- Abord patient : geste/parole/comportement
 Attitude à avoir en fonction des pathologies et des situations de violence
 Connaissance des attentes du patient



QUESTIONNAIRE
Dans le cadre d'un travail de thèse sur le lien
ville-hôpital en psychiatrie

ENRE- - - -
Version 01

Date d'application :
/ /

Conseils associés ou non à une ordonnance

Autres :

.....

7- Avez-vous des besoins et attentes spécifiques en termes de santé mentale ?

OUI NON

Si oui lesquels :

.....
.....
.....

PARTIE B

1- Existe-il déjà une collaboration pour ces questions de psychiatrie entre professionnels de santé autour de votre pharmacie ?

Régulièrement De temps en temps Exceptionnellement
Jamais

Si oui, avec quels professionnels?

Pharmaciens Médecins Psychiatres

Autres :

2- Connaissez-vous ou avez-vous intégré un réseau de soins en santé mentale ?

OUI NON

PARTIE C

1- Avez-vous eu l'occasion de joindre un hospitalier pour une question de thérapeutique ou de prise en charge d'un patient atteint de pathologie psychiatrique ?

OUI NON

2- Comment trouvez-vous ces contacts hospitaliers ?

Faciles Difficiles

| | | |
|--|---|----------------------------------|
|  Centre hospitalier Le Vinatier SERVICE PUI | QUESTIONNAIRE Dans le cadre d'un travail de thèse sur le lien ville-hôpital en psychiatrie | ENRE-____-____ Version 01 |
| | | Date d'application : __/__/__ |

Si difficiles, pourquoi ? (injoignables, pas de tel...)

3- Si vous avez des difficultés à joindre les contacts hospitaliers, quels types d'échanges souhaiteriez-vous ?

- Téléphone
- Boite mail
- Réunion/formation
- Groupes de travail
- Informations écrites (fax...)
- Autres

4- Seriez-vous intéressés par une rencontre autour du thème de la santé mentale avec des référents hospitaliers (psychiatres, pharmaciens...)

- OUI NON
- Autres propositions :

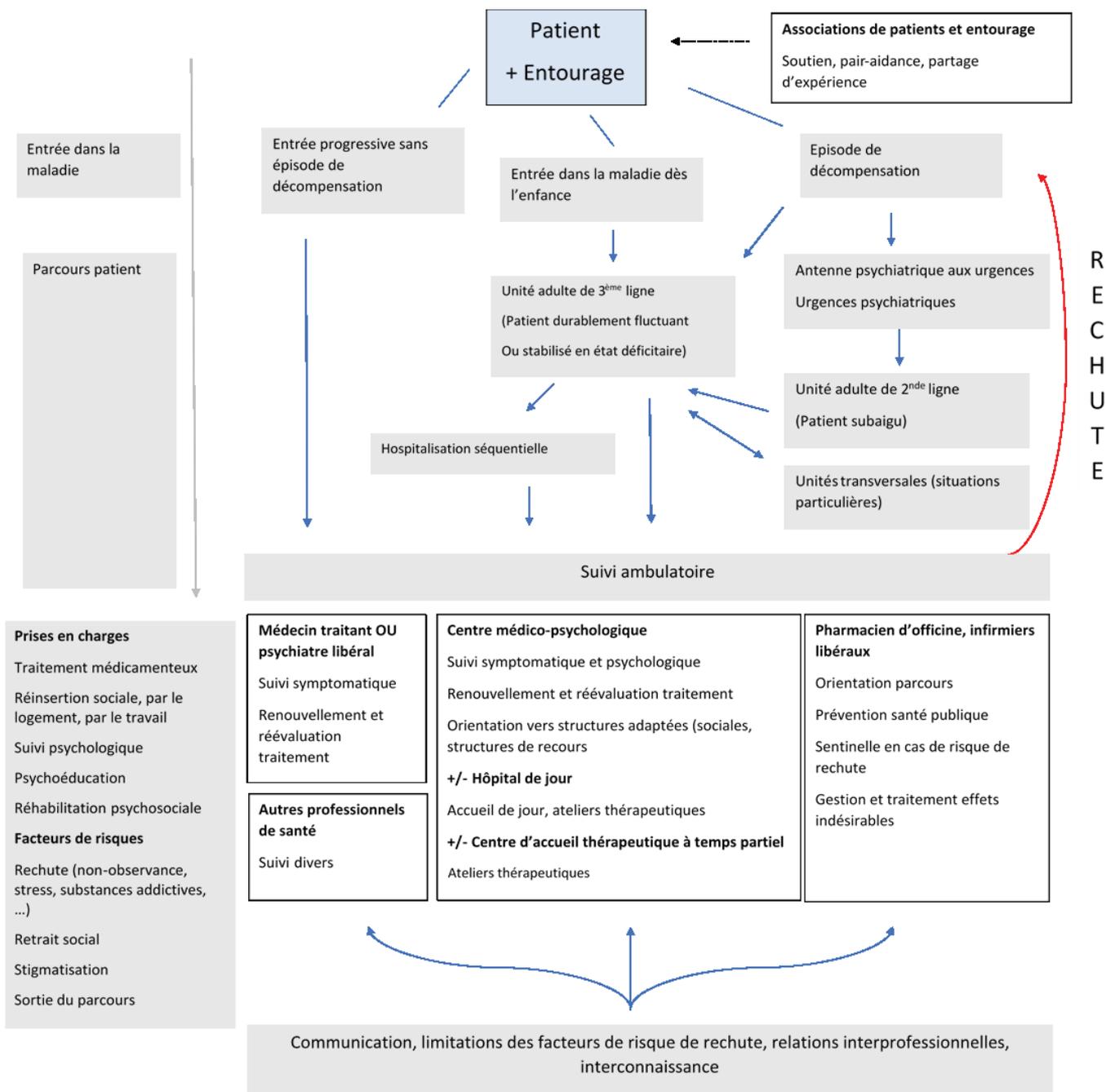
Vous remerciant de votre collaboration,

Pauline CROUZET,
 Etudiante en Pharmacie
 5^{ème} année Hospitalo-universitaire

Sous couvert de Rachel MEGARD,
 Responsable de service
 Pôle UMA-MOPHA/Service PUI
 Centre Hospitalier Le Vinatier



Annexe 2 : Fiche Parcours patient en psychiatrie et besoins dans le projet de coopération ville-hôpital



Acteurs : Besoins et Rôles dans la coopération interprofessionnelle

| | | |
|---|---|---|
| Pharmaciens d'officine Besoins de formation sensibilisation en psychiatrie Besoin de collaboration Besoin d'information sur le patient Rôle d'alerte de rupture d'observance, contact privilégié avec le CMP | Hôpital PUI + professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux Conciliation médicamenteuse Ligne directe PUI officine Interconnaissance avec les autres acteurs, ouverture | Associations de patients et entourage Mise en contact avec les officinaux lors de rencontres Coopération sur promotion de la santé mentale et déstigmatisation |
| Faculté Coopération pour approfondir la formation en psychiatrie des étudiants en pharmacie | Instances organisationnelles URPS, ARS Validation, soutien méthodologique | |

Plateforme lien ville-hôpital

| |
|---|
| Binôme pharmacien et infirmier coordonnateurs Statut d'association |
|---|

| Besoins financiers | Besoins organisationnels | Besoins humains |
|--|---|---|
| Financement impressions Coûts organisation des rencontres Rémunérations Loyer local | Local Groupe de travail Communication Fonctionnement interne | Coordonnateurs 1 pharmacien et 1 infirmier |

| | Communication | Formation | Rencontres |
|-----------------|---|--|--|
| Besoins | Communication interprofessionnelle Informations portées par le patient auprès des professionnels | Sensibilisation des professionnels n'exerçant pas en psychiatrie | Rencontre des professionnels pour : - présenter notre démarche - consulter les besoins des professionnels - Organiser des groupes de travail sur des thématiques ciblées |
| Outils/réponses | Livrets de suivi et d'information Messageries sécurisées Dossier médical partagé Ligne directe PUI Rôle d'alerte du pharmacien d'officine Officinal en contact avec le CMP | Formations / sensibilisation thématique : Psychotropes, parcours patient, psychoéducation | Rencontre annuelle interprofessionnelle en psychiatrie Thématiques ponctuelles Interventions auprès CLSM, CPTS, professionnels de santé (consultation, présentation, ...) Relayer les rencontres autour de thèmes liés à la psychiatrie |
| Indicateurs | Nombre de livrets distribués Nombre de professionnels se contactant par message ou téléphone pour se coordonner Notification et relevé d'alertes | Nombre de pharmaciens participants aux formations et satisfaction | Nombre de participants et satisfaction Nombre de rencontres et évaluation pertinence |

L'ISPB-Faculté de Pharmacie de Lyon et l'Université Claude Bernard Lyon 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs »

L'ISPB-Faculté de Pharmacie de Lyon est engagé dans une démarche de lutte contre le plagiat. De ce fait une sensibilisation des étudiants et encadrants des thèses a été réalisée avec notamment l'incitation à l'utilisation de méthodes de recherche de similitudes »

AULAGNON Etienne

Prise en charge du patient suivi en psychiatrie : déploiement du lien ville-hôpital au tour du CH Le Vinatier et développement d'un outil de communication

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2020, 166 p.

La prise en charge des patients en psychiatrie est en pleine évolution et en restructuration depuis plusieurs années. Dans ce même temps, la prise en charge des patients en ambulatoire voit s'instaurer une logique organisationnelle interprofessionnelle, dans laquelle le pharmacien d'officine a toute sa place.

Dans cette dynamique en marche, il est à préciser qu'une opportunité s'ouvre aujourd'hui à la profession de pharmacien d'officine pour se positionner comme partenaire de proximité et comme ' intervenant transversal actif dans la communication avec les autres acteurs de la prise en charge pour créer une véritable articulation nécessaire des parcours patients souvent complexes dans cette discipline .L'accompagnement des patients en psychiatrie par les pharmaciens d'officine reste encore à développer, d'une part par le manque de lisibilité pour eux du parcours du patient en psychiatrie mais aussi face aux enjeux de la thérapeutique médicamenteuse. Ses compétences sont à mobiliser afin de créer ou de renforcer les liens avec tous les acteurs de la prise en charge en psychiatrie.

Notre travail de thèse s'est posé sur ce constat avec un objectif simple, poser les bases d'une coopération interprofessionnelle impliquant le pharmacien d'officine en relation avec le pharmacien hospitalier dans le cadre de ces prises en charges.

Pour cela, la première partie présente le contexte avec les différents textes de références en psychiatrie et en politique sanitaire actuelle, suivie de la définition de parcours de patient en psychiatrie et de l'implication actuelle et souhaitée du pharmacien d'officine.

La seconde partie aborde la conception d'un outil pratique à l'intention du patient destiné à créer un lien de communication interprofessionnel, en intégrant les professionnels des établissements de santé notamment les pharmaciens hospitaliers.

Mettre en place les premières étapes d'une coopération interprofessionnelle par l'élaboration d'un outil, puis par la mise en place de moments d'échanges est une opération complexe, avec des contraintes de temps, de motivation, de disponibilité, d'organisation, d'évaluation et d'insertion dans le paysage existant mais ce travail a permis de poser les premières pierres de l'édifice et de sensibiliser les professionnels au « travailler ensemble » au service du patient.

MOTS CLES

Pharmacie
Lien Ville-Hôpital
Interprofessionnalité
Psychiatrie
Communication

JURY

Mr ZIMMER Luc Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Mme MEGARD Rachel, Docteur en Pharmacie, Praticien Hospitalier
Mme GILOUX Natalie, Docteur en Médecine, Psychiatre, Praticien Hospitalier
Mme MALACHANE Anne-Sophie, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE

Mardi 21 janvier 2020

ADRESSE DE L'AUTEUR

11, Rue Etienne BOISSON – 42000 Saint-Etienne