

2020-2021

# THÈSE

pour le

## DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine générale

**Morbi-mortalité dans la pathologie schizophrénique, le  
« case management » comme piste de prévention ?**

**Etude qualitative auprès de 14 infirmiers psychiatriques de la  
région Lavalloise.**

« Ce n'est pas son rôle de tout faire mais de faire en sorte que tout soit fait »  
Rosen

**SAIDI Abdel-Majid**

Né le 13/08/1989 à Laval (53)

Sous la direction du Dr Nidal NABHAN Abou

Membres du jury

Madame le Professeur GOHIER Bénédicte	Président
Madame le Docteur NABHAN ABOU Nidal	Directeur
Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Membre
Madame le Docteur RAMOND-ROQUIN Aline	Membre

Soutenue publiquement le :  
07/10/2021



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**  
UNIVERSITÉ D'ANGERS



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) ..... SAIDI Abdel-Majid  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **02/08/2021**



## LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

### PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie- réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine

REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine

CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck		Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie



SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

#### AUTRES ENSEIGNANTS

##### **PRCE**

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

##### **PAST**

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
POIROUX Laurent	Soins Infirmiers	Médecine

##### **ATER**

BOUCHENAKI Hichem	Physiologie	Pharmacie
MESSAOUDI KHALED	Immunologie	Pharmacie
MOUHAJIR Abdelmounaim	Biotechnologie	Pharmacie

PLP CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
---------------------	------------------	----------

##### **AHU**

IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

Mise à jour 27/08/2020

CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck		Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie

# REMERCIEMENTS

**A Madame le professeur GOHIER Bénédicte,**

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je garde le souvenir de votre bienveillance pendant mon année de psychiatrie et particulièrement lorsque mon choix s'est finalement porté sur la médecine générale. Vous m'avez soutenu dans cette décision difficile à prendre. Mon expérience en psychiatrie m'est utile chaque jour et j'espère un jour intégrer une structure psychiatrique pour y dispenser les soins somatiques chez ces patients trop souvent délaissés sur ce plan.

**A Madame le docteur NABHAN ABOU Nidal,**

Merci pour tout. Tu m'as pris sous ton aile, tu représentes une figure inspirante pour la détermination et la pertinence que tu mets dans ton travail ou pour la formation de tes internes. Bien au-delà de cela c'est dans le regard de tes enfants que je vois le plus beau travail que tu as accompli, celui de prendre soin des tiens. Tu pourras toujours compter sur moi.

**A Madame le docteur RAMOND-ROUQUIN Aline,**

Merci infiniment de participer à mon jury de thèse, je regrette de ne pas avoir collaboré plus longtemps à tes côtés dans le sud-ouest mayennais, les quelques échanges que nous avons eus ne me font que souligner ton professionnalisme.

**A Monsieur le professeur CONNAN Laurent,**

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse après avoir participé à la validation de mon D.E.S. dont je garde un très bon souvenir avec un échange inspirant notamment sur la possibilité de devenir maître de stage.

**A l'ensemble des infirmiers psychiatriques qui ont participé à cette thèse,**

J'ai commencé mon internat avec vous, je finis avec vous. Vous m'avez tant appris.

# REMERCIEMENTS

**A Mehdi Anteur,** cette thèse t'est dédiée. Tu me manques si fort. Nos souvenirs me remplissent de bonheur. J'admire ta force et la bienveillance que tu m'as offerte, sans toi je n'en serais pas là. Notre détermination à débloquent l'ascenseur social m'a porté. Mes enfants ne connaîtront pas les halls d'immeubles qui puent l'urine. J'admire ton parcours, ta liberté d'esprit, ta beauté, ta force face aux regards des autres et bien sûr ton humour. Je respecte ton choix et j'espère sincèrement que depuis le ciel tu me regardes penser à toi.

**A Papa,** tu es mon héros et j'espère pour mes enfants réussir la moitié du quart de ce que tu as fait pour moi. Alors j'aurai gagné. Ta force infinie, tu me l'as transmise. La vie ne t'a pas épargné mais je t'ai toujours vu te relever. Tu es une source d'inspiration éternelle. Mon amour pour toi ne s'arrêtera pas à mon dernier souffle puisque mes enfants porteront ce que tu représentes pour moi.

**A Maman,** tu es mon héroïne et j'ai vu tous les sacrifices que tu as faits pour Kais et moi. Je sais que ton assiette a souvent été vide pour que la nôtre soit pleine. Ne pleure plus pour une facture d'électricité un peu trop élevée. Laisse la lumière allumée, ta maison arrive bientôt. Je ne laisserai personne te faire de mal.

**A Kais,** mon grand frère qui me rend fier chaque jour. Tu es plein de ressources. Tu as toujours pris soin de moi quand j'étais petit. A présent c'est à mon tour.

**A Pascal,** merci d'avoir pris et de prendre soin de maman quand elle en avait besoin. Tu fais partie de ceux qui parlent peu mais font beaucoup. J'admire cette qualité chez toi et toutes les autres. Tu as de l'or entre les mains et sois fier de tes capacités. Même si tu t'amuses à dire que tu as un bac moins dix, ton intelligence est infinie. Ton cœur semble sans limite.

**A Nelly,** merci d'avoir rendu papa heureux et je sais que depuis le ciel tu nous enveloppes de ta bienveillance. Tu m'as apporté beaucoup d'amour et je t'en remercie.

**A Fabien Raynière,** merci pour l'exceptionnelle amitié que tu m'offres. Je mets chaque jour en application notre premier sujet de conversation. Matin et soir comme tu le sais. C'est un bonheur de pouvoir se livrer avec authenticité sans peur d'être jugé. Sois heureux mon homme, c'est un choix parfois difficile mais il vaut le coup. Tu sais que tu peux compter sur moi jusqu'à mon dernier souffle.

**A K.D.,** je suis heureux d'avoir pu renouer avec nos racines. Nous nous sommes construits ensemble. La vie nous appartient toujours et pour toujours. Je suis fier de ton parcours et ton abnégation. Continuons de renforcer cette famille unie et bienveillante. Le portier numéro 1 restera le tien et le 23 le mien, quelle expérience extraordinaire d'habiter dans le même immeuble ! Les foots en salle qui durent toute une nuit, les cagibis, échapper aux tirs ou aller au charbon quand il le faut : autant de souvenirs qui ne s'éteindront jamais. Ce n'est que le début, on finira à l'hospice à se refaire les Scrubs et à simuler des incontinences pour le plaisir de déranger. Bref je ne vais pas réécrire une deuxième thèse sur notre relation.

**A Genouel Bibi,** merci d'avoir toujours veillé sur moi. Tu es fondamentalement bon et bienveillant ce qui me fait oublier tes quelques choix vestimentaires hasardeux, n'est-ce pas « Jako ». Plus sérieusement nos souvenirs, nos vidéos, nos moments à refaire le monde au quartier me remplissent le cœur et je ne me lasse pas d'y repenser. Bien sûr je ne parle pas du dimanche matin qu'on attendait chaque semaine avec impatience. Tu es un homme marié à présent et j'en suis heureux. Nos nouvelles perspectives d'urbex et de films me tiennent en haleine. Je suis fier de toi frérot.

**A Mehdi Saboni,** on s'est rencontré dans le grand amphi. Derrière ta carrure de Goliath se cache un cœur exceptionnel. Nos sorties régulières m'enthousiasment toujours autant. Je compte sur toi pour transmettre ta force à ma fille.

# REMERCIEMENTS

**A Paul,** la niniche intensive a fait de toi l'homme que tu es aujourd'hui. Je ne te remercierai jamais assez pour nos moments partagés, les soudures à l'arc que tu fais et les moments bottes dans l'eau en fin de journée car oui tu es beau en bottes.

**A Thomas,** là aussi, comment ne pas souligner ta bienveillance. J'espère de tout cœur que tu trouveras ta voie et ton épanouissement. En tous cas, tu peux compter sur moi. Ta minutie pour garder et organiser tes photos me fascinent et ton sens de la rigueur quand tu fais tes montages photos est réjouissant surtout après les visites au Louvre.

**A Vincent,** un grand merci pour ce kiff monumental de s'être retrouvé et de voir qu'on partage un tas de perspectives de vie en commun. Je n'ai jamais consommé autant de jus de pomme que depuis ces derniers mois. Les moments à la pelletière sont magiques. Garde la fibre d'aider les autres comme tu le fais si bien, ta conscience de vie est inspirante et j'espère m'enrichir à tes côtés

**A Julie,** merci de rendre heureux mon Fabien. J'admire ta force de vivre, ta combativité et ton sens pratique. Tu es forte et ne laisse jamais personne te dire le contraire.

**A Leila,** un plaisir d'échanger et d'apprendre à te connaître chaque fois un peu plus. Il ne faut pas beaucoup de temps pour se rendre compte que tu fais partie des personnes qui prennent soin des autres.

**A Charlotte,** merci de prendre soin de Dédé, de faire de si bons gâteaux, surtout de la bonne humeur que tu communique et tes tenues hautes en couleurs.

**A Melysse,** merci d'avoir trouvé la formule magique pour rendre heureux ta moitié. Tes 30 ans seront à Disney et je ferai les attractions de ta volonté même si ça me coûte mon déjeuner.

**A Arnaud,** t'es un super pote et un garagiste hors pair. Te voir papa est un bonheur et plus qu'inspirant.

**A Elo,** une maman heureuse et formidable. Jules et Emy sont à votre image, des petits anges. Tu peux compter sur moi.

**A Laure,** bravo pour ton parcours que je sais long et difficile. Il n'y a rien de plus beau que ceux qui s'accrochent à leurs rêves. J'ai été fier de t'apporter mon modeste soutien dans ton beau chemin. Dis-toi que bientôt tu auras ta maison à la campagne avec quelques animaux. Le bonheur.

**A l'ensemble des Raynière,** ma deuxième famille. Françoise et Thierry merci pour le beau boulot que vous avez fait avec vos 3 mousquetaires. Votre cri de ralliement il faudra me l'apprendre.

**A Quentin,** ce bon vieux gros sac qui gère tellement. Merci car, sans toi, ces études de médecine n'auraient pas eu la même saveur. Tu as illuminé mon parcours car, comme moi, tu es différent. L'image de toi s'endormant à côté de big Z restera gravée à jamais. Merci à Marie et Capucine de te rendre un peu moins insupportable.

**A P.E.M.,** le seul l'unique le plus beau. Pareil, sans toi les études de médecine n'auraient pas eu la même saveur. Tu as été le premier à venir vers moi dans un univers qui ne me correspondait pas toujours. De là une belle amitié a commencé et rassure toi, pour moi la distance ne change rien. Te voir garde toujours la même saveur.

# REMERCIEMENTS

**A l'ensemble de mes co-interne des urgences Juliette, Mathilde, Louise et Marion,** merci pour le soutien que vous m'avez apporté aux urgences mais aussi au-delà je suis fier de m'être formé à vos côtés.

**A Camille et Raphael,** pour ce stage inoubliable au C3RF. Merci pour tout.

**A Léna,** merci d'avoir partagé ces années angevine à mes côtés ce fut réconfortant de t'avoir à mes côtés.

**A Marie Magister,** merci d'être la plus belle des belles sœurs. Je ne me lasse pas de ton sourire et de ta joie de vivre. Tu es la marraine de notre enfant et elle a de la chance de t'avoir. Tu sais bien que tu peux compter sur nous.

**A Catherine et Michel,** merci de m'avoir accepté comme un votre fils et d'accepter que je sois sans gêne chez vous à fouiller dans le congélateur les moindres glaçons. J'aime la faculté que nous avons à parler de tout et de rien.

**A David, Léo & Harry,** merci pour mon nez. Je vais prendre soin de vos oreilles.

**A Thomas, Mélanie, Léna & Nora,** merci pour tous nos moments partagés car c'est à chaque fois le même bonheur de venir goûter vos frites et votre hospitalité. Je suis heureux de votre bonheur et j'espère pouvoir y contribuer.

**A L'équipe de Saint Pierre la Cour,** merci Émilie, Sophie, Marie, Yasmine, Louise, Lucie j'ai beaucoup appris à vos côtés mais j'ai aussi passé des moments d'une convivialité rare. Votre professionnalisme m'a marqué et inspiré.

**A Sylvain,** merci pour nos échanges toujours profonds et constructifs. Tu es un infirmier top niveau avec une réflexivité rare. Il y a juste ton syndicalisme qui te dessert mais personne n'est parfait.

**A Antoine Gastinel,** merci car tu as été le premier à me prendre sous ton aile en arrivant au SPAL et tu l'as fait avec beaucoup de bienveillance. Ton look d'intello à lunettes m'a tout de suite charmé. Ne change jamais et merci également à Francine, Melysse et Myrtille pour la famille inspirante et rassurante que vous faites.

**A Antoine Juette** récemment devenu papa, **Nico, Nicolas, Audrey, Aurélie, Véro, Cécile, Françoise, Jean-François, Peggy, Karine, Salomé, Vanessa et à toute l'équipe psy de Laval**

**A Rebecca,** merci pour toute la bienveillance que tu m'as apportée. J'aurai aimé que notre collaboration soit plus pérenne mais d'autres perspectives nous combleront de bonheur. Je suis fier d'avoir pu partager ces quelques années à tes côtés. Tu peux compter sur moi.

**Au Dr Philippe Baize,** merci de vos enseignements et de m'avoir inspiré par votre rigueur et votre professionnalisme. Et un merci pour la bienveillance à l'égard de mon grand frère.

**Au Dr Samuel Reveillard,** j'ai beaucoup appris à tes côtés et tu fais parti des exemples à suivre.

**A l'équipe de PMI du Mans,** merci pour la transmission de votre savoir. Je garde un excellent souvenir de ce stage malgré la distance par rapport à ma tendre Mayenne. Merci tout particulièrement à Florence, Michèle et Brice.

**Au professeur Norbert Ifrah,** merci pour la confiance que vous m'avez apportée pendant mon externat. Je n'oublie pas. Mais surtout merci pour la rigueur clinique que vous m'avez transmise. Chaque jour je m'efforce de l'appliquer. Vous m'avez inspiré.

# REMERCIEMENTS

**A l'ensemble des collègues et des enseignants,** qui ont participé à faire de moi le médecin que je suis. Lorsque viendra mon tour je ferai de mon mieux pour transmettre une partie de ce que je sais avec humilité et bienveillance.

**Au Dr Ziad Abou Abdallah,** merci de tes enseignements et de la qualité de nos échanges en médecine 2. Ce stage a été très formateur et c'est en grande partie grâce à toi. Je te souhaite le meilleur dans ton nouveau poste.

**A Sylvia et Hussein,** un grand merci pour votre bienveillance et votre bonne humeur. Merci Sylvia de m'avoir accompagné pendant ce stage, ta médecine me correspond et elle m'inspire. Hussein merci de nous avoir sauvé aux urgences, voir ton nom sur mes jours de garde fut toujours un grand soulagement. Je vous embrasse.

**A ma famille de Tunisie et d'Algérie,** Mehdi, Aida, Tonton, Radhia, Nana, Myriam je vous aime profondément. Je prendrai le temps de venir vous voir.

**A ma famille Bretonne,** Mamie, Régine et André, Colette et Marcel, Laurent, Josiane et Hervé, Dédé, Hélène et Pierre, Teddy, Jennifer, Amélie, Maxence, Emma, Guy et Marie Thérèse, Sandra. Et tous les enfants de la génération future.

**A Stéphanie,** ma cousine que la vie n'a pas épargnée et qui pourtant reste belle et forte. Tu as mon soutien et bien plus. Tu es toujours la bienvenue dans notre région Lavalloise.

**A mes amis du lycée et du collège** que je n'oublie pas, ces années comptent parmi les meilleurs.

A Alain Courjault mon instituteur de CM2, alors les études ce n'est pas pour moi ? Je n'oublie ni tes coups ni tes mots. Nous n'étions que des enfants.

A ceux que j'oublie.

Et le meilleur pour la fin,

**A ma douce Mathilde** que j'aime du plus profond de mon être. Déjà plus de 4 ans et demi à tes côtés et ma seule inquiétude c'est de ne pas avoir assez de toute une vie pour partager notre amour. Tu as toujours fait preuve de forces pour entretenir notre relation. Le soir de notre premier regard restera à jamais dans nos cœurs. Vivons pleinement la chance qui est la nôtre. Tu es mon évidence. Je suis fier de toi toujours et pour toujours mon amour.

**A Truman, mon chien.** Tu es merveilleux et jamais je n'aurais pensé ressentir ce niveau d'amour. Quelle chance j'ai eu de te choisir à la SPA il y a 4 ans. J'ai l'impression que tu es éternel malgré ton âge avancé. Je te regarde en ce moment veiller sur notre (ton) royaume et je suis fier. Fier de la bienveillance et la fidélité que tu as pour nous. Notre relation est indescriptible. Je t'aime mon fils, ma bataille.

**A Zohra, ma fille.** Aucun mot ne peut décrire l'amour que j'ai pour toi. Tu fais de moi un papa heureux et c'est avec toi allongée sur mon ventre que j'ai fini cette thèse. Tu ne soupçonnes pas encore ce que je suis prêt à faire pour les gens que j'aime. L'odeur de ton visage m'apaise. Je t'imagines adulte et épanouie en train de lire ces quelques lignes. Tu es ma merveille et je vais t'apprendre à affronter cette vie mais aussi à savoir t'en émerveiller. Je t'aime.

## Liste des abréviations

[illegible]



# Plan

## RESUME

### INTRODUCTION

1. Contexte et justification de l'étude
2. Définitions
  - 2.1. Schizophrénie
  - 2.2. Comorbidité, Morbidité & Mortalité dans la schizophrénie
  - 2.3. Case management
  - 2.4. Insight
  - 2.5. Organisation système de soins psychiatriques dans la région lavalloise

### MÉTHODES

1. Revue de la littérature
2. Guide d'entretien
3. Recrutement des participants et recueil des données
4. Analyse des données

### RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon
  - 1.1. Description de l'échantillon
  - 1.2. Résumé des caractéristiques
2. Analyses thématiques
  - 2.1. Une prise en charge globale du patient, le paradigme « bio-psycho-sociale »
    - 2.1.1. Le patient comme entité plurielle au centre de la prise en charge
    - 2.1.2. Intégration et prise en compte du soin somatique
    - 2.1.3. Conscientisation des comorbidités
    - 2.1.4. Moindre affinité des soins somatiques pour certains infirmiers
    - 2.1.5. L'isolement social, ennemi de la qualité de vie
    - 2.1.6. L'injection d'antipsychotique retard, un temps privilégié pour le soin somatique
    - 2.1.7. Résumé
  - 2.2. Entre négation de la psychiatrie et désertification médicale
    - 2.2.1. Un défaut de communication médicale
    - 2.2.2. La psychiatrie victime de son image
    - 2.2.3. Entre ego et méconnaissance
    - 2.2.4. La désertification médicale, une souffrance quotidienne
    - 2.2.5. Résumé
  - 2.3. Le case management déjà opérant
    - 2.3.1. L'infirmier référent comme modèle
    - 2.3.2. Un lien de confiance, un préalable indispensable
    - 2.3.3. Le défaut d'insight, ennemi du suivi médical
    - 2.3.4. L'infirmier de pratique avancée, une aide prometteuse
    - 2.3.5. L'avenir vers l'ambulatoire
    - 2.3.6. Résumé
  - 2.4. ... mais encore trop souvent limité.
    - 2.4.1. Bâtir du lien épuise
    - 2.4.2. L'économie ennemie du soin

2.4.3. Des locaux inadaptés

2.4.4. Résumé

## **2.5. La pluridisciplinarité bienveillante, un espoir**

2.5.1. Une demande mutuelle

2.5.2. Une volonté de se former

2.5.3. Le travail collaboratif, un cercle vertueux. L'exemple des interventions en maison de santé pluridisciplinaire

2.5.4. Résumé

## **3. Analyse lexicale**

**3.1. Fréquence des occurrences**

**3.2. Mise en perspective des mots les plus utilisés avec la question de recherche**

## **4. Résultats à retenir**

## **DISCUSSION**

### **1. Forces et limites de l'étude**

**1.1. Forces**

**1.2. Limites**

**2. Mise en perspective avec le guide HAS de 2018 « coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux »**

**2.1. Justification de l'étude**

**2.2. Un défaut de coordination mais des pistes d'amélioration**

2.2.1. Amélioration de la communication

2.2.2. Lieux d'exercices partagés

2.2.3. Dispositifs de soins partagés

2.2.4. Le care/case management

2.2.5. Les interventions type « *collaborative care* »

**2.3. Difficultés rencontrées pour la prise en charge des soins somatiques**

**2.4. Fonction spécifique du case management, difficultés et prérequis**

## **CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXES**



# **MORBI-MORTALITE DANS LA PATHOLOGIE SCHIZOPHRENIQUE, LE « CASE MANAGEMENT » COMME PISTE DE PREVENTION ?**

**SAIDI ABDEL-MAJID**

Affiliation au département de médecine générale d'Angers.

# RESUME

## **Introduction :**

L'espérance de vie des patients souffrant de schizophrénie est diminuée de 10 à 20 ans comparée à la population générale. Les causes de décès sont cardio-métaboliques, addictives et respiratoires. La prise en charge globale de ces patients fait défaut avec un moindre recours aux soins somatiques. Le défaut d'insight, les zones sous dotées en médecins généralistes et l'image négative dont souffre la psychiatrie expliquent en partie ce constat. Les CMP sont des structures identifiées comme ressources par les patients. Les infirmiers psychiatriques occupent une place stratégique pour le suivi au long cours du patient qui se rapproche du concept du « case management ». Cette étude questionne la sensibilité de ces infirmiers vis-à-vis du soin somatique chez ces patients.

## **Objectifs :**

Explorer le rapport des infirmiers psychiatriques des CMP Lavallois au soin somatique pour envisager une extension du concept de « case management » aux comorbidités somatiques afin de les coordonner et d'améliorer une prise en charge globale.

Développer un réseau de soins collaboratifs pour améliorer la qualité et la durée de vie de ces patients.

## **Méthodes :**

Étude qualitative avec 14 entretiens semi-dirigés d'infirmiers des deux CMP Lavallois avec retranscription des verbatims et réalisation d'une analyse thématique et lexicale.

## **Résultats :**

Les infirmiers psychiatriques interviewés opèrent déjà une fonction de « case management » et sont sensibilisés aux soins somatiques. Les obstacles rencontrés pour l'amélioration des soins somatiques sont le défaut de communication avec les partenaires médicaux, le manque de locaux et de matériels, le rejet de la psychiatrie par certains médecins, la carence médicale en région mayennaise et le défaut d'insight des patients.

## **Conclusion :**

L'intégration de médecins généralistes dans les CMP permettrait d'effacer les frontières physiques et psychologiques qui séparent ces disciplines. Le travail collaboratif et l'échange restent le meilleur moyen pour initier une refonte des pratiques et des réflexes de prises en charge.

La notion de « case management » ne peut se concevoir qu'avec un réseau d'acteurs impliqués et bienveillants. « L'éthique du care » illustre le sens qui devrait être donné dans le soin de ces personnes vulnérables doublement condamnées par leur maladie et l'ostracisation de la société.

# INTRODUCTION

## 1. Contexte et justification de l'étude

Les personnes souffrant d'une pathologie schizophrénique ont une espérance de vie diminuée de 10 à 20 ans<sup>1,2</sup> en comparaison avec celle de la population générale qui, elle, augmente sur les 10 dernières années. Les troubles schizophréniques touchent environ 0,7 % de la population, soit 600 000 personnes en France<sup>3</sup>. Les causes de décès sont principalement dues aux affections cardio-métaboliques, addictives et respiratoires<sup>4</sup>. La frontière entre soins somatiques et soins psychiatriques gagnerait à s'effacer afin d'envisager une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

La prévention de la morbi-mortalité dans la pathologie schizophrénique mériterait d'être approfondie afin d'offrir à cette population une meilleure prise en charge de leurs comorbidités. L'enjeu principal est d'améliorer l'espérance et la qualité de vie de ces sujets vulnérables. Secondairement, l'aspect socio-économique bénéficierait également d'une meilleure prise en charge de ces patients puisque les coûts de santé publique sont considérables. La lutte contre les problèmes somatiques des patients atteints de schizophrénie passe par deux grands axes, le lien entre les différents acteurs du soin et la prise de conscience par le patient, son entourage proche et les soignants de l'indiscutable nécessité de s'occuper activement des différentes comorbidités afin d'espérer augmenter la durée et la qualité de vie de cette population.

L'offre de soins somatiques ne semble pas contrer cette surmortalité et il existe probablement un moindre recours à l'action de prévention proposée par les médecins généralistes et par les campagnes d'actions publiques concernant les maladies cardio-métaboliques, respiratoires, néoplasiques et addictives. Il apparaît nécessaire d'établir de nouvelles stratégies visant à pallier la surmortalité qui touche ces patients.

Le suivi au long cours par un médecin de famille fait souvent défaut chez les schizophrènes, d'autant plus dans les zones sous dotées en médecins généralistes. Les actions de préventions gagneraient à être menées par des interlocuteurs adaptés en amont des cabinets de médecine générale dans les lieux de soins et de suivi déjà identifiés par cette population. De plus, ils semblent moins accessibles aux campagnes d'informations destinées au grand public.

L'enjeu réside dans l'intégration commune des soins somatiques et psychiatriques par une sensibilisation plurielle des différents acteurs de soins avec des moyens adaptés à la spécificité des troubles schizophréniques.

L'état actuel de la littérature sur le sujet montre que les causes de mortalité sont majoritairement cardio-métabolique et qu'il existe une forte association avec la consommation de substances psychoactives (tabac, cannabis, alcool...)<sup>5</sup>. Une importante corrélation entre infarctus du myocarde et schizophrénie a été établie<sup>6</sup>. L'importante prévalence des affections cardio-vasculaires semble schématiquement surreprésentée à cause du manque d'activité physique, de l'utilisation d'antipsychotique, d'un tabagisme excessif, d'une mauvaise hygiène alimentaire et d'une consommation d'alcool élevée<sup>7</sup>.

La schizophrénie fait partie de l'une des 25 principales causes d'incapacité dans le monde en 2013<sup>8</sup>. La pathologie psychiatrique représente un enjeu majeur de santé publique. Un coût total estimé entre 80 et 109 milliards d'euros selon plusieurs instituts (Montaigne, OCDE). Les dépenses de sécurité sociale s'élèvent annuellement à 19 milliards d'euros soit plus que pour le cancer<sup>9</sup>. L'ancienne ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a d'ailleurs promis d'augmenter de 40 millions d'euros le budget alloué à la psychiatrie et de mettre en place un programme pluriannuel « 2018 – 2023 ».

L'un des objectifs majeurs de ce programme est d'identifier des « indicateurs de qualités et de sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale » (IQSS). Ils sont décrits comme indispensables à l'amélioration des pratiques. Jusqu'alors basés sur la tenue des dossiers, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (devenu obsolète avec la fiche de liaison remis au patient en fin d'hospitalisation) et le dépistage de troubles nutritionnels, ces IQSS tendent à se modifier pour être plus adaptés à la psychiatrie.

Depuis 2018 d'autres critères sont en cours d'évaluation par l'HAS concernant les soins somatiques. Preuve qu'il existe un tournant dans l'intérêt porté à ces soins chez les populations atteintes de troubles psychiatriques. L'HAS a validé en 2020<sup>10</sup> de nouveaux indicateurs en psychiatrie pour :

- La prise en charge somatique et le lien entre hôpital et ville
- Les établissements de santé avec activité psychiatrique :
  - Évaluation et prise en charge de la douleur somatique
  - Évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes
  - Évaluation gastro-intestinale chez les patients adultes
  - Évaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes
  - Qualité de la lettre de liaison à la sortie

La place de l'infirmier psychiatrique pourrait être stratégique pour améliorer le suivi avec le médecin généraliste. Son omniprésence dans toutes les étapes de la prise en charge de ces patients et leurs relations privilégiées font de ces acteurs de soin un cœur de cible intéressant quant à la prévention des comorbidités somatiques. Le concept de « case management »<sup>11</sup> est développé et avancé dans certains pays comme la Suisse. Initialement créé pour limiter la rupture thérapeutique après un premier épisode psychotique<sup>12</sup> et pour favoriser le lien avec l'ambulatoire, il semble pertinent d'intégrer à cette approche une place aux soins somatiques. L'infirmier de pratique avancée, qui tend à se développer en France, pourrait correspondre à une aide supplémentaire dans ce case management.

Le préalable à l'investissement de ce rôle de « fil rouge » de suivi global est une sensibilisation à l'importance de la prise en charge de ces comorbidités. Il semble donc légitime d'évaluer dans un premier temps la place que les infirmiers psychiatriques accordent à ce type de soins dans leurs différentes structures de suivi tels que les Centre Médico-Psychologique (CMP) ou les Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel. Cette évaluation se fera par l'intermédiaire d'entretiens individuels avec les équipes infirmières à partir d'un questionnaire élaboré et basé sur les recommandations de prise en charge des soins somatiques chez les personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques. Ce dernier laissera la place à l'expérience et au ressenti de l'infirmier(ière) interrogé(e). L'étude se réalisera dans la région lavalloise auprès des infirmiers des CMP.

**L'objectif principal** : développer, pour les infirmiers psychiatriques, un outil de sensibilisation au dépistage des affections cardio-métaboliques et addictives chez les patients souffrant de schizophrénie afin de les réorienter secondairement vers un médecin généraliste et/ou spécialiste.

**L'objectif secondaire** : développer le concept de case management afin de diminuer la morbi-mortalité dans la pathologie schizophrénique.

**L'objectif tertiaire** : cibler la faisabilité d'une collaboration entre médecin généraliste et CMP pour améliorer la prise en charge des soins somatiques chez les patients atteints de schizophrénie.

## 2. Définitions

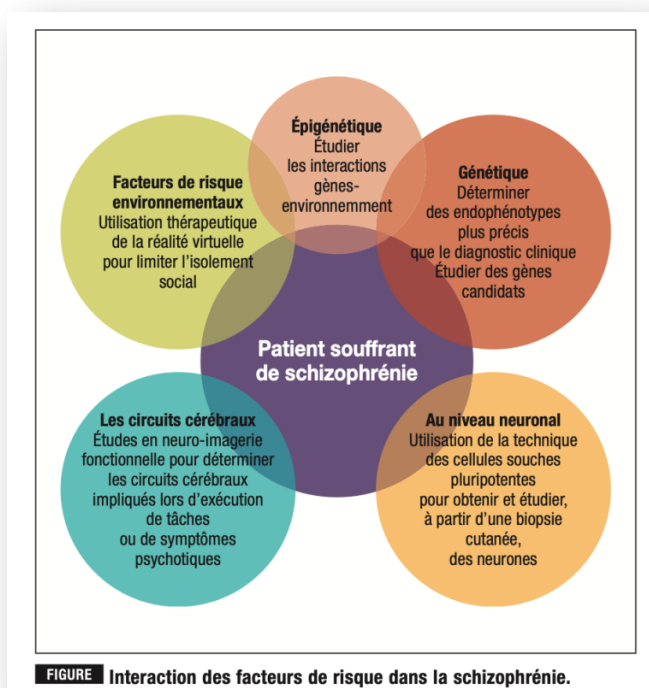
### 2.1. Schizophrénie

Il s'agit d'un trouble psychotique chronique que le DSM 5 (annexe III) caractérise par « des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée (discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs »<sup>13</sup>. La schizophrénie est regroupée dans le chapitre « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » puisque les troubles psychotiques présentent un caractère hétéroclite. Les critères diagnostiques intègrent une notion de durée (plus de 6 mois), de sévérité et une exclusion des autres diagnostics.

La grande hétérogénéité des présentations cliniques de la schizophrénie semble peu pertinente en termes de fidélité, de stabilité diagnostique et de pronostic. Il n'existe pas de modèles distinctifs de la réponse thérapeutique en fonction des sous-types de cette psychose. L'apport dans le choix de la thérapeutique est donc minime. La revue de la littérature plaide également en la faveur d'une faible considération de ces distinctions puisque seulement 5 % des études s'y intéressent. Les différents sous-types ont été supprimés du DSM-5 et ont été remplacés par une évaluation dimensionnelle des symptômes.

La prévalence annuelle des troubles schizophréniques est de 0,5 à 1,3 % pour une incidence entre 0,1 et 0,7 % selon l'INSERM<sup>14</sup>. Ces troubles débutent classiquement entre 15 et 25 ans<sup>14</sup>.

Son origine est plurifactorielle avec des facteurs génétiques, neuro-développementaux ou liés à des événements de vie. Le cannabis peut être un facteur précipitant d'entrée dans la maladie<sup>15</sup>.



**Figure 1. Interaction des facteurs de risque dans la schizophrénie<sup>24</sup>.**

La schizophrénie retentit directement sur la qualité de vie puisque 10 à 20 % des cas ont une bonne autonomie, 60 à 70 % une autonomie partielle et 20 % des cas nécessitent une hospitalisation au long cours ou un placement en foyer<sup>16</sup>.

L'orientation actuelle dans la prise en charge des troubles psychotiques est un « modèle de rétablissement » contrastant avec le déclin inéluctable qui était prôné par le passé. La prise en charge précoce devient la nouvelle référence pour améliorer le pronostic des patients<sup>11,17</sup>.



## 2.2. Comorbidité, Morbidité & Mortalité dans la schizophrénie

La morbidité correspond aux séquelles liées à une maladie.

La comorbidité désigne des affections associées au diagnostic principal, en l'occurrence, la schizophrénie dans le cas de cette recherche.

La mortalité est le rapport entre le nombre de décès et la population générale sur une année.

L'espérance de vie des patients schizophrènes est diminuée de 10 à 20 ans<sup>1,2</sup>, les comorbidités et l'absence de prise en charge précoce de celles-ci en sont la cause. Les comorbidités peuvent se séparer en plusieurs catégories<sup>18,19</sup> :

- **Cardiovasculaires**

29 % des décès chez les patients schizophrènes sont d'origine cardiovasculaire. La fréquence des maladies cardiovasculaires représente 26,5 % contre 17 % dans la population générale. La conjugaison avec d'autres comorbidités augmente ce risque tel que le tabac, le diabète et les dyslipidémies. Certains antipsychotiques augmentent le QT avec le risque d'un trouble du rythme ventriculaire. Une association entre infarctus du myocarde et schizophrénie est établie.

Le risque de décéder d'une maladie cardiovasculaire pour un schizophrène est 2 à 3 fois plus important que pour la population générale<sup>20</sup>.

- **Métaboliques**

Il existe une forte corrélation entre maladie métabolique et schizophrénie. Le surpoids, le diabète, les dyslipidémies, l'hypertension artérielle et l'obésité sont surreprésentés chez cette population. Les facteurs explicatifs sont le manque d'activité physique, la sédentarité, la mauvaise hygiène alimentaire, les effets secondaires de traitements antipsychotiques et l'absence de prise en charge précoce de ces troubles.

- **Respiratoires**

36 % des décès chez les schizophrènes sont causés par une maladie respiratoire. L'association très forte avec le tabagisme explique pour partie ce constat.

Les antipsychotiques peuvent être responsables de dyskinésies respiratoires provoquant des troubles de la déglutition, des fausses routes et des risques de pneumopathie d'inhalation.

- **Addictives**

La fréquence du tabagisme chez les schizophrènes est très importante. L'alcoolisme et la consommation de cannabis sont également sur-représentés. Ces addictions induisent des conséquences somatiques cardiovasculaires et respiratoires.

- **Cancers**

Ils représentent 19 % de la mortalité chez ces patients.

- **Infectieuses**

Le VIH a une prévalence supérieure à la population générale.

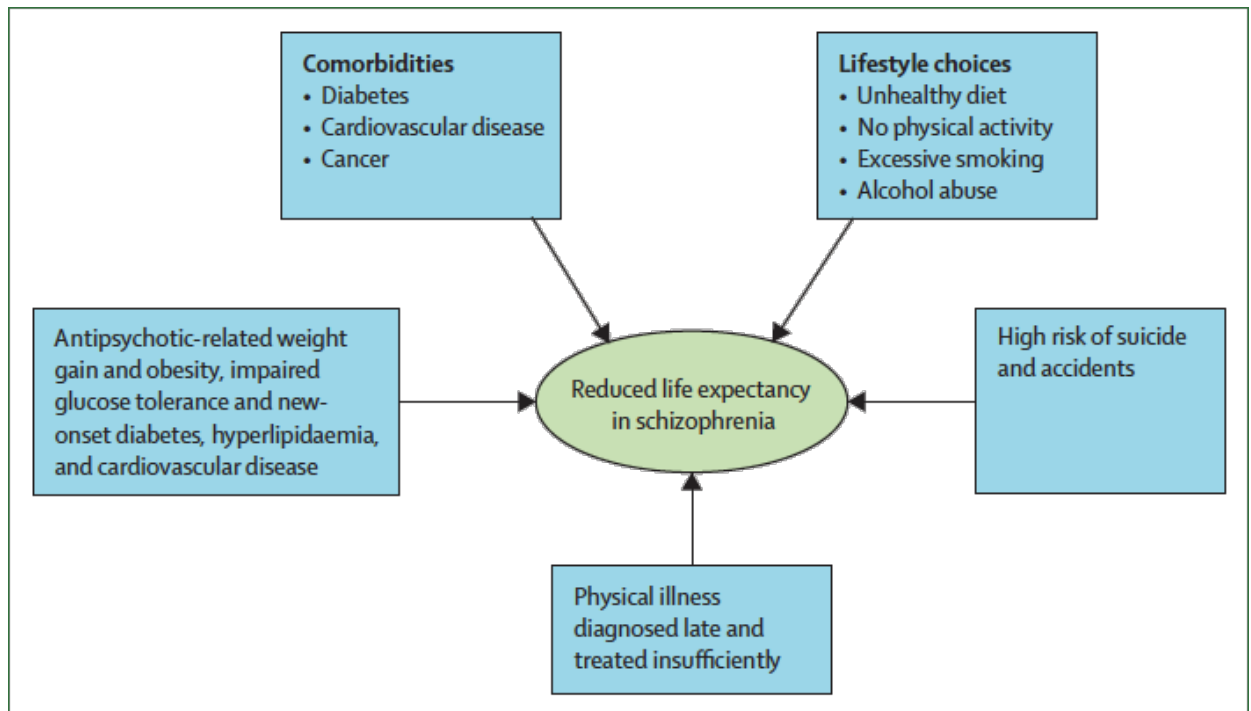
Les infections bucco-dentaires sont également plus fréquentes chez cette population en lien avec le tabagisme et le manque d'hygiène bucco-dentaire.

- **Digestives**

La constipation et ses complications (occlusion intestinale, infarctus mésentérique...) sont plus fréquentes, car les antipsychotiques ralentissent le transit. La sédentarité et l'hygiène alimentaire sont d'autres facteurs explicatifs.

### - **Psychiatriques**

La dépression et le suicide sont importants chez les patients schizophrènes. Ils sont en partie expliqués par la stigmatisation sociale dont souffrent ces patients. À titre d'exemple, 80 % des patients schizophrènes n'ont pas de travail.



**Figure 2. Mortalité dans la schizophrénie<sup>19</sup>.**

## 2.3. Case management

L'entrée en psychiatrie du concept du « case management » s'effectue dans les années 60 pour accompagner le mouvement de désinstitutionalisation<sup>11</sup>.

*« Le case management est la pierre angulaire d'un service, puisque tous les autres éléments constitutifs du service dépendent de lui pour intégrer et coordonner tous les éléments du traitement de manière qu'ils répondent aux besoins spécifiques d'un patient individuel. Dans ce sens, un case manager est bien plus qu'un organisateur des soins, non pas un agent de voyage, ni un compagnon de voyage, mais plutôt un guide de voyage. Il doit combiner les rôles d'un clinicien, d'un agent de réhabilitation, d'un conseiller, d'un avocat et d'un allié de confiance » Rosen. (1994)*

Les caractéristiques du case management sont selon Holloway et al<sup>11</sup> :

- Évaluer les besoins du patient
- Développer le plan de soins dans le but de répondre à ses besoins
- Organiser l'accès aux soins
- Contrôler et évaluer les soins
- Suivre le patient au long cours

La confiance entre le case management et le patient est l'indispensable préalable à l'adhésion aux soins. Les qualités du case management sont résumées dans le tableau suivant

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Accessibilité</b> : Le patient et sa famille doivent savoir qu'ils peuvent contacter le case manager si une crise survient.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Flexibilité</b> : Le case manager doit s'adapter aux besoins changeants du patient et de sa famille plutôt qu'appliquer des règles de manière dogmatique.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Maintien de l'optimisme</b> : Promouvoir la guérison et considérer le patient comme un partenaire activement impliqué dans le processus de récupération.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Compétence</b> : Le case manager doit avoir la formation, les connaissances et les capacités nécessaires.</li> </ul>

**Figure 3. Éléments importants dans la relation entre le case manager et le patient<sup>11</sup>.**

Le case management est guidé par une « relation thérapeutique collaborative », un travail conjoint entre case management et le patient concourant à l'objectif commun de rémission. Cette relation est évolutive et vise l'autonomie maximale du patient<sup>11</sup>.

Éléments importants dans la relation entre le case management et le patient (Edwards & Al 1999)  
Deux modèles de case management existent

- **Case management de représentation.**  
Organiser les différents soins et s'assurer que le patient puisse y avoir accès.
- **Case management thérapeutique**  
Jouer le rôle de thérapeute de première intention. L'infirmier de pratique avancée peut assurer cette fonction.

La frontière entre ces deux modèles peut avoir tendance à s'effacer. L'autonomie du patient est toujours favorisée.

Les objectifs du case management sont<sup>11</sup> :

- Évaluer continuellement l'état du patient.
- Travailler l'insight et l'éducation thérapeutique de l'entourage du patient.
- Diminuer la durée de la psychose active via notamment les antipsychotiques.
- Faire le lien et préparer l'hospitalisation lorsque celle-ci est nécessaire.
- Faire un travail de psychoéducation du patient et de ses proches
- Veiller à l'observance et la bonne compréhension des thérapeutiques par le patient et son entourage.
- Dépister et orienter les prises en charge des différentes comorbidités.
- Lutter contre la stigmatisation de la société vis-à-vis de la maladie mentale.
- Obtenir et consolider le rétablissement de son patient avec un objectif de réhabilitation sociale et familiale si nécessaire.
- Prévenir la rechute et travailler l'adhésion à la thérapeutique, limitant les facteurs stressants et lutter contre la consommation de toxique.

Une étude suisse réalisée sur 102 patients témoigne de l'efficacité du case management versus une prise en charge classique. Elle met en évidence moins de ré-hospitalisation dans le premier cas et plus de contact avec les services de soins ambulatoires dans les 3 premiers mois<sup>21</sup>.

## 2.4. Insight

L'insight désigne la conscience qu'a le patient de sa pathologie. David<sup>22</sup> définit ce concept grâce à trois aspects différents :

- La conscience de souffrir d'un trouble mental
- L'aptitude à reconnaître le caractère pathologique de certains événements mentaux
- L'acceptation de la nécessité d'un traitement

L'insight est aujourd'hui compris comme une approche multidimensionnelle et temporelle. Il ne doit plus être compris comme une approche dichotomique : présent ou absent. Le modèle de référence est celui d'Amador et Al.<sup>23</sup> qui prennent deux principales dimensions :

- La prise de conscience de la symptomatologie de la maladie
- Le processus d'attribution des symptômes

Le trouble de conscience correspond à une inadéquation entre le jugement que porte le patient sur sa condition et celui du praticien. La prise de conscience est subdivisée en 4 parties :

- Le trouble mental
- Les effets du traitement
- Les conséquences sociales de la maladie
- Les signes et symptômes spécifiques

Le déficit d'attribution des symptômes désigne le fait que le patient n'attribue pas à un trouble mental l'origine de ceux-ci. L'insight est un concept qui doit être compris comme évolutif. Il ne s'agit pas d'une entité fixée.

## 2.5. Organisation du système de soins psychiatrique dans la région lavalloise<sup>25</sup>

La psychiatrie Mayennaise s'organise en 4 secteurs depuis la sectorisation de la psychiatrie Française :

- Laval Ouest et Est avec un regroupement hospitalier au service de la psychiatrie adulte Lavallois (SPAL)
- Nord Mayenne au centre hospitalier de Mayenne
- Sud Mayenne au centre hospitalier du Haut Anjou à Château Gontier

Le SPAL correspond à une population de 147 000 habitants avec 66 500 pour l'Ouest et 70 500 pour l'Est. Il existe un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) intersectoriel, l'accueil famille thérapeutique adulte, les thérapies familiales et la pédopsychiatrie. Le suivi des patients se réalise dans les CMP et un hôpital de jour (HDJ). La psychiatrie adulte intersectorielle propose également une unité médico-psychologique aux urgences et une unité sanitaire à la maison d'arrêt de Laval.

L'hospitalisation adulte est permise grâce à 28 lits divisés en 4 unités ouvertes. Il existe 4 lits d'hospitalisations de nuit.

Une unité de soins intensifs de psychiatrie à domicile (SPID) a récemment été créée.

Il existe deux CMP à Laval (Est et Ouest) avec une antenne à Evron pour le CMP Est. Les infirmiers des CMP ont souvent travaillé auparavant au SPAL et/ou en UMP ce qui leur permet d'avoir une vision globale du parcours de soins.

Une clinique de psychiatrie privée est disponible à Laval ainsi qu'un centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et d'une clinique privée d'addictologie pour des cures de sevrage.

# MÉTHODES

L'étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés apparaît comme le moyen le plus adapté pour comprendre la sensibilité des infirmiers psychiatriques lavallois vis-à-vis des soins somatiques. Les questions ouvertes évitent les réponses binaires et favorisent la libre expression et la subjectivité des soignants à travers des expériences concrètes.

L'étude naît de l'observation subjective du chercheur tout au long de l'internat de psychiatrie et de médecine générale de la carence de soins somatiques des patients souffrant de schizophrénie.

## 1. Revue de la littérature

Une revue de la littérature permet de confirmer les observations empiriques sur la carence de soins somatiques chez les schizophrènes, d'entrevoir les pistes d'améliorations et les principaux freins. Les sources principales sont PubMed, la revue du praticien, EMC, le DSM 5, la documentation de la H.A.S., le guide du Case Management ainsi que plusieurs thèses qualitatives, Google Scholar et des formations à distances pour appréhender la méthodologie de ce type d'étude.

Ce travail de lecture et d'apprentissage s'opère de 2018 à 2019 et regroupe 96 articles, le fascicule « Le case management dans la psychose débutante un manuel » et plusieurs rapports de la H.A.S. Le plus important est « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. État des lieux, repères et outils pour une amélioration. 2018 »

La revue de littérature participe à l'élaboration du guide d'entretien.

## 2. Guide d'entretien

Le guide d'entretien interroge les thèmes de l'hypothèse posée à travers des questions semi-dirigées et s'articule en 4 catégories :

- L'expérience des soins somatiques chez les patients souffrant de schizophrénie.
- Le modèle du case management en pratique.
- La volonté de se former sur les soins somatiques.
- Les obstacles à l'amélioration de la morbi-mortalité et la qualité de vie.

Au préalable, des tests ont été réalisés sur des infirmiers psychiatriques d'une autre ville. Les adaptations sur les questions s'opèrent au fil des réponses pour les entretiens suivants. Le respect de ce guide est imparfait, car l'investigateur s'adapte à la discussion pour capter la singularité de l'interviewé.

Les guides d'entretiens et les modalités de leurs réalisations respectent la grille COREG.

La crise sanitaire retarde le déroulement des entretiens, les entretiens téléphoniques ne répondent pas pleinement à l'objectif de renforcer le lien entre l'investigateur et les participants pour une collaboration future.

## 3. Recrutement des participants et recueil des données

Le recrutement des participants s'effectue par une présentation de l'investigateur et de son projet à l'ensemble des infirmiers psychiatriques des CMP Lavallois (Est et Ouest). Une note d'information se trouve sur le panneau d'affichage de chaque salle de soins.

Le critère d'inclusion est le suivant : être infirmier exerçant dans l'un des deux C.M.P. Lavallois.

La participation se fait sur la base du volontariat. Le recrutement recherche la variation maximale sur les critères de l'âge, du sexe, du lieu d'exercice et de la formation infirmière reçue.

Le cadre de santé organise le planning des 14 interviews en fonction des contraintes des emplois du temps des infirmiers.

Les entretiens individuels durent de 34 minutes à 72 minutes et se réalisent dans la structure d'exercice de l'infirmier. Chacun débute par le recueil oral et écrit de l'autorisation du participant à réaliser l'entretien et son enregistrement. L'investigateur informe le participant de la retranscription, de l'anonymisation des propos, de sa possibilité de retirer son consentement à tout moment et d'arrêter l'interview s'il le souhaite. Un mot de réassurance introduit chaque entretien en précisant qu'il ne s'agit ni d'un test ni d'un interrogatoire. Un smartphone enregistre chaque entretien.

Les interviews se réalisent jusqu'à saturation théorique des données.

Le logiciel Word permet de retranscrire les interviews en verbatim. Les infirmiers préfèrent à l'unanimité obtenir une copie numérique de la thèse de l'investigateur plutôt que leur verbatim jugeant peu intéressant de relire leurs propos. Elle leur sera adressée à la fin de la rédaction et validation.

Seul l'investigateur a connaissance des propos bruts non anonymisés. Les enregistrements sonores seront détruits après le passage de thèse.

## **4. Analyse des données**

L'analyse se fait par théorisation ancrée ce qui permet d'établir une construction de la théorie à partir des verbatims. L'objectif est de dégager plusieurs théories explicatives d'un phénomène grâce aux données qualitatives, en l'occurrence le ressenti et la sensibilité des infirmiers psychiatriques sur les soins somatiques.

La première étape consiste en un encodage analytique. L'ensemble des verbatim sont catégorisés, les éléments sémantiques fondamentaux sont repérés puis regroupés à l'intérieur de catégories. Ces dernières sont réparties en thèmes et sous thèmes grâce au logiciel N'Vivo. Une triangulation des données est réalisée par la directrice de thèse. Un résumé de chaque thème est proposé en fin d'analyse. Une analyse lexicale est également réalisée afin de mettre en avant certains des mots les plus utilisés par les participants.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques de l'échantillon

### 1.1. Description de l'échantillon

L'échantillon de cette étude est constitué de 14 infirmiers dont 3 qui avaient suivi l'ancien cursus de formation spécifique pour les infirmiers psychiatriques. Les âges s'étallaient de 33 à 58 ans. L'un des participants réalise actuellement le cursus d'infirmier de pratique avancée en secteur psychiatrique. On compte 10 femmes pour 4 hommes. Par soucis de confidentialité, les lieux d'exercice ont été anonymisés avec la lettre A et B.

Par respect de la confidentialité, le lien n'est pas fait entre les caractéristiques des participants et le numéro du verbatim.

### 1.2. Résumé des caractéristiques

**Tableau I : caractéristiques de l'échantillon**

	Sexe	Age	Structure d'exercice	Formation(s) professionnelle(s)	Lieud'exercice
	femme	58 ans	C.M.P.	infirmier formation psychiatrique	A
	femme	57 ans	C.M.P.	infirmier	A
	femme	47 ans	C.M.P.	infirmier	A
	femme	35 ans	C.M.P.	infirmier	A
	femme	39 ans	C.M.P.	infirmier	A
	homme	46 ans	C.M.P.	infirmier	A
	homme	45 ans	C.M.P.	infirmier	B
	femme	53 ans	C.M.P.	infirmier	B
	femme	34 ans	C.M.P.	infirmier formation psychiatrique	A
	femme	52 ans	C.M.P.	infirmier	B
	homme	33 ans	C.M.P.	infirmier	A
	femme	42 ans	C.M.P.	infirmier	B
	femme	36 ans	C.M.P.	infirmier formation psychiatrique	B
	homme	40 ans	C.M.P.	Infirmier en cours de formation IPA	A



## 2. Analyses thématiques

### 2.1. Une prise en charge globale du patient, le paradigme « bio-psycho-sociale »

#### 2.1.1. Le patient comme entité plurielle au centre de la prise en charge

Les infirmiers psychiatriques expriment leur considération globale de la personne souffrant de schizophrénie.

*« Pour moi le patient, c'est une globalité. » 10*

*« Le premier lien que j'ai, c'est le contact humain, moi je travaille avec ça. Il y a ensuite le lien soignant. » 8*

Une attention particulière est portée à place centrale du patient dans les objectifs de soins.

*« De replacer un peu le patient au centre des prises en charge. » 2*

*« J'aimerais qu'on laisse plus la personne actrice de ses soins. » 1*

*« Il ne faut pas se concentrer sur nos attentes, mais sur celles du patient. C'est parfois difficile car on est pris par nos envies. » 1*

*« Le patient devrait être au centre bordel (...) » 3*

La schizophrénie impacte l'ensemble des sphères de la vie des patients, l'intégration et la prise en charge des problématiques induites semblent une évidence pour les interviewés.

*« Sa qualité de vie est d'autant plus dégradée s'il est pas en mesure de bien connaître sa patho' et des répercussions possibles. Premier levier pour sa qualité de vie, c'est de bien gérer sa pathologie. » 12*

*« Et c'est vrai que je me suis senti pleinement dans mon rôle d'infirmier psy même si ce n'était pas de la psy. Le patient du fait de sa pathologie psy, il n'est pas en mesure de prendre soin de lui, donc quelque part, c'est mon rôle de faire ça » 12*

*« Il y a aussi certains patients psychotiques où il faut absolument tout faire. » 8*

*« Sa maladie qui n'est pas bien équilibrée et qui va entraîner plein d'autres choses. » 11*

*« Moi, je me sentais légitime, car si elle ne le faisait pas, c'était à cause d'un problème psychique. » 8*

*« Moi ça m'est arrivé d'aller récupérer un drive avec la voiture du service et tous ses sacs de courses. Moi, je me trouvais dans ma mission en faisant ça, à ma place. » 7*

L'entourage, facteur pronostique majeur dans les pathologies psychiatriques, n'est pas délaissé dans la prise en charge des infirmiers psychiatriques.

*« Sa famille est un peu dans le rejet, car je pense qu'ils ont atteint leur limite. J'estime qu'il lui faut juste une tierce personne en mesure de l'écouter » 12*

*« Le contexte environnemental, d'où ils viennent, sont-ils soutenus et ça au-delà de tous les intervenants, c'est aussi important. La famille et les limites. » 12*

*« Il y a aussi tout l'accompagnement autour des familles. » 1*

### **2.1.2. Intégration et prise en compte du soin somatique.**

Le soin somatique est déjà intégré à la pratique des infirmiers psychiatriques comme objectif intrinsèque de leur fonction.

*« Je ne dissocie pas le somatique et le psy. Ça va de pair. » 2*

*« On peut les accompagner chez le généraliste, dentiste, ophtalmologue. Mais ce n'est pas fréquent, mais j'estime que ça fait partie de notre rôle. » 1*

*« On a besoin d'une vue générale, voir les frottis, le suivi gynéco, les vaccins » 1*

*« (...) j'essaie d'être sensible à plein de petites choses sur le plan physique » 5*

*« Bah oui clairement. C'est aussi à nous de gérer toutes ces choses (les problèmes somatiques) » 11*

*« Mais moi, je n'ai jamais été mal à l'aise avec le somatique. » 9*

*« Mais j'ai des réflexes et j'aime bien, ne serait-ce que mentalement de m'intéresser aux problèmes somatiques. Chercher le pourquoi du comment et cetera. » 11*

*« Moi, je me sentais légitime car si elle ne le faisait pas c'était à cause d'un problème psychique. » 7*

*« Le patient du fait de sa pathologie psy il n'est pas en mesure de prendre soin de lui, donc quelque part c'est mon rôle de faire ça » 12*

La prise régulière des constantes reflète ce paradigme de prise en charge globale...

*« Alors on fait une surveillance de tension systématique, du pouls, la température, la prise de poids une fois par fois. Ensuite on remplit une feuille toute prête pour le suivi. » 9*

... qui remplace un ancien cloisonnement des deux pratiques.

*« je ne sais pas mais pour moi c'est indispensable d'avoir ce genre de matériel (pour la prise des constantes et les urgences). Je fais partie des générations qui se sont battues pour. » 10*

*« Et ça c'est de tout temps, j'ai toujours connu cette difficulté. Les problèmes somatiques étaient pris au-dessus de la jambe » 10*

Ils sont parfois les seuls destinataires des plaintes corporelles des patients atteints de schizophrénie.

*« Pour moi c'est obligatoire. C'est indissociable. Tu ne peux pas travailler sans ça, tu es l'acteur de terrain. Je me sens parfaitement dans ce rôle-là. On arrive à récupérer des situations je ne te raconte même pas. Comme par exemple un néo du sein qui passait inaperçu jusqu'à là. » 8*

### **2.1.3. Conscientisation des comorbidités**

Le syndrome métabolique et les addictions sont dépistés, l'association est fréquente avec la schizophrénie.

*« Bah les addictions, genre cannabis tabac et cetera. Et puis la prise de poids, le diabète aussi. » 12*

*« Alcool, tabac, toxique comme le cannabis, qu'est-ce qu'il y a d'autres ? L'obésité morbide, l'isolement, la sédentarité. » 11*

*« Oui, ce sont les maladies associées qui présentent des risques. (hésitations) C'est les patients qui ont pris du poids, qui sont diabétiques, qui ont de l'hypertension. » 3*

*« Le tabac, l'obésité, consommation de toxique, l'hygiène alimentaire. C'est très fréquent. » 2*

*« Le fait de fumer, de boire de l'alcool, le cannabis, la mauvaise hygiène de vie avec mauvaise alimentation et donc l'obésité. Il y a aussi souvent des problèmes respiratoires. Les traitements psychiatriques » 5*

*« La consommation de toxique, l'alcool, tabac, les tentatives de suicide, autres pathologies somatiques associées. Et ça ce sont des questions que je pose très facilement aux patients. » 9*

*« Addiction, souvent. Alcool, cannabis, tabac, médicaments, jeux parfois aussi. » 1*

*« (hésitations) les troubles alimentaires, le tabac, l'addiction, tout ce qui est poids. Le tabac c'est hyper fréquent. » 4*

*« Bah c'est tous les facteurs d'hygiène de vie qui vont jouer sur l'espérance de vie. Le tabac, les idées suicidaires, alimentation, diabète. C'est quand même assez fréquent, par exemple le tabac c'est très très fréquent. » 6*

*« J'ai aussi vu communément de la potomanie chez nos schizophrènes. » 10*

Certains infirmiers repèrent également les pathologies cardiaques et les cancers.

*« Il peut y avoir aussi des gros problèmes cardiologiques qui viennent se greffer. Des cancers, des diabètes gras. » 10*

*« Je dirais plus cardiaque (hésitation), pas mal diabétique aussi. Comment dire ? La surcharge pondérale et puis tout ça les trois vont ensemble souvent. » 7*

*« Il y aussi des gens qui ont des cancers. » 3*

*« On repère des blessures, on repère des trucs comme ça ou alors des tensions depuis plusieurs mois à dix-sept » 7*

Ils se font les médiateurs de la prévention et de la prise en charge des comorbidités.

*« Sinon ça m'arrive aussi de parler du tabac, j'essaye de l'amener pour arrêter et de consulter pour avoir des patchs. Je le fais quand ça se présente. » 11*

*« Je donne aussi des conseils hygiéno-diététiques, d'aller voir une diététicienne. » 11*

*« Ça m'arrive d'orienter vers le C.S.A.P.A., mais ils ne sont pas toujours prêts. Le lien avec le C.S.A.P.A fonctionne bien. » 11*

*« Par exemple j'ai eu une patiente avec des problèmes tensionnels j'imprime le relevé et je lui dis de donner ça à son généraliste » 9*

*« Le manque de soin doit aussi diminuer leur qualité et durée de vie. » 5*

*« C'est mon cheval de bataille chez les femmes, quand elles sont jeunes le suivi gynécologique et plus âgées les dépistages. » 1*

*« Je donne aussi des conseils hygiéno-diététiques, d'aller voir une diététicienne. Ça fait clairement partie de notre rôle, on sait bien que ça a une incidence les antipsychotiques donc ça fait partie intégrante de notre rôle. » 11*

#### **2.1.4. Moindre affinité des soins somatiques pour certains infirmiers**

Certains infirmiers sont moins à l'aise avec les soins somatiques par manque de pratique, mais gardent la volonté de prendre soin du corps.

*« J'ai beaucoup perdu même si on essaye de se mettre à jour entre collègues. Par contre je garde les réflexes de repérer les choses somatiques comme les dents, les grains de beauté, la tension etc. » 10*

*« (...) mais moi le somatique, je me sens en marge ça fait longtemps que je n'ai pas pratiqué » 3*

*« Le somatique fait donc quand même partie de notre métier mais il est appréhendé » 2*

Un seul participant a exprimé un désintérêt pour les soins somatiques.

*« J'ai eu la formation d'infirmière psychiatrique, j'ai appris à faire les soins somatiques mais je les ai moins pratiqués avec moins de stage. Le plan somatique m'intéresse beaucoup moins » 4*

Les équipes infirmières sont conscientes des axes d'amélioration.

*« Mais j'avoue que dire à un patient d'aller chez le dentiste ou autre c'est vrai qu'au C.M.P. là-dessus on n'est pas au top. Ça arrive mais ce n'est pas fréquent » 8*

*« Par contre c'est très rare que je contacte un médecin généraliste pour le suivi d'un syndrome métabolique ou pour un souci somatique. Ce n'est même quasi jamais. En y pensant il y a un vrai truc à faire là-dessus. C'est largement insuffisant. À mon niveau c'est clair. » 12*

#### **2.1.5. L'isolement social, ennemi de la qualité de vie**

L'expérience des infirmiers psychiatriques place l'isolement comme premier facteur altérant la qualité de vie à combattre.

*« En premier lieu la solitude, les patients sont souvent isolés. (...) » 3*

*« Clairement quand il n'a pas de famille. L'entourage. Il faut la famille car très souvent le schizophrène a peu d'amis. Il est souvent très isolé. » 8*

*« Le regard de l'autre ça peut les aider. Les revaloriser pour ce qu'ils sont. On a tout notre rôle là-dedans. Lutter donc contre la stigmatisation. » 1*

*« L'isolement en premier (facteur altérant la qualité de vie). » 4*

*« Qu'est-ce qui nuit le plus ? (hésitation) Bah je pense surtout l'isolement. » 5*

*« L'isolement. L'isolement social, familial, c'est ce qui est le plus compliqué. » 10*

La société semble difficilement accepter les différences liées aux troubles schizophréniques et majore l'ostracisation de ces patients.

*« Le regard de l'autre, le côté interprétatif peut être difficile. Tout serait plus facile s'ils étaient moins seuls. » 3*

*« Les schizophrènes ont souvent peu de lien social à cause du regard de l'autre. » 4*

*« Le gros problème il est sociétal. La psychiatrie se referme de plus en plus. Les patients suivis ici sont un peu exclus de la société, ils ne rentrent pas dans le moule. Je trouve qu'il y a beaucoup de jugement. » 6*

*« L'intolérance de leur différence par la société. Les relations sociales manquantes » 7*

*« L'entourage c'est ce qui fait la différence, mais on est dans des pathologies qui sont tabou et le schizophrène ça reste pour certains le fou du village donc qu'on met de côté et qu'on oublie. » 10*

Le retard diagnostique d'une plainte physique ou psychique est l'une des conséquences de l'isolement social.

*« S'il n'y a pas d'étayage extérieur on peut passer à côté de plein de trucs et il est souvent trop tard quand on découvre les problématiques. » 10*

*« Rompre l'isolement chez les patients où l'on sait que la famille est absente. Renforcer l'étayage extérieur. Pour moi ce n'est pas normal qu'un patient schizophrène meure seul dans son lit. » 10*

La prise en charge de cet aspect sociétal impacte directement la qualité de vie du patient.

*« Il était très introverti et on disait qu'il était capable de rien mais on croyait en lui et on a essayé de le pousser dans un atelier avec du théâtre, des danses, des mimes avec un spectacle à la fin de l'année. Et ce patient là a été exceptionnel (exclamation), puis après on l'a ouvert à plein de choses avec des expositions en ville par exemple et puis maintenant il travaille en ESAT. Là on se dit que ça vaut le coup. » 5*

### **2.1.6. L'injection d'antipsychotique retard, un temps privilégié pour le soin somatique**

La prise de constantes et leur recueil sont systématiques avant de réaliser l'injection et une attention est portée aux plaintes corporelles.

*« Alors on fait une surveillance de tension systématique, du pouls, la température, la prise de poids une fois par mois. Ensuite on remplit une feuille toute prête pour le suivi. » 9*

*« On fait régulièrement des antipsychotiques retards, parfois on ne connaît pas du tout les gens et donc c'est aussi un moment d'échange mais qui reste superficiel. On prend les constantes avant l'injection : température, tension, poids si besoin et de temps en temps le périmètre abdominal. Et de temps en temps on est amené à soigner des petits bobos » 4*

*« Ici on fait des injections d'antipsychotique retard. On prend la tension, la température. On lui demande comment ça va et ensuite on fait l'injection. » 11*

Cet espace est parfois le témoin de la carence de suivi somatique.

*« Au niveau somatique le suivi des schizophrènes c'est une catastrophe et nous quand on les voit pour l'injection il faut être vigilant à leur état de santé global et quand on les voit qu'une fois on ne peut pas le faire. » 1*

*« Mais nous au moment où l'on fait l'injection, au moment où on demande de se mettre sur le pèse-personne et là on voit parfois des choses pas possibles. » 7*

### 2.1.7. Résumé

**Les infirmiers psychiatriques intègrent l'ensemble des sphères de vie du patient car celles-ci sont directement impactées par la schizophrénie. Le patient est placé au centre de la prise en charge. Son environnement est intégré à la stratégie de soin globale, l'adhésion de la famille au projet thérapeutique est recherchée. Le facteur pronostique joué par les tiers est déterminant.**

**La prise en charge somatique fait partie des missions que les infirmiers des C.M.P. se fixent puisque la carence de soins est en partie expliquée par leur maladie. Ils sont parfois les seuls destinataires des plaintes somatiques ce qui témoigne de la confiance que leur accordent les patients. Le temps de l'injection d'antipsychotique retard est ponctué par la prise systématique des constantes, cet instant est privilégié pour aborder le soin physique.**

**Les comorbidités sont repérées avec, en premier lieu, le syndrome métabolique, les maladies cardiovasculaires et les addictions (cannabis, tabac). Une forte association entre tabac et schizophrénie est retrouvée. Les cancers ont également été cités. La prise en charge préventive est proposée avec des orientations spécialisées.**

**La dimension sociale représente le facteur qui impacte le plus la qualité de vie des patients. Le rejet d'une partie de la société des schizophrènes aggrave le repli sur eux. L'isolement est, entre autres, responsable d'un retard diagnostic parfois considérable. La lutte contre ces problématiques sociales améliore la qualité de vie des patients.**

## 2.2. Entre négation de la psychiatrie et désertification médicale

### 2.2.1. Un défaut de communication médicale.

La communication entre professionnels de santé décrite comme indispensable aux soins.

*« Il faut pouvoir partager certaines choses pour pouvoir travailler ensemble. Sinon ça ne sert pas à grand-chose. » 6*

*« Elle est indispensable mais dans ma pratique ce n'est pas suffisamment présent. » 12*

Les infirmiers psychiatriques évoquent un lien qui s'érode avec le temps jusqu'à devenir parfois absent avec certains partenaires.

*"J'ai connu des moments où il y avait des groupes de réflexions pour construire des projets pour avancer ensemble(...) » 3*

*« Il y a moins de liens. Avant il y avait plus de complémentarités. C'était pluridisciplinaire, je trouvais qu'on prenait mieux les gens en charge. Actuellement c'est trop cloisonné. Ce n'est pas dangereux de se parler. » 4*



*« J'ai l'impression que depuis plusieurs années on part au plus vite, au plus pressé et ce n'est pas forcément l'idéal. (...) Actuellement, ça se situe à un autre niveau on est plus sur des budgets ARS qu'autre chose. Il n'y a plus cette concertation pluri professionnelle. » 3*

*« Elle est loin d'être suffisante (la communication entre professionnels de santé) » 2*

*« J'aimerais plus de liaison avec les personnes qui s'occupent d'eux à l'extérieur du C.M.P., avec leur médecin, leurs spécialistes, les organismes tutélaires, tout ça quoi. Ça manque de lien. Ils ont besoin d'intérêt global. » 7*

*« (...) avec les autres professionnels c'est assez dépendant de la personne. Les difficultés à être entendu sont quotidiennes » 6*

*« L'un de nos psychiatres du S.P.A.L. qui est très bon, là depuis un an et demi mais par contre il ne travaille pas en réseau » 8*

La multiplication des intervenants implique une complexification de l'organisation du soin.

*« C'est très compliqué car plus on multiplie les intervenants plus c'est compliqué de se synchroniser, d'organiser des réunions. Tout ça c'est très lourd, lourd (intensité de voix plus élevée sur le deuxième lourd). » 5*

*« Elle se délite de plus en plus dans le sens où il y a de plus en plus de statuts, de strates et rien qu'entre le S.P.A.L. et le C.M.P. ce n'est pas hyper bien depuis quelques années. Et puis là entre deux il y a le S.P.I.D. donc ça fait comme le téléphone arabe il y a plein d'informations que tu n'as plus et la réponse à ça c'est l'informatique. Donc tu perds de plus en plus. » 6*

*« Déjà entre pro du secteur psy alors encore moins avec les autres. Typiquement il n'y a pas assez de lien pour un patient suivi à la fois entre le C.M.P., le S.P.I.D, l'H.D.J. et tous les autres. Il y a des choses à construire et des choses à refaire. » 12*

L'échange avec ou entre les médecins semble particulièrement faire défaut.

*« (la communication) entre psychiatre et médecins généralistes c'est une vraie catastrophe... » 8*

*« les médecins peuvent nous renvoyer qu'ils sont contents d'avoir échangé avec nous mais ça va rarement dans le sens où le médecin nous appelle » 9*

*« On manque de temps pluridisciplinaires, d'échanges avec les médecins » 9*

*« La communication entre médecins par exemple ça ne passe pas. Entre généralistes à psychiatres certains ne savent pas que c'est possible et ça leur simplifie la chose quand nous on la prend. Chacun reste sur ses positions, il n'y a pas d'échange. » 10*

*« Clairement l'absence de cohérence sur le fonctionnement général au niveau médical. Il n'y a pas beaucoup de cohérence dans la façon dont les différents praticiens s'organisent » 12*

*« Et le problème c'est que tout le temps il n'y a pas de courrier quand les gens sont adressés par le médecin généraliste. » 7*

*« On constate ces problèmes de communication (entre médecins) mais on ne les explique pas. » 10*

### **2.2.2. La psychiatrie victime de son image**

La psychiatrie souffre d'une mauvaise image auprès de certains médecins.

*« Avoir un patient en psychiatrie bah ça fait un peu peur parce qu'on ne sait pas si on va être soutenu et si c'est pour se tirer une balle dans le pied il y a peut-être un peu de résistance. »*

*« Il y a ce côté aussi très négatif de la psy, j'ai souvent vu des internes aux urgences dire 'c'est bon c'est de la psy' ». 10*

*« De mon expérience je trouve qu'en médecine générale la pathologie psychiatrique n'est pas bien pris en compte même pas du tout. » 2*

*« La psychiatrie (...), c'est très hermétique. Très fermé. Dans l'ensemble je pense qu'on choisit ce qui nous intéresse et ce qui ne nous intéresse pas. » 6*

La conséquence directe de ce constat semble osciller entre une moindre considération de la plainte du patient jusqu'à une absence complète de prise en charge.

*« Je l'ai accompagnée cette dame-là, j'ai été choqué le médecin qu'elle a rencontré a été odieux (...) C'était pour un renouvellement d'ordonnance et il ne l'a même pas regardée, même pas auscultée. La patiente lui a confié des idées suicidaires et le médecin a répondu « ce n'est pas mon problème si votre psychiatre ne fait pas bien son boulot ». J'ai entendu ça, j'étais présente et j'ai même voulu m'en aller. La patiente ne comprenait pas toujours ce qu'il disait et il lui a dit « mais vous comprenez ? je parle français ? ». Il lui a aussi dit que si elle ne prenait pas ses traitements il ne l'accepterait pas en médecin référent. Après la consultation elle était tellement mal. » 2*

*« J'avais un problème somatique avec l'un de mes patients et le généraliste me répond ' non c'est un patient au psychiatre Y donc je ne m'en occupe pas'. » 5*

L'infirmier psychiatrique doit parfois se faire le médiateur et le défenseur du patient.

*« Et puis il y a beaucoup de médecins qui sont très négatifs vis-à-vis des patients schizophrènes. Et les patients le ressentent car on nous dit souvent ' mais tu as vu comment celle-là elle me parle ? ' Donc ça permet que je sois là pour ne pas qui se laisse faire » 4*

*« Parfois je suis obligé de faire un courrier au médecin traitant pour que la plainte soit entendue » 7*

*« Et les patients le ressentent car on nous dit souvent ' mais tu as vu comment celle-là elle me parle ? ' Donc ça permet que je sois là pour ne pas qui se laisse faire. » 4*

### **2.2.3. Entre ego et méconnaissance**

Le manque de considération des infirmiers psychiatriques par les médecins est fréquent.

*« Parfois avec certains médecins généralistes de ville le psy ce n'est pas possible, on se fait carrément rembarrer. Avec certains généralistes le côté psy ce n'est même pas la peine. On les embête quand on les appelle, ce n'est pas la majorité mais il y en a quand même quelques-uns. J'ai quelques noms en tête. » 3*

*« Une fois j'ai téléphoné à un médecin généraliste et la patiente m'avait prévenu que j'allais me faire envoyer bouler par le médecin. En gros on m'a dit que ça ne me regardait pas » 9*

*« J'ai un exemple en tête, un généraliste s'était trompée de traitement elle n'a pas pris en compte les remarques qu'on lui a fait et on courrait vers l'hospitalisation chez une personne bipolaire et qui n'avait pas la bonne dose pour l'empêcher de virer. Elle m'a dit ' ce n'est pas grave je verrai le mois prochain '. Il ne faut pas voir ça dans un mois il faut voir ça tout de suite sinon on court à l'hospitalisation. Elle ne m'a pas écouté, c'était pendant une réunion pluridisciplinaire. » 11*

*« Parfois certains professionnels de santé n'en ont rien à faire. » 5*

Elle entretient l'illusion d'une hiérarchie dévalorisante plutôt qu'une complémentarité bienveillante.

*« Parfois les informations données auprès des psychiatres ne sont pas forcément entendues. Il y a une toute-puissance médicale qui est pesante. » 1*

*« Il y a aussi le problème de hiérarchie dans cet exemple, il y a de plus en plus de hiérarchie entre infirmiers et médecins comparé à mon début de carrière. Je pense qu'on avait un plus grand respect, on avait besoin les uns des autres car maintenant je trouve que c'est beaucoup plus cloisonné si tu veux. Il y a moins de liens. Avant il y avait plus de complémentarités » 4*

*« Il faut comprendre que les médecins ne sont rien sans nous et que l'on n'est rien sans eux c'est un système qui fait que chacun à sa place et que chacun est respectable. » 4*

*« On ne devrait pas avoir des médecins en haut et nous en bas. » 3*

L'effort constant d'adaptation semble être la seule réponse opérante.

*« On apprend à composer avec les humeurs des médecins sinon il y a des choses qui ne sont jamais vues. » 10*

*« Les obstacles qu'ont pu me mettre certains médecins généralistes des structures » 5*

La méconnaissance de la psychiatrie par certains médecins couplée à la difficulté de remise en question conduit à un hermétisme stérile.

*« Certains médecins généralistes sont très frileux à introduire des traitements psys » 12*

*« Par contre avec les travailleurs sociaux le lien est beaucoup plus simple, j'y arrive bien au C.M.P. C'est parce que probablement ils sont comme nous, ils réfléchissent pas mal au sens de ce qu'ils font. Et ça on ne l'a clairement pas avec le médecin généraliste. Au final le lien est facile avec eux car ils se remettent tous le temps en question. » 12*

*« Ça s'est super mal passé avec le médecin car la patiente était délirante et donc derrière elle a dû être chiante avec le médecin avec un très gros clash et il refuse depuis de la suivre. Finalement c'est là que tu te dis que notre lien aurait pu faciliter les choses. Les collègues U.M.P. essayent de rattraper le coup (...) » 12*

*« La généraliste a dit ' de quoi elle se mêle celle-là ' (souponne puis silence). Et ça ce n'est qu'un exemple ça arrive plein de fois, au téléphone ou en direct. 7*

*« 'Ce n'est pas à vous de me conseiller ce que je dois prescrire'. Je leur dis pourtant que ça fait 25 ans que je travaille en psychiatrie, que je pratique les médicaments, que je les donne, que j'évalue, que j'observe les effets secondaires. » 7*

#### **2.2.4. La désertification médicale, une souffrance quotidienne**

La démographie médicale Mayennaise constitue un frein majeur dans l'accès aux soins des patients.

*« Parce qu'on a beaucoup de patients qui n'ont pas de médecin traitant. » 6*

*« (...) il y a aussi la difficulté à avoir recours à certains professionnels de santé. » 6*

*« Le gros problème actuel c'est qu'il y a la pénurie des médecins généralistes et on se retrouve avec des patients qui n'ont absolument plus de médecins somatiques. » 2*

*« Au niveau des médecins généralistes ça se passe plutôt très bien quand on peut en trouver un » 6*

*« Mais il y a la difficulté de la présence de médecins généralistes en Mayenne. Il y a beaucoup de personnes qui n'ont pas de médecins traitants. » 6*

Le centre de proximité Lavallois ou le dépannage ponctuel de certains médecins généralistes comme seules solutions de repli.

*« Avec une patiente on a vraiment galéré pour qu'elle puisse en avoir un mais c'était le parcours du combattant. On a même dû appeler l'ordre des médecins. On a réussi tant bien que mal. » 2*

*« (...) Soit ils essayent le centre de proximité d'Hilard et ça peut être plus compliqué ou alors un médecin roumain et là c'est aussi compliqué car ils n'arrivent pas toujours à se comprendre. » 7*

Mais elles ne répondent pas au besoin de référence qu'implique la pathologie schizophrénique.

*« Les généralistes font défaut et pour nos patients schizophrènes c'est difficile de ne pas toujours avoir affaire au même médecin » 7*

Le déficit médical oblige parfois les infirmiers psychiatriques à répondre eux même aux plaintes somatiques.

*« (...) mais le fait est, désert médical oblige il est vrai qu'on flirte avec nos compétences et on se doit d'être beaucoup plus autonome même si cela dépasse nos compétences. » 12*

### 2.2.5. Résumé

**Le défaut de suivi médical n'est pas lié au manque de sensibilité somatique des infirmiers des C.M.P. La compréhension de leurs difficultés quotidiennes permet d'entrevoir des pistes d'explications.**

**Le manque de communication est décrit comme un frein majeur à la prise en charge globale du patient. Celui-ci est expliqué par la multiplication des intervenants à l'origine d'une perte d'informations et d'une complexification organisationnelle des rencontres. La communication de certains médecins fait également défaut. Le lien médecin généraliste/psychiatre a été décrit comme catastrophique en Mayenne. L'absence de courrier et/ou de contact des médecins généralistes semble être la norme.**

**La psychiatrie souffre d'une image négative auprès d'une partie des médecins généralistes et spécialistes. La plainte du patient est parfois ignorée, accentuant ainsi le phénomène de repli sur soi. L'alliance thérapeutique inexistante aggrave le phénomène de rejet déjà initié par la société. Le cercle vicieux est majoré par la difficulté de quelques médecins généralistes à accepter les conseils des infirmiers spécialisés les obligeant à réaliser des efforts constants d'adaptation.**

**Ce constat peut être expliqué par la peur induite par la méconnaissance de la psychiatrie couplée à la difficulté de remise en question de certains médecins.**

**Le manque de médecins dans la région mayennaise complique l'accès aux soins et monopolise du temps infirmier pour la recherche de rendez-vous. Une structure médicale de médecins généralistes pour les patients sans médecin traitant à Laval existe mais ne répond pas à l'exigence de suivi qu'implique la schizophrénie.**

## 2.3. Le case management déjà opérant

### 2.3.1. L'infirmier référent comme modèle

Les patients bénéficient d'un infirmier référent qui assure un suivi au long cours.

*« Certains vont voir des personnes différentes mais la majorité vont avoir un référent. » 1*

*« on continue de suivre nos patients, hors retraite ou changement de service on ne change jamais de référent. » 7*

*« C'est pour ça qu'il y a cette notion d'infirmier référent et ça on le définit en fonction par exemple du lien qui existe déjà. » 4*

*« (...) avec des anciens patients sur le long terme (...) » 11*

*« Il y a également le suivi des patients chroniques (...) » 12*

Le statut de référent se construit avec le temps et permet d'établir un lien bénéfique de repère pour les patients atteints de schizophrénie.

*« Un lien d'attachement parce qu'ils nous repèrent vraiment comme référent » 7*

*« (...) même là c'est important d'avoir un référent pour qu'il puisse faire le lien. Le patient atteint de schizophrénie aime bien avoir des repères. » 9*

*« On représente clairement pour eux une personne référente même ressource. On a un rôle de repère. » 6*

*« On est des repères pour eux » 1*

*« Mais pour établir ce lien c'est du long terme » 2*

*« Et puis nous on les connaît très très bien. On est tout pour eux, des piliers, des référents. » 5*

*« Même pour nous en tant que soignant ce qui est intéressant c'est de s'inscrire dans une continuité » 1*

La difficulté de changement de référent témoigne de l'importance de ce rôle fil rouge.

*« le problème c'est quand les gens doivent changer de soignants pour x ou y raison ils nous disent bien que c'est compliqué de répéter toute l'histoire. » 2*

*« Ils sont très attachés à nous et ont du mal à s'attacher à quelqu'un d'autre. » 7*

### **2.3.2. Un lien de confiance, un préalable indispensable.**

La confiance est nécessaire pour s'inscrire dans une relation de soin durable. La totalité des infirmiers psychiatriques interviewés conscientisent cette obligation.

*« C'est dans un premier temps, essentiel. Alliance et confiance puis ensuite on peut travailler certaines choses. » 10*

*« Je dois absolument travailler la confiance et être à l'aise avec la distance que je dois mettre avec lui. » 12*

*« Le lien de confiance il est vraiment là » 1*

« Clairement un lien d'attachement, de confiance et je pense aussi que c'est important pour eux. »

« On voit finalement qu'ils nous font confiance. » 3

« Un lien (hésitation)... de confiance. Confiance dans les deux sens. » 5

« Il y a un lien qui se construit au fur et à mesure du temps, un lien de confiance qu'il puisse instaurer » 1

« Il y a aussi le lien de confiance, j'ai vraiment l'impression que beaucoup nous font confiance. » 8

« (...) avec des anciens patients sur le long terme j'ai réussi à établir une relation de confiance » 11

« Il y a vraiment une question de confiance, ils comptent sur nous » 4

« Ce lien de confiance libère la parole et rassure les patients. »

« Les patients osent presque tout nous dire. » 5

« On est souvent identifié comme une personne protectrice. Et ça c'est assez fréquent. » 4

« Je me suis absenté deux mois donc toute ma fil active a dû être réorganisée et à mon retour les gens plus chroniques m'attendaient. » 3

« Parfois ça peut aider pour l'hospitalisation car ils nous font confiance. » 7

La confiance se travaille aussi par l'aide à la gestion du quotidien.

« Comme par exemple gérer la venue d'un serrurier à pas d'heure mais c'est comme ça que tu fais du lien et que la confiance arrive. » 8

### **2.3.3. Le défaut d'insight, ennemi du suivi médical.**

La baisse de l'espérance de vie des patients souffrant de schizophrénie est en partie expliquée par le moindre recours au système de soins.

« Le problème c'est qu'ils ne consultent pas (...) » 1

« Certains se focalisent trop sur leur maladie et ils pensent que rien n'est possible pour eux. » 1



Le défaut d'insight participe à la négligence de certains symptômes. L'absence de conscience de leur maladie schizophrénique les empêche d'être plus vigilants aux différents signes cliniques.

*« Le teint était très pale, les yeux vitreux. Il nous explique qu'il est essoufflé car il a fait une balade avec ses parents samedi dernier et qu'il a monté des escaliers. Il ne se rend pas compte » 1*

*« (...) du fait de leur dissociation, ils n'ont pas toujours la conscience du délabrement de leur corps, d'une diminution de la sensation de la douleur et c'est comme ça qu'ils ne se rendent pas compte de par exemple de blessure au pied » 7*

*« Ils ne sentent parfois pas la douleur car ils sont parfois complètement déconnectés de leur corps. » 7*

*« Il ne faut pas oublier qu'on a des patients psychotiques qui ont parfois une tolérance à la douleur beaucoup plus forte et on peut passer à côté de plein de choses. » 10*

*« Ils sont dans le froid, ils ne se rendent pas compte qu'ils sont dans le froid. Ils ne mangent pas parfois pendant plusieurs jours et quand on regarde dans leur frigo ils n'ont plus que des yaourts. L'incurie aussi. Ils n'ont pas la notion de ce qu'ils sont en train de vivre. » 7*

L'opposition du patient est également responsable du manque de consultation médicale.

*« (...) on ne sait pas du tout où ils en sont, on a des grosses difficultés pour qu'ils acceptent de voir le médecin généraliste. » 1*

*« Un autre obstacle majeur c'est l'opposition des patients. » 10*

*« Parfois la limite c'est aussi le patient, on sait que certains patients ont presque besoin de rechuter pour que les choses avancent positivement. » 12*

#### **2.3.4. L'infirmier de pratique avancée, une aide prometteuse.**

L'infirmier de pratique avancée est défini par le conseil international des infirmiers par « l'infirmier-ère diplômé-e qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier-ère sera autorisé-e à exercer »

Les objectifs de ce statut sont définis par le ministère de la santé :

- Une prise en charge globale avec une fonction d'orientation, de dépistage, de prévention
- Un suivi clinique avec des réévaluations si nécessaire.
- Renouvellement et/ou adaptation des ordonnances après évaluation clinique de la stabilité du patient ou lien avec le médecin référent en cas d'évènement intercurrent.
- Prescription d'examen complémentaires.

Un infirmier de pratique avancée en formation participe à cette étude, ses réponses témoignent de l'aide précieuse qu'il peut apporter au sein d'un CMP et conforte l'intégration des objectifs précédemment cités.

La construction du lien de confiance est décrite comme un travail long mais indispensable pour prodiguer des soins efficaces.

*« La chose la plus importante, c'est la confiance et ça se travaille au long cours ça nécessite donc du suivi. Elle est essentielle pour accompagner la personne, pour l'aider dans ses soins, pouvoir réagir lorsque la pathologie s'aggrave. »*

Le suivi au long cours est une mission intégrée à cette fonction avec des réévaluations régulières.

*« Pour créer le lien c'est long ça peut prendre des mois voir des années. On fonctionnait sous forme de référence. Les personnes que j'accompagnais, je les accompagnais sur le long cours. J'étais autonome sur le suivi de mes patients chroniques »*

Le patient doit se trouver davantage au centre de la prise en charge avec la nécessité de définir les attentes du patient et d'axer le travail sur les éléments qui amélioreront sa qualité de vie.

*« Le projet de la personne en soin n'a pas été pris à sa juste valeur en psychiatrie, longtemps la psychiatrie c'était assez descendant vis-à-vis du patient. C'était très prescriptif. De plus en plus on prend en compte les projets du patient qui ne sont pas forcément les mêmes que l'équipe de soin. »*

*« Si on veut pouvoir bien l'accompagner et qu'il se sente épanoui et qu'on garde l'alliance il faut partir de lui, de ses projets. Tout ça va avec la confiance. »*

*« C'est un partenariat, le patient doit prendre conscience du besoin de soins et les soignants doivent pouvoir entendre que le patient est maître de son projet de vie. »*

Le travail du soin est conjoint, c'est une alliance thérapeutique et de vie avec le patient.

*« C'est un partenariat, le patient doit prendre conscience du besoin de soins et les soignants doivent pouvoir entendre que le patient est maître de son projet de vie. »*

La prise en charge globale de l'IPA intègre le soin somatique, l'influence réciproque de la psyché sur le corps et vice versa est comprise.

*« J'essaie d'y être vigilant car c'est essentiel pour une prise en charge globale du patient et de surcroît des problèmes somatiques peuvent générer une aggravation des troubles psychiatriques et la personne est mal. C'est indispensable. »*

*« Je m'autorise aussi à prendre les constantes chez quelqu'un qui me dit qu'il ne va pas bien. Pour moi c'est indispensable à mon rôle. »*

La coordination des soins est également nécessaire pour assurer le bon fonctionnement du réseau de soins.

*« Ça m'est arrivé d'accompagner des patients chez leur médecin généraliste, chez leur audioprothésiste, chez le dentiste mais aussi m'autoriser à évaluer certaines choses. »*

*« Le fait de pouvoir améliorer le suivi somatique c'est hyper important pour la qualité et l'espérance de vie. Ça va continuer à bouger dans le bon sens selon moi. La collaboration et la coordination sont aussi à améliorer, il faut qu'on aille tous dans le même sens. »*

La gestion des comorbidités fait partie de leurs priorités.

*« On sait que les schizophrènes ou psychose au sens large on a une hygiène de vie qui est moins bonne, une sédentarité plus importante, du tabac, les effets secondaires des traitements et là pour le coup le secteur psychiatrique doit effectuer ce suivi et ça commence à venir. (...) »*

*« En tant qu'I.P.A. on est très sensibilisé à ça mais ça doit être l'ensemble des équipes infirmières et médicales qui doivent prendre ça en compte pour suivre, prévenir et intervenir précocement. »*

La question sociale est primordiale. La prise en charge au plus près des lieux de vie des patients participe à garder un lien avec la société.

*« La difficulté d'insertion sociale, c'est très compliqué pour eux et très angoissant. Ils veulent avoir des relations sociales mais l'impact de la pathologie les handicape vraiment sur cet aspect-là et cela génère de la souffrance, du repli. »*

*« (...) tant que c'est possible si on peut soigner les gens chez eux dans leur lieu de vie avec leur réseau leurs ressources et leurs soutiens. Ils seront chez eux et plus rassurés. »*

*« Si on arrive à avoir des moyens nécessaires pour faire des suivis plus rapprochés, plus intensifs ce serait une bien meilleure alternative pour la qualité de vie et la qualité des soins. »*

### **2.3.5. L'avenir vers l'ambulatoire.**

La politique des soins oriente vers une prise en charge de plus en plus tournée vers l'ambulatoire, l'ensemble des infirmiers interviewés le reçoivent comme bénéfique et encouragent ce mouvement.

*« Très positivement (une prise en charge portée vers l'ambulatoire) je pense qu'on n'y est pas assez. » 1*

« Très positivement ! bien sûr ! (Une prise en charge tournée vers l'ambulatoire) » 4

« Je trouverai ça plutôt bénéfique (...) » 2

« Ça (l'ambulatoire) permet une meilleure évaluation et aller au plus proche du patient ça ne peut être que bénéfique. Mais ça je pense qu'on le fait déjà en partie. Par exemple je fais régulièrement des visites à domicile. » 9

« C'est très positif. Je le (la prise en charge ambulatoire) vois comme très favorable. » 11

« Pour les schizophrènes c'est vrai que leur vie doit être à l'extérieur. (...) » 8

« (...) tant qu'il peut être à la maison et qu'il parvient à s'occuper de lui de manière suffisante et qualitative ça ne peut être que bien. Ce virage est aussi important que celui qu'il y a eu il y a 30 ans à savoir la fermeture des asiles et l'ouverture des C.M.P. ça a été une énorme révolution. On va essayer de limiter l'hospitalisation avec pleins de choses pour gérer ça en ambulatoire. » 12

Néanmoins ils reconnaissent l'intérêt de l'hospitalisation pour la gestion des situations aiguës.

« L'intra il faut le garder juste pour les moments aigus. » 11

« Il ne faudrait hospitaliser que les cas absolument nécessaires » 8

« Je trouve ça plutôt très positif en fait. Il y a une question de juste-milieu entre l'ambulatoire et l'institution car l'institution elle reste utile. » 6

L'hospitalisation au long cours décrite comme négative pour les patients présents au long cours.

« Au S.P.A.L. c'est fréquent que des patients soient hospitalisés en long séjour faute d'autres choses. » 3

« Aux soins de suites ils ne font souvent rien de leur journée (...) » 5

« Tout faire pour éviter qu'il se chronicise au S.P.A.L. » 8

« L'hôpital ça les chronicise et surtout ça les appauvrit. Moi j'ai vu des patients où il n'y a plus rien car manque de stimulation. Ce n'est en faisant rien que ça se dégrade. » 10

*« Mon objectif généralement c'est quand même d'éviter le plus possible une ré hospitalisation. » 6*

*« Mais d'autres leviers pour éviter les hospitalisations c'est bien. D'ailleurs les patients nous renvoient très souvent une image très négative de l'hospitalisation. » 12*

*« Il ne faut pas fermer trop de lits. » 6*

Le logement des patients reste un axe majeur de travail pour favoriser le soin en ambulatoire  
*« (...) car l'habitat c'est quelque chose qui est compliqué pour le patient psychotique donc si on peut faire quelque chose. S'il y avait plus d'appartements relais, thérapeutiques je pense que ce serait profitable. » 3*

*« C'est un gros manque en Mayenne, pour moi c'est catastrophique. J'ai connu dans mes études les appartements thérapeutiques, les maisons communautaires, les appartements relais et si on avait ça plein de patients schizophrènes hospitalisés sortiraient. Ils ont parfois besoin d'une structure rassurante, besoin aussi de stimulation. Et ça on est tous à le dire. » 10*

Le virage ambulatoire perçu par certains comme un prétexte à des fermetures de lits croissantes.  
*« Et on n'aura pas le choix de l'ambulatoire car ils ferment de plus en plus de lits à l'hôpital. Donc on a dû développer autre chose comme par exemple leur téléphoner chaque jour chez eux. » 7*

*« Pour moi ce n'est pas déconnant, c'est même pertinent et c'est déjà amorcé même si derrière il y a toujours une logique financière et c'est malheureux. La logique c'est d'aller vers l'ambulatoire sous couvert d'un bien-être pour le patient mais la vérité c'est qu'il y a une logique de rentabilité. » 12*

### 2.3.6. Résumé

**Le modèle de référence que prône le « case management » est déjà opérant aux seins des C.M.P. Sauf exception, les patients souffrant de schizophrénie bénéficient d'un suivi régulier par un infirmier référent. Il peut être amené à se rendre à son domicile, à le voir en consultation au C.M.P. ou à réaliser certaines activités en ambulatoire (démarches administratives, courses etc).**

**L'intérêt d'un suivi régulier permet d'avoir une fonction de repère pour les patients. Ce lien se constitue avec le temps et nécessite une confiance mutuelle. La difficulté de changement d'infirmier référent (retraite, changement d'activité...) témoigne de l'importance de leur place pour les patients.**

**La confiance est nécessaire pour s'inscrire dans cette logique de soin. L'ensemble des infirmiers interrogés mesure la nécessité de travailler le lien de confiance. Elle se consolide avec le temps et les expériences partagées.**

**L'insight désigne la conscience qu'a le patient de sa maladie. Dans la schizophrénie, elle peut faire défaut. Ce facteur est à prendre en charge car il détermine l'adhésion aux soins. Un patient qui ne se sait pas malade ne ressentira pas le besoin de se soigner. Il s'opposera aux soins. L'efficacité du case management détermine et est déterminé par le niveau d'insight. L'infirmier doit le travailler et/ou orienter le patient vers une prise en charge ciblée pour améliorer l'insight.**

**Le case management porte dans sa conception une dimension ambulatoire. Le maintien du patient dans un environnement extérieur étayé par des aides bienveillantes permet de lutter contre les ré-hospitalisations. L'augmentation des appartements thérapeutiques est mise en avant comme aide possible.**

**L'intérêt des hospitalisations en hôpital psychiatrique pour des problématiques aiguës est reconnu comme indispensable. En revanche, les séjours chroniques sont perçus négativement par les infirmiers parlant même de « chronicisation des troubles ».**

**Même si le virage ambulatoire est perçu comme positif, une partie des infirmiers psychiatriques y voient une manœuvre politique pour justifier la fermeture de lits et la restriction toujours plus importante des budgets.**

**L'infirmier de pratique avancée fait la synthèse de ce concept de case management avec le souci de la prise en charge globale, le préalable de la confiance dans la relation de soin, la coordination avec les différents partenaires médicaux-sociaux et la volonté de replacer le patient au centre de la prise en charge en favorisant l'ambulatoire et ses lieux de vie.**

## 2.4. ... mais encore trop souvent limité.

### 2.4.1. Bâtir du lien épuise.

Le manque de communication parfois lié au manque de considération de certains médecins occasionne une fatigue des équipes infirmières.

*« Il faut aussi composer avec les humeurs médicales, moi j'appelle ça comme ça. Et ça c'est de tout temps, j'ai toujours connu cette difficulté. Les problèmes somatiques étaient pris au-dessus de la jambe avec l'auscultation à distance ou alors des histoires de guéguerres médicales entre secteurs. »*  
10

*« Parfois les informations données auprès des psychiatres ne sont pas forcément entendues » 2*

*« Les soignants infirmiers reçoivent les doléances, les colères de chacun (des médecins) mais finalement on perd temps et énergie. » 10*

*« Je trouve qu'il y a du lien car je suis quelqu'un qui fait du lien mais parfois je trouve que c'est assez fatigant car je me demande pourquoi ce n'est pas dans les deux sens. Je vais toujours chercher. Et c'est moi qui dois penser au suivi gynéco, aux dépistages car sinon personne n'y pense. » 9*

La multiplication des intervenants et le manque de communication impliquent de dépenser du temps et de l'énergie

*« Ici ce qui est le plus fatigant ce sont justement ces problèmes de communication entre professionnels de santé. Quand les situations avec les patients sont fatigantes c'est toujours enrichissant car on est là pour les accompagner mais les problèmes de communication entre soignant ça c'est beaucoup plus fatigant » 1*

*« L'autre problématique c'est que ce médecin on ne le voit pas donc on n'y a pas accès, ça fait un manque de transmission entre l'intra et l'extra. » 6*

*« ça fait comme le téléphone arabe il y a plein d'informations que tu n'as plus et la réponse à ça c'est l'informatique. Donc tu perds de plus en plus. » 6*

*« À condition qu'il y ait une présence médicale et une meilleure coordination. On doit aussi pouvoir compter sur un médecin et actuellement ce n'est pas du tout le cas. » 2*

*« C'est très compliqué car plus on multiplie les intervenants plus c'est compliqué de se synchroniser, d'organiser des réunions. Tout ça c'est très lourd, lourd (intensité de voix plus élevée sur le deuxième « lourd »). » 5*

*« Et si je n'ai pas téléphoné au généraliste c'est qu'il y a aussi le facteur temps qui compte. Je me sens débordé ici » 9*

L'organisation et la mise en œuvre du soin est également chronophage, la démographie médicale carencée majeure ce constat.

*« Toute la coordination entre l'emmener le ramener, organiser ça m'a pris vachement de temps de ouf. Finalement ça m'a aussi sacrifié d'autres entretiens avec d'autres personnes mais il fallait s'autoriser à le faire. C'était important sinon ça n'aurait jamais été fait. Si c'était à refaire je le referais. » 12*

*« L'accès aux soins est difficile il faut parfois se battre pour avoir rendez-vous avec un dentiste, un médecin etc. » 5*

#### **2.4.2. L'économie ennemie du soin.**

Les infirmiers perçoivent les restrictions budgétaires dans leurs pratiques quotidiennes.

*« On a une trousse d'urgence, de quoi faire des pansements. Mais on est quand même très limité. » 9*

*« J'ai l'impression que depuis plusieurs années on part au plus vite, au plus pressé et ce n'est pas forcément l'idéal. J'ai connu des moments où il y avait des groupes de réflexions pour construire des projets pour avancer ensemble et actuellement ça se situe à un autre niveau on est plus sur des budgets ARS qu'autre chose. » 3*

Ce sentiment contraste avec l'augmentation des enveloppes budgétaires promises par la ministre de la Santé en 2018.

*« Les moyens qui sont soi-disant réservés à la psychiatrie sont dilués dans l'hôpital et pas pour la psy. » 10*

*« Actuellement ils cherchent un lieu où réunir les deux C.M.P. mais ça fait 8 ans qu'on en entend parler. On a su que le budget dédié à la santé mentale a finalement été utilisé par l'hôpital pour d'autres choses... » 7*

*« La logique c'est d'aller vers l'ambulatorio sous couvert d'un bien-être pour le patient mais la vérité c'est qu'il y a une logique de rentabilité. » 12*



### 2.4.3. Des locaux inadaptés.

Les locaux des C.M.P. Laval Est, Ouest et Evron ne sont pas adaptés pour l'équipe infirmière. Il n'y a pas suffisamment de bureaux pour travailler.

*« Le problème c'est que l'on n'a pas assez de bureaux pour nous donc pour quelqu'un d'autre en plus c'est compliqué. » 1*

*« Il y a le manque de bureaux pour travailler aussi. C'est de la folie ça. Parfois des gens viennent et on ne sait pas où aller. Donc on s'efforce de mettre les rendez-vous un jour où on a un bureau. Parfois on a des jours avec plus de bureaux parce que des collègues vont en visite à domicile ou une assistante sociale qui ne vient pas. Mais ce n'est que du bricolage. » 7*

*« En plus de ça il y a plein de patients que l'on ne va pas pouvoir voir car on ne peut pas. Parfois on passe une après-midi entière sans rien faire, parce qu'on ne peut pas. » 7*

*« Le deuxième truc c'est qu'on pourra augmenter autant qu'on voudra les temps infirmiers au C.M.P. j'aurai toujours une mauvaise logistique : pas assez de bureau, pas assez de PC pour travailler et ça c'est tellement triste à dire. » 12*

*« Après les conditions ce sont les locaux, les conditions d'accueil ne sont pas top mais ça n'empêche pas de faire du bon boulot. Ça fait tellement longtemps que ça dure qu'on s'en accommode. » 3*

La pratique de soins somatiques peut difficilement se réaliser dans les conditions d'accueil actuelles.

*« Rires, ils ne sont pas du tout adaptés (à la pratique de soins somatiques) » 4*

*« Ce n'est pas du tout adapté. Par exemple on ne peut pas avoir de bonnes conditions d'hygiène. On n'a même pas de bac pour décontaminer nos plateaux. Ce n'est pas adapté. Niveau ergonomie pour nous, c'est compliqué. Et même pour faire les injections des antipsychotiques c'est parfois difficile. » 9*

*Dans notre autre lieu d'exercice à Evron c'est encore plus compliqué. Il n'y a pas de luminosité, ce n'est pas une salle de soin, c'est un placard. » 9*

*« Non là (la pratique de soins somatiques dans les locaux du C.M.P.) ce n'est clairement pas possible » 3*

« Absolument pas. (Rires) On est dans une prise en charge médicale qui se passe dans un lieu qui n'a rien de médical. La conception n'est pas adaptée. Mauvaise lumière, pas de plan de travail, c'est la misère. » 10

Le manque de matériel médical mis en avant par les soignants.  
*En termes de matériel on n'a pas non plus grand-chose, un tensiomètre, saturomètre je ne sais pas mais pour moi c'est indispensable d'avoir ce genre de matériel.» 10*

« Ici non. On n'a pas de salle de soins, il faut que tu voies ça. Ici on fait des injections d'antipsychotique retard. (...) On n'a pas de saturomètre. Nous avons des thermomètres depuis que très peu de temps. » 11

#### 2.4.4. Résumé

**L'efficiencia du système de soins est mise en difficulté par plusieurs paramètres.**

**Le manque de communication, parfois lié au manque de considération de certains médecins, épuise les infirmiers. Ils sont les intervenants de premier recours et doivent amorcer la communication et bâtir du lien avec les partenaires (médecins, prestataires sociaux, milieu hospitalier, autres structures psychiatriques...) ce qui demande temps et énergie. L'absence de réponse par certains médecins et la démographie médicale majorent la fatigue des infirmiers. Le manque de reconnaissance et un sentiment de dévalorisation sont également perceptibles pour certains infirmiers.**

**Le manque de moyens impacte directement leurs pratiques puisque les fermetures de lits favorisent le nombre de suivis en ambulatoire via les C.M.P. sans que le nombre d'infirmiers n'augmente. Les locaux sont également une problématique majeure puisqu'ils impactent la pratique des soins. Que ce soient les soins psychiatriques avec l'absence de bureaux pour réaliser les entretiens, mais aussi les soins somatiques puisque les salles de soins sont incompatibles (espace, lumière, rangement...). Un projet d'unification des C.M.P. est abordé depuis plusieurs années mais ne semble pas voir le jour. Ces constats contrastent avec les promesses des budgets supplémentaires pour la santé mentale faites en 2018 par la ministre de la Santé de l'époque.**

## 2.5. La pluridisciplinarité bienveillante, un espoir.

### 2.5.1. Une demande mutuelle

Le travail collaboratif entre infirmiers et médecins généralistes volontaires et impliqués engendre une motivation de soins supplémentaire et un enrichissement des connaissances pour les deux parties.

*« Quand il y a un partenariat avec le médecin généraliste ça fonctionne très très bien. Ils nous apprennent des choses et on leur apprend des choses. C'est super chouette. » 1*

*« C'est hyper aidant quand tu es infirmière que tu parles d'une situation en réunion et que tu vois le patient après c'est vraiment aidant. Quand tu crées du lien c'est gagnant. » 3*

*« Par exemple je travaille avec un médecin généraliste à X mais elle est extraordinaire car elle est en lien avec le C.M.P. quand il y a besoin pour nous informer et on peut faire des retours à chaque fois qu'on a besoin. Elle se rend disponible. » 3*

*« Chez le généraliste ça se passe très bien. » 6*

*« Au niveau des médecins généralistes ça se passe plutôt très bien (...) Certains médecins me font même confiance jusqu'au point où je les oriente dans leurs prescriptions médicamenteuses. Je ne suis qu'infirmier. » 6*

*« Certains médecins généralistes on travaille très bien avec. » 7*

*« Une patiente qui a eu plusieurs décompensations tardives de schizophrénie et là effectivement je travaille régulièrement avec le médecin traitant par rapport au traitement somatique car elle a un mauvais métabolisme, problème respiratoire avec tabac. » 8*

*« C'est vrai que quand on est en lien avec le généraliste j'ai remarqué que souvent le courant passe mieux qu'avec certains psychiatres. » 8*

*« Pendant le covid on a eu notre généraliste du SPAL qui a été très soutenant, très réactive et ça a été une aide énorme. » 10*

L'intervention des infirmiers psychiatriques dans le suivi des soins somatiques influence dans certains cas directement la pratique du médecin généraliste.

*« Pour le médecin g ce n'est pas non plus évident d'avoir en face ce type de patient et donc j'ai fait le tiers. J'ai mis du lien. Le médecin g était super content, il a programmé une radiographie pulmonaire car tabac depuis longtemps, il a balisé un bilan bio à cet été et sûrement une évaluation neuro au*

*printemps prochain pour refaire le point. Finalement on est resté en lien et j'ai eu une conduite à tenir. » 12*

*« (...) par exemple si un méd g voit un dépressif et qu'il ne s'en sort pas on peut mettre du lien avec le psychiatre s'il nous en parle et le psy va être beaucoup plus à même de se dégager du temps car on ne part pas d'une page blanche il y a déjà des choses qui ont été essayées et surtout du lien. Le lien facilite vachement les choses et ça fait de la cohésion. Certains médecins généralistes sont très frileux à introduire des traitements psys, même des benzos » 12*

*« Mais moi si on me demande de l'aide je prends ça très positivement. Quand c'est possible c'est agréable de travailler avec les généralistes. » 6*

### **2.5.2. Une volonté de se former.**

L'ensemble des interviewés ont la volonté d'améliorer leurs sensibilités vis à vis des soins somatiques.

*« Ce serait très bien ça nous permettrait de mieux réorienter. » 1*

*« Oui, ce que je ne dissocie pas le somatique et le psy. Ça va de pair. » 2*

*« Si si bien sûr que si on le recevrait avec plaisir » 4*

*« Très positif. On le fait déjà car j'essaie d'être sensible à plein de petites choses sur le plan physique. » 5*

Car ils sont conscients du rôle déterminant qu'ils jouent dans le recours aux soins.

*« Très bien, car justement, pour tous ces patients isolés on est leur porte d'accès aux soins. Que ce soit psychiatrique ou soins généraux. » 6*

*« Je prends tout (concernant une formation sur le soin somatique) ! (Exclamation) » 7*

*« J'ai beaucoup perdu même si on essaye de se mettre à jour entre collègues. Par contre je garde les réflexes de repérer les choses somatiques comme les dents, les grains de beauté, la tension etc. Pour moi le patient c'est une globalité. » 10*

La simple augmentation des effectifs infirmiers ne suffit pas, l'accent doit être aussi mis sur la formation.

*« Après dans les besoins pour le soin corporel il y a les moyens humains mais on oublie trop souvent la compétence. On peut augmenter l'effectif infirmier du C.M.P. autant qu'on voudra mais il faut développer les compétences » 12*

### **2.5.3. Le travail collaboratif, un cercle vertueux. L'exemple des interventions en maison de santé pluridisciplinaire.**

Le lien de confiance qui unit les infirmiers et les patients schizophrènes se transmet pour favoriser le soin.

*« Ça s'est bien passé justement parce que j'accompagnais la patiente. » 5*

*« Quand on change de référent on fait une transition progressive avec le collègue qui est introduit dans la boucle, on fait des relais tout doucement. On voit le patient à deux infirmiers. L'infirmier remplaçant a notre confiance donc le patient perçoit bien qu'on se fait confiance et ça se passe toujours bien. » 7*

Le travail collaboratif entre infirmiers, psychiatres et médecins généralistes à la maison de santé de Montsûrs illustre l'efficacité du travail collaboratif.

*« Si on travaille avec le patient on peut faire de commun accord. Et ça marche très bien car on est à la maison médicale de Montsûrs, à la maison médicale de Meslay. Il y avait même notre ancien chef de service qui s'y rendait. Tous les deux mois si je me souviens bien. » 7*

*« Par exemple je vais à Meslay-du-Maine tous les deux mois et ce genre de lien avec les médecins et les infirmières libérales ça je pense que ça facilite énormément. » 9*

*« En gros il y a des collègues qui sont référents de maison médicale. Ça a commencé à l'Est à Montsûrs. Ça marchait super bien jusqu'au départ en retraite et ce qui a été initié c'était des réunions tous les deux mois entre la maison de santé et le C.M.P. avec psychiatres et infirmiers. On échange autour des patients chroniques et pourquoi pas on peut échanger sur les problèmes somatiques. Et derrière eux ils nous parlent des patients qui ne sont pas dans la boucle. Ce genre de truc mériterait d'être développé. On l'a aussi fait depuis un an avec la maison médicale de Meslay-du-Maine et ça se passe nickel aussi. Si on pouvait multiplier ça ce serait top. » 12*

*« Il y aura du relai, il nous connaît c'est beaucoup mieux et c'est tout l'intérêt d'échanger en direct car par courrier ou téléphone ça n'a rien à voir. » 12*

#### 2.5.4. Résumé

**Le travail collaboratif entre psychiatrie et médecins généralistes/spécialistes impliqués et bienveillants est aussi une réalité en Mayenne. Plusieurs infirmiers expriment le cercle vertueux que représente un travail collaboratif avec l'émergence d'une motivation supplémentaire, d'un enrichissement mutuel des connaissances et d'une influence bénéfique. Plusieurs médecins généralistes sont salués pour leur courtoisie, leur implication et leur disponibilité pour communiquer/intervenir.**

**L'ensemble des infirmiers serait volontaire pour se former sur les soins somatiques et affiner leur sensibilité vis-à-vis des soins somatiques. Ils sont conscients du rôle déterminant qu'ils jouent dans le recours aux soins des patients schizophrènes « on est leur porte d'accès aux soins ». La simple augmentation du nombre d'infirmiers psychiatriques ne suffit pas, les compétences et le réseau de soins doit être travaillés.**

**Le travail d'équipe entre les infirmiers des C.M.P. et certaines maisons de santé en Mayenne montrent leur efficacité. Les réunions pluridisciplinaires sont organisées en général une fois tous les deux mois. À cette occasion les problématiques psychiatriques, de santé mentale et somatiques sont abordées. L'échange en direct est reconnu pour être plus fructueux que les échanges indirects (téléphone, mails, courriers).**

### 3. Analyse lexicale

#### 3.1. Fréquence des occurrences

L'analyse lexicale avec la recherche des 100 mots les plus fréquents (annexe IV) d'au moins 5 caractères permettent de repérer certains mots-clés. Cette analyse corrobore l'analyse thématique. Le nuage de mots permet une représentation plus visuelle bien que la validité scientifique soit discutable.

Les principaux termes qui font sens sont les suivantes, ils sont classés en rang de fréquence.

**Tableau II : Fréquence des occurrences de l'ensemble des verbatims**

Rang	Mot	Longueur	Occurrences	Pourcentage pondéré	Mots similaires
1	médecin	7	182	2,17%	médecin, médecine, médecins
2	patients	8	179	2,14%	patient, patiente, patientes, patients
11	suivi	5	59	0,70%	suivi, suivis
13	infirmiers	10	55	0,66%	infirmier, infirmiers, infirmière, infirmières
14	temps	5	54	0,64%	temps
17	problème	8	44	0,52%	problème, problèmes
18	besoin	6	43	0,51%	besoin, besoins
19	somatique	9	42	0,50%	somatique, somatiques
21	accompagné	10	36	0,43%	accompagnais, accompagnait, accompagne, accompagnement, accompagner, accompagné
33	schizophrène	12	28	0,33%	schizophrène, schizophrènes, schizophrénie
34	manque	6	27	0,32%	manque
35	compliqué	9	26	0,31%	compliqué, compliqués
39	confiance	9	25	0,30%	confiance
40	soins	5	23	0,27%	soins
41	hésitation	10	23	0,27%	hésitation, hésitations
42	orientation	11	23	0,27%	orientation, orientations, oriente, orienter, orienté
51	téléphoné	9	20	0,24%	téléphone, téléphoner, téléphonique, téléphoné
52	Urgences	8	20	0,24%	urgence, urgences
57	soignants	9	19	0,23%	soignant, soignante, soignants, soigner, soignés
65	social	6	17	0,20%	social, sociale, sociales, sociaux
67	injection	9	16	0,19%	injection, injections
74	tabac	5	15	0,18%	tabac

76	collègues	9	14	0,17%	collègue, collègues
78	domicile	8	14	0,17%	domicile, domiciles
84	référénts	9	14	0,17%	référence, réfèrent, référente, référénts
87	communication	13	13	0,16%	communication, communications, communément
88	difficulté	10	13	0,16%	difficulté, difficultés

### 3.2. Mise en perspective des mots les plus utilisés avec la question de recherche.

Plusieurs répétitions d'occurrences font sens lorsque l'on considère le case management comme piste de prévention à la morbi-mortalité dans la pathologie schizophrénique.

- Les mots suivi, patient, schizophrène, réfèrent et leurs synonymes font partie des mots les plus utilisés. Ils représentent 266 occurrences et correspondent au rôle de suivi des patients schizophrènes.
- Les mots accompagné, orientation, téléphoner, communication et leurs synonymes regroupent 56 occurrences et témoignent du rôle de faiseur de liens entre les différents partenaires.
- Le mot somatique et ses synonymes sont classés en 19e position des mots les plus utilisés avec 42 occurrences. Les infirmiers psychiatriques des C.M.P. sont sensibilisés à cet aspect du soin.
- Les mots domicile, social et leurs synonymes témoignent du virage ambulatoire qui s'opère ainsi que la prise en charge globale avec l'intégration de la question sociale.

## 4. Résultats à retenir

Les infirmiers psychiatriques des C.M.P. Lavallois sont sensibilisés à l'importance des soins somatiques chez les patients souffrant de schizophrénie. Ils sont déjà intégrés à leur pratique quotidienne.

Le case management est déjà opérant grâce au modèle de l'infirmier réfèrent pour les suivis au long cours. Les facteurs limitants celui-ci sont :

- Le manque de temps infirmier lié principalement au manque de bureaux pour recevoir les patients.
- La fatigue engendrée par le caractère chronophage/énergivore de faire du lien.

Les infirmiers établissent des liens avec les médecins somaticiens, les facteurs qui peuvent expliquer la plus grande morbi-mortalité de la maladie schizophrénique sont :

- Le moindre recours aux soins par défaut d'insight
- La difficulté d'accès aux soins lié à la démographie médicale
- Le rejet de certains médecins vis-à-vis de la schizophrénie



Le virage ambulatoire que prend la direction des soins est accueilli favorablement par les équipes infirmières. Certains pensent qu'il s'agit d'un prétexte pour justifier la fermeture de lits en milieu hospitalier néanmoins ils restent convaincus du bénéfice pour le patient. L'intégration sociale et la lutte contre les discriminations passent par des appartements thérapeutiques et une autonomisation dans la vie quotidienne.

Le travail collaboratif est efficient et il permet un enrichissement mutuel des pratiques entre la psychiatrie et la médecine générale/spécialisée. L'exemple des interventions régulières des équipes des C.M.P. en maison de santé témoigne du bénéfice de l'interdisciplinarité.

Les infirmiers de pratique avancée constitueront dans l'avenir une aide précieuse et complémentaire pour renforcer les équipes des C.M.P. Ils permettront d'améliorer le travail de coordination et participeront à l'harmonisation du suivi somatique et psychiatrique. La prise en charge au plus proche des lieux de vie du patient et la prise en compte de ses aspirations permettront de le replacer au centre de la prise en charge. Ces objectifs pourront être mise en place à condition d'améliorer les finances allouées aux C.M.P. notamment pour avoir des locaux suffisants pour couvrir la demande de la population Lavalloise.

# DISCUSSION

## 1. Forces et limites de l'étude

### 1.1. Forces

L'étude qualitative est la plus adaptée pour explorer le sentiment subjectif des interviewés. Le guide d'entretien semi-dirigé composé de questions ouvertes et faisant appel à l'expérience des participants permet une libre expression en évitant le plus possible les réponses binaires.

Le guide d'entretien a été conçu selon la grille COREQ.

Les participants ont fait preuve de motivation pour participer à l'étude.

La réalisation d'une étude dans les C.M.P. Lavallois répond à l'objectif tertiaire de l'investigateur qui était de prendre la mesure de la faisabilité d'une intégration des soins somatiques au sein des C.M.P. Lavallois. Il correspond à un projet personnel de l'investigateur.

Le chercheur était connu par certains des participants avec un lien de confiance déjà établi après une année de travail en tant qu'interne en psychiatrie dans différents secteurs. La force réside dans le lien pré-existant, les interviewés concernés ne semblaient pas avoir de frein pour se confier, mais cette hypothèse n'est pas vérifiable.

### 1.2. Limites

Les études qualitatives ont un faible niveau de preuve. Cette dernière n'a été menée que dans une seule ville, les résultats ne peuvent pas être généralisés à d'autres régions.

Le contexte sanitaire a obligé le chercheur à espacer de plusieurs mois certaines interviews, les participants ont potentiellement pu discuter entre eux des questions/réponses et ainsi s'influencer mutuellement.

Le chercheur réalisait sa première étude qualitative, son inexpérience est une limite.

Les infirmiers psychiatriques des autres structures lavalloises (CATTP, hôpital de jour) auraient mérité de participer à l'étude puisqu'ils constituent aussi une autre porte d'accès aux soins somatiques.

## **2. Mise en perspective avec le guide HAS de 2018 « coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux »**

Afin de ne pas être influencé par les résultats de ce guide, il n'a été lu et analysé qu'à la fin de la réalisation de cette recherche.

### **2.1. Justification de l'étude.**

Ce rapport confirme une mortalité 2 à 3 fois supérieure à la population générale pour les patients schizophrènes. Les causes les plus fréquentes sont bien les comorbidités cardiovasculaires et métaboliques.

Au-delà de la schizophrénie, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie établit une plus importante proportion des cancers et maladie cardio-neurovasculaire (à définir) chez les personnes souffrant d'un trouble mental. Le suivi somatique de ces populations est donc un axe essentiel d'amélioration.

La méconnaissance des problèmes somatiques par le patient, son entourage et les médecins est l'un des facteurs explicatifs.

L'hospitalisation en psychiatrie est parfois la seule parenthèse de soins corporels pour certains patients.

### **2.2. Un défaut de coordination mais des pistes d'amélioration.**

Le lien médecin généraliste / milieu psychiatrique est nécessaire pour une meilleure prise en charge globale du patient. A défaut de trouver un médecin généraliste en ville, ce guide conseille de se tourner vers un praticien de médecine générale exerçant dans un centre de santé mentale. Ce dernier peut également assurer un suivi ambulatoire.

La coordination entre les différents acteurs permet un meilleur partage de l'information, pourtant elle fait défaut en France. La difficulté d'accès aux médecins généralistes et la manque d'efficacité dans le partage d'information expliquent pour partie la carence de soins somatiques chez les personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

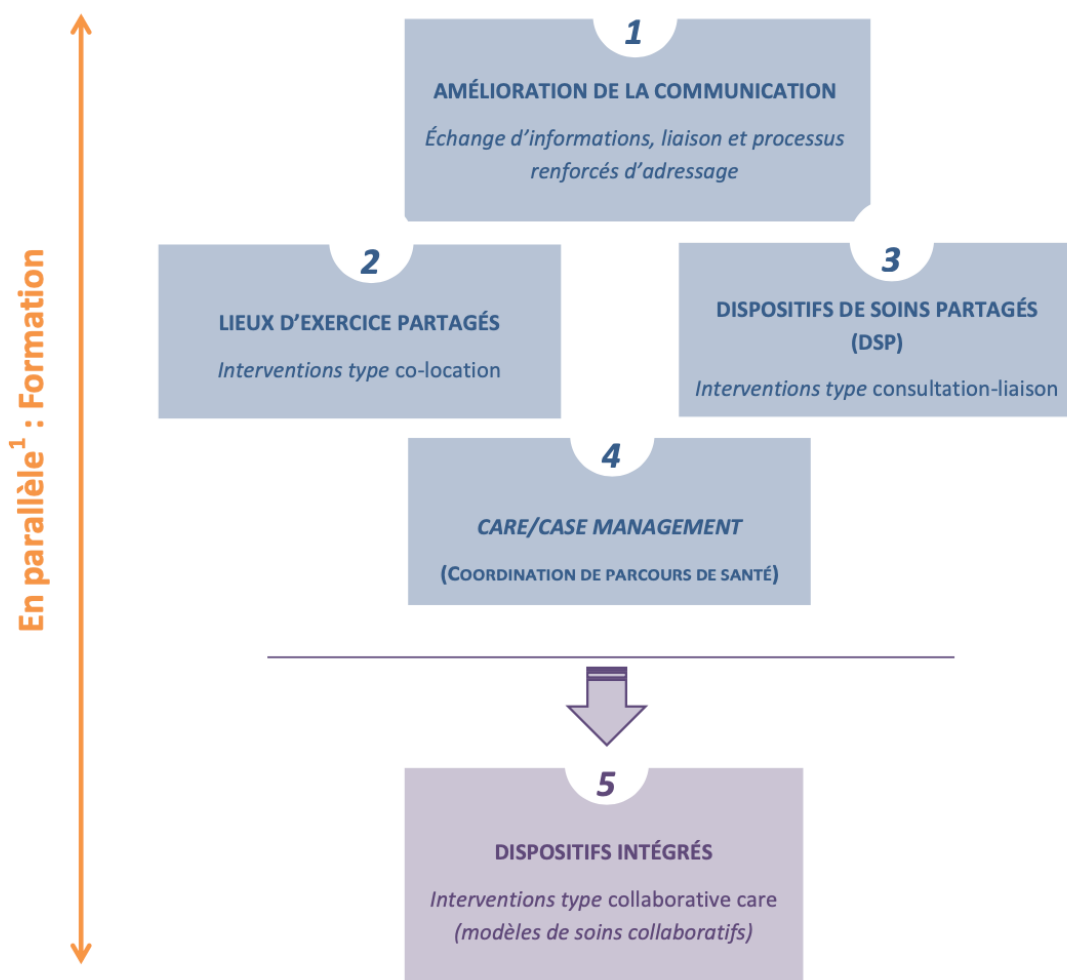
La coordination et la communication entre ces deux secteurs mérite d'être améliorées.

Des mouvements sont initiés dans ce sens avec différentes chartes et recommandations :

- « Charte de partenariat médecin généraliste et psychiatre de secteur » signée par la conférence nationale des présidents de CME et le collège national de médecine générale.
- Recommandations du collège national pour la qualité des soins en psychiatrie sur les courriers entre médecins généralistes et psychiatres.
- La recommandation française de psychiatrie-conseil national professionnel de psychiatrie « comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique.

5 pistes d'améliorations sont évoquées, le case management en fait partie.

## UNE TYPOLOGIE POSSIBLE DES EXPÉRIENCES D'AMÉLIORATION DE LA COORDINATION IDENTIFIÉES EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER



<sup>1</sup>La formation n'a pas été considérée comme constituant une expérience d'amélioration de la coordination interprofessionnelle à part entière dans le cadre de ce travail. Elle fait en revanche partie des facteurs pouvant favoriser cette coordination, et des actions de formation étaient souvent intégrées en parallèle des expériences identifiées (enseignements en formation initiale ou continue concernant la coordination interprofessionnelle, en psychiatrie et santé mentale et/ou en médecine générale, etc.). Le chapitre 3 (Freins et leviers à la mise en œuvre de la coordination) de ce document intègre un paragraphe dédié à la formation.

**Figure 4 « une typologie possible des expériences d'amélioration de la coordination identifiées en France et à l'Étranger »<sup>26</sup>.**

### 2.2.1. Amélioration de la communication.

Il est nécessaire de travailler sur les outils de communication et leurs mises en œuvre.

- Outils de communication efficaces avec une utilisation simple.
- Modalités simplifiées d'adressage entre professionnels de santé.

Ces deux points mis en avant par ce guide de la H.A.S. font défaut dans la région Lavalloise. La communication avec les médecins généralistes est souvent mise à défaut par manque de médecin et/ou stigmatisation de la psychiatrie.

### 2.2.2. Lieux d'exercices partagés.

La pluridisciplinarité et la pluriprofessionnalité sont les forces de ces structures car elles favorisent la coordination des soins dans l'intérêt du patient.

Le travail conjoint permet de lutter contre les idées reçues et la rencontre entre ces deux mondes réduit la stigmatisation de la psychiatrie.

Ces lieux partagés doivent nécessairement s'accompagner d'une organisation cohérente avec des réunions et un partage efficace de l'information.

Les exemples des maisons de santé de Meslay-du-Maine et de Montsûrs sont décrits comme particulièrement efficaces par les participants de cette étude. En revanche il n'existe pas de médecins généralistes qui se rendent dans les C.M.P.

L'exemple de Paris 13 mériterait d'être étendu. Des bilans somatiques sont réalisés aux patients des C.M.P. avec une coordination entre médecins généralistes et psychiatres assurée par un infirmier. Un compte rendu par le médecin généraliste est envoyé au psychiatre du patient concerné.

### 2.2.3. Dispositifs de soins partagés.

Il s'agit d'avis spécialisés pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des problématiques de santé mentale. Ils sont peu adaptés au suivi des pathologies psychiatriques lourdes et chroniques. Par la suite le médecin traitant assure le suivi de la pathologie mentale.

### 2.2.4. Le care/case management.

La fonction de coordination du case management permet selon l'H.A.S.

- Organiser et coordonner la prise en charge du patient avec pour objectif final de favoriser le maximum l'autonomie et l'implication du patient.
- Simplifier les interactions entre les professionnels impliqués dans les soins.

En France ce concept est très peu développé/valorisé même si en pratique, comme les interviews l'ont montré, les infirmiers psychiatriques de la région Lavalloise assurent pleinement ce rôle mais il gagnerait à être valorisé. Le manque de reconnaissance de leur travail de coordination et le manque de temps favorisent l'épuisement professionnel.

### 2.2.5. Les interventions type « collaborative care ».

Cette prise en charge repose sur l'intégration des différents éléments cités précédemment :

- Un modèle pluriprofessionnel avec un médecin généraliste, un psychiatre et un case management qui assure la coordination des soins
- Une prise en charge structurée par des protocoles conformes aux recommandations de bonnes pratiques.
- Une communication efficace entre les différents acteurs grâce à des outils simples et efficaces.

L'exemple Lillois et son secteur 59G21 répond en partie à cette définition avec :

- Accès 24/7 au psychiatre d'astreinte par le médecin généraliste du réseau
- Échange de courrier systématique entre le médecin généraliste et le réseau de psychiatrie.
- Rencontres pluriprofessionnelles incluant le médecin généraliste avec les soins somatiques abordés.
- Partage des dossiers informatisés et promotion du dossier médical partagé.

- Lieux d'exercices partagés avec des réunions pluri-professionnelles
- Equipe mobile en cas d'urgence et possibilité d'intervention au domicile pour le suivi
- Fonction de care/case management effectuée par l'infirmier psychiatrique

Néanmoins aucune étude n'a évalué l'efficacité de ce type d'interventions mais lorsque ces différentes initiatives sont mises en perspectives des attentes des infirmiers psychiatriques des infirmiers Lavallois elles y répondent point par point.

### 2.3. Difficultés rencontrées pour la prise en charge des soins somatiques.

L'HAS liste l'ensemble des obstacles rencontrés qui expliquent la carence de soins somatiques chez les patients atteints de pathologies psychiatriques <sup>26</sup>:

#### Difficultés rencontrées :

- manque d'attention portée aux troubles somatiques par certains patients souffrant de troubles sévères, leurs proches et les professionnels ;
- parfois, refus de prise de rendez-vous avec le médecin généraliste ou perte de la carte vitale par le patient ;
- réticence de certains médecins généralistes à recevoir en consultation des patients souffrant de troubles mentaux sévères (peur de la maladie mentale, difficultés de communication avec eux, temps nécessaire à accorder à ces patients, difficulté à les prendre en charge) ;
- rôles de chacun des professionnels dans la prise en charge non clarifiés : chacun fait l'hypothèse que la prise en charge somatique relève des compétences de l'autre ;
- rôle de coordination et d'orientation du médecin généraliste traitant, dans une approche de prise en charge globale, insuffisamment pris en compte par les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale ;
- difficultés, pour les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, à joindre les médecins généralistes par téléphone.

Ces différentes problématiques ont été soulevées au cours des différents entretiens. L'identification des celles-ci sont le préalable nécessaire à leurs résolutions.

Il est recommandé de rechercher un médecin traitant en encourageant le patient et ses proches dans cette démarche.

La venue de médecins généralistes au sein des structures psychiatriques hospitalières et ambulatoires est proposée. Actuellement à Laval, seul l'hôpital psychiatrique bénéficie de deux médecins généralistes. Les C.M.P. sont dépourvus des médecins somatiques.

## 2.4. Fonction spécifique du case management, difficultés et prérequis.

Les difficultés rencontrées pour cette fonction sont exposées par la H.A.S<sup>26</sup>.

### **Difficultés rencontrées :**

- diversité, complexité, fragmentation et manque de lisibilité de l'offre existante (sanitaire, mais aussi médico-sociale et sociale) perçues par les usagers, leurs proches et par les professionnels : difficultés d'accès aux soins et aux services ;
- manque de transmission d'informations et d'harmonisation des pratiques : redondances en matière d'évaluation des besoins et éventuelles contradictions ;
- manque de temps des professionnels pour assurer la coordination.

Elles correspondent aux difficultés rencontrées par les infirmiers psychiatriques des deux C.M.P. Lavallois.

La relation de confiance est décrite comme essentielle. La supervision régulière doit être planifiée avec une transmission des informations systématiques. Il est également important de définir les compétences et les activités du case management.

## CONCLUSION

Les infirmiers psychiatriques du secteur lavallois sont sensibilisés au repérage et à l'orientation des problématiques somatiques des patients souffrant de schizophrénie. Les comorbidités sont fréquemment dépistées.

La fonction de « case management » est déjà opérante avec le système de référence dans le suivi psychiatrique des patients. Le lien de confiance est l'indispensable préalable à l'efficacité des soins. L'extension aux soins somatiques se réalise quotidiennement. D'autres problématiques expliquent la diminution de la qualité/espérance de vie. Le défaut d'insight des patients, le défaut de communication et la désertification médicale en Mayenne participe à expliquer le moindre recours à un suivi médical de qualité. Le manque de considération de certains médecins et l'image négatif de la psychiatrie aggrave ce phénomène et épuise les équipes soignantes. L'investissement dans ce rôle de case management est limité par les moyens humains et physiques (manque de bureau, locaux non adaptés, personnel insuffisant).

Les infirmiers de pratique avancée en psychiatrie constituent l'une des solutions pour renforcer la prise en charge globale du patient. Leur mise en place se fait progressivement.

Le travail collaboratif sous tendu par une « éthique du care » permettrait de faire tomber les préjugés qui ostracise la psychiatrie. L'intégration d'un médecin généraliste dans les CMP lavallois permettrait une refonte des pratiques médicales. Le travail collaboratif sur le long terme représente le meilleur outil de sensibilisation pour améliorer les pratiques des soignants.



## BIBLIOGRAPHIE

- 1 Chevreul, Karine, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, et Isabelle Durand Zaleski. « The Cost of Mental Disorders in France ». *European Neuropsychopharmacology* 23, n° 8 (août 2013): 879-86.
- 2 Ha C, Decool E, Chan Chee C. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. *Bull EpidemiolHebd.* 2017;(23):500-8.
- 3 Gourevitch R, Repérer les formes insidieuses de schizophrénie, un enjeu pronostic essentiel. *La revue du praticien* 2010 Nov Tome 24. N°850
4. Ha C, Decool E, Chan Chee C. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. *Bull EpidemiolHebd.* 2017;(23):500-8.
5. Schoepf D, Uppal H, Potluri R, Heun R. Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2014 Feb;264(1):3-28.
6. Boden R, Molin E, Jernberg T, Kieler H, Lindahl B, Sundstroëm J. Higher mortality after myocardial infarction in patients with severe mental illness: a nationwide cohort study. *J Intern Med.* 2015; 277:727±36.
7. Laursen TM, Wahlbeck K, Haëllgren J, Westman Joe esby U, Alinaghizadeh H, et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS One.* 2013; 8: e67133.
8. Chong HY, Teoh SL, Wu DB, Kotirum S, Chiou CF, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016 Feb16;12:357-73.
9. Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, « feuille de route santé mentale et psychiatrie ».[Internet] Disponible sur [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628 - dossier de presse - comite strategie sante mentale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf)
10. HAS Programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. [Internet] Disponible sur [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has)
- 11 Case management in early psychosis: a handbook / EPPIC. - Melbourne :Orygen Youth Health, 2001. ISBN 0-46
- 12 Yung, A. R., et P. D. McGorry. « The Prodromal Phase of First-Episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations ». *Schizophrenia Bulletin* 22, n° 2 (1 janvier 1996): 353-70.
- 13 American Psychiatric Association, et American Psychiatric Association, éd. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.
- 14 INSERM Schizophrénie. [Internet] Disponible sur <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>
- 15 Héloïse, Delavenne, Frederico, D. Garcia, , et Thibaut. « Grands axes de recherche sur la schizophrénie ». *LA REVUE DU PRATICIEN* 63 (2013): 4.
- 16 Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Annales Médico Psychologiques* 2008 ; 166:63-70.

- 17 Pr Franck Schürhoff. « Parcours de soins », Le concours médical édition. Tome 138 (juin 2016) : 447-86
- 18 Renaud de Beaurepaire. « Comorbidités somatiques des schizophrénies ». LA REVUE DU PRATICIEN 63 (mars 2013): 344-45.
- 19 Henderson, David C, Brenda Vincenzi, Nicolas V Andrea, Melissa Ulloa, et Paul M Copeland. « Pathophysiological Mechanisms of Increased Cardiometabolic Risk in People with Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses ». The Lancet Psychiatry 2, n° 5 (mai 2015): 452-64.
- 20 Abidi, O., P. Vercherin, C. Massoubre, et C. Bois. « Le risque cardiovasculaire global des patients atteints de schizophrénie hospitalisés en psychiatrie au CHU de Saint-Étienne ». L'Encéphale, octobre 2018, S0013700618301659.
- 21 Bonsack, Charles, Philippe Golay, Silvia GibelliniManetti, Sophia Gebel, Pascale Ferrari, Christine Besse, Jérôme Favrod, et Stéphane Morandi. « Linking Primary and Secondary Care after Psychiatric Hospitalization: Comparison between Transitional Case Management Setting and Routine Care for Common Mental Disorders ». Frontiers in Psychiatry 7 (2 juin 2016).
- 22 David, Anthony S. « Insight and Psychosis ». British Journal of Psychiatry 156, n° 6 (juin 1990): 798-808.
- 23 Amador, X. F., D. H. Strauss, S. A. Yale, et J. M. Gorman. « Awareness of Illness in Schizophrenia ». Schizophrenia Bulletin 17, n° 1 (1 janvier 1991): 113-32.
24. Héloïse, Delavenne, Frederico, D. Garcia, , et Thibaut. « Grands axes de recherche sur la schizophrénie ». LA REVUE DU PRATICIEN 63 (2013): 4.
25. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Centre hospitalier de Laval 27 au 31 juillet 2015. [Internet] Disponible sur <http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/05/Rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-de-Laval-Mayenne.pdf>
26. HAS Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux  
État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Juillet 2018. [Internet] Disponible sur [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2876272/fr/guide-coordination-entre-medecin-generaliste-et-acteurs-de-la-psychiatrie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876272/fr/guide-coordination-entre-medecin-generaliste-et-acteurs-de-la-psychiatrie)

## LISTE DES FIGURES

Figure 1Interaction des facteurs de risque dans la schizophrénie.....	7
Figure 2Mortalité dans la schizophrénie .....	9
Figure 3 Éléments importants dans la relation entre le case manager et le patient...	10
Figure 4« une typologie possible des expériences d'amélioration de la coordination identifiées en France et à l'Etranger » .....	51

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I Caractéristiques de l'échantillon .....	14
Tableau II Fréquence des occurrences de l'ensemble des verbatims .....	46

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Contexte et justification de l'étude.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Définitions.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Schizophrénie.....</b>	<b>6</b>
<b>2.2. Comorbidité, Morbidité &amp; Mortalité dans la schizophrénie .....</b>	<b>7</b>
<b>2.3. Case management .....</b>	<b>8</b>
<b>2.4. Insight .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>2.5. Organisation système de soins psychiatrique dans la région lavalloise</b>	<b>10</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>12</b>
<b>1. Revue de la littérature.....</b>	<b>12</b>
<b>2. Guide d'entretien.....</b>	<b>12</b>
<b>3. Recrutement des participants et recueil des données.....</b>	<b>12</b>
<b>4. Analyse des données .....</b>	<b>13</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>14</b>
<b>1. Caractéristiques de l'échantillon .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1. Description de l'échantillon .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. Résumé des caractéristiques .....</b>	<b>14</b>
<b>2. Analyses thématiques .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1. Une prise en charge globale du patient, le paradigme « bio-psycho- sociale » .....</b>	<b>15</b>
2.1.1. Le patient comme entité plurielle au centre de la prise en charge .....	15
2.1.2. Intégration et prise en compte du soin somatique. ....	16
2.1.3. Conscientisation des comorbidités .....	17
2.1.4. Moindre affinité des soins somatiques pour certains infirmiers.....	19
2.1.5. L'isolement social, ennemi de la qualité de vie .....	19
2.1.6. L'injection d'antipsychotique retard, un temps privilégié pour le soin somatique	21
2.1.7. Résumé.....	22
<b>2.2. Entre négation de la psychiatrie et désertification médicale.....</b>	<b>22</b>
2.2.1. Un défaut de communication médical. ....	22
2.2.2. La psychiatrie victime de son image .....	24
2.2.3. Entre ego et méconnaissance .....	25
2.2.4. La désertification médicale, une souffrance quotidienne .....	27
2.2.5. Résumé.....	28
<b>2.3. Le case management déjà opérant .....</b>	<b>28</b>
2.3.1. L'infirmier référent comme modèle.....	28
2.3.2. Un lien de confiance, un préalable indispensable. ....	29
2.3.3. Le défaut d'insight, ennemi du suivi médical.....	30
2.3.4. L'infirmier de pratique avancée, une aide prometteuse. ....	31
2.3.5. L'avenir vers l'ambulatoire. ....	33
2.3.6. Résumé.....	36
<b>2.4. ... mais encore trop souvent limité. ....</b>	<b>37</b>
2.4.1. Bâtir du lien épuisé. ....	37
2.4.2. L'économie ennemie du soin. ....	38
2.4.3. Des locaux inadaptés. ....	39
2.4.4. Résumé.....	40
<b>2.5. La pluridisciplinarité bienveillante, un espoir. ....</b>	<b>41</b>
2.5.1. Une demande mutuelle.....	41

2.5.2. Une volonté de se former.....	42
2.5.3. Le travail collaboratif, un cercle vertueux. L'exemple des interventions en maison de santé pluridisciplinaire. ....	43
2.5.4. Résumé.....	44
<b>3. Analyse lexicale.....</b>	<b>44</b>
<b>3.1. Fréquence des occurrences .....</b>	<b>44</b>
<b>3.2. Mise en perspective des mots les plus utilisés avec la question de recherche.....</b>	<b>46</b>
<b>4. Résultats à retenir.....</b>	<b>46</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>48</b>
<b>1. Forces et limites de l'étude .....</b>	<b>48</b>
<b>1.1. Forces .....</b>	<b>48</b>
<b>1.2. Limites .....</b>	<b>48</b>
<b>2. Mise en perspective avec le guide HAS « coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux » .....</b>	<b>49</b>
<b>2.1. Justification de l'étude. ....</b>	<b>49</b>
<b>2.2. Un défaut de coordination mais des pistes d'amélioration.....</b>	<b>49</b>
2.2.1. Amélioration de la communication.....	50
2.2.2. Lieux d'exercices partagés. ....	51
2.2.3. Dispositifs de soins partagés. ....	51
2.2.4. Le care/case management. ....	51
2.2.5. Les interventions type « <i>collaborative care</i> ». ....	51
<b>2.3. Difficultés rencontrées pour la prise en charge des soins somatiques.....</b>	<b>52</b>
<b>2.4. Fonction spécifique du case management, difficultés et prérequis. ...</b>	<b>53</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>54</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>55</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>57</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>58</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

# ANNEXES

## I Guide d'entretien

### **[Présentation]**

Bonjour, je me présente je suis Abdel-Majid SAIDI et je travaille actuellement en tant que médecin remplaçant au sein du cabinet médical de Cossé le Vivien. Je réalise un travail de thèse s'intéressant à la question de la schizophrénie et plus particulièrement au travail effectué par l'infirmier psychiatrique au sein de plusieurs structures de soins (C.M.P., centre d'activités thérapeutiques).

L'objectif de ces entretiens est d'apprécier vos ressentis de professionnel de santé et éventuellement certaines de vos difficultés.

Il ne s'agit en aucun cas d'un examen de connaissance, la matière de mon travail restera votre expérience.

L'entretien sera enregistré et durera entre 30 minutes et 1 heure. Par la suite je retranscrirai par écrit et mot pour mot notre échange. Il se peut que le non verbal soit également noté. Il est possible pour vous d'arrêter l'enregistrement et/ou l'entretien à tout moment.

D'avance merci pour le temps que vous m'accordez.

### **[Signature des formulaires de consentements]**

### **[Début enregistrement audio]**

### **[Entretien]**

#### **Questions principales.**

#### *Questions de relance.*

- **Comment définiriez-vous le travail que vous réalisez actuellement au sein des centres médico-psychologiques ?**
  - *Comment définiriez-vous le lien que vous avez avec les patients atteint de schizophrénie que vous suivez au long cours ?*
- **Quelle est votre expérience au sein de votre travail du soin corporel chez les patients atteints de schizophrénie ?**
  - *Quels besoins spécifiques vous permettraient d'améliorer, dans votre pratique quotidienne, la santé physique des patients ?*
- **Que représente pour vous les comorbidités des schizophrènes ?**
  - *Selon votre expérience, quels sont les facteurs qui nuisent à la qualité et à l'espérance de vie de vos patients atteints de schizophrénie ?*
- **Quels sont les obstacles / difficultés que vous pouvez rencontrer dans les soins que vous prodiguez au quotidien ?**
- **Existe-t-il un médecin généraliste qui passe ou est déjà passé au CMP ?**
- **Selon votre expérience, que pensez-vous de la communication entre les différents acteurs de soins impliqués dans la prise en charge des patients atteints de schizophrénie ?**

- *Quelles sont vos expériences d'accompagnements de patients schizophrènes auprès de médecins spécialistes / généralistes ?*
- **Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la qualité de vie de vos patients schizophrènes ?**
  - *Quelles sont selon vous les limites à la mise en place de ces solutions ?*
- **Que pensez-vous d'une offre de soin portée vers l'ambulatoire ?**
  - *Comment accueillerez-vous dans votre pratique quotidienne une prise en charge au plus proche des lieux de vie du patient ?*

***[Remarque(s) supplémentaire(s)]***

***[Questionnaire « caractéristiques participants »]***

***[Remerciement]***



## **II Questionnaire et consentement**



UFR SANTÉ

Formulaire de consentement

### **Caractéristiques des participants. Formulaire anonyme.**

**Entretien numéro :**

**Date :**

Lieu de la structure psychiatrique : .....

Age : .....

Genre : Féminin ☐

Masculin ☐

Formation(s) professionnelle(s) :

-  
-  
-  
-  
-

Etes-vous amené à intervenir au domicile des patients ?

Etes-vous amené à accompagner les patients à des rendez-vous médicaux autre que les consultations psychiatriques (médecin généraliste, spécialiste, examen complémentaire ?)

Avez-vous un ECG sur votre lieu de travail ? Si oui, avez-vous une possibilité de l'interpréter ?

Parmi les actes suivant lesquels réalisez-vous régulièrement ?

- Prise de tension
- Prise de poids
- Réalisation ECG
- Injection d'antipsychotique retard
- Discussion / explication des bilans biologiques
- Prise du périmètre abdominale
- Orientation vers médecin généraliste et/ou spécialiste quant à l'arrêt tabac/alcool/cannabis

**J'atteste donner mon accord pour retranscrire par écrit mes propos lors de cet entretien qui sera anonymisé**

**Signature :**

### III Critère diagnostique DSM 5 Schizophrénie

## Schizophrénie

#### Critères diagnostiques

295.90 (F20.9)

- A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
1. Idées délirantes.
  2. Hallucinations.
  3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
  4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
  5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).
- D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.
- E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.
- F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

*Spécifier si :*

Les spécifications de l'évolution qui suivent ne doivent être utilisées qu'après une durée d'un an du trouble et si elles ne sont pas en contradiction avec les critères évolutifs propres au diagnostic :

**Premier épisode, actuellement en épisode aigu :** Première manifestation du trouble remplissant les critères diagnostiques de définition et les critères de durée. Un *épisode aigu* est une période de temps durant laquelle les critères symptomatiques sont remplis.

**Premier épisode, actuellement en rémission partielle :** Une *rémission partielle* après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle se maintient une amélioration et où les critères diagnostiques du trouble ne sont que partiellement remplis.

**Premier épisode, actuellement en rémission complète :** Une *rémission complète* après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle aucun symptôme spécifique de la maladie n'est présent.

**Épisodes multiples, actuellement épisode aigu :** Des épisodes multiples ne peuvent être établis qu'après un minimum de deux épisodes (un épisode, une rémission, et un minimum d'une rechute).

**Épisodes multiples, actuellement en rémission partielle**

**Épisodes multiples, actuellement en rémission complète**

**Continu :** Les symptômes remplissant les critères symptomatiques diagnostiques du trouble sont présents la majorité du temps de la maladie, les périodes de symptômes subliminaux étant très brefs au regard de l'ensemble de l'évolution.

**Non spécifié**

IV Nuage des 100 mots d'au moins 5 caractères les plus utilisés dans l'ensemble des verbatims. La taille du mot est proportionnelle à la fréquence d'utilisation.



## **Morbi-mortalité dans la pathologie schizophrénique, le « case management » comme piste de prévention ?**

### **Introduction :**

L'espérance de vie des patients souffrant de schizophrénie est diminuée de 10 à 20 ans comparée à la population générale. Les causes de décès sont cardio-métaboliques, addictives et respiratoires. La prise en charge globale de ces patients fait défaut avec un moindre recours aux soins somatiques. Le défaut d'insight, les zones sous dotées en médecins généralistes et l'image négative dont souffre la psychiatrie expliquent en partie ce constat. Les CMP sont des structures identifiées comme ressources par les patients. Les infirmiers psychiatriques occupent une place stratégique pour le suivi au long cours du patient qui se rapproche du concept du « case management ». Cette étude questionne la sensibilité de ces infirmiers vis-à-vis du soin somatique chez ces patients.

### **Objectifs :**

Explorer le rapport des infirmiers psychiatriques des CMP Lavallois au soin somatique pour envisager une extension du concept de « case management » aux comorbidités somatiques afin de les coordonner et d'améliorer une prise en charge globale.

Développer un réseau de soins collaboratifs pour améliorer la qualité et la durée de vie de ces patients.

### **Méthodes :**

Étude qualitative avec 14 entretiens semi-dirigés d'infirmiers des deux CMP Lavallois avec retranscription des verbatims et réalisation d'une analyse thématique et lexicale.

### **Résultats :**

Les infirmiers psychiatriques interviewés opèrent déjà une fonction de « case management » et sont sensibilisés aux soins somatiques. Les obstacles rencontrés pour l'amélioration des soins somatiques sont le défaut de communication avec les partenaires médicaux, le manque de locaux et de matériels, le rejet de la psychiatrie par certains médecins, la carence médicale en région mayennaise et le défaut d'insight des patients.

### **Conclusion :**

L'intégration de médecins généralistes dans les CMP permettrait d'effacer les frontières physiques et psychologiques qui séparent ces disciplines. Le travail collaboratif et l'échange restent le meilleur moyen pour initier une refonte des pratiques et des réflexes de prises en charge.

La notion de « case management » ne peut se concevoir qu'avec un réseau d'acteurs impliqués et bienveillants. « L'éthique du care » illustre le sens qui devrait être donné dans le soin de ces personnes vulnérables doublement condamnées par leur maladie et l'ostracisation de la société.

**Mots-clés :** schizophrénie, case management, psychiatrie, soins somatiques , éthique du care

**Introduction:** Compared to general population, Schizophrenic patients' life expectancy is reduced by 10 to 20 years. Preeminent causes of death are cardio-metabolic, addictive and respiratory issues. The overall care of these patients is scarce and resorts to little somatic care. Lack of insight, under-staffed areas and negative perceptions associated with psychiatry partly account for this conclusion. C.M.P.'s structures are indeed identified as resources by patients. Psychiatric nurses stand a strategic position for the long-term safekeeping of the patient, in a relationship close to the concept of "case management". This study questions the sensitivity of these nurses to somatic care attended by schizophrenic patients.

**Goals :** Exploration of the relationships between Laval C.M.P.'s psychiatric nurses and somatic care, in order to consider an expansion of the concept of "case management" to somatic care so as to coordinate them and improve overall care. Promotion of a collaborative care network that would further improve quality and length of these patients' lives.

**Methodology :** Qualitative study including 14 semi-directive interviews with Laval C.M.P.'s nurses, *verbatim* transcriptions containing thematic and lexical analysis using N'Vivo software with data triangulation and validation by the thesis director.

**Results :** Interviewed psychiatric nurses already serve according to "case management" and are well aware of somatic care. Encountered drawbacks in improving somatic care are lack of communication with medical partners, lack of premises and under-equipment, rejection of psychiatry by some doctors, medical shortcomings in the Mayenne area and lack of patients' insight.

**Conclusion :** General practitioners' integration within C.M.P.'s would blur physical and psychological boundaries that separate these yet complementary disciplines. Collaborative work and discussion remain best options to boost sharing of skills and further renew practices and reflexes of care. The notion of "case management" can only be conceived within a network of involved and above all benevolent actors. The ethics of care, a concept coined by the philosopher Carol Gillian, highlight the signification that should be given to the institutional care of these vulnerable people doubly fated by their illness and society ostracism.

**Keywords :** schizophrénia, case management, ethics of care, somatic care