

CORESO

Vers la réhabilitation de la personne vers les
soins de droits communs dans la cité :

retour sur 8 années de fonctionnement



La question des parcours de soins complexes liée aux pathologies chroniques est soulevée dans la loi.

LEGISLATION

EPIDEMIOLOGIE
DES PATHOLOGIES
SOMATIQUES EN
PSYCHIATRIE

Surmortalité ET Sur morbidité
Liées

- Défaut d'accès aux soins
- Défaut d'accès à la prévention
- Surreprésentation des facteurs de risque évitables

TECHNOLOGIE DE
LA SANTE

Développement outils pour faciliter le
décloisonnement et le parcours de soins du
patient

Ces outils ne sont actuellement pas utilisés en
soins psychiatriques

DEMOGRAPHIE
MEDICALE ET LA
COMMUNICATION
ENTRE
PROFESSIONNELS

Hétérogénéité de la démographie médicale

Défaut de communication entre les MG et les psychiatres

POLITIQUE DE SANTE
EN FAVEUR DU
DEVELOPPEMENT
DES SOINS
SOMATIQUES

Véritable enjeu de santé publique soulevant
l'écriture de rapports internationaux,
européens, nationaux et régionaux

Les sociétés savantes s'associent elles aussi
pour améliorer la prise en charge somatique
des patients suivis en psychiatrie.

ECONOMIQUE

Dépenses en santé mentale = 1e ligne de
dépenses en France 21.3 milliard (15%
dépense totale)

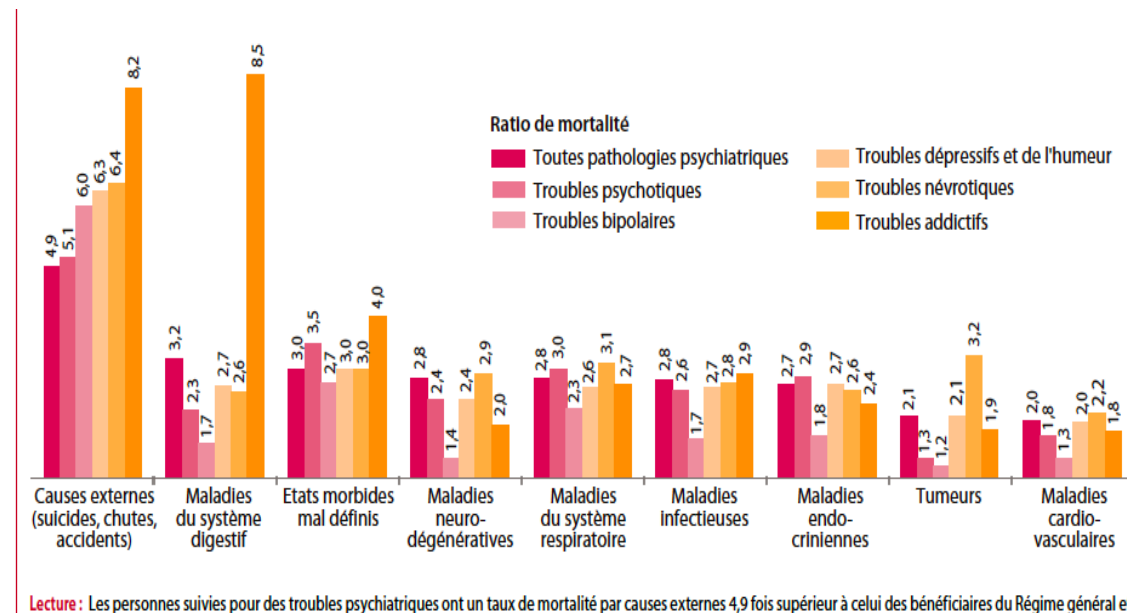
Surcout lié aux comorbidités somatiques
associées.

20 ANS DE VIE
EN MOINS

Table 1. SMRs for Schizophrenia by Cause of Death for All Persons

Causes of Death	No. of SMRs	Quantile					Mean (SD)	Geometric Mean
		10%	25%	Median	75%	90%		
All-Cause and Middle-Level Categories								
All-cause (<i>ICD-9</i> codes 001-799/E800-E999)	38	1.18	1.87	2.58	3.64	5.76	2.98 (1.75)	2.68
All-natural cause (<i>ICD-9</i> codes 001-799)	6	0.99	1.04	2.41	2.90	4.10	2.31 (1.18)	2.03
All-unnatural cause (<i>ICD-9</i> codes E800-E999)	3	5.56	5.56	7.50	12.73	12.73	8.60 (3.71)	8.10
Natural Causes, Cause Specific								
Cardiovascular diseases (<i>ICD-9</i> codes 390-429)	7	1.11	1.40	1.79	2.49	3.60	2.01 (0.83)	1.88
Cerebrovascular diseases (<i>ICD-9</i> codes 430-438)	3	0.61	0.61	0.69	1.30	1.30	0.87 (0.38)	0.82
Digestive diseases (<i>ICD-9</i> codes 520-579)	5	1.79	2.24	2.38	2.50	17.50	5.28 (6.84)	3.34
Endocrine diseases (<i>ICD-9</i> codes 250-259)	3	2.20	2.20	2.63	11.66	11.66	5.50 (5.34)	4.07
Infectious diseases (<i>ICD-9</i> codes 001-139)	3	1.60	1.60	4.29	7.80	7.80	4.56 (3.11)	3.77
Genitourinary diseases (<i>ICD-9</i> codes 580-629)	3	1.54	1.54	3.70	4.29	4.29	3.18 (1.45)	2.90
Neoplastic diseases (<i>ICD-9</i> codes 140-239)	7	0.71	1.00	1.37	2.01	2.40	1.44 (0.60)	1.33
Nervous diseases (<i>ICD-9</i> codes 345-349)	4	1.60	1.95	4.22	6.57	7.00	4.26 (2.70)	3.55
Respiratory diseases (<i>ICD-9</i> codes 460-519)	6	2.20	2.39	3.19	3.80	9.30	4.01 (2.66)	3.51
Other diseases (<i>ICD-9</i> codes 1-389/630-799)	3	1.45	1.45	2.00	3.40	3.40	2.28 (1.01)	2.14
Unnatural Causes, Cause Specific								
Accident (<i>ICD-9</i> codes E800-E949)	6	1.20	1.63	1.73	5.10	8.40	3.30 (2.88)	2.51
Suicide (<i>ICD-9</i> codes E950-E959)	10	0.66	5.90	12.86	21.43	174.25	43.47 (95.11)	16.13

Abbreviations: ICD-9, *International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)*; SMRs, standardized mortality ratios.



RECOMMANDATIONS FRANÇAISES DE SUIVI DES PATIENTS SOUS AP

- AFFSAPS 2010
- HAS 2015 (accord d'experts)

	To	Semaine 4	Semaine 8	Semaine 12	Trimes- trielle	Annuelle
Histoire personnelle/familiale	X					X
Poids et IMC	X	X	X	X	X	
Périmètre abdominal	X	X				X
Glycémie à jeun	X			X		X
Evaluation d'une anomalie lipidique	X			X		X
ECG b	X	X				X
Pression artérielle	X			X		X

- a- La fréquence des intervalles peut-être plus rapprochée en fonction des données cliniques
- b- Un ECG de base est recommandé et le contrôle dépend des facteurs primaires de risque cardiovasculaire.

MEDECIN GENERALISTE TRAITANT

Article L162-5-3 du Code de Santé publique : « Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré (...) indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi. »

Evaluation des pratiques professionnelles : 60 % des personnes hospitalisées = pas de médecin généraliste



Charte de partenariat

Médecine générale & Psychiatrie de secteur

SOURCE :

<https://www.schizo-oui.com/droit-des-malades/charte-generaliste-secteurs-de-psychiatrie>

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

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

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

le 20 mars 2014

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



Pr Pierre Louis Druais
Président
Collège de la Médecine Générale



COORDINATION ENTRE LE MEDECIN GENERALISTE ET LES DIFFERENTS ACTEURS DE SOIN DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX.

Septembre 2018

Rapport d'experts

Objectif : améliorer les prises en charge et le suivi des patients adultes présentant des troubles mentaux par la promotion d'une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins

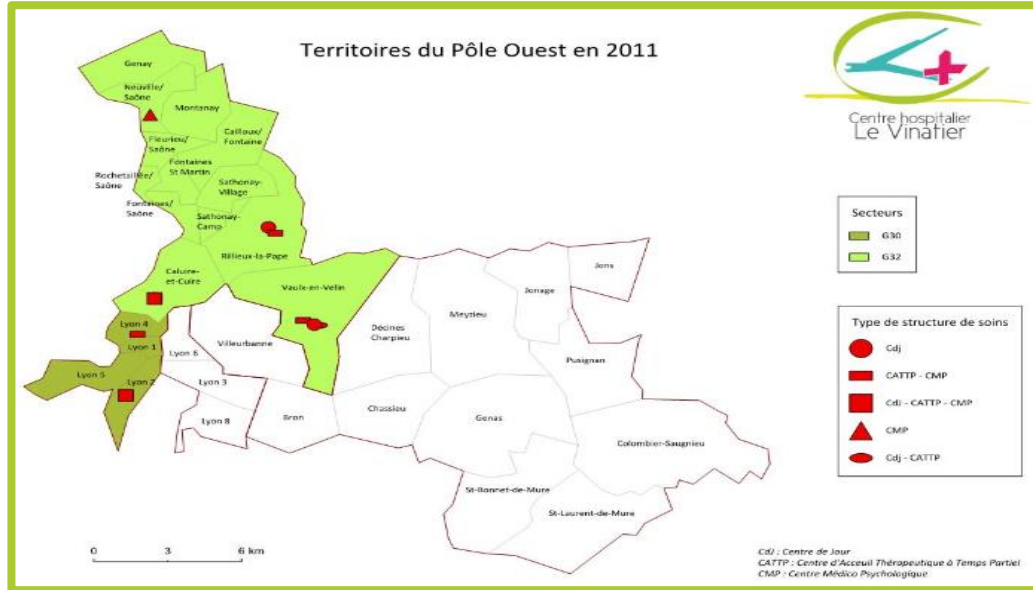
Sources : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2836892/fr/social-medico-social

CORESO

ORIGINE DU PROJET

- **2012** : Début de la réflexion sur la prise en charge intégrative des patients atteints de troubles psychiatriques
- **2013** : Deux Evaluations des Pratiques Professionnels (EPP) portant sur la prise en charge globale des patients en psychiatrie. Les résultats sont alarmistes : 6 patients sur 10 n'ont pas de médecins traitants
- **2013-2014** : Création de la consultation somatique proposée au Centre Médico-Psychologique (CMP) des Pierres Plantées ½ journée par semaine
- **Fin 2014 - Début 2015** : Dossier de financement d'un projet innovant en santé publique
- **2015** : Pérennisation de la consultation pour 3 ans grâce à l'obtention de budget Agence Régionale de Santé (ARS)

ACTUELLEMENT



2 Antennes de Consultations :

- Secteur 69G30 : CMP des Pierres Plantées
- Secteur 69G32 CMP des Mercières

Personne âgée de plus de 18 ans sans suivi
somatique

Orientation par le psychiatre traitant

CONSULTATION ET RESEAU SOMATIQUE

Trois consultations

Exploration des différentes sphères somatiques du patient

Relais vers un Médecin Généraliste

CRÉER UNE VÉRITABLE COOPÉRATION ET COORDINATION ENTRE
LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PHYSIQUE ET SANTÉ MENTALE

AMENER LE PATIENT À RÉINTÉGRER LE SYSTÈME LIBÉRAL
POUR ASSURER UN SUIVI SOMATIQUE DURABLE

Vous n'avez pas de médecin traitant ?

CO
RE
SO

nsultation
seau
matique

CoReSo
Somapsy
peut vous
aider !



Centre Hospitalier Le Vinatier
Pôle Ouest – Pôle UP MOPHA
Service 69Z54

POURQUOI AVOIR UN MÉDECIN TRAITANT ?

« Pour avoir
quelqu'un en
secours, quand on
est malade... »

« Pour ce qui est
médical, qui a
rapport au corps... »

« Pour être suivi de
près ! »

« Aussi pour les
bobos ! »

« Quand on ne se
sent pas bien... »

« Pour avoir un
espace de confiance
et parler librement »

QUI EST CONCERNÉ ?

CoReSo Somapsy propose un appui gratuit et s'adresse aux personnes :

- Agées de plus de 18 ans
- Sans médecin traitant
- Suivies en CMP, CATTP, ou Hôpital de jour et domiciliées dans le 1^{er}, 2^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} arrondissement de Lyon

ETAT DE SANTE DE LA POPULATION SUIVIE EN CMP

Etude épidémiologique rétrospective, monocentrique,

L'objectif de ce travail était l'étude de l'état de santé somatique de patients suivis en psychiatrie publique ambulatoire dans les Centres Médico-Psychologiques des secteurs de psychiatrie 69G30 et 69G32 du Centre Hospitalier Le Vinatier.

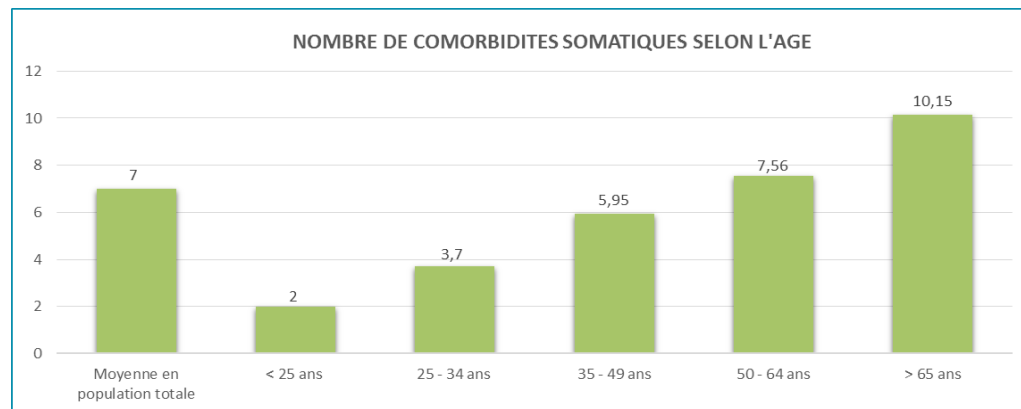
CARACTERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- 144 patients ont été inclus dans l'étude.
- Age : Ils étaient âgés de 18 à 89 ans, avec une moyenne d'âge de 51.8 ans.
- Sexe : 71 % étaient de sexe masculin.
- Mode de vie: plus de 76% des patients vivaient en appartement individuel.
- Mesure de protection : 53,5% n'avait aucune mesure de protection juridique, 40.3% étaient sous curatelle, et 6.3 % étaient sous tutelle.

PROFIL ADDICTOLOGIQUE

	POPULATION GENERALE	ETUDE CORESO	RR	p (X ²)
CONSOMMATION DE TOXIQUES				
TABAC	34,3 %	68,8 %	2,0	<0.05
ALCOOL	10,0 %	25,7 %	2,6	
CANNABIS	3,1 %	28,5 %	9,2	

PATHOLOGIES SOMATIQUES SELON L'AGE



COMORBIDITES RETROUVEES

	ANTERIEURES		DE COUVERTES		AU TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
PATHOLOGIES MEDICALES	114	79,2 %	128	88,9 %	143	99,3 %
CARDIOLOGIQUES		27,1 %		19,4 %		42,4 %
PULMONAIRES		5,6 %		27,8 %		29,2 %
GASTRO-ENTEROLOGIQUES		29,9 %		19,4 %		42,4 %
NEUROLOGIQUES		26,4 %		9,0 %		31,9 %
URO-NEPHROLOGIQUES		14,6 %		11,8 %		23,6 %
NEOPLASIQUES		4,9 %		1,8 %		6,3 %
ENDOCRINIENNES		25 %		47,9 %		63,2 %
ANOMALIES BIOLOGIQUES				25 %		
PATHOLOGIES ODONTOLOGIQUES				29,9 %		
AUTRES PATHOLOGIES MEDICALES		43,8 %		24,3 %		79,9 %
PATHOLOGIES CHIRURGICALES	98	68,1 %	3	2,1 %	98	68,1 %
ORTHOPEDIQUES		33,3 %		0,7 %		33,3 %
VISCERALES		40,3 %		1,4 %		41,0 %
NEUROCHIRURGICALES		3,5 %		0 %		3,5 %
AUTRES TYPES DE CHIRURGIE		20,8 %		0 %		20,8 %

UN VERITABLE OUTIL DE REHABILITATION SOMATIQUE AU SERVICE DES PERSONNES PRECARISEES

POURQUOI?

Acquisition des habilités et des compétences nécessaires à l'appropriation et au maintien d'un bon état de santé globale (physique + psychique) grâce à :

- > L'apprentissage de Compétences de suivi et d'auto-soins

- > Le rétablissement dans des soins de droits communs

Pour vivre de la façon la plus indépendante possible dans les soins de droits communs (Médecin généraliste)

Tout en préservant et en s'appuyant sur les besoins de la personne et en maintien ou améliorant un sentiment d'efficacité personnel et de satisfaction.

APRES 8 ANNEES D'EXERCICES :



**ASSOCIATION NATIONALE POUR LA
PROMOTION DES SOINS
SOMATIQUES EN SANTÉ MENTALE**



Le projet territorial de **santé mentale** du Rhône (69)

MAIS PAS DE FINANCEMENT POUR
DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES ANTENNES AU
NIVEAU RÉGIONAL

POUR ALLER PLUS LOIN

<https://www.schizo-oui.com/droit-des-malades/charte-generaliste-secteurs-de-psychiatrie>

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2873852/fr/commission-de-coordination-geriatrique?cid=c_2836892

«Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique» HAS -FFP-CNPP 10 06 2015

Fau, L., Gelas Ample, B. & Meunier, F. (2017). Psychiatrie et médecine générale : un futur commun ?. *L'information psychiatrique*, volume 93,(2), 107-110. doi:10.1684/ipe.2017.1594.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.pdf>

Dossier FIO 2020 2019

webconférence « Améliorer le suivi somatique : il y a urgence ! » organisée par l'ANAP le 14/10 de 12h30 à 14h00

MERCI DE VOTRE ATTENTION