



UNIVERSITÉ DE LILLE
DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022-2023

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE
AVANCÉE

MENTION : PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

Mr Georges : de l'intérêt de formaliser un parcours de soins pour une personne souffrant de schizophrénie résistante.
Une analyse critique de situation clinique.

Présenté et soutenu publiquement le 05 juillet 2023 à 17h à LILLE
Au Pôle Formation

Par Myrtille DELBASSÉE

MEMBRES DU JURY :

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier :

Madame Séverine BOUKLATA

Directrice de mémoire :

Madame Gwladys ACOULON

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

« Il faut toujours viser la Lune, car même en cas d'échec, on atterrit dans les étoiles ».

Oscar Wilde

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce mémoire signifie la fin de 2 ans de travail et de sacrifices. L'aboutissement de ce diplôme a été possible grâce à la présence et à l'aide de nombreuses personnes à qui je souhaite exprimer ma gratitude.

- ◇ A Monsieur le **Professeur François PUISIEUX**, Gériatre au CHU de Lille et Responsable universitaire de la formation menant au Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée qui me fait l'honneur de présider ce jury et son investissement pour cette nouvelle profession.
- ◇ A **Madame Séverine BOUKLATA**, enseignante infirmière qui me fait l'honneur de présider ce jury.
- ◇ A ma Directrice de mémoire **Madame Gwladys ACOULON**, Directrice des études IPA, qui a su mettre à ma disposition ses ressources, sa disponibilité, sa patience comme ses conseils judicieux pour guider mon travail et stimuler ma réflexion.
- ◇ A l'ensemble de l'**équipe pédagogique**, pour leur engagement au sein de la formation.
- ◇ A **Madame Marie-Ève GODEFFROY**, pour son écoute et sa disponibilité.
- ◇ Au **Docteur Xavier DERACHE**, Chef de Pôle du secteur 59G25 et au **Docteur Marion BERNARD**, Psychiatre en m'offrant l'opportunité de travailler avec eux en tant que future IPA.
- ◇ Au **Centre Hospitalier de Somain** pour sa confiance en m'offrant l'opportunité de faire cette formation enrichissante, en particulier à **Madame Peggy DENEFF**, Coordinatrice générale des soins.
- ◇ Au **Docteur Brigitte TILMONT**, Gériatre de m'avoir permis de faire mon stage dans votre service et pour vos précieux conseils.
- ◇ Au **Docteur Marie FONTAINE**, Psychiatre pour ta disponibilité et ta confiance.
- ◇ A mes fils, **Pierre et Charles** qui ont fait preuve de patience et de compréhension sans jamais se plaindre. Vous avez su respecter le temps dont j'avais besoin, mais aussi être présents quand je pouvais l'être. Merci mes amours.
- ◇ A mon conjoint **Fabien**, sans qui rien n'aurait été possible, malgré ses absences, a été d'un grand soutien même à distance pendant cette formation.

- ◇ A **ma maman** et **ma sœur**, qui ont toujours été là pour me soutenir et m'encourager dans mes nouveaux projets.
- ◇ A **Philippine** et **Sasha**, à qui j'ai pu accorder peu de temps pendant ces 2 années mais je vais me rattraper.
- ◇ A **Yoleine**, qui m'a encouragée pendant ces 2 années avec beaucoup de chocolats et ses multiples relectures et corrections.
- ◇ A **Juliette** pour tes messages d'encouragement.
- ◇ A **Hélène Minschaert**, Cadre de santé, pour son accompagnement pendant ces 2 ans.
- ◇ Merci aussi aux **supers nounous** d'avoir été là pour les garçons pendant les semaines à la faculté.
- ◇ A **Amed** et **Colette** pour ces heures passées à travailler les dossiers, les révisions... dans la bonne humeur et la bienveillance.
- ◇ A **Sophie**, **Marie-Cécile** et **Héloïse** pour leur soutien alors que nous étions dans la même galère.
- ◇ A **Grégory** pour ton soutien, ton écoute et ton accueil pendant cette formation. Heureusement que tu as été là pendant les périodes de doutes.
- ◇ Et enfin, à toutes les personnes que je n'ai pas forcément citées mais qui ont été présentes de près ou de loin en me soutenant pendant 2 ans avec des messages d'encouragement et des petites attentions.

GLOSSAIRE

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AMP : Aide Médico-Psychologique

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Assistante Sociale

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiels

CDS : Cadre De Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

DMS: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IEPA : Infirmière Étudiante en Pratique Avancée

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche

IPA : Infirmier en Pratique Avancée ou Infirmière en Pratique Avancée

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSM : Psychiatrie et Santé Mentale

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RPS : Réhabilitation Psychosociale

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

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

SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	B
GLOSSAIRE	D
SOMMAIRE.....	E
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
INTRODUCTION.....	2
MÉTHODE.....	28
ANALYSE ET RÉSULTATS.....	29
DISCUSSION	34
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	F
TABLE DES MATIERES.....	L
TABLE DES ILLUSTRATIONS	N

INTRODUCTION GÉNÉRALE

En perpétuelle évolution, le système de santé transforme l'offre de soins pour faire face au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques en visant un accès plus large aux soins.

La schizophrénie est une pathologie chronique qui engendre des troubles psychiques sévères et persistants. Les personnes qui en souffrent sont souvent désociabilisées. La conséquence des multiples hospitalisations occasionne l'errance et l'exclusion sociale.

La construction d'un parcours de soins harmonieux et respectueux du parcours de santé et de vie est le fil conducteur pour renforcer la coordination afin d'accompagner au mieux les personnes souffrant de schizophrénie.

Pour répondre à cette problématique, l'analyse critique de situation clinique s'intéressera à la prise en soins d'un patient souffrant de schizophrénie à sa sortie d'hospitalisation. Elle sera traitée selon la méthode du récit de situation complexe et authentique. Le but est de proposer des pistes d'amélioration dans le parcours de soins, de santé et de vie et d'agir sur les points de rupture de celui-ci.

L'accompagnement de ces patients atteints de maladies chroniques invalidantes répondent aux besoins des personnes dont la situation clinique est complexe. L'IPA est particulièrement mobilisé auprès de ces patients dont la situation est complexe pour les accompagner vers une plus grande autonomie dans la gestion de leur maladie.

INTRODUCTION

I. CADRE CONTEXTUEL

1. Contexte

Infirmière depuis 2006, j'ai débuté ma carrière en soins généraux, en addictologie et depuis 2009, j'exerce sur le pôle de psychiatrie : dans un 1^{er} temps, j'ai travaillé au sein des unités d'hospitalisation à temps complet. En 2016, j'ai intégré le CMP. Et depuis septembre 2022, je travaille sur la création et le déploiement d'une équipe de soins psychiatriques à domicile (ESPAD).

Ces différentes expériences m'ont permis d'acquérir des compétences dans la prise en soins des patients en fonction des différentes phases d'évolution de leurs troubles psychiques. J'ai pu développer mon sens de l'observation et acquérir les compétences nécessaires à la réalisation d'une analyse clinique des patients et des situations afin de proposer des soins appropriés et individualisés.

Mon expérience en psychiatrie et plus particulièrement en CMP me permet d'assurer les soins de nature préventive, curative, de dépistage, de suivi et de maintien à domicile mais aussi de réhabilitation psychosociale, en articulation avec les autres structures de soins du pôle de psychiatrie et en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

Je suis IEPA en stage dans un pôle de psychiatrie où j'ai pu être témoin d'une méconnaissance des nouvelles professions et en particulier la pratique avancée. Mon implantation a nécessité beaucoup de pédagogie envers l'équipe médicale et paramédicale afin de faire découvrir la spécificité de la pratique avancée et qu'elle peut être une nouvelle prestation dans l'offre de soins pluriprofessionnelle.

L'objectif de cette pédagogie a été d'expliquer que l'IPA peut être une ressource pour le médecin avec qui elle collabore et pour le patient qu'elle suit.

2. Présentation du lieu de la situation

Le centre hospitalier où se déroule la situation est un établissement public de santé qui dispose de plusieurs spécialités (médecine, psychiatrie, SSR : Soins de Suite et de Réadaptation, et de 4 EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes).

Le pôle de psychiatrie regroupe 18 communes. Il dispose de plusieurs lieux de soins :

- Les unités d'hospitalisation à temps pleins (30 lits)
- Les unités ambulatoires : le CMP (Centre Médico-Psychologique), le CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiels et de l'HDJ (Hôpital De Jour)
- Les appartements thérapeutiques : Unités de soins à temps complet à visée de réinsertion sociale et de réadaptation
- Un accueil familial thérapeutique

Infirmière étudiante en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale (IEPA PSM) en 2^{ème} année, j'alterne entre le CMP et le service d'hospitalisation complète.

Lorsque je suis au CMP, je réalise des consultations IPA en relais des consultations médicales en collaboration avec le médecin psychiatre.

Quand je suis dans le service d'hospitalisation complète, j'assure le suivi des patients hospitalisés, je participe aux transmissions, aux entretiens médicaux et aux réunions cliniques hebdomadaires. En collaboration avec le médecin psychiatre et l'équipe pluridisciplinaire, je coordonne le parcours des patients sortant d'hospitalisation afin de maintenir la continuité des soins et de limiter les ruptures dans le parcours de soins, de santé et de vie.

3. Récit de la situation

Je suis IEPA PSM en stage depuis 4 semaines.

Je suis interpellée par la situation de Mr Georges, alors âgé de 33 ans. Il est hospitalisé depuis plus d'un an suite à une décompensation psychotique sur un arrêt de traitement et de son suivi. Il était en rupture de soins depuis plusieurs années.

Mr Georges est atteint de schizophrénie paranoïde diagnostiquée en 2009.

Avec l'aide d'un infirmier et de l'assistante sociale, Mr Georges a trouvé un appartement sur le secteur. Son projet de sortie est un relai sur le CMP tous les 14 jours pour les injections retardes.

Devant cette situation et mon expérience en psychiatrie, je me suis questionnée sur l'avenir du patient.

Sur le pôle où j'exerce, le parcours coordonné est une priorité dans la prise en soins des patients sortant d'hospitalisation.

Dans ma pratique professionnelle, je suis particulièrement mobilisée dans la prise en soins des patients souffrant de schizophrénie dont les situations cliniques sont complexes. La désorganisation psychique perturbe leur rapport à la réalité. Ils sont souvent stigmatisés et sont exclus de la société. Les accompagner vers une plus grande autonomie dans la gestion de leur maladie est une étape cruciale et sensible de leur parcours.

Dans un 1^{er} temps, j'ai rencontré l'équipe du CMP qui avait déjà suivi Mr Georges avant qu'il n'arrête son suivi et son traitement.

Auparavant, il se présentait tous les 15 jours pour son injection retard. Il n'y avait aucun entretien infirmier ni de suivi avec le psychiatre. Le traitement était renouvelé par le médecin généraliste.

Malheureusement, le logiciel informatique de l'hôpital a été changé en 2015 et l'accès aux informations de la précédente hospitalisation et son suivi en CMP jusqu' en 2013 ne sont plus accessibles.

L'équipe actuelle de l'unité d'hospitalisation n'était pas présente en 2009. L'équipe du CMP connaît un peu le patient mais n'ayant plus accès à son ancien dossier, je récolte que très peu d'informations.

En accord avec le médecin psychiatre et le patient, je réalise une anamnèse avec Mr Georges pour connaître son histoire de vie. Cette 1^{ère} étape me permet d'établir une relation de confiance avec le patient nécessaire pour créer une alliance thérapeutique et favoriser la construction de son parcours de soins.

4. Anamnèse

Monsieur Georges est célibataire et sans emploi.

Il est fils unique.

Parcours professionnel :

Mr Georges a travaillé dans des restaurants en faisant des extras après ses études de cuisinier-serveur à Tournai.

Pendant 18 mois, il a travaillé à l'hôpital de Tournai comme cuisinier.

Il a fait une formation de bucheron dans les Ardennes et a fait quelques missions. Il s'est installé comme auto-entrepreneur en vendant le bois sur les terrains de ses parents et ses grands-parents.

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Adénoïdectomie

Intervention chirurgicale au niveau des testicules

AVP non médicalisé

Ulcère gastrique

Toxicomanie sevrée

Alcoolisme sevré

Allergie pollen et pénicilline

Antécédents familiaux :

Une dépression chez la mère

Histoire de la maladie :

On note une 1^{ère} hospitalisation en 2009 en psychiatrie suite à une première décompensation après avoir vécu plus de deux ans dans la rue. On retrouve une consommation de stupéfiants pendant plusieurs années.

A la sortie, il a été hébergé par sa grand-mère maternelle. Un suivi au CMP du secteur a été débuté.

En 2013, sa grand-mère maternelle est décédée et Mr Georges a vécu seul dans la maison familiale. Les relations avec ses parents ont toujours été compliquées depuis l'adolescence. Il avait alors arrêté son suivi et son traitement. Il a recommencé ses consommations de stupéfiants et d'alcool.

Mr Georges reste évasif sur la période de sa vie qui s'étend de 2013 à 2021. Il évoque une relation amoureuse qui s'est mal terminée. Il avoue avoir été violent physiquement et verbalement avec sa compagne, ce qui aurait provoqué la rupture de leur relation. Il se décrit comme très solitaire. Il n'a plus de contacts avec le reste de sa famille depuis qu'il a vécu dans la rue. Il n'avait que des amis de « consommation ».

Il évoque d'importantes consommations de substances psychoactives et d'alcool, des périodes d'errance et beaucoup de conflits avec ses parents après le décès de sa grand-mère. Elle était très présente après sa première hospitalisation et l'emmenait aux RDV pour les injections retard.

La disparition de sa grand-mère a eu comme conséquence une rupture dans le parcours de soins. Il n'a pas repris contact avec le service psychiatrie pendant cette période. Il n'a jamais été suivi pour ses addictions.

En décembre 2021, Mr Georges a été hospitalisé en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État (SPDRE) dans un contexte de décompensation psychotique et passage à l'acte hétéro-agressif à la hache avorté envers ses parents. L'agression s'est produite dans un contexte de délire de filiation.

L'hospitalisation et la réintroduction du traitement a permis une amélioration clinique et les soins sous contrainte ont pu être levés en mars 2022.

Depuis son hospitalisation, il n'a plus de contacts avec ses parents. L'équipe a proposé de les rencontrer mais ils ont toujours refusé. Durant l'hospitalisation, Mr Georges n'a reçu aucune visite.

En avril 2022, en préparation de sa sortie, un accompagnement social a été proposé à Mr Georges. Il a été sollicité pour trouver un logement meublé. Mais rien de plus n'a été mis en place pour l'accompagner par ailleurs. Quelques jours après son emménagement, il a présenté de nouveaux éléments de persécution envers le voisinage et a demandé à réintégrer le service. Il s'isole beaucoup, passe ses journées dans sa chambre. Il sort uniquement pour les repas et fumer ses cigarettes. Il ne participe pas aux activités proposées par le service qui consistent à des parties de Scrabble.

Il passe ses journées à regarder des vieux films sur son téléphone portable.

Après cette 1^{ère} tentative de sortie, l'équipe a proposé l'intégration des appartements thérapeutiques afin d'évaluer son autonomie. Mr Georges a refusé. Il ne supporte pas la vie en collectivité.

Devant une nouvelle amélioration clinique grâce à une réadaptation de traitement et à sa demande, Mr Georges a été aidé par l'équipe pluridisciplinaire pour trouver un logement et l'accompagner dans ses démarches administratives (APL, contrat d'électricité, assurances...).

Traitement :

CLOPIXOL® AP 200mg/ml : 1 ampoule tous les 14 jours

LEPTICUR® 10 mg : 1 comprimé par jour

PANTOPRAZOLE® 40 mg : 1 comprimé par jour

GAVISCON ® suspension buvable : 1 sachet 3 fois par jour si besoin

Revenus :

Mr Georges touche l'Allocation Adulte Handicapé depuis Avril 2022. Il a une reconnaissance de 50% à 80%. Il ne bénéficie pas de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) demandée ni de SAMSAH.

Il n'a pas de mesure de protection. Il gère son budget seul.

Loisirs :

Les vieux films.

II. CADRE THÉORIQUE

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et le vieillissement de la population combinées à la crise de la démographie médicale actuelle sont des enjeux majeurs du système de santé en France. L'objectif est de garantir un accès plus large aux soins et d'assurer une continuité et une cohérence dans le parcours de soins, de santé et de vie aux personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes, handicapées et aux personnes âgées dépendantes.

L'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques sont des situations cliniques complexes.

Depuis les années 70, le terme de complexité a influencé les champs de la santé et du social mais aujourd'hui elle est plus ciblée dans les soins infirmiers. Elle est apparue dans les sciences infirmières comme le paradigme de l'intégration et celui de la transformation. Dans le domaine des soins, les termes « complexes » et « complexité » sont couramment utilisés et ont influencé les champs de la santé et du social. Dans les soins, la complexité est souvent définie par graduation (complexité/sévérité), par association (complexité/fragilités ou vulnérabilités ou comorbidités) ou par opposition (complexité/simplicité) (BUSNEL Catherine et al., 2020).

L'HAS a défini la situation complexe « comme une situation pour laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économique sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état » (Loi MNSS - Parcours de santé complexes - relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, 2016).

Ces nouveaux enjeux du système de santé garantissent une construction cohérente du parcours de soins en respectant le parcours de santé et de vie.

L'accompagnement dans la construction du parcours de soins peut être décrit selon plusieurs niveaux dans l'organisation des soins (SANTELLI Emmanuelle, 2019) :

- Le niveau MACRO comprend les décisions du gouvernement avec les organisations et le financement du système de santé.
- Le niveau MESO comprend l'institution, le réseau, les partenaires, les soins primaires, etc.
- Le niveau MICRO comprend le service de soins, l'équipe pluridisciplinaire.
- Le niveau NANO est le patient et son environnement.

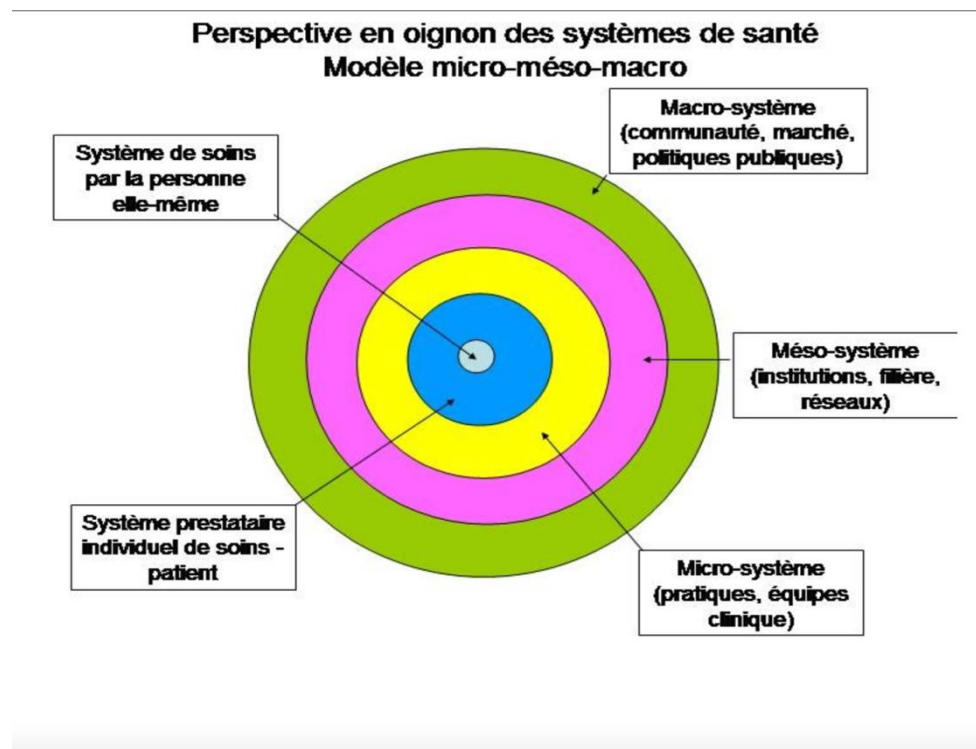


Figure 1: Les différents niveaux d'organisation du système de santé (Cadre Canadien d'analyse des incidents, 2012)

Dans la situation clinique, Mr Georges bénéficie de l'AAH depuis quelques mois mais il n'y a pas eu de demande de RQTH ni de SAMSAH.

L'AAH est « une aide financière qui garantit aux personnes handicapées un revenu minimal d'existence pour faire face aux dépenses de la vie courante » (Mon Parcours Handicap, 2023).

La RQTH est « une décision administrative qui permet d'obtenir des aides matérielles et financières » (Mon Parcours Handicap, 2021).

Le SAMSAH est le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés. C'est un dispositif médico-social qui s'adresse à des adultes en situation de handicap, vivant de manière autonome mais ayant besoin d'accompagnement dans leur vie quotidienne et de soutien pour l'accès et le maintien dans les soins psychiatriques et/ou somatiques (PSYCOM, 2020).

III. CADRE LÉGISLATIF

De la loi Kouchner du 04 mars 2002 (Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002) à la loi du 26 janvier 2016 (Loi de modernisation de notre système de santé, 2016), la législation et la politique dans le domaine de la santé sont en perpétuelle évolution. La transformation du système de santé a permis de définir la pratique avancée des professionnels de santé paramédicaux (Loi MNSS - Parcours de santé complexes - relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, 2016).

Face aux défis de l'organisation du système de santé, notamment l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, les inégalités territoriales et le vieillissement de la population, la stratégie « Ma Santé 2022 » vise un accès plus large aux soins (ARS, 2021).

La stratégie nationale de santé (ARS, 2018a) comporte 4 axes :

- Mise en place d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

La loi de modernisation de notre système de santé (Loi de modernisation de notre système de santé, 2016) a aussi introduit les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM). Ils s'inscrivent en cohérence avec la stratégie nationale de santé (ARS, 2021).

Le 1^{er} objectif des PTSM est la réorganisation de la santé mentale et la psychiatrie sur un territoire afin de favoriser une coordination des prises en soins de proximité et de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Les 6 grandes priorités des PTSM (Projet territorial de santé mentale, 2017) :

- « Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.
- Le parcours de soins, de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale.
- L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.
- Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.
- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale ».

« La mise en œuvre des PTSM implique de nouveaux modes d'organisation des soins et de l'accompagnement des personnes concernées, auxquels les réponses ambulatoires actuelles sont peu adaptées. D'où l'émergence de dispositifs innovants, qui dépassent les frontières des structures existantes » (FARCY Nadine et al., 2021).

La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie (MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, 2018) s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé. Ses objectifs s'articulent autour de 3 axes :

- Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide.
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité.
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Les personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants comme la schizophrénie sont souvent désociabilisées avec une rupture des liens familiaux et sociaux (HAS, 2015).

Ils souffrent d'une perte de capacité à entreprendre, à vivre dans un logement autonome et un grand isolement. Leur rapport à la réalité les empêche de tenir un emploi et à réaliser les actes de la vie quotidienne. Ces effets conjugués à la stigmatisation et à des hospitalisations prolongées et répétées en psychiatrie amènent fréquemment à l'errance et à l'exclusion sociale (CONSTANTIN et al., 2014).

La mise en place d'un parcours est le fil conducteur pour renforcer la coordination afin d'accompagner au mieux les personnes souffrant de troubles psychiques (MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, 2022).

Les 2 nouveaux Décrets sur les conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie et des conditions techniques de fonctionnement (Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie, 2022; Décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie, 2022) ont pour objectif de :

- Renforcer sur un même territoire, les coopérations entre acteurs.
- Renforcer la qualité et la sécurité des pratiques et des soins en psychiatrie.
- Clarifier la cohérence des prises en soins grâce à la réforme du financement de la psychiatrie.
- L'amélioration des parcours et l'accessibilité aux soins (SANTE MENTALE, 2022).

Les parcours sont nécessaires dans la progression des maladies chroniques et des situations de perte d'autonomie. La coordination des parcours de soins, de santé et de vie est fondamentale pour la préparation de la sortie du patient souffrant de troubles psychiques. L'articulation entre les partenaires nécessite d'être adaptée à la situation de chaque patient et permet d'assurer une continuité dans le parcours de soins afin de maintenir le parcours de santé et de vie (HAS, 2022).

La coordination a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en soins des patients atteints de troubles psychiques. L'enjeu est la construction d'un dispositif ressource et une synergie entre soins et accompagnement afin d'améliorer la qualité de vie des patients (HAS, 2018b, 2018a).

IV. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre contextuel a décrit la prise en soins d'un patient souffrant de schizophrénie. L'objectif du cadre conceptuel est de présenter la maladie et certains concepts qui seront mobilisés dans l'analyse de cette situation et la discussion de ce travail.

A. La schizophrénie

1. Histoire de la schizophrénie

Le terme de schizophrénie émerge au XIX^{ème} siècle. Initialement, la schizophrénie a été présentée comme une démence précoce (*Dementia proecox*) lors des 5^{ème} et 6^{ème} Éditions du Traité de psychiatrie par le psychiatre Emil Kraepelin (1856-1926). Cette démence précoce peut présenter 3 formes : hébéphrénique, catatonique et paranoïde.

Le psychiatre suisse Eugen Bleuler (1857-1939) a présenté sa propre conception de la démence précoce en proposant le terme de schizophrénie le 24 avril 1908 lors du Congrès annuel de l'Association allemande de psychiatrie. Il a conclu que le mécanisme de la démence précoce est un dysfonctionnement de la fonction associative et provoque une scission des fonctions psychiques. D'où sa proposition du néologisme « schizophrénie » du grec « division de l'esprit » (BOTTERO, 2010).

2. Épidémiologie

Selon l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche) (KREBS Marie-Odile & INSERM, 2020), la schizophrénie touche environ 0,7 à 1% de la population mondiale. En France, 600 000 personnes sont concernées. Elle se déclare entre 15 et 25 ans. Un patient sur deux fera au moins une tentative de suicide (10% en décèdent). L'usage régulier de cannabis avant 18 ans multiplie par 2 le risque de schizophrénie.

L'OMS (Organisation mondiale de la santé) (OMS, 2022a) classe la schizophrénie dans le groupe des 10 maladies entraînant le plus d'invalidité.

Elle touche autant les hommes que les femmes mais est plus précoce et invalidante chez les hommes.

3. Sémiologie

La schizophrénie se caractérise par 3 grands syndromes (COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES EN PSYCHIATRIE et al., 2020) :

- Le syndrome positif : les symptômes sont les idées délirantes et les hallucinations.
- Le syndrome de désorganisation : les symptômes sont cognitifs, affectifs et comportementaux (rires immotivés, néologisme, contact froid et un maniérisme gestuel).
- Le syndrome négatif : les symptômes sont un émoussement des affects, une pauvreté du discours ou alogie, une aboulie et un retrait social.

4. Diagnostic

Les critères diagnostiques selon le DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015) sont :

- La présence minimum de 2 syndromes au cours d'une période d'un mois.
- Des répercussions dans un domaine majeur (travail, hygiène, relation, ...).
- Un trouble dépressif, bipolaire ou schizoaffectif.
- Et l'absence d'un effet physiologique d'une substance psychoactive.

5. Facteurs de risque de la schizophrénie

Pendant des années, la schizophrénie était considérée comme une maladie génétique. Les recherches scientifiques ont permis d'identifier le rôle des facteurs de risque environnementaux. Le cannabis, l'urbanisme, les traumatismes infantiles, la migration, les complications obstétricales et les facteurs psychosociaux ont été associées au risque de survenue des troubles schizophréniques. La connaissance des facteurs de risque est indispensable pour adapter l'offre de soins et la prévention (VILAIN Jeanne et al., 2013).

6. Comorbidités

Chez les personnes atteintes de schizophrénie, l'espérance de vie est réduite du fait des pathologies médicales associées. En effet, elles sont prédisposées à certaines maladies

somatiques en raison des addictions souvent associées aux troubles psychiques et des effets secondaires des traitements psychiatriques (diabète, trouble du syndrome métabolique, obésité, etc.). Les difficultés d'accès aux soins (précarité, désorganisation, stigmatisation, etc.) ne facilitent pas le diagnostic et compliquent la prise en soins de leurs pathologies somatiques. Les comorbidités avec des symptômes thymiques ou un épisode dépressif caractérisé post psychotique sont de plus en plus associés à la schizophrénie (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015) (FARCY Nadine et al., 2021).

7. La prise en soins de la schizophrénie

La prise en soins de la schizophrénie (COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES EN PSYCHIATRIE et al., 2020) repose sur :

- Le traitement antipsychotique : il doit être approprié à la phase aiguë et au long terme.
- Le traitement des comorbidités : comme le trouble de l'humeur, un épisode dépressif caractérisé ou des troubles métaboliques, l'évaluation du risque suicidaire, la prévention des rechutes.
- La réhabilitation psychosociale : « qui désigne des pratiques et une posture qui promeuvent les capacités à décider et à agir des personnes ayant des troubles mentaux sévères. Elle a pour enjeu de favoriser le rétablissement personnel et l'inclusion sociale de ces personnes, en tenant compte de la nature et de la complexité de leurs difficultés et de leurs besoins »(FRANCK Nicolas, 2018).

8. Évolution

L'évolution est variable mais généralement chronique. Les épisodes psychotiques sont plus ou moins espacés mais favorisés par des facteurs de stress (deuil, rupture, consommation de substances psychoactives, ...). La maladie se stabilise généralement après 2 à 5 ans d'évolution (COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES EN PSYCHIATRIE et al., 2020).



POINTS CLEFS

La prévalence de la schizophrénie est estimée entre **0.6 et 1 %**.

La maladie débute classiquement chez le grand adolescent ou **l'adulte jeune entre 15 et 25 ans**.

Le mode de début peut être **aigu** ou **insidieux**.

Le diagnostic de schizophrénie est clinique.

La schizophrénie se caractérise par trois grands syndromes : le **syndrome positif** (idées délirantes et hallucinations), le **syndrome de désorganisation** (cognitif, affectif et comportemental) et le **syndrome négatif** (cognitif, affectif et comportemental), auxquels s'ajoutent des altérations cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives, etc.).

Les idées délirantes se caractérisent par leur thème, mécanisme, systématisation, adhésion, et retentissement émotionnel et comportemental.

L'évolution de la schizophrénie est chronique. L'espérance de vie est diminuée, principalement en raison des comorbidités (notamment les maladies cardiovasculaires) et des suicides.

La prise en charge repose sur un traitement pharmacologique **antipsychotique**, le traitement des comorbidités et la **réhabilitation psycho-sociale** (psycho-éducation, thérapie cognitivo-comportementale, remédiation cognitive et réadaptation psychosociale).

Figure 2: La schizophrénie (COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES EN PSYCHIATRIE et al., 2020)

9. Les troubles psychiques et les soins psychiatriques sans consentement

Comme décrit dans le cadre contextuel, le patient a bénéficié d'une mesure de soins sous contraintes.

Les personnes souffrant de troubles psychiques non stabilisés sont susceptibles de se voir imposer des soins sans leur consentement.

« Le dispositif des soins sans consentement permet de dispenser les soins nécessaires aux patients qui n'ont pas conscience de leurs troubles mentaux ni de leur besoin impératif de soins ». La loi prévoit les conditions qui garantissent la protection des droits et libertés de la personne (Les soins psychiatriques, 2011).

4 conditions doivent être réunies :

- La présence de troubles mentaux
- L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins
- La nécessité de soins immédiats
- Une surveillance médicale constante ou régulière

Ils existent différents modes d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie (LOI relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, 2013):

- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) : les 4 conditions doivent être réunies et la demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Grâce aux deux certificats médicaux (CM) décrivant les faits et les événements impliquant une hospitalisation, le directeur de l'établissement prononce l'admission. Le premier CM est obligatoirement établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.
- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) : les conditions sont les mêmes. Le directeur d'établissement peut prononcer la demande d'admission à la demande d'un tiers lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade et un seul CM suffit.
- Les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : cette situation s'applique quand il n'y a pas de tiers susceptible de déclencher la procédure et il existe un péril imminent pour la santé de la personne. Un seul CM suffit mais doit être circonstancié.

Dans la situation présentée, le patient a été hospitalisé en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE). Un arrêté est prononcé par le représentant de l'État dans le département au vu d'un CM circonstancié décrivant les troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public.

Grâce à la construction de l'alliance thérapeutique avec le patient, l'objectif sera de faire évoluer les soins sans consentement vers des soins librement consentis.

10. La question éthique dans les soins psychiatriques sans consentement

Les soins en psychiatrie suscitent souvent des situations qui génèrent des discussions de déontologie, de droit, de morale et d'éthique puisque les soins non consentis y sont possibles. La pratique de la réflexion éthique est primordiale dans les soins psychiatriques.

Les patients atteints de schizophrénie en situation de crise sont dépourvus de discernement qui ne leur permettent pas de donner leur consentement aux soins (Ascodocpsy, 2016).

Les lois en psychiatrie visent à s'assurer que les patients bénéficient des mêmes droits que tout individu : à savoir le renforcement des droits des patients et l'information sur leur maladie et leurs droits (Modalités de soins psychiatriques, 2011).

B. Les concepts en sciences infirmières dans le parcours de soins, de santé et de vie

Selon T. Psiuk, « les soins infirmiers représentent une réalité complexe située au point de convergence des sciences médicales, des sciences humaines et des sciences de l'éducation. Le patient tient une place centrale comme personne unique, capable de penser, de vivre des émotions, de faire des choix et d'agir. La pertinence d'un projet de soins adapté à chaque personne pose la question de la formalisation d'un raisonnement clinique qui part du patient, conduit l'infirmière dans des champs de connaissances variés et l'oblige à utiliser une méthodologie de problématisation avant d'entrer dans la démarche de résolution de problème » (PSIUK Thérèse, 2010).

Dans cette analyse, certains concepts seront mobilisés au quotidien dans la prise en soins, tant pour le soignant que pour le soigné. Tout ceci est possible notamment grâce au recueil de données qui permet au soignant d'apprendre à observer et d'avoir un regard sur l'autre. Les concepts en soins constituent la base de la discipline infirmière (PAILLARD Christine, 2021).

1. De la collaboration à la coordination du parcours de soins, de santé et de vie

Pour répondre aux nouveaux enjeux du système de santé, la collaboration interprofessionnelle est nécessaire face aux besoins des patients dont la situation clinique est complexe. La démarche collaborative est un travail entre plusieurs professionnels d'origine différente avec un objectif commun la meilleure qualité des soins (HAS, 2008).

Le principe de coopération est à son tour nécessaire pour inscrire les actions dans un accompagnement cohérent.

L'article 51 de la loi HPST (Loi HPST, 2009) met en place le principe des coopérations entre professionnels de santé. « Les coopérations consistent en des transferts d'activités ou d'actes de soins voire en une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients ».

Ces coopérations permettent la participation de plusieurs individus vers un projet commun (PAILLARD Christine, 2021).

L'évolution du système de santé a permis d'innover dans les nouvelles formes de coopération dans le but de reconnaître les pratiques de coopération entre professionnels de santé, de mieux organiser la prise en soin des patients et améliorer la qualité des soins (HAS, 2008).

En général, la coopération est temporaire et le but poursuivi est l'autonomisation de la personne soignée. La coopération est souvent ponctuelle et informelle. Elle implique peu de professionnels. Dans les situations complexes, il est nécessaire de renforcer les interactions (HAS, 2018b).

C'est la coordination coopérative qui doit former le socle du parcours de soins, de santé et de vie et ses modalités doivent s'adapter selon la complexité des situations (MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, 2012).

« C'est dans la logique des parcours de soins que la coordination s'inscrit dans une volonté d'éviter des actes infirmiers isolés et de formaliser des actions collaboratives entre l'hôpital, la ville, les professionnels en santé autour des trajectoires des personnes soignées » (PAILLARD Christine, 2021).

La coordination des soins est une coopération entre les professionnels de santé et les structures pour organiser une meilleure prise en soins des patients en situation complexe. En effet la coordination des soins est un enjeu majeur qui permet de mieux synchroniser les prises en soins (MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, 2012).

La coordination des soins permet d'articuler les ressources et les acteurs de santé et le décloisonnement du système de santé (ARS, 2018b).

La collaboration, la coopération et la coordination des soins s'intègrent dans le parcours de soins, de santé et de vie afin de garantir une prise en soins efficace (HAS, 2018b) afin de :

- Promouvoir les prises en soins en équipe pluridisciplinaire.
- Personnaliser la prise en charge selon les besoins du patient.
- Favoriser l'éducation thérapeutique.
- Permettre l'intégration des services sanitaires et sociaux.
- Assurer l'efficacité du système de santé.

L'intégration des partenaires est indispensable dès le début de la prise en soins dans le but d'assurer la continuité des soins et améliorer la qualité et la sécurité des soins du patient (CHASSAGNOUX Anne et al., 2022).

2. La continuité des soins et le réseau de soins

La continuité des soins est un concept clé permettant de renforcer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

« C'est la relation établie avec une personne soignée devant suivre un traitement. Cette relation implique la transmission des données historiques du patient qui relève encore du contexte médical (rechute, incidents liés au traitement, etc.) pour aller vers une autre structure (domicile, centre, etc.) (FORMANIER & JOVIC, 2012).

Selon l'OMS, la continuité des soins est définie comme la capacité des organisations à délivrer les soins appropriés au bon moment (OMS, 2021).

Le concept de réseau de soins a pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres sur un territoire donné autour des besoins des personnes. Il vise à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité (HUE, 2012).

3. La relation soignant-soigné

En psychiatrie, la relation soignant-soigné constitue le cœur du métier des soignants. Cette relation a pour but d'aider et soutenir la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie.

Pour les personnes atteintes de schizophrénie, le symptôme commun à cette maladie est la méfiance qui complique la communication et la relation avec les soignants. Le dévoilement des difficultés ou des symptômes est essentiel dans la mise en place d'un lien thérapeutique (JACQUES Marie-Claude et al., 2016).

Du fait de la désorganisation psychique et des carences que peut présenter un patient atteint de schizophrénie, la relation soignant-soigné permet d'aider à la compliance qui repose sur une alliance entre patient et soignant. Cette relation aide à une meilleure gestion du quotidien pour accéder au meilleur niveau d'autonomie en réduisant le risque de repli et d'isolement. Cette démarche favorise le choix du traitement adapté, les temps d'évaluation et de ses effets indésirables.

Enfin, la relation soignant-soigné est un soutien psychologique nécessaire à l'alliance thérapeutique et contribue au rétablissement.

4. L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est importante dans la prise en soins en psychiatrie et constitue le socle de la relation de soins (PHANEUF Margot, 2016).

Elle peut se définir comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés ». Elle comporte 4 aspects fondamentaux : la négociation, la mutualité, la confiance et l'acceptation. (MATEO, 2012).

L'alliance thérapeutique permet l'adhésion du patient afin qu'il puisse s'approprier les soins. L'objectif est de rechercher l'implication et considérer le patient comme un acteur déterminant (PHANEUF Margot, 2016). Idéalement, elle s'instaure dès l'hospitalisation pour assurer la cohérence des soins et un suivi de qualité.

L'objectif va être de développer des stratégies afin d'accompagner le patient dans l'appropriation de sa maladie et de ses soins et promouvoir l'innovation en exerçant un leadership clinique (CHASSAGNOUX Anne et al., 2022).

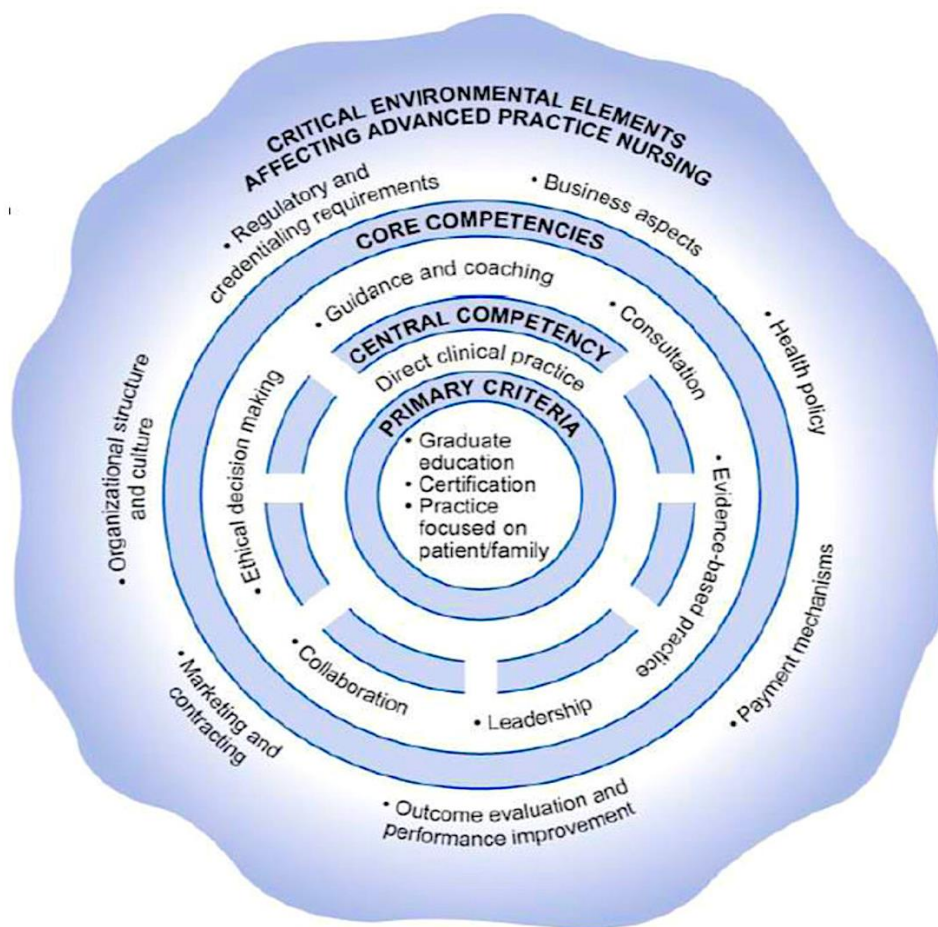
5. Le leadership clinique

La définition est « la capacité d'un individu à mener ou conduire d'autres individus ou organisations dans le but d'atteindre certains objectifs. On dira alors qu'un leader est quelqu'un qui est capable de guider, d'influencer et d'inspirer » (Université de Sherbrooke, s. d.).

La pratique avancée a été modélisée par Ann Hamric selon 7 compétences (HAMRIC Ann B et al., 2013):

- La pratique clinique
- La consultation
- L'expertise et le conseil
- L'éthique
- La recherche
- La collaboration
- Le leadership

La pratique du leadership clinique a pour but le décloisonnement et la réorganisation des soins (ARS, 2021). Afin de faciliter une prise en soin optimale, le leadership permet de favoriser la coordination entre les différents acteurs du parcours de soins, de santé et de vie.



Hamric's integrative model of APN [17].

Figure 3: Compétences de l'IPA (HAMRIC Ann B et al., 2013)

Grâce à sa pratique clinique, l'IPA promeut les valeurs de soins. En collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle, elle accompagne au changement des pratiques professionnelles. Le but est de composer avec les besoins de chacun, savoir individualiser et utiliser les compétences des personnes (CHASSAGNOUX Anne et al., 2022).

6. La pratique avancée

La pratique avancée vise à répondre aux nouveaux enjeux de santé publique d'un système de santé en mutation (RAIMONDEAU Jacques & MARIN Philippe, 2020) :

- L'augmentation du nombre de patients atteints de maladie chroniques
- Le vieillissement de la population et les progrès médicaux
- Le virage ambulatoire

- La place centrale du parcours de santé.

La priorité donnée à la pratique avancée est un rôle pivot dans la prise en soins holistique.

La pratique avancée (Décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, 2018) émerge suite à la transformation des soins primaires, face à l'accroissement des besoins et les inégalités en santé, des pathologies chroniques et des manques de prise en soins.

« Un infirmier qui exerce en pratique avancée est un infirmier diplômé qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire 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 sera autorisé à exercer » (*Selon la définition du Conseil International des Infirmiers*) (ICN, 2008).

Pratique avancée: un concept, des activités

(adapté de Hamric, 2008)



Figure 4: Pratique avancée: un concept, des activités (HAMRIC Ann B et al., 2013)

7. L'IPA et le cadre de santé : la cohabitation entre le leadership clinique et le leadership managérial dans le parcours

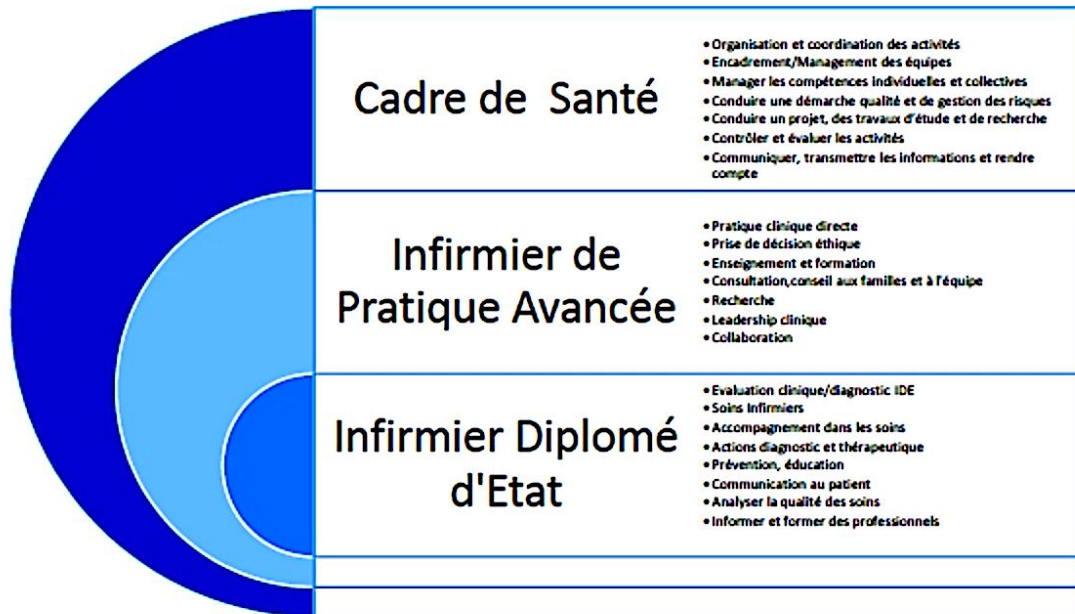


Figure 5: Positionnement de l'IPA dans la filière infirmière (ESPACE INFIRMIER, s. d.).

Depuis l'émergence de la pratique avancée, la collaboration entre le cadre de santé (CDS) et l'IPA nécessite une répartition des rôles de chacun dans la pratique soignante de façon efficace et pertinente.

Le CDS organise et coordonne les activités paramédicales pour répondre aux besoins des patients et de leur entourage. On parle de leadership managérial (MANGEONJEAN Francis, 2019).

Les principales missions du CDS (Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, 1995):

- La conception, la mise en œuvre et l'organisation d'un projet médical
- L'animation et l'encadrement des équipes
- L'organisation des actes de soins et paramédicaux. La gestion, la coordination et la planification de l'activité
- Le contrôle et l'évaluation de la qualité des activités du service
- La formation, le développement et le transfert des compétences
- La coordination des activités avec les autres services.

L'IPA organise et coordonne le parcours du patient en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, les partenaires, le réseau, etc. Elle exerce un leadership clinique (DEBOUT Christophe, 2019).

Le point commun est la prise en soins de qualité dispensés aux patients.

Le CDS peut être aussi facilitateur de réussite de l'implantation de l'IPA.

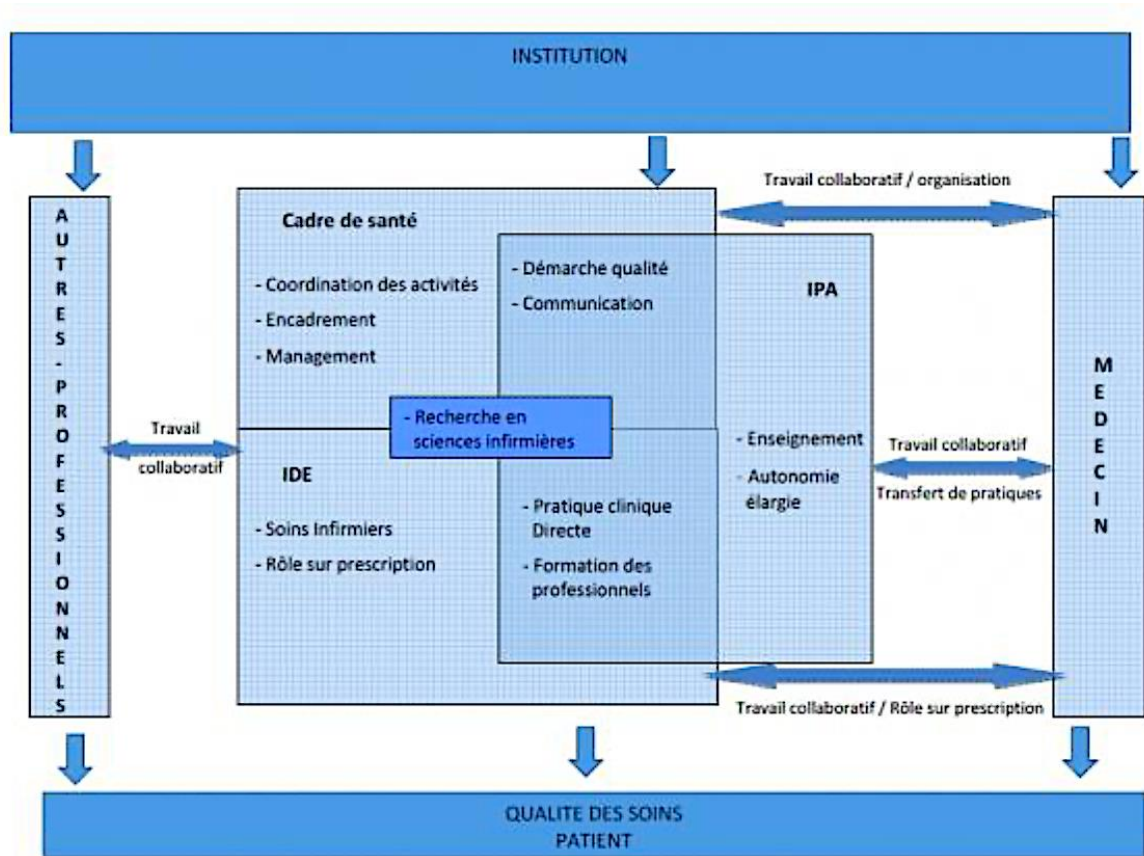


Figure 6: Intégration de l'IPA dans un service de soins hospitalier (ARS, 2019)

8. Le parcours de soins, de santé et de vie

Histoire du parcours de soins

L'ordonnance du 24 avril 1996 (Réforme de l'hospitalisation publique et privée, 1996) a modifié l'organisation du système de santé français avec la création des nouveaux modes de coopération sanitaire.

La Loi du 13 août 2004 (Loi relative aux libertés et responsabilités locales, 2004) relative à l'assurance maladie a mis en place les parcours de soins coordonnés. Dans un objectif de rationalisation des soins, il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré.

Cette nouvelle réforme a permis de rationaliser les dépenses en maintenant la qualité de l'offre de soins. L'organisation du parcours de soins a mis en évidence l'importance d'une coordination avec les différents intervenants dans la prise en soins du patient.

La Loi HPST (Loi HPST, 2009) permet le renforcement dans le parcours de soins et favorise la permanence des soins.

La Loi de 2016 (Loi de modernisation de notre système de santé, 2016) renforce la modernisation du système de santé autour de 3 orientations mais en particulier la réorganisation autour des soins de proximité autour du médecin généraliste.

Afin de construire une prise en soin globale et coordonnée, le parcours de soins a su intégrer de nouvelles notions : le parcours de santé et le parcours de vie (ARS, 2018b).

« Le parcours de santé articule les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile. »

« Le parcours de soins permet l'accès aux consultations de 1^{er} recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non, hospitalisation à domicile, soins de suite et réadaptation, unité de soins de longue durée et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. »

« Le parcours de vie envisage la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement, ... » (MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, 2016).

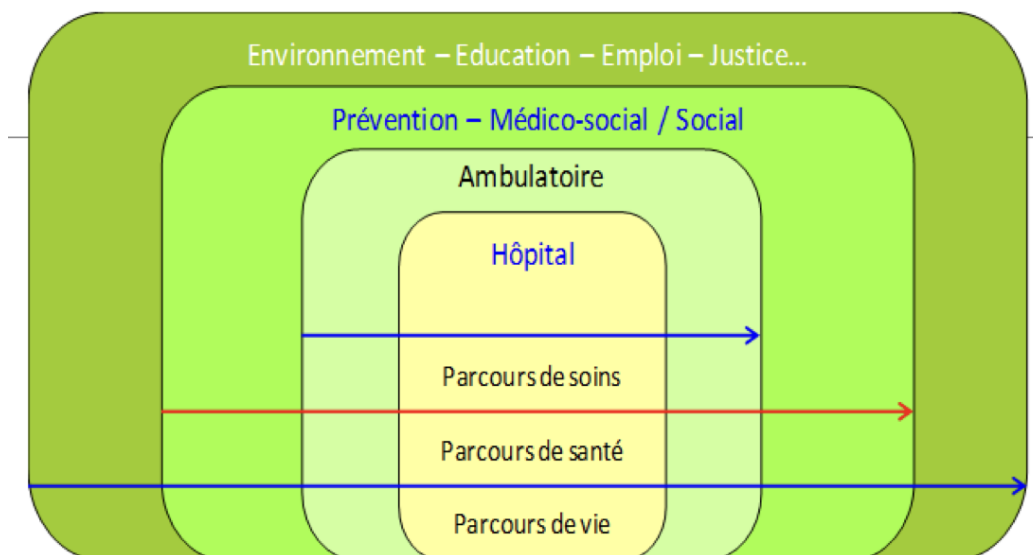


Figure 7: Schéma du parcours de soins, de santé et de vie (MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, 2016)

Concept du parcours de soins

Le parcours répond à l'évolution du système de santé et à la progression des maladies chroniques (ARS, 2018b).

« L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur la promotion de parcours de soins qui comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations actes techniques ou biologiques, traitements, La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme » (FORMANIER & JOVIC, 2012).

Pourquoi la construction d'un parcours de soins ?

La schizophrénie est une maladie chronique nécessitant des traitements complexes. Ces thérapies médicamenteuses aux effets secondaires multiples favorisent des comorbidités. Le patient souffrant de schizophrénie perd 15 ans d'espérance de vie (OMS, 2022b). Malheureusement, l'accès aux soins reste précaire.

On peut retrouver des similitudes au niveau des traitements et comorbidités chez les personnes prises en soins pour un cancer (BUBROVSZKY Maxime, 2019). L'organisation des soins favorisent le maintien de la qualité de vie et de gain d'espérance de vie (Institut National du Cancer, 2021).

D'où l'intérêt de l'élaboration d'un parcours de soins en psychiatrie en particulier pour un patient souffrant de schizophrénie afin d'améliorer son parcours de santé et de vie.

V. PROBLÉMATIQUE

Dans les pratiques de l'équipe soignante, il n'y a pas vraiment de préparation pour la sortie d'hospitalisation d'un patient.

J'ai pu constater une méconnaissance des offres de soins disponibles sur le territoire et comment améliorer la trajectoire de ce patient.

Cette situation clinique m'a incité à réfléchir sur comment améliorer l'accompagnement de Mr Georges afin de diminuer le risque de rupture de soins à sa sortie d'hospitalisation.

VI. QUESTIONNEMENT

En quoi la formalisation d'un parcours de soins intégrant les partenaires et le réseau pourrait avoir un impact sur la qualité des soins prodigués au patient souffrant de schizophrénie ?

MÉTHODE

Cette analyse critique de situation clinique est une réflexion sur une situation vécue lors d'un stage dans un établissement de santé.

Elle se présente sous forme de récit de situation complexe et authentique (RSCA). Il permet de faire l'apprentissage d'un savoir agir susceptible d'apporter une ou plusieurs réponses à une problématique rencontrée (TAHA Anas, 2021).

Le récit relate l'accompagnement d'une personne souffrant de schizophrénie dans l'amélioration de son parcours de soins afin de l'harmoniser avec son parcours de santé et de vie.

L'analyse critique consiste à décomposer une situation.

C'est un outil méthodologique qui permet :

- De mieux cerner les buts et les attentes
- D'évaluer la situation clinique
- De prendre des décisions
- De justifier les conclusions

Pour la recherche bibliographique, j'ai procédé à des recherches sur les applications fournies par la fac et Google Scholar. J'ai recherché les connaissances actuelles à l'échelle (inter)nationale avec les mots clés « parcours » ; « parcours » + « soins » + « santé » + « vie ». Les cours dispensés pendant la formation ont été une source d'inspiration mais aussi les échanges avec ma directrice de mémoire et les étudiants de ma promotion.

A l'issu de ces lectures, et à partir de mes connaissance théoriques et expérientielles, des concepts connexes ont été identifiés comme pertinents par leur fréquence d'apparition, me permettant de définir les cadres théorique, législatif et conceptuel figurant dans l'introduction.

L'analyse permettrait d'identifier des pistes d'amélioration dans le parcours de soins, de santé et de vie du patient atteint de schizophrénie.

Les concepts développés dans l'introduction seront mobilisés dans la situation de Mr Georges. L'objectif de cette réflexion est de déterminer l'intérêt d'une formalisation d'un parcours de soins intégrant les partenaires et le réseau qui impacterait sur la qualité des soins prodigués.

ANALYSE ET RÉSULTATS

I. La schizophrénie : une pathologie chronique

Dans la situation, Mr Georges souffre de schizophrénie qui est une pathologie chronique engendrant des troubles psychiques sévères et persistants.

Le retentissement fonctionnel de sa maladie s'exprime notamment par une désocialisation et une rupture des liens familiaux. Son parcours de vie lui-même est ponctué de nombreuses ruptures (avec ses parents, le décès de sa grand-mère, sa compagne, l'obligation de soins, la perte de son logement notamment).

Ainsi, sa vie est marquée par des périodes d'errance et d'exclusion sociale.

II. Le risque de rupture de soins à la sortie d'hospitalisation

Comme il a été énoncé en introduction, le manque de cohérence dans le parcours coordonné augmente le risque de rupture de soins.

Dans la situation de Mr Georges, le parcours de soins n'est pas formalisé et engendre des conséquences négatives sur son parcours de santé et de vie.

Dans l'anamnèse, on retrouve des périodes d'errance, d'isolement et d'exclusion sociale avant et après sa première hospitalisation à la suite d'une décompensation psychotique. A la sortie, il a débuté un suivi au CMP pour la délivrance de son traitement retard. On ne retrouve pas de suivi avec un psychiatre ni de suivi avec un infirmier ou un psychologue. Le traitement était prescrit par le médecin généraliste qui le suivait à l'époque.

Entre 2013 et 2021, nous n'avons aucune information concernant un suivi ni de raisons pour lesquelles il a été arrêté. Cette dernière hospitalisation, suite à une nouvelle décompensation avec risque de passage à l'acte hétéro-agressif envers ses parents, a engendré une mesure de soins psychiatriques sous contrainte. Cette mesure était nécessaire. En effet, M Georges n'était pas en capacité de consentir aux soins et il y avait une nécessité d'une surveillance médicale constante et immédiate, conformément aux conditions légales énoncées plus haut.

Or, la recherche de son adhésion aux soins est primordiale. Elle a pour objectif de faire évoluer les soins sans consentement vers des soins librement consentis.

Le contexte de l'hospitalisation, pour rappel, a eu pour conséquence une rupture des liens familiaux. Il a menacé ses parents avec une hache pendant un épisode délirant.

Depuis cet évènement, les parents de Mr Georges n'ont jamais repris contact avec lui et ont toujours refusé de rencontrer l'équipe pluridisciplinaire malgré leurs sollicitations.

Le patient n'envisage pas, à ce jour, de reprendre contact avec ses parents. Il dit que leur relation a toujours été conflictuelle depuis l'adolescence.

Mr Georges connaît très peu son nouveau secteur d'habitation. De plus, il n'a plus de médecin généraliste. Il n'a plus non plus de contacts ni avec ses parents ni avec le reste de sa famille. Depuis l'entrée en hospitalisation, il n'a reçu aucune visite. Sa situation actuelle est propice à favoriser les difficultés de recours et d'accès aux soins.

Tous ces obstacles constituent une franche rupture dans son parcours de soins, de santé et de vie. Sortir de l'hôpital après amélioration et stabilisation de son état clinique ne pourra alors se faire qu'avec un accompagnement personnalisé, soucieux de sa réintégration sociale, avec pour objectif la prévention du risque de nouvelle rupture dans son parcours.

III. Le manque de communication entre les acteurs et le réseau de soins : un risque de fracture dans la continuité des soins

Dans la situation, on peut remarquer que la continuité des soins est à améliorer.

Mr Georges est orienté vers le CMP pour la délivrance de son traitement retard mais rien d'autre est proposé.

Un des éléments d'explication, que j'ai mis en lien rapidement après la découverte de la situation de cette personne, concerne le départ du psychiatre référent dans les mois à venir. Cela ne permet pas au patient de se projeter dans un suivi régulier et de qualité. Le suivi IDE est prévu uniquement pour les injections.

Le travail en réseau est inexistant. Mr Georges n'a pas de connaissances sur l'offre de soins présente sur le territoire. Il n'est pas connu, accompagné, ou stimulé par les équipes soignantes. La méconnaissance de la notion même du parcours de soins, de santé et de vie par les équipes soignantes peut contribuer à des discontinuités de parcours et donc majorer la rupture dans la continuité des soins.

Mr Georges est en difficulté pour les démarches administratives. Il a demandé à être accompagné.

Or, les demandes d'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) peuvent prendre plusieurs mois afin de pouvoir bénéficier des aides financières pour accéder au logement par exemple. Dans la situation, la demande a été faite plusieurs semaines après son admission. Malgré la stabilisation de la maladie, Mr Georges a bénéficié de l'AAH après plusieurs mois. Malheureusement, lors de l'initiation de ces aides financières, la notification pour un SAMSAH n'a pas été faite. Il devra attendre plusieurs mois avant de pouvoir en bénéficier. La collaboration entre l'équipe paramédicale et l'assistante sociale est présente afin d'aider le patient à trouver un logement l'aider dans ses démarches administratives. Par manque de connaissances, les pratiques professionnelles sont à optimiser. De plus, le départ du psychiatre a lui-même engendré une discontinuité au sein même du service d'hospitalisation à temps complet.

IV. L'absence de coopération, de collaboration et de coordination

Pour rappel, la collaboration interprofessionnelle entre environnements de soins est nécessaire chez les patients dont la situation est complexe afin d'améliorer leur qualité de vie. La coopération est le transfert d'activités ou d'actes afin de d'améliorer la qualité des soins dans le but d'autonomiser le patient. Cette coopération est souvent informelle et ponctuelle. La coordination permet d'articuler les ressources et les acteurs. Enfin, la collaboration, la coopération et la coordination des soins s'intègrent dans le parcours de soins, de santé et de vie afin de garantir une prise en soins efficiente (HAS, 2018b).

Dans la situation de Mr Georges, on retrouve une ébauche de coopération entre l'équipe paramédicale et l'assistante sociale afin de l'aider dans la recherche d'un appartement et dans ses démarches administratives.

La collaboration est inexistante. On ne retrouve aucune démarche collaborative dans cette situation complexe.

La coordination est à peine existante, avec uniquement un relai au CMP pour la délivrance du traitement retard. L'absence d'un médecin traitant n'a interpellé personne durant l'hospitalisation et au moment il a été décidé de la sortie, la question ne s'est pas posée non plus.

V. La méconnaissance du leadership clinique

A mon arrivée en stage, la pratique avancée était méconnue par certains psychiatres de l'équipe médicale et par l'équipe soignante. La différence entre cadre de santé (CDS) et l'infirmière étudiante en pratique avancée (IEPA) n'était pas bien connue pour l'équipe. De plus, la CDS n'avait pas été informée de mon arrivée en stage puisqu'elle-même venait d'être affectée dans l'unité d'hospitalisation à temps complet.

J'ai ressenti des a priori concernant les nouvelles professions. J'ai constaté dans ce service que le corps médical a des difficultés à déléguer certaines tâches à l'équipe paramédicale, probablement par manque de confiance et par habitude de service. Les soignants se considèrent - et sont probablement considérés - comme des exécutants C'est-à-dire que les infirmiers n'exercent dans ces conditions que sur prescription médicale et ont très peu de place pour exercer pleinement leur rôle propre.

Pour autant, le CDS peut porter cette volonté de changement des pratiques professionnelles. En s'appuyant sur l'IEPA et son leadership clinique, la CDS doit être en mesure d'impliquer l'ensemble des parties prenantes de l'unité dans l'intérêt du patient d'une part et dans l'intérêt de l'organisation d'autre part.

La CDS coordonne les activités paramédicales et peut être aussi facilitateur de l'implantation de l'IPA.

Enfin, cette collaboration CDS et IEPA a permis d'identifier la pertinence de la construction d'un parcours de soins et l'intérêt du travail en collaboration avec les acteurs et le réseau de soins.

VI. La relation soignant- soigné : facteur favorisant pour une alliance thérapeutique

Dans la situation, au début de la prise en soins, Mr Georges est très isolé. Il ne participe pas aux activités et ne bénéficie pas d'entretiens individuels avec les soignants. Les prises en soins individuelles ne sont pas dans les habitudes du service.

Lors de ma rencontre avec le patient, je me suis rendu compte que l'équipe ne connaissait pas son histoire de vie.

Dans ma pratique infirmière, je suis particulièrement attentive à l'instauration d'une relation de confiance, afin de favoriser une alliance thérapeutique avec les patients souffrants de troubles psychiques. Cette relation constitue le cœur du métier en psychiatrie.

Cette prise en soins a permis au patient de me raconter son histoire de vie, ses envies, mais aussi s'exprimer sur les difficultés rencontrées face à la maladie. Cette première rencontre a contribué à réfléchir avec lui sur ce qui pourrait l'aider afin de mieux préparer sa sortie d'hospitalisation.

VII. Le parcours de soins, de santé et de vie :

Comme décrit dans le cadre contextuel, je suis particulièrement mobilisée auprès des patients souffrant de troubles psychiques et persistants dans le cadre de mon expérience professionnelle.

Le parcours de soins proposé à Mr Georges afin de faciliter un parcours de santé et de vie a permis d'évaluer ses besoins à différents niveaux d'organisation de soins (Macro, Méso, Micro, Nano).

Comme expliqué dans le cadre théorique, les niveaux Macro, Méso, Micro et Nano se situent à différentes échelles du système de santé.

- Au niveau Nano : la possibilité d'organiser une sortie progressive en concertation avec le psychiatre en débutant avec des permissions à la journée ou à la nuit afin qu'il puisse investir à son rythme son nouvel appartement. Il a aussi besoin de programmer un suivi régulier au CMP pour la délivrance de son traitement retard.
- Au niveau Micro : Mr Georges a déjà bénéficié d'un accompagnement par l'équipe paramédicale et sociale pour la recherche d'un appartement et les démarches administratives. Cet accompagnement devra nécessairement se poursuivre pour la gestion de son budget, puisqu'il n'est pas placé sous mesure de protection juridique. Mr Georges a également besoin d'un RDV mensuel avec l'I(E)PA et un RDV trimestriel ou semestriel avec le psychiatre référent. Enfin, une activité à l'HDJ afin qu'il puisse rompre l'isolement.
- Au niveau Méso : la mise en place d'un SAMSAH afin de l'accompagner dans la vie quotidienne et de le soutenir pour l'accès et le maintien dans les soins psychiatriques et/ou somatiques.

DISCUSSION

L'origine de la problématique fait suite à une situation clinique complexe rencontrée en stage de 2^{ème} année.

Le contexte se situe lors de la sortie d'hospitalisation d'un patient souffrant de schizophrénie sans réelle construction d'un parcours de soins et la méconnaissance des partenaires et des réseaux de soins par l'équipe pluridisciplinaire.

Face à cette problématique, mon questionnement a été :

En quoi la formalisation d'un parcours de soins intégrant les partenaires et le réseau pourrait avoir un impact sur la qualité des soins prodigués à ce patient souffrant de schizophrénie ?

Cette analyse critique de situation clinique a permis d'identifier des pistes d'amélioration dans la construction d'un parcours de soins inclus en cohérence avec son parcours de santé, dans le respect de son parcours de vie.

I. Les forces

D'un point de vue personnel, l'écriture de cette analyse m'a permis d'enrichir mon raisonnement clinique. La structuration de celui-ci, par la mobilisation de concepts théoriques a été l'occasion de mieux comprendre mes pratiques et celles de mes pairs, à l'origine basées principalement sur mon savoir expérientiel, donc difficilement restituables et transmissibles. Ce travail de recherche a permis de me projeter et influencer mon futur métier d'IPA.

Au niveau de mon terrain de stage, cet apprentissage m'a donné l'opportunité de transmettre mes connaissances aux équipes en exerçant un leadership clinique en collaboration avec le cadre de santé.

Mon stage auprès des équipes a généré des questions sur la formation et de l'engouement. Certains réfléchissent à s'y inscrire et ils seront soutenus par la direction.

De plus, sur le plan des pratiques professionnelles (infirmières) en psychiatrie, cette analyse critique de situation clinique permet de montrer l'intérêt d'un parcours d'un patient sortant d'hospitalisation et d'initier ou soutenir leur amélioration.

Enfin, Mr Georges a pu sortir d'hospitalisation dans les meilleures conditions possibles et de débiter son suivi avec les différents acteurs du réseau de soins. Cette prise en soins est rassurante et lui permet de renforcer son autonomie et donc de limiter une rupture dans son parcours de soins.

II. Les limites

La première limite identifiée a été l'apprentissage de la méthodologie. Je suis novice dans l'écriture d'un mémoire de grade master.

Ce travail n'est pas un mémoire de recherche, il ne permet pas de généraliser les résultats ou d'en faire une théorie ou un outil d'amélioration des pratiques professionnelles.

Il n'a pas de valeur scientifique.

Cette analyse critique de situation clinique est applicable uniquement à la situation de Mr Georges.

Pour autant, il me semble intéressant de structurer davantage l'analyse sur plusieurs situations ou de prévoir une recherche quantitative dans une démarche compréhensible et donc d'aller interroger les équipes dans leurs connaissances des parcours, des partenaires et des réseaux de soins.

III. Les perspectives

Cette analyse critique de situation clinique montre que, dans un contexte de complexité à la fois clinique et lié à la pathologie du patient, la construction d'un parcours de soins est essentielle afin d'améliorer le parcours de santé et de vie.

De plus, dans cet environnement de soins en particulier, il y avait le risque de rupture de soins à la sortie d'hospitalisation de Mr Georges, le manque de communication et l'absence de collaboration entre les partenaires et le réseau de soins.

L'IPA en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, les partenaires et le réseau de soins peut faciliter la continuité des soins et donc favoriser la construction d'un parcours de soins harmonieux et respectueux du parcours de santé et de vie.

Selon le Décret 2018-629 du 18 juillet 2018 (Décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, 2018), les champs de compétences de l'IPA sont :

- Évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées
- Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé
- Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés
- Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique
- Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.

Chaque compétence sera détaillée dans la prise en soins de Mr Georges. Un protocole d'organisation sera établi entre la psychiatre et l'IPA.

1. Évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées

Grâce au protocole d'organisation et avec l'accord du patient, l'IPA pourra assurer le suivi. Il pourra débuter durant l'hospitalisation et à chaque étape du parcours de soins avec :

- L'évaluation de la situation clinique psychique, somatique et sociale de Mr Georges.
- Le repérage des difficultés (familiales, sociales et professionnelles) pouvant avoir un impact sur la qualité de vie.
- L'évaluation de son autonomie.
- L'évaluation de l'efficacité, observance et effets secondaires du traitement.
- Le diagnostic de la situation a permis la construction de son parcours de soins, de santé et de vie en tenant compte de l'adhésion du patient au projet proposé.

2. Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé

Mr Georges a exprimé ses difficultés à entreprendre les démarches administratives et la recherche d'un appartement. Il a demandé d'être accompagné dans son parcours de soins, de santé et de vie.

En concertation avec l'équipe pluridisciplinaire et Mr Georges, le projet de soin a été défini.

Pour préparer la sortie de Mr Georges dans les meilleures conditions possibles, il lui a été proposé :

- Un accompagnement avec l'équipe paramédicale (IDE, AMP, AS) a été fait en amont pour la recherche et l'aménagement de son appartement.
- Un accompagnement avec l'AS pour les démarches administratives et une aide pour la gestion de son budget.
- La mise en place d'un SAMSAH : organisation des rendez-vous avec les différents intervenants et la planification d'une réunion pluriprofessionnelle.
- La possibilité d'organiser une sortie progressive en concertation avec le médecin psychiatre en commençant par des permissions à la journée ou la nuit afin qu'il puisse investir à son rythme son nouvel appartement.
- Un suivi régulier au CMP pour la délivrance de son traitement injectable.
- Un RDV mensuel avec l'IEPA pour la réhabilitation psychosociale, la surveillance de la tolérance du traitement et les comorbidités.
- Un RDV trimestriel ou semestriel avec le psychiatre selon le protocole d'organisation.
- L'activité cinéma 1 fois par semaine à l'hôpital de jour du secteur.
- La reprise d'un suivi avec les soins de 1^{er} recours avec une rencontre avec le médecin généraliste.

3. Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique

Dans le cadre du suivi de Mr Georges, il est important de proposer au patient une psychoéducation afin de prévenir les rechutes et les risques cardiovasculaires en le sensibilisant sur l'activité physique, l'alimentation, l'hygiène de vie, etc. en coopération avec l'équipe pluridisciplinaire.

Les partenaires, acteurs et structure autour de la prise en soins de Mr Georges ont été identifiés dans le cadre de son parcours de soins, de santé et de vie.

4. Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés

L'organisation du parcours de soins, de santé et de vie a été établie en collaboration avec Mr Georges et l'équipe pluridisciplinaire.

- Une rencontre avec l'équipe du SAMSAH a été organisée afin d'évaluer les besoins de Mr Georges et maintenir son autonomie.
- Une rencontre avec l'équipe du CMP afin d'organiser le suivi et la planification des RDV pour la délivrance du traitement injectable.
- Une rencontre avec l'équipe de l'HDJ pour la présentation de l'activité cinéma.
- L'organisation d'une rencontre avec le médecin généraliste afin de reprendre le suivi avec les soins de 1^{er} recours.

Le parcours de soins, de santé et de vie de Mr Georges implique plusieurs partenaires. Chaque rencontre a permis au patient d'être rassuré et de préparer la sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions.

5. Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique

L'équipe pluridisciplinaire a été sensibilisée à l'intérêt d'un parcours de soins, de santé et de vie du patient souffrant de schizophrénie en collaboration avec les partenaires du territoire. Mais aussi, ils ont été informés sur la publication des derniers décrets en psychiatrie dont l'objectif est la formalisation de l'offre de soins proposée pour chacun des partenaires afin de faciliter l'accès aux soins sur un territoire (Décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie, 2022).

6. Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques

L'IPA pourra assurer un rôle de veille scientifique afin d'anticiper les évolutions de la prise en soins du patient souffrant de schizophrénie dans son parcours de soins afin d'améliorer son parcours de santé et de vie.

IV. L'implantation d'un(e) IPA dans cet établissement

Dans l'objectif de favoriser une amélioration de la qualité de soins, il est indispensable que l'IPA travaille en étroite coopération avec l'équipe pluridisciplinaire afin de coordonner au mieux le parcours de soins, de santé et de vie.

La plus-value de l'IPA dans l'accompagnement dans le parcours semble se jouer dans la continuité des soins.

En exerçant un leadership clinique de par ses compétences et ses missions, l'IPA participera à l'amélioration des pratiques cliniques.

Dans un contexte de complexité à la fois clinique et lié au profil et à la personnalité du patient, l'exercice en collaboration interprofessionnelle est essentiel. L'alliance thérapeutique avec le patient est prioritaire afin de ne pas rompre le lien de confiance et mettre le projet thérapeutique envisagé.

En raison du vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et les inégalités territoriales des professionnels de santé, l'IPA est une réponse aux enjeux actuels de santé en accompagnant le changement de paradigme en matière d'offres de soins.

L'IPA aura un rôle à jouer aussi bien comme acteur du parcours de soins, de santé et de vie du patient souffrant de troubles psychiques sévères et persistants mais aussi comme une personne ressource pour les aidants, les soignants et bien sûr le patient.

L'IPA sera garant d'une prise en soins efficiente et holistique et pourrait contribuer à une diminution des ruptures dans le parcours de soins de santé et de vie et éviter une hospitalisation. Mais aussi, l'IPA se constituera un répertoire de partenaires, structures, réseaux, etc. qui facilitera les accompagnements dans tous les parcours.

La contractualisation d'un partenariat entre plusieurs établissements en cours de développement.

De plus, la plus-value d'un accompagnement IPA pour les patients souffrants de schizophrénie dans leurs parcours de soins, de santé et de vie réside dans le succès de son implantation grâce à l'engagement de la direction et du corps médical dans une collaboration constructive et identifiée.

Enfin, grâce à sa vision holistique et adaptée aux besoins de la personne, l'IPA favorisera une prise en charge conjointe avec les différents acteurs du soin et de mieux répondre aux attentes des patients en difficultés sur des parcours complexes.

CONCLUSION

L'augmentation de la prévalence des troubles psychiques, leur complexification et une demande de soin grandissante permettent à la pratique avancée de répondre à l'évolution des besoins en santé.

La prise en soins des personnes atteintes de schizophrénie tout au long de leur parcours (hôpital-ville), est délicate. Elle mobilise des compétences particulières et demande de la coordination et du temps. L'IPA mention psychiatrie et santé mentale avec ses champs de compétences élargies apporte une véritable plus-value.

L'IPA permet de se repérer dans un système de soins complexes et coordonne les multiples acteurs pour la prise en soin ambulatoire ou en établissement de santé. Elle enrichie de ses savoirs infirmiers en proposant une approche globale, en tenant compte des besoins des patients et est appelée à devenir un acteur incontournable dans le suivi des patients.

La finalité de la prise en soins holistiques est la recherche du rétablissement du patient souffrant de schizophrénie.

Les partenaires doivent travailler de concert afin de rendre à la personne sa place dans la société. Il appartient aux acteurs du territoire de s'organiser pour sécuriser, améliorer et fluidifier le parcours des personnes.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5ème Edition). <https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>
- ARS. (2018a). *La stratégie nationale de santé 2018-2022*. <https://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022-1>
- ARS. (2018b). *L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie*. <https://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>
- ARS. (2019). *Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée*. <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-12/Recommandations%20implatation%20IPA.pdf>
- ARS. (2021). *Ma Santé 2022 : Décloisonnement et réorganisation des soins*. <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>
- Ascodocpsy. (2016). *L'éthique en psychiatrie*. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiOh7npsP-AhUIYKQEHVBvBIMQFnoECAsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ascodocpsy.org%2Ftrouvez-de-linformation-psychiatrie-sante-mentale%2Fdossiers-documentaires%2Flethique-en-psychiatrie%2F&usq=A0vVaw3xpT7XuNyM9mObpdZ4WIOv>
- Loi MNSS - Parcours de santé complexes—Relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, (2016). <https://www.adesm.fr/loi-mnss-parcours-de-sante-complexes-parution-du-decret-du-4-juillet-2016-relatif-aux-fonctions-dappui-aux-professionnels-pour-la-coordination-des-parcours-de-sante-complexes/>
- BOTTERO, A. (2010). Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 86(5), 391-403. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8605.0391>
- BUBROVSZKY Maxime. (2019). *Des soins de support pour la psychiatrie. 1*. <https://www.epsm-al.fr/article/des-soins-de-support-pour-la-psychiatrie>
- BUSNEL Catherine, LUDWIG Catherine, & GORETI DA ROCHA RODRIGUES Maria. (2020). La complexité dans la pratique infirmière : Vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. In *Recherche en soins infirmiers*. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en>

soins-infirmiers-2020-1-page-7.htm

Cadre Canadien d'analyse des incidents. (2012). *Niveaux de système*.
<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/PatientSafetyIncidentManagementToolkit/Documents/CIAF%20Niveaux%20de%20systeme%20-%20Homepage%20Systems.pdf>

CHASSAGNOUX Anne, CORBELLI Oriane, COUARRAZE Sébastien, DA COSTA Julien, FOUCAULT Sophie, & GAYE pierre-Yves. (2022). *IPA Infirmier en Pratique avancée Psychiatrie et santé mentale* (FOUCHER).

COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES EN PSYCHIATRIE, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, & Collège universitaire national des enseignants en addictologie. (2020). *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie* (3^e-ème édition éd.).

CONSTANTIN, M., PONS, É., ARTAUD, B., ZOUTE, C., & TRAN, J. (2014). Parcours de soin en psychiatrie adulte : De l'hospitalisation à un suivi ambulatoire, du mouvement régressif à l'autonomie. *Cliniques*, N° 8(2), 88-105. <https://doi.org/10.3917/clini.008.0088>

DEBOUT Christophe. (2019). Le leadership et les infirmiers en pratique avancée. *ELSEVIER MASSON*, 840, 43 à 47.

ESPACE INFIRMIER. (s. d.). *Positionnement de l'IPA dans la filière infirmière*. Espaceinfirmier.fr. <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere/positionnement-de-l-ipa-dans-la-filiere-infirmiere.html>

FARCY Nadine, MARTINEZ Corinne, & MORGOCI Alina. (2021). *Le nouvel ambulatoire en santé mentale : Pour une vie debout*. <https://www.anap.fr/s/article/parcours-publication-2831>

FORMANIER, M., & JOVIC, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd). Éd. Mallet conseil.

FRANCK Nicolas. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*.

HAMRIC Ann B, HANSON Charlene M, TRACY Mary Fran, O'GRADY Eileen T, & PhD RN ANP. (2013). *Advanced practice nursing : An integrative approach* (5ème Edition). Saunders.

HAS. (2008). *Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lettre_has_12_3.pdf

HAS. (2015). *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835191/fr/specificites-de-l-accompagnement-des-adultes-handicapes-psychiques

HAS. (2018a). *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans*

la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

HAS. (2018b). *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap.* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2839995/fr/pratiques-de-cooperation-et-de-coordination-du-parcours-de-la-personne-en-situation-de-handicap

HAS. (2022). *Programme « psychiatrie et santé mentale ».* https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has

HUE, G. (2012). Réseaux de soins. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 267-268). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0267>

ICN. (2008). *Conseil International des Infirmières | ICN - International Council of Nurses.* <https://www.icn.ch/fr>

Institut National du Cancer. (2021). *A quoi servent les soins de support ?* <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support>

JACQUES Marie-Claude, ST-CYR TRIBBLE Denise, & BONIN Jean-Pierre. (2016). Le dévoilement de soi chez les hommes vivant avec la schizophrénie. In *Recherche en soins infirmiers.* <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-3-page-80.htm?contenu=resume>

KREBS Marie-Odile & INSERM. (2020). *Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé.* <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, 193 (1995). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000738028>

Réforme de l'hospitalisation publique et privée, Pub. L. No. 96-346 (1996). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000742206/>

Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Pub. L. No. 2002-303 (2002). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

Loi relative aux libertés et responsabilités locales, Pub. L. No. 2004-809, 809 (2004). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000804607/>

Loi HPST, Pub. L. No. 2009-879 (2009). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

Modalités de soins psychiatriques, (2011). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA0000

06155032/

LOI relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, Pub. L. No. 2013-869 (2013). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000027996629>

Loi de modernisation de notre système de santé, Pub. L. No. 2016-41 (2016). <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>

Projet territorial de santé mentale, Pub. L. No. 2017-1200 (2017). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000035315389>

Décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, Pub. L. No. 2018-629 (2018). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>

Décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie, Pub. L. No. 2022-1263 (2022). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046338134>

Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie, Pub. L. No. 2022-1264 (2022). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046338159>

MANGEONJEAN Francis. (2019). *Du leadership managérial au leadership clinique*. 64, 53-55.

MATEO, M.-C. (2012). Alliance thérapeutique. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 64-66). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0064>

Les soins psychiatriques, (2011). <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-6-les-soins-psychiatriques>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION. (2012). *Améliorer la coordination des soins : Comment faire évoluer les réseaux de santé ?* https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION. (2016). *Parcours de santé, de soins et de vie*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION. (2018). *Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie*. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION. (2022). *Parcours de santé, de soins et de vie—Ministère de la Santé et de la Prévention*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de->

soins-et-de-vie

Mon Parcours Handicap. (2021). *Pourquoi demander la RQTH : modalités et avantages ?*
<https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/etudes-superieures/pourquoi-demander-la-rqth-modalites-et-avantages>

Mon Parcours Handicap. (2023). *L'allocation aux adultes handicapés.*
<https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/lallocation-aux-adultes-handicapes-aah>

OMS. (2021). *Continuité des services de santé essentiels : Outil d'évaluation des établissements.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341675/WHO-2019-nCoV-HCF-assessment-EHS-2021.1-fre.pdf>

OMS. (2022a). *Principaux repères sur la schizophrénie.* <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

OMS. (2022b). *Troubles mentaux.* [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=Schizophrénie,la%20population%20générale%20\(4\).](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=Schizophrénie,la%20population%20générale%20(4).)

PAILLARD Christine. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (5ème éditions). SETES éditions.

PHANEUF Margot. (2016). *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins.*
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjs1rmcn6T9AhUYXqQEhfbdDt0QFnoECAoQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.prendre-son-emploi.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>

PSIUK Thérèse. (2010). *Du raisonnement clinique à la pratique infirmière.* 20.

PSYCOM. (2020). *SAMSAH.* <https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/service-daccompagnement-medico-social-pour-adultes-handicapes-samsah/>

RAIMONDEAU Jacques & MARIN Philippe. (2020). Chapitre 16. Enjeux pour le système de santé français et Stratégie nationale de santé. In *Manuel de santé publique* (Presses de l'EHESP, p. 602). <https://www.cairn.info/manuel-de-sante-publique--9782810907380-page-451.htm>

SANTE MENTALE. (2022). Réforme des autorisations en psychiatrie : Une instruction pour guider les ARS. *Santé mentale.* <https://www.santementale.fr/2022/12/reforme-des-autorisations-en-psychiatrie-une-instruction-pour-guider-les-ars/>

SANTELLI Emmanuelle. (2019). L'analyse des parcours. *Cairn Revues.*

TAHA Anas. (2021). *Récit de situation complexe authentique : De l'idée à la réalisation* (2ème édition). Global Média Santé.

Université de Sherbrooke. (s. d.). *Leadership.*
<https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMDictionnaire?iddictionnaire=1619>

VILAIN Jeanne, GAILLIOT A-M, DURAND-ROGER J, LEBOYER M, LLORCA Pierre-Michel, SCHÜRHOFF F, & SZÖKE A. (2013). *Les facteurs de risque environnementaux de la schizophrénie*. 39.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	B
GLOSSAIRE	D
SOMMAIRE.....	E
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
INTRODUCTION.....	2
I. CADRE CONTEXTUEL.....	2
1. CONTEXTE	2
2. PRESENTATION DU LIEU DE LA SITUATION.....	3
3. RECIT DE LA SITUATION	3
4. ANAMNESE	4
II. CADRE THÉORIQUE.....	7
III. CADRE LÉGISLATIF.....	9
IV. CADRE CONCEPTUEL.....	12
A. LA SCHIZOPHRENIE	12
1. HISTOIRE DE LA SCHIZOPHRENIE	12
2. ÉPIDEMIOLOGIE	12
3. SEMIOLOGIE.....	13
4. DIAGNOSTIC.....	13
5. FACTEURS DE RISQUE DE LA SCHIZOPHRENIE	13
6. COMORBIDITES	13
7. LA PRISE EN SOINS DE LA SCHIZOPHRENIE	14
8. ÉVOLUTION.....	14
9. LES TROUBLES PSYCHIQUES ET LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT	15
10. LA QUESTION ETHIQUE DANS LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT.....	16
B. LES CONCEPTS EN SCIENCES INFIRMIERES DANS LE PARCOURS DE SOINS, DE SANTE ET DE VIE	17
1. DE LA COLLABORATION A LA COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS, DE SANTE ET DE VIE.....	17
2. LA CONTINUITÉ DES SOINS ET LE RESEAU DE SOINS.....	19
3. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE	19
4. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE	20
5. LE LEADERSHIP CLINIQUE	20
6. LA PRATIQUE AVANCEE.....	21
7. L'IPA ET LE CADRE DE SANTE : LA COHABITATION ENTRE LE LEADERSHIP CLINIQUE ET LE LEADERSHIP MANAGERIAL DANS LE PARCOURS.....	23
8. LE PARCOURS DE SOINS, DE SANTE ET DE VIE	24
V. PROBLÉMATIQUE.....	27
VI. QUESTIONNEMENT	27
MÉTHODE.....	28
ANALYSE ET RÉSULTATS.....	29

I. LA SCHIZOPHRENIE : UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE	29
II. LE RISQUE DE RUPTURE DE SOINS A LA SORTIE D'HOSPITALISATION	29
III. LE MANQUE DE COMMUNICATION ENTRE LES ACTEURS ET LE RESEAU DE SOINS : UN RISQUE DE FRACTURE DANS LA CONTINUITE DES SOINS.....	30
IV. L'ABSENCE DE COOPERATION, DE COLLABORATION ET DE COORDINATION	31
V. LA MECONNAISSANCE DU LEADERSHIP CLINIQUE.....	32
VI. LA RELATION SOIGNANT- SOIGNE : FACTEUR FAVORISANT POUR UNE ALLIANCE THERAPEUTIQUE.....	32
VII. LE PARCOURS DE SOINS, DE SANTE ET DE VIE :.....	33
<u>DISCUSSION</u>	<u>34</u>
I. LES FORCES	34
II. LES LIMITES.....	35
III. LES PERSPECTIVES	35
1. ÉVALUER L'ÉTAT DE SANTE DE PATIENTS EN RELAIS DE CONSULTATIONS MEDICALES POUR DES PATHOLOGIES IDENTIFIEES.....	36
2. DEFINIR ET METTRE EN ŒUVRE LE PROJET DE SOINS DU PATIENT A PARTIR DE L'ÉVALUATION GLOBALE DE SON ETAT DE SANTE.....	37
3. CONCEVOIR ET METTRE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE PREVENTION ET D'ÉDUCATION THERAPEUTIQUE	37
4. ORGANISER LES PARCOURS DE SOINS ET DE SANTE DE PATIENTS EN COLLABORATION AVEC L'ENSEMBLE DES ACTEURS CONCERNES	38
5. METTRE EN PLACE ET CONDUIRE DES ACTIONS D'ÉVALUATION ET D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN EXERÇANT UN LEADERSHIP CLINIQUE.....	38
6. RECHERCHER, ANALYSER ET PRODUIRE DES DONNEES PROFESSIONNELLES ET SCIENTIFIQUES.....	38
IV. L'IMPLANTATION D'UN(E) IPA DANS CET ÉTABLISSEMENT	39
<u>CONCLUSION</u>	<u>41</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>F</u>
<u>TABLE DES MATIERES.....</u>	<u>L</u>
<u>TABLE DES ILLUSTRATIONS</u>	<u>N</u>

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Les différents niveaux d'organisation du système de santé (Cadre Canadien d'analyse des incidents, 2012).....	8
Figure 2: La schizophrénie (COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES EN PSYCHIATRIE et al., 2020).....	15
Figure 3: Compétences de l'IPA (HAMRIC Ann B et al., 2013)	21
Figure 4: Pratique avancée: un concept, des activités (HAMRIC Ann B et al., 2013)	22
Figure 5: Positionnement de l'IPA dans la filière infirmière (ESPACE INFIRMIER, s. d.). ...	23
Figure 6: Intégration de l'IPA dans un service de soins hospitalier (ARS, 2019)	24
Figure 7: Schéma du parcours de soins, de santé et de vie (MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, 2016).....	26

AUTEURE : NOM : DELBASSÉE

Prénom : Myrtille

Date de soutenance : 05 juillet 2023 à 17H à Lille

Titre du mémoire : Mr Georges : de l'intérêt de formaliser un parcours de soins pour une personne souffrant de schizophrénie résistante.

Une analyse critique de situation clinique.

Résumé :

Contexte : En perpétuelle évolution, le système de santé transforme l'offre de soins pour faire face au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. La schizophrénie est une pathologie chronique qui engendre des troubles psychiques sévères et persistants. Les personnes qui en souffrent sont souvent désocialisées. La conséquence des multiples hospitalisations engendre l'errance et l'exclusion sociale. La construction d'un parcours de soins, de santé et de vie est le fil conducteur pour renforcer la coordination afin d'accompagner au mieux les personnes souffrant de schizophrénie.

Méthode : Il s'agit d'une analyse critique de situation clinique traitée selon la méthode de récit de situation complexe et authentique.

Analyse et résultat : L'analyse a permis de mettre en lumière les défauts dans la prise en soins. On comprend que dans l'accompagnement de Mr Georges, il n'y a pas de réelle construction de parcours de soins ni de collaboration avec les partenaires et le réseau de soins augmentant le risque de rupture de celui-ci.

Discussion : Un accompagnement par l'IPA pourrait améliorer la prise en soin du patient souffrant de schizophrénie dans son parcours de soins, de santé et de vie.

Conclusion : L'IPA permet de se repérer dans un système de soins complexe et coordonne les multiples acteurs pour la prise en soin ambulatoire ou en établissement de santé.

Mots clés : Parcours, leadership, collaboration, coordination, alliance thérapeutique.

Abstract:

Background: The healthcare system is constantly evolving, transforming the care it provides to cope with an ageing population and an increase in the prevalence of chronic illnesses. Schizophrenia is a chronic pathology that causes severe and persistent mental disorders. Schizophrenia sufferers often suffer from a lack of social awareness. Multiple hospitalizations can lead to wandering and social exclusion. Building a care, health and life pathway is the key to strengthening coordination in order to provide the best possible support for people suffering from schizophrenia.

Method: This is a critical analysis of a clinical situation using the method of recounting a complex and authentic situation.

Analysis and results: The analysis highlighted shortcomings in the care provided. We can see that Mr. Georges' care pathway is not really structured, and there is no collaboration with partners and the care network, which increases the risk of breakdown.

Discussion: Support from the IPA could improve care for patients suffering from schizophrenia in their care, health and life pathways.

Conclusion: The PAI helps patients to find their bearings in a complex care system and coordinates the many players involved in outpatient and inpatient care.

Key words: Care pathway, leadership, collaboration, coordination, therapeutic alliance.

Directrice de mémoire : Madame Gwladys ACOULON