



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Conception d'un site internet dans le cadre du projet DEMHETER :**  
**Mise en place d'un réseau régional Hauts-de-France**  
**spécialisé dans l'évaluation et la prise en charge**  
**des troubles de l'humeur résistants et complexes**

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 29 mars 2023 à 14H00  
au Pôle Recherche  
par **Marjorie PETIT**

---

## **JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Jean-Paul DURAND**

**Monsieur le Docteur Abdalla MOSSAD**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Professeur Ali AMAD**

---

## **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



## **LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

- ARS : Agence Régionale de Santé
- ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- CPOM : Contrat Pruriennuel d'Objectifs et de Moyens
- CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire
- CREAL : Centre Régional d'Études d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
- CREHPSY : Centre de REssources sur le Handicap PSYchique
- EDC : Episode Dépressif Caractérisé
- ESMS : Etablissement ou service Social ou Médico-Social
- ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PMP : Projet Médical Partagé
- PMSI-MCO : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations en Médecine, Chirurgie et Obstétrique
- PRS : Projet Régional de Santé
- PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale
- RIM-p : Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie

## **LISTE DES FIGURES**

- Figure 1 : Taux de recours aux antidépresseurs en 2020 selon le territoire de proximité dans les Hauts-de-France
- Figure 2 : Sectorisation de la psychiatrie adulte dans les Hauts-de-France
- Figure 3 : Densité de psychiatres pour 100 000 habitants en activité régulière en Janvier 2021
- Figure 4 : Périmètre des projets territoriaux de santé mentale des Hauts-de-France
- Figure 5 : Représentation schématique de l'enchevêtrement des outils de planification en psychiatrie
- Figure 6 : Ré-hospitalisation au cours de la même année en fonction du diagnostic en 2018
- Figure 7 : Bénéfices attendus du projet DEMHETER
- Figure 8 : Organisation du parcours de soins en trois niveaux
- Figure 9 : Organisation du réseau DEMHETER et du lien entre les différents niveaux
- Figure 10 : Page d'accueil du site DEMHETER (1<sup>ère</sup> partie)
- Figure 11 : Page d'accueil du site DEMHETER (2<sup>ème</sup> partie)
- Figure 12 : Page d'accueil du site DEMHETER (3<sup>ème</sup> partie)
- Figure 13 : Cartographie des membres du réseau DEMHETER
- Figure 14 : Courrier d'adressage disponible sur le site DEMHETER
- Figure 15 : Fiche « Épidémiologie de la dépression »
- Figure 16 : Fiche « Sémiologie de la dépression »
- Figure 17 : Fiche « Diagnostics différentiels de la dépression »

- Figure 18 : Fiche « Primo-prescription dans la dépression »
- Figure 19 : Fiche « Règles hygiéno-diététiques et dépression »
- Figure 20 : Fiche « Bilan biologique de première ligne dans la dépression »
- Figure 21 : Fiche « Indications de la lumbinothérapie »
- Figure 22 : Fiche « Réalisation de la lumbinothérapie »
- Figure 23 : Fiche « Indications du lithium »
- Figure 24 : Fiche « Mise en place du lithium »
- Figure 25 : Fiche « Surveillance du lithium »
- Figure 26 : Fiche « Thérapies émotionnelles, comportementales et cognitives »

# **TABLE DES MATIÈRES**

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	9
LISTE DES FIGURES.....	10
RÉSUMÉ.....	13
INTRODUCTION.....	16
1. Les troubles de l'humeur.....	19
1.1 Définitions.....	19
1.2 Épidémiologie.....	22
2. Les soins psychiatriques en France.....	26
2.1 Organisation des soins.....	26
2.2 Accès aux soins.....	31
2.3 Projet DEMHETER.....	41
3. Site internet DEMHETER.....	48
3.1 Présentation et intérêt.....	48
3.2 Contenu du site.....	54
3.2.1 Missions et Objectifs.....	54
3.2.2 Orienter un patient.....	56
3.2.3 Pour les médecins.....	61
3.2.4 Pour les psychologues.....	75
3.3 Discussion.....	75
CONCLUSION.....	82
RÉFÉRENCES.....	84
ANNEXES.....	87

## **RÉSUMÉ**

Les troubles de l'humeur regroupent les troubles dépressifs (marqués par une tristesse pathologique de l'humeur et une diminution pathologique de l'énergie) et les troubles bipolaires. Ces derniers alternent des épisodes dépressifs et des épisodes maniaques (caractérisés quant à eux par une exaltation pathologique de l'humeur et une augmentation de l'énergie).

En région Hauts-de-France, on dénombre actuellement 600 000 personnes en dépression, et 150 000 personnes souffrant de troubles bipolaires.

Malgré le développement de recommandations de bonnes pratiques, environ 30 à 45 % des épisodes dépressifs caractérisés ne répondent pas ou répondent de manière insuffisante aux traitements médicamenteux de première ligne (1) et on estime que 15 à 30 % des patients déprimés souffrent d'une dépression résistante.

La dépression résistante étant associée, par rapport à la dépression non résistante, à une morbi-mortalité plus importante, à une fréquence du suicide et des tentatives de suicide plus élevée, à des hospitalisations plus longues et plus fréquentes et à un plus grand nombre d'arrêts de travail (2), se dégage donc la forte nécessité d'une prise en charge efficace et adaptée.

On constate cependant, que la prise en charge des patients souffrant de troubles de l'humeur résistants et complexes dans les Hauts-de-France n'est ni unifiée, ni optimale. En effet, La communication entre les différents centres spécialisés n'est pas organisée dans la région et il n'existe pas de réseau commun autour de cette problématique. Aussi, l'électroconvulsivothérapie (ECT), traitement de choix pour la



prise en charge des dépressions résistantes, est actuellement trop peu accessible. 3705 personnes ont reçu un traitement par ECT en 2019 en France (3). De même qu'au niveau national, la capacité d'ECT dans les Hauts-de-France est loin de pouvoir répondre aux besoins des habitants de la région.

La défaillance de la prise en charge des patients est la conséquence de l'absence d'organisation de l'offre de soins par niveaux de spécialisation, en fonction des besoins, et du non-respect du parcours de soins.

L'objectif de mon travail a été de participer au projet DEMHETER (pilote par le professeur Ali AMAD). Ce projet a pour objectif une amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des soins des patients souffrant de troubles de l'humeur résistants et complexes dans la région des Hauts-de-France via :

- la mise en place d'un réseau régional spécialisé dans l'évaluation et la prise en charge des troubles de l'humeur résistants et complexes ;
- un meilleur accès à l'électroconvulsivothérapie par la création d'une unité dédiée au sein du service de psychiatrie du CHU de Lille.

Internet est un outil largement utilisé de nos jours, que ce soit par les médecins ou par les patients. J'ai ainsi participé à l'élaboration du site internet attenant au projet.

Le support internet offre de nombreux avantages :

- diffusion facilitée des informations ;
- accessibilité pour tous les médecins et patients ;
- actualisation facile des données ;
- accessibilité pratique et rapide en consultation. (4)

Ce site internet va permettre de :

- communiquer auprès des professionnels et des patients sur l'existence du réseau, ses missions et ses objectifs ;
- lister et présenter les membres du réseau ;
- fournir un moyen rapide d'adressage adapté dans le parcours de soins ;
- orienter facilement un patient en soins de recours via un courrier d'adressage en ligne ;
- informer les patients ;
- fournir aux professionnels des recommandations de prise en charge via une revue des dernières recommandations de la littérature nationale et internationale.

Le projet DEMHETER, et la réalisation d'un site internet attenant, s'inscrit donc totalement dans la nécessité de réorganiser la prise en charge des troubles de l'humeur résistants par niveaux de soins dans un réseau coordonné afin de corriger les défaillances du système actuel sectorisé et cloisonné.

## **INTRODUCTION**

Les troubles de l'humeur regroupent les troubles dépressifs (marqués par une tristesse pathologique de l'humeur et une diminution pathologique de l'énergie) et les troubles bipolaires. Ces derniers alternent des épisodes dépressifs et des épisodes maniaques (caractérisés quant à eux par une exaltation pathologique de l'humeur et une augmentation de l'énergie).

En région Hauts-de-France, on dénombre actuellement 600 000 personnes en dépression, et 150 000 personnes souffrant de troubles bipolaires.

Malgré le développement de recommandations de bonnes pratiques, environ 30 à 45 % des épisodes dépressifs caractérisés ne répondent pas ou répondent de manière insuffisante aux traitements médicamenteux de première ligne (1) et on estime que 15 à 30 % des patients déprimés souffrent d'une dépression résistante.

La dépression résistante étant associée, par rapport à la dépression non résistante, à une morbi-mortalité plus importante, à une fréquence du suicide et des tentatives de suicide plus élevée, à des hospitalisations plus longues et plus fréquentes et à un plus grand nombre d'arrêts de travail (2), se dégage donc la forte nécessité d'une prise en charge efficace et adaptée.

Une étude rétrospective réalisée en 2021 en Angleterre (5), sur le parcours de soins de patients souffrant de dépression résistante, a étudié plusieurs lacunes : retard à recevoir un traitement, manque d'accès à des thérapies psychologiques, retard à changer de médicaments, retard d'accès à un traitement d'appoint. Sur 178 patients

atteints de dépression résistante, 47 % avaient été dans l'épisode dépressif pendant plus d'un an avant de commencer les antidépresseurs ; 53 % avaient reçu une thérapie psychologique adéquate ; 47 % et 51 % étaient restés respectivement sur un premier et un deuxième essai d'antidépresseur infructueux pendant plus de 16 semaines avant un changement de traitement. 24 % et 27 % sont même restés respectivement sur un premier et un deuxième essai d'antidépresseur infructueux pendant plus d'un an avant un changement de traitement. De plus, seulement 11 % avaient reçu un traitement d'appoint. De nombreuses lacunes dans la prise en charge des patients ont donc été mises en évidence.

De même, dans les Hauts-de-France, on constate que le parcours de soins des patients souffrant de troubles de l'humeur résistants et complexes n'est ni optimal, ni unifié. La communication entre les différents centres spécialisés dans la prise en charge de ces patients n'est pas organisée. Il n'existe pas de réseau commun autour de cette problématique. Et l'ECT, traitement de choix pour la prise en charge des dépressions résistantes, est actuellement trop peu accessible. 3705 personnes ont reçu un traitement par ECT en 2019 en France (3). De même qu'au niveau national, la capacité d'ECT dans les Hauts-de-France est loin de pouvoir répondre à la demande des habitants de la région.

La défaillance de la prise en charge de ces patients est la conséquence de l'absence d'organisation de l'offre par niveaux de spécialisation, en fonction des besoins, et du non-respect du parcours de soins.

L'objectif de mon travail a été de participer au projet DEMHETER (pilote par le professeur Ali AMAD). Ce projet a pour objectif une amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des soins des patients souffrant de troubles de l'humeur résistants et complexes dans la région des Hauts-de-France via :

- la mise en place d'un réseau régional spécialisé dans l'évaluation et la prise en charge des troubles de l'humeur résistants et complexes ;
- un meilleur accès à l'électroconvulsivothérapie par la création d'une unité dédiée au sein du service de psychiatrie du CHU de Lille.

Internet est un outil largement utilisé de nos jours, que ce soit par les médecins ou par les patients. J'ai ainsi participé à l'élaboration du site internet attaché au projet.

Dans un premier temps, nous définirons les troubles de l'humeur ainsi que l'épidémiologie associée. Puis, nous étudierons l'offre de soins actuelle en psychiatrie, ainsi que son accessibilité. Nous présenterons alors le projet DEMHETER, qui vient enrichir l'accès aux soins pour les patients souffrant de troubles de l'humeur résistants dans les Hauts-De-France. Dans une dernière partie, nous prendrons connaissance du site internet lié à DEMHETER, son élaboration, son contenu ainsi que ses limites et son avenir.

## **1. Les troubles de l'humeur**

### **1.1 Définitions**

Les troubles de l'humeur regroupent les troubles dépressifs (marqués par une tristesse pathologique de l'humeur et une diminution pathologique de l'énergie) et les troubles bipolaires. Ces derniers alternent des épisodes dépressifs et des épisodes maniaques (caractérisés quant à eux par une exaltation pathologique de l'humeur et une augmentation de l'énergie).

Les troubles dépressifs et les troubles bipolaires sont étroitement liés entre eux. En effet, la dépression correspond à la phase la plus fréquente, la plus longue et la plus difficile à soigner chez les patients souffrant de trouble bipolaire.

La dépression, aussi appelée épisode dépressif caractérisé (EDC) dans le langage médical, est marquée par différents types de perturbations durant au moins 2 semaines (6) :

- **des perturbations psychoaffectives** : humeur triste quasi constante indépendamment des circonstances, anhédonie, anesthésie affective, anxiété, angoisses, culpabilité, dévalorisation, idées d'incurabilité, idées suicidaires ;
- **des perturbations psychomotrices** : perturbation du cours de la pensée (bradypsychie, ruminations, monoïdéisme), altération de la concentration et/ou de la mémoire, déficit de l'attention, indécision, ralentissement moteur et comportemental (bradykinésie, hypomimie, amimie, bradyphémie, voix monocorde, clinophilie, incurie, aboulie, apragmatisme) ;

- **des perturbations physiologiques** : perturbations du sommeil et des rythmes circadiens (insomnies à type de réveils précoces), fatigue ou perte d'énergie, perte (ou gain) d'appétit, variation de poids, diminution du désir et de l'excitation sexuelle, hyposexualité.

D'autres éléments doivent être objectivés, notamment la souffrance clinique et/ou une altération des fonctionnements professionnels, familiaux et sociaux de la personne.

Plusieurs types de dépressions peuvent ainsi se distinguer selon leurs caractéristiques cliniques : psychotique, catatonique, anxieuse ou encore dépression dans le cadre d'un trouble bipolaire ou non.

La dépression dite résistante est caractérisée par l'absence ou l'insuffisance de réponse à deux antidépresseurs de classes pharmacologiques différentes, bien conduits en termes de posologie et de durée. Il importe cependant d'avoir éliminé une «pseudo-résistance» : une schizophrénie déficitaire, l'utilisation de médicaments dépressogènes, une endocrinopathie, un défaut d'observance du traitement,...

L'épisode maniaque se définit quant à lui par d'autres types de perturbations (7) :

- **des perturbations psychoaffectives**: une humeur élevée, expansive, exaltée, euphorique, une labilité émotionnelle, une hyperesthésie, une hypersyntonie, une augmentation de l'estime de soi, des idées de grandeur, un sentiment de toute-puissance, des idées mégalomaniaques, avec une altération ou une absence de conscience du trouble ;

- **des perturbations psychomotrices:** des perturbations du cours de la pensée (tachypsychie, pensée diffluente, fuite des idées, passages du coq-à-l'âne, jeux de mots, associations par assonances), une hypervigilance, une distractibilité, des altérations de l'attention et de la concentration, une accélération motrice et comportementale (agitation, hyperactivité souvent stérile, augmentation de l'énergie, augmentation des activités à but dirigé, logorrhée, tachyphémie, hypermimie, désinhibition) ;
- **des perturbations physiologiques :** une insomnie partielle ou totale, une réduction du temps de sommeil avec absence de sensation de fatigue, une anorexie ou au contraire une hyperphagie, un amaigrissement, une possible déshydratation, une augmentation du désir et de l'excitation sexuelle, une hypersexualité.

Le syndrome hypomaniaque est un syndrome maniaque atténué : on retrouve une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie pendant une période délimitée dans le temps. La symptomatologie et le retentissement fonctionnel sont moins importants que dans le syndrome maniaque.

D'autre part, la sémiologie du syndrome dépressif est évocatrice d'un trouble bipolaire si :

- apparition avant 25 ans ;
- apparition dans le contexte du péri-partum ;
- le début est brutal ;
- la dépression est sévère ;



- la dépression est saisonnière ;
- la dépression est associée à un trouble de l'usage de substances ;
- il existe des antécédents familiaux de troubles de l'humeur.

## **1.2 Épidémiologie**

Selon l'OMS, en 2019, 280 millions de personnes présentaient une dépression, dont 23 millions d'enfants et d'adolescents, et 40 millions de personnes présentaient un trouble bipolaire dans le monde. (8)

Selon l'INSERM, le trouble bipolaire touche environ 2 % de la population française, soit 1,6 millions de personnes. (9)

Le premier épisode dépressif caractérisé peut survenir à tout âge. Il survient néanmoins plus fréquemment chez l'adulte jeune. Il est plus fréquent chez la femme à partir de l'adolescence avec un sex-ratio de 1/2 (1 homme pour 2 femmes). (10)

Une étude publiée par Santé Publique France en 2017 s'est intéressée à la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé en France métropolitaine, à identifier les segments de population les plus concernés et à observer les évolutions depuis 2005. Le Baromètre Santé a ainsi interrogé 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans par collecte assistée par téléphone et informatique selon un sondage aléatoire. L'EDC a été évalué par le biais du Composite International Diagnostic Interview-Short Form (CIDI-SF). Ainsi, près d'une personne sur dix avait vécu un EDC au cours des 12 derniers mois. Les femmes, notamment celles âgées de 35 à 44 ans, les personnes de moins de 45 ans, les chômeurs et autres inactifs, les personnes veuves ou divorcées et les personnes déclarant de faibles revenus ont présenté les niveaux de prévalence les plus élevés. Après une stabilité observée entre 2005

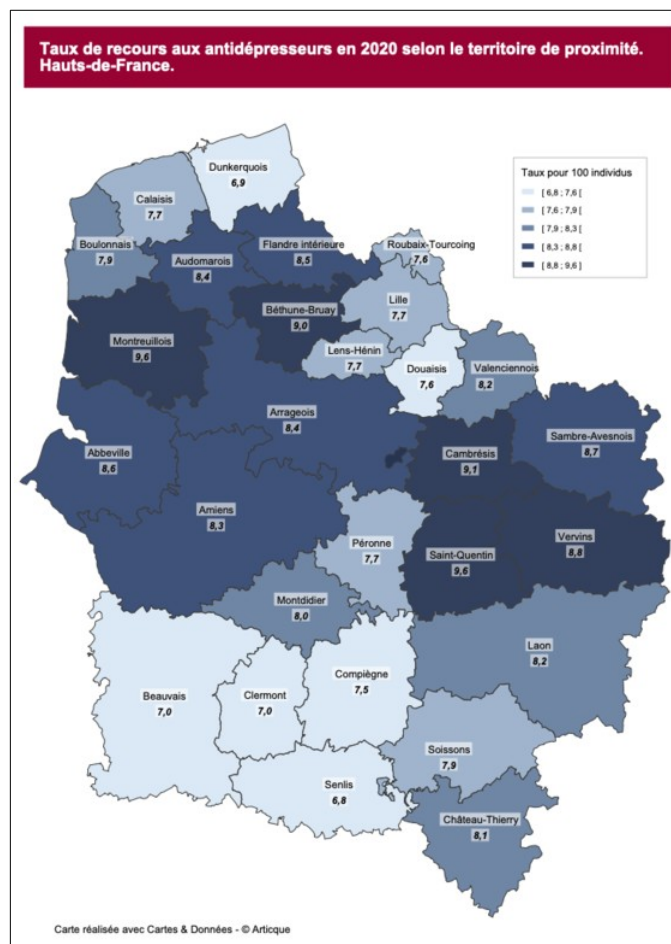
et 2010, la prévalence de l'EDC a augmenté sur la période 2010-2017. La prévalence élevée de la dépression ainsi que son augmentation au cours des dernières années plaident donc pour un renforcement des dispositifs de prévention et de prise en charge des troubles dépressifs. (11)

Aussi, selon le CREHPSY, les maladies mentales sont statistiquement indexées à certains indicateurs : santé physique, socio-économie, obtention du seul brevet des collèges parmi les personnes de 15 ans et plus, pauvreté, diverses pollutions, mal-logement... Or, ces indicateurs sont alarmants pour les Hauts-de-France et impactent donc la santé mentale de ses habitants. (9)

En région Hauts-de-France, on dénombre ainsi 600 000 personnes en dépression, et 150 000 personnes souffrant de troubles bipolaires selon le Dr Martine LEFEBVRE, présidente de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale. (9)

Le traitement médicamenteux de la dépression est indiqué pour les épisodes d'intensité modérée à sévère (sévérité notamment définie selon les conséquences de l'épisode sur le fonctionnement du sujet).

Les données de l'Assurance maladie sur les remboursements de médicaments psychotropes au cours de l'année 2020 ont été utilisées pour calculer les taux de recours aux antidépresseurs par territoire de proximité dans les Hauts-de-France. Les molécules ont été sélectionnées selon leur code anatomique, thérapeutique et chimique (classification ATC : N06A). Il est ainsi à noter une grande disparité selon le territoire (Figure 1). (12)



*Figure 1 : Taux de recours aux antidépresseurs en 2020 selon le territoire de proximité dans les Hauts-de-France / Source : f2rsm (12)*

Et malgré le développement de recommandations de bonnes pratiques, telles celles de l'ARS en 2017 (Annexes 1 et 2), environ 30 à 45 % des épisodes dépressifs caractérisés ne répondent pas ou répondent de manière insuffisante aux traitements médicamenteux de première ligne et on estime que 15 à 30 % des patients déprimés souffrent d'une dépression résistante. (1)

La dépression résistante est associée, par rapport à la dépression non résistante, à une morbi-mortalité plus importante, à une fréquence du suicide et des tentatives de suicide plus élevée, à des hospitalisations plus longues et plus fréquentes et à un plus grand nombre d'arrêts de travail. (2)

Des solutions thérapeutiques spécifiques ont ainsi été développées pour la prise en charge de la dépression résistante telle que l'électroconvulsivothérapie. Cette thérapie correspond à l'induction de séries de crises convulsives généralisées, en utilisant des techniques de stimulation électrique, sous anesthésie générale et myorelaxation. Cette méthode a été initialement développée dans les années 1940 dans le traitement de la schizophrénie, mais la découverte de son efficacité dans le traitement de la dépression a rapidement conduit à en faire l'une de ses principales indications. (3)

L'ECT est très efficace chez les patients atteints d'un trouble dépressif majeur et sévèrement résistants au traitement médicamenteux. Plus de la moitié de ces patients obtiennent une rémission (13). Par ailleurs, une étude médico-économique met en évidence que l'ECT devrait être utilisée en troisième recours après l'échec de deux traitements pharmacologiques ou psychothérapeutiques (14). Il a aussi été montré que l'ECT diminue la durée d'hospitalisation et le taux de ré-hospitalisation des patients qui en bénéficient. (15)

Enfin, il est à noter que la dépression est un trouble psychiatrique associé à un risque élevé de suicide puisque 30 à 50 % des tentatives de suicide en France sont secondaires à un épisode dépressif caractérisé et plus de 80 % des suicidés présentent un épisode dépressif caractérisé au moment du passage à l'acte. (10)

## **2. Les soins psychiatriques en France**

### **2.1 Organisation des soins**

Le dispositif de soins psychiatriques français est constitué de trois composantes :

- une composante sectorisée comprenant 885 entités en 2014, faite d'établissements publics (services de psychiatrie dans des hôpitaux exerçant exclusivement cette spécialité et services psychiatriques au sein d'hôpitaux généraux ou de CHU) et d'établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) ;
- une composante non sectorisée faite d'établissements publics et d'établissements privés à but lucratif ;
- une composante exclusivement ambulatoire faite de cabinets de psychiatres libéraux.

La politique française de santé mentale s'appuie sur la Circulaire du 15 mars 1960. Cette dernière est à l'origine de la sectorisation de l'offre publique et de la volonté de favoriser les prises en charge ambulatoires.

Les Hauts-de-France comportent 85 secteurs de psychiatrie adulte (Figure 2). Un secteur couvre en moyenne un territoire peuplé de 70 000 habitants (16). Un patient entrant dans les soins psychiatriques publiques sera ainsi automatiquement orienté vers « son secteur », en fonction de son lieu de résidence.



Figure 2 : Sectorisation de la psychiatrie adulte dans les Hauts-de-France / Source : F2RSM (16)

De nombreuses alternatives à l'hospitalisation à temps plein ont ainsi été développées: hôpitaux de jour, CATTP (centres d'activités thérapeutiques à temps partiel), foyers de postcure, hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques,

placements familiaux thérapeutiques, centres d'accueil et de crise, hospitalisations à domicile,...

Selon un rapport publié en 2017 par l'Inspection Générale des Affaires Sociales, le nombre de lits de psychiatrie générale en France il y a 40 ans était plus du double de celui d'aujourd'hui ( moins 60 % entre 1976 et 2016). Ce sont surtout les lits publics et privés non lucratifs qui ont diminué. La part du privé dans l'équipement en lits de psychiatrie a nettement augmenté en 40 ans. Elle représentait 11 % du total des lits en 1975. Elle représente, en 2014, 23 % des lits, et 25 % des journées d'hospitalisation. On constate donc un dispositif public sectorisé dont les lits diminuent, offrant des soins diversifiés dans la cité et un dispositif à but lucratif, non sectorisé, dont les lits augmentent, et disposant de peu d'alternatives à l'hospitalisation à temps plein. (17)

D'autre part, l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 dite de « *Modernisation de notre système de santé* » vise à ce jour à donner une place accrue au « parcours » des patients et donc à organiser les soins dans une approche graduée et coordonnée. Le concept de sectorisation entretient ainsi une discordance avec la pertinence de la prise en charge des patients via trois niveaux de soins, en fonction du profil du patient, selon la complexité des troubles :

- soins primaires: soins de premier recours, essentiellement ambulatoires, de proximité ;
- soins secondaires : services spécialisés dans le diagnostic et la prise en charge d'un domaine pathologique donné ;

- soins tertiaires : centres de référence, offrant les services de soins les plus spécialisés, souvent à vocation d'enseignement et de recherche. (18)

En effet, la qualité des soins est définie par l'OMS comme « *la délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». (19)

Et c'est en ce sens que Le Comité d'Experts de l'Union Européenne a souligné que les soins primaires favorisent l'équité et la performance du système de santé. Ils sont associés à une meilleure santé de la population, à des taux inférieurs d'hospitalisations inutiles, et à une moindre inégalité socio-économique perçue. Le médecin généraliste assure un premier recours identifié et organisé, dans la logique de ses compétences et missions. Le parcours de soins doit permettre le passage aux soins secondaires lorsque les soins primaires n'ont pas permis de trouver une solution aux problèmes de santé du patient. L'accès aux soins secondaires et tertiaires doit être régulé.(20)

De plus, selon un rapport de la Cour des Comptes publié en février 2021, l'absence de gradation organisée des soins est source de perte d'efficacité dans le cas des troubles les plus sévères. On constate ainsi :

- un nombre élevé de réhospitalisations rapides, souvent sans consentement ;
- un pourcentage important (presque un tiers en nombre de journées) de patients hospitalisés sur de longues durées (un an ou plus), faute d'une prise en charge graduée, adaptée à leur état et orientée vers une sortie durable ;



- des niveaux de soins submergés par des demandes qui relèvent en réalité d'un autre niveau. (19)

Le passage entre les niveaux de soins doit être fluide et adapté à l'état du patient, dans un esprit d'économie de moyens, les intervenants devant exercer dans le respect mutuel de leurs compétences respectives. Par exemple, après consultation d'un spécialiste, le patient peut être suivi par un généraliste ; de même, après l'avis d'un centre de référence, le patient peut être suivi par un psychiatre libéral.

L'attention accrue portée au « parcours du patient » présente l'intérêt de dépasser le seul champ sanitaire et d'englober toutes les structures concourant à la politique de soins et de suivi. On peut le définir comme la suite de soins reçus à partir de la première prise en charge du trouble jusqu'à la stabilisation et à la réintégration en milieu ordinaire (ou protégé quand ce n'est pas possible). (19)

En ce qui concerne l'offre de soins pour les troubles de l'humeur résistants et complexes dans les Hauts-de-France, plusieurs solutions ont été développées et le CHU de Lille dispose d'un service de recours non sectorisé destiné à recevoir ces patients : dispositif d'Evaluation et de Soins des Pathologies Psychiatriques Evolutives et Résistantes (dispositif ESPPER). Cette offre propose une approche longitudinale et inclut des consultations ambulatoires, la participation au réseau national Centre Expert Dépression Résistante (CEDR) et un service d'hospitalisation programmée à durée déterminée. Cet ensemble permet de réaliser l'évaluation et la prise en charge de patients souffrant de troubles de l'humeur résistants et complexes en ambulatoires mais aussi en hospitalisation dans les situations les plus sévères. La collaboration avec d'autres services spécialisés du CHU de Lille (par exemple : neurologie, neuroradiologie, endocrinologie, neuropsychologie, anesthésie,

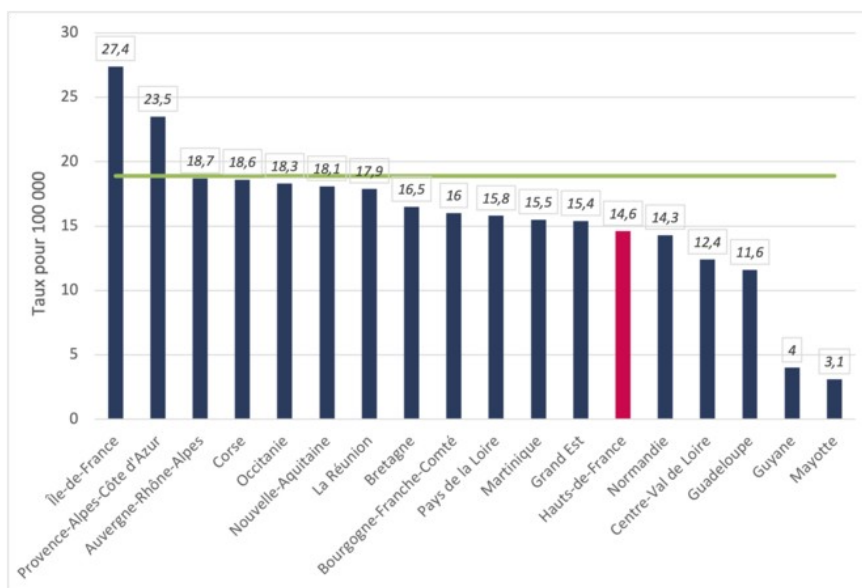
génétique, toxicologie et pharmacogénétique), permet une approche multidisciplinaire optimale. Il sont ainsi mis en œuvre les traitements physiques les plus efficaces (dont l'ECT) dans la prise en charge des troubles de l'humeur résistants.

## **2.2 Accès aux soins**

Sur les 25 dernières années, le nombre de patients pris en charge en psychiatrie a plus que doublé. Le dispositif de soins s'est amplement diversifié mais la politique de soins n'a pas su effacer les inégalités d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national. (17)

Tout d'abord, la capacité de prise en charge en lits varie d'un département à l'autre. En 1997, les écarts de capacité en lit psychiatriques varient de 1 à 9 ; En 2015, de 1 à 3,5. (17)

Selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), au 1er janvier 2021, en France, la densité de psychiatres en activité régulière était de 18,9 pour 100 000 habitants. Avec un taux de 14,6 pour 100 000 habitants, les Hauts-de-France font partie des régions enregistrant une faible densité par rapport au niveau national (Figure 3). (21)



*Figure 3 : Densité de psychiatres pour 100 000 habitants en activité régulière en janvier 2021(21)*

D'autre part, au niveau local, l'accès aux soins psychiatriques est un dispositif difficile à piloter. En effet, pour déterminer la stratégie locale de l'offre de santé mentale, il faut mettre en cohérence l'emploi de cinq outils d'organisation :

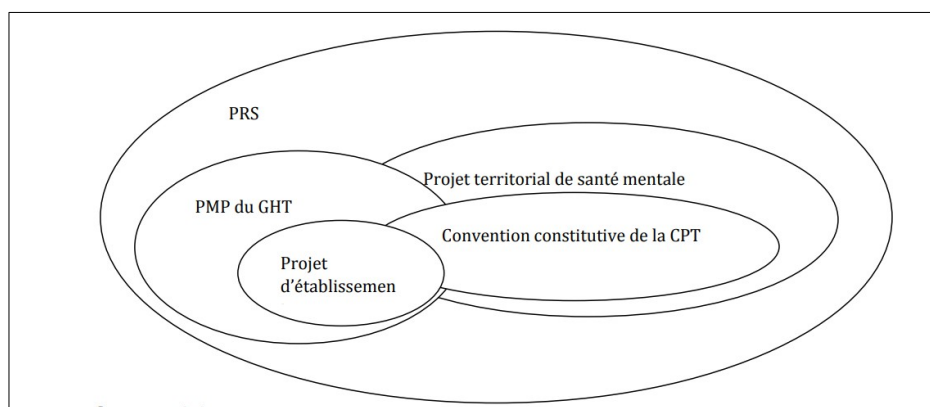
- le projet d'établissement de l'hôpital, sur la base duquel est défini un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS ;
- le projet médical partagé (PMP) du groupement hospitalier de territoire (GHT), arrêté par l'instance de gouvernance du GHT, faisant partie d'une convention constitutive soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS ;
- le projet régional de santé (PRS) arrêté par l'ARS, qui englobe le public et le privé, l'hospitalier et l'ambulatoire, le soin, le médico-social et la prévention ;

- la convention constitutive de la CPT, qui fixe des objectifs et des mesures à prendre en conséquence et qui associe la psychiatrie de service public et ses partenaires (privés et/ou médico-sociaux, sociaux) ;
- le projet territorial de santé mentale (PTSM) qui porte sur l'organisation des soins, mais plus largement sur les dispositions opérationnelles dans le domaine de la santé mentale (20) . La région en compte huit (Figure 4) :
  - le PTSM de l'Aisne ;
  - le PTSM de l'Oise ;
  - le PTSM de la Somme ;
  - le PTSM du littoral qui couvre les territoires du Calaisis, du Boulonnais et du Montreuillois ;
  - le PTSM de l'Artois-Audomarois qui couvre les territoires de l'Audomarois, de Béthune – Bruay, de Lens – Hénin et de l'Arrageois ;
  - le PTSM des Flandres qui correspond aux territoires du Dunkerquois et de la Flandre intérieure ;
  - le PTSM de l'arrondissement de Lille qui correspond aux territoires d'Armentières, Lille, Roubaix et Tourcoing ;
  - le PTSM du Hainaut qui couvre le Cambrésis, le Douaisis, le Valenciennois et la Sambre – Avesnois. (22)



*Figure 4 : Périmètre des projets territoriaux de santé mentale des Hauts-de-France (Source F2RSMpsy ) (22)*

Le recouvrement des outils de planification (Figure 5) crée donc un système difficile à piloter et à harmoniser.



*Figure 5 : Représentation schématique de l'enchevêtrement des outils de planification en psychiatrie (17)*

Par ailleurs, selon le rapport de la Cour des Comptes publié en février 2021, alors que l'organisation du parcours de soins devrait faire l'objet d'une forte attention de la part des services de soins, les éléments disponibles indiquent au contraire une situation souvent insatisfaisante et peu analysée.

Les constats de la Cour des Comptes sont fondés sur des données dont la pertinence opérationnelle a fait l'objet d'un dialogue approfondi avec les médecins responsables de l'information médicale (« médecins DIM ») des établissements spécialisés visités, ainsi qu'avec l'ATIH.

Ainsi, plusieurs dysfonctionnements systémiques ont été mis en évidence (23):

- une part trop importante des hospitalisations de longue durée: indice d'une difficulté structurelle à trouver des solutions d'aval (au sein d'établissements ou de services médico-sociaux ou, plus difficilement encore, dans des logements supervisés, avec le soutien de visites à domicile quand c'est nécessaire) (19) . La continuité du parcours est désormais reconnue comme essentielle et des efforts croissants sont consacrés à la mesurer. La HAS a commencé à déployer en ce sens, à compter de 2020, un nouveau référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins comportant des exigences de continuité dans les soins. Les établissements doivent donc établir, pour chaque patient qui le nécessite, un projet de parcours complet, intégrant les secteurs médico-social et social ; (23)
- des réhospitalisations fréquentes, et souvent sans consentement, sur le territoire national (Figure 6). D'après une étude menée sur deux ans en région Nord-Pas-de-Calais, 40,9 % des patients étaient réhospitalisés dans l'année, dont un sur cinq dès les trois premiers mois ; (24)

Catégorie et N=nombre de séjours dans l'année	Nombre de Réhospitalisations	F1 Addictions (59 170 patients)	F2 Psychoses (59 170 patients)	F3 Dépression (99 320 patients)	F4 Anxiété et troubles névrotiques (44 952 patients)
Total général (tous les âges) N=301 318	0	71,1 %	55,9 %	64,8 %	63,4 %
	1	18,0 %	22,9 %	21,0 %	20,8 %
	2 et plus	10,9 %	21,1 %	14,2 %	15,8 %

Source : Données RIM-P, patients dont l'hospitalisation a débuté dans l'année 2018 et réhospitalisés au cours de cette même année, calcul et présentation, Cour des comptes

*Figure 6 : Réhospitalisation au cours de la même année en fonction du diagnostic en 2018 (23)*

- des entrées fréquentes en hospitalisation psychiatrique par les urgences, voie non adaptée pour la plupart des cas.

Ces défaillances sont les conséquences de l'absence d'organisation de l'offre par niveaux de spécialisation, en fonction des besoins et du non respect du parcours de soins. Par exemple, un patient souffrant de dépression résistante non adressé en soins tertiaires risque fortement de multiplier les hospitalisations. En effet, le niveau de soins proposé n'est pas adapté. Autre exemple, ce même patient sort d'hospitalisation, et de par l'incapacité du système à offrir la possibilité d'un suivi rapproché post-hospitalisation, le patient se présente aux urgences en état de crise. Le parcours de soins doit être complet.

Au niveau des soins primaires, les médecins généralistes prennent en charge une part des soins psychiatriques. Les médecins généralistes jugent la psychiatrie peu disponible et sont parfois mal informés quant à l'orientation possible et souhaitable des patients.

La tâche est d'autant plus ardue pour eux que, pour une même catégorie d'établissements, la définition des missions de chacun peut être dissemblable. Selon l'analyse faite par le Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) des Pays de la Loire, deux centres médico-psychologiques infanto-juvéniles de même statut peuvent ainsi, pour l'un, mettre en avant le repérage des troubles et, pour l'autre, se donner l'objectif d'un traitement complet des troubles constitués. Une difficulté d'orientation des patients s'en résulte. (23)

Le système de soins spécialisés est quant à lui submergé par une multitude de demandes, dont certaines pourraient pourtant être traitées dans une autre partie du système de soins, pour lui permettre de recentrer son activité.

En effet, un examen des diagnostics fait apparaître qu'en 2018 au moins un tiers des entretiens en CMP ont été réalisés avec des patients relevant de soins de « première ligne ». La pression que ces patients nombreux font peser sur les CMP implique une moindre attention portée à des patients aux pathologies plus sévères. (23)

Enfin, la plupart des établissements disposent de partenariats avec des structures sociales, médico-sociales et des établissements sanitaires mais les collaborations restent difficiles. Il existe peu de lieux d'échanges et de construction de ces partenariats et beaucoup de territoires ne regroupent pas tous les acteurs.



L'offre est cloisonnée, entre établissements sanitaires des divers types (public, ESPIC, privé à but lucratif), professionnels libéraux « en ville », mais aussi entre le secteur sanitaire et les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ou encore avec les équipes relevant du secteur social. L'organisation des soins est construite en « silos », éclatée. (20)

La coordination entre tous les acteurs est donc posée comme une priorité indiscutable, qui doit viser à mieux articuler les interventions respectives des différents niveaux. Toutefois, la responsabilité de cette coordination n'a pas été déterminée. La loi du 26 janvier 2016 l'a confiée aux secteurs, sans que soient identifiées des procédures précises à cet effet. Le lien n'a pas été fait, du moins explicitement, entre cette mission nouvelle et la répartition par les tutelles des éventuels moyens nouveaux ciblés ; Les politiques publiques doivent donc davantage viser à décloisonner les instances et les acteurs concernés et à mettre en place des lieux de concertation et d'informations partagées et facilement accessibles.

Toujours selon le rapport de la Cour des Comptes, une autre évolution nécessaire vise à réorganiser les activités des secteurs psychiatriques et à encourager la mobilité « proactive » des équipes. Elle nécessite l'ouverture élargie des horaires de CMP, en y acceptant les demandes de soins non programmées et les patients hors secteur. Elle implique également la fusion des équipes d'intervenants dans toutes leurs composantes et la possibilité pour tous de participer à la mise en place de visites à domicile afin d'éviter les rechutes et permettre un maintien à domicile supervisé. (23)

En ce qui concerne les dépressions résistantes, l'accès aux soins est particulièrement problématique.

Une étude rétrospective réalisée en 2021 en Angleterre (5) sur le parcours de soins de patients souffrant de dépression résistante, a étudié plusieurs lacunes : retard à recevoir un traitement, manque d'accès à des thérapies psychologiques, retard à changer de médicaments, retard à un traitement d'appoint. Sur 178 patients atteints de dépression résistante, 47 % avaient été dans l'épisode dépressif pendant plus d'un an avant de commencer les antidépresseurs ; 53 % avaient reçu une thérapie psychologique adéquate ; 47 % et 51 % étaient restés respectivement sur un premier et un deuxième essai d'antidépresseur infructueux pendant plus de 16 semaines avant un changement de traitement. 24 % et 27 % sont même restés respectivement sur un premier et un deuxième essai d'antidépresseur infructueux pendant plus d'un an avant un changement de traitement. De plus, seulement 11 % avaient reçu un traitement d'appoint. Il semble donc y avoir une différence considérable entre les recommandations de traitement de la dépression et la réalité des soins reçus par les patients.

D'autre part, l'ECT est actuellement trop peu accessible. L'ATIH propose depuis 2017 un recueil exhaustif des recours à l'ECT. Ainsi, au vu du recueil des actes issus du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (PMSI-MCO) et du Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie (Rim-P), 3705 personnes ont reçu un traitement par ECT en 2019 en France. Il s'agit donc d'un soin hyper-spécialisé et peu réalisé. Un peu plus d'1 % des adultes hospitalisés au moins une journée à temps plein en psychiatrie sont concernés. Ce sont des patients plus âgés, plus souvent de sexe féminin et qui ont des diagnostics de troubles plus sévères et complexes que les autres personnes hospitalisées selon

les mêmes modalités. Ce dernier élément est en cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques.

De plus, de fortes variations dans le taux de recours à l'ECT sont observées entre les établissements en charge de l'adressage vers ce traitement. Ces variations n'apparaissent pas uniquement associées aux caractéristiques des individus pris en charge mais également, et bien plus fortement, à des caractéristiques de l'offre de soins : en particulier le type d'établissement assurant le suivi psychiatrique et la distance avec le plateau technique d'ECT le plus proche. Ce constat interroge sur l'hétérogénéité de la prise en charge des troubles psychiques et sur l'accès à des soins spécialisés en psychiatrie. (3)

De même qu'au niveau national, la capacité d'ECT dans les Hauts-de-France est loin de pouvoir répondre à la demande des habitants de la région. En effet, la région est la troisième région la plus peuplée de France avec six millions d'habitants. On y dénombre environ 360 000 sujets déprimés, soit 8 % de la population. On estime que 15 à 30 % de ces patients déprimés souffrent d'une dépression résistante, soit 50 000 patients .

Concernant le service hospitalier public, seuls le CHU de Lille (380 actes par an), le CH d'Arras (318 actes par an), le CH d'Abbeville (centré sur les patients de son secteur) et le CH de Valenciennes (activité débutante) pratiquent l'ECT. De plus, la communication entre ces différents centres spécialisés n'est pas organisée et il n'existe pas de réseau commun régional autour de cette problématique.

La prise en charge des patients souffrant de troubles de l'humeur résistants et complexes dans les Hauts-de-France n'est donc ni optimale, ni unifiée.

### **2.3 Projet DEMHETER**

Le projet DEMHETER (Réseau D'Évaluation des Maladies de l'Humeur Et de leur Traitement), piloté par le Professeur Ali AMAD, a pour objectif une amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des soins des patients souffrant de troubles de l'humeur résistants et complexes dans la région des Hauts-de-France via :

- la mise en place d'un réseau régional spécialisé dans l'évaluation et la prise en charge des troubles de l'humeur résistants et complexes.
- un meilleur accès à l'électroconvulsivothérapie par la création d'une unité dédiée au sein du service de psychiatrie du CHU de Lille. Ce projet répond aux besoins de nombreux patients nécessitant une prise en charge par ECT mais ne pouvant y accéder qu'après plusieurs mois d'attente. En effet, la faible capacité d'ECT au CHU de Lille et dans la région amène à hiérarchiser les patients en fonction de leur risque vital. Les patients « moins sévères » chez qui l'ECT est indiquée ne peuvent bénéficier de l'ECT que plusieurs mois après leur première demande. Au cours de ce délai, les pathologies s'aggravent sur le plan de la sévérité des symptômes mais aussi sur le plan fonctionnel (séparation, perte d'emploi, rupture avec l'entourage). Par ailleurs, plus le délai d'attente est long, moins la réponse à l'ECT est bonne.

Le projet DEMHETER a ainsi pour vocation de résoudre les défaillances du système de soins abordées précédemment, avec pour gains attendus (Figure 8) une amélioration du diagnostic, de l'évaluation et du traitement des patients souffrant de troubles résistants et complexes dans la région des Hauts-de-France.

De façon concrète, les objectifs sont :

- une diminution de la durée pour accéder aux soins ;
- une diminution du nombre d'hospitalisations pour les troubles de l'humeur sévères et complexes ;
- une diminution de la morbi-mortalité évitable : suicide, complications telles que la déshydratation et la dénutrition ;
- une diminution de la chronicisation des troubles ;
- une augmentation de la fréquence du retour à l'emploi et la réduction de la durée d'arrêt de travail.

	Indicateurs
Bénéfices cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès aux soins plus rapide</li> <li>• Diminution du taux de ré hospitalisation</li> <li>• Diminution de la durée d'hospitalisation</li> <li>• Diminution de la mortalité par suicide dans cette population spécifique</li> <li>• Réduction de la durée de maladie</li> <li>• Réduction du nombre de lignes de traitements essayées</li> </ul>
Bénéfices organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déplacements évités pour le patient</li> <li>• Déplacements évités pour les soignants</li> </ul>
Répercussions fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution de la durée d'arrêt de travail</li> <li>• Satisfaction des usagers</li> <li>• Satisfaction des aidants et des familles</li> </ul>

*Figure 7 : Bénéfices attendus du projet DEMHETER*

Pour mener ce projet de façon concrète, il y a nécessité de :

- créer et animer un réseau de partenaires avec un moyen de communication et d'échange d'informations grâce à un ingénieur réseau coordonnateur ;
- disposer du matériel informatique permettant la réalisation de consultation par télé-médecine ;
- disposer des outils informatiques nécessaires à la réalisation d'évaluations standardisées, au stockage des données et au suivi dans le temps des données ;
- créer une infrastructure permettant la réalisation d'électroconvulsivothérapie.

Le parcours de soins du patient va ainsi être structuré via trois niveaux de prise en charge (Figure 9):

- **Niveau 1** : une situation de résistance ou complexe est identifiée par un partenaire (association d'usagers, médecin généraliste, psychiatre).
- **Niveau 2** : il s'agit de la prise en charge par un centre de proximité qui a été sollicité. Une évaluation standardisée est effectuée. Des recommandations de prises en charges sont formulées et la prise en charge se poursuit avec le partenaire de niveau 1 ou si nécessité de spécificité, par le niveau 2.
- **Niveau 3** : un centre de recours régional permet des évaluations aux situations les plus complexes grâce à des évaluations spécifiques. Des réunions multidisciplinaires sont organisées avec des médecins ou des spécialistes liés à la pathologie.

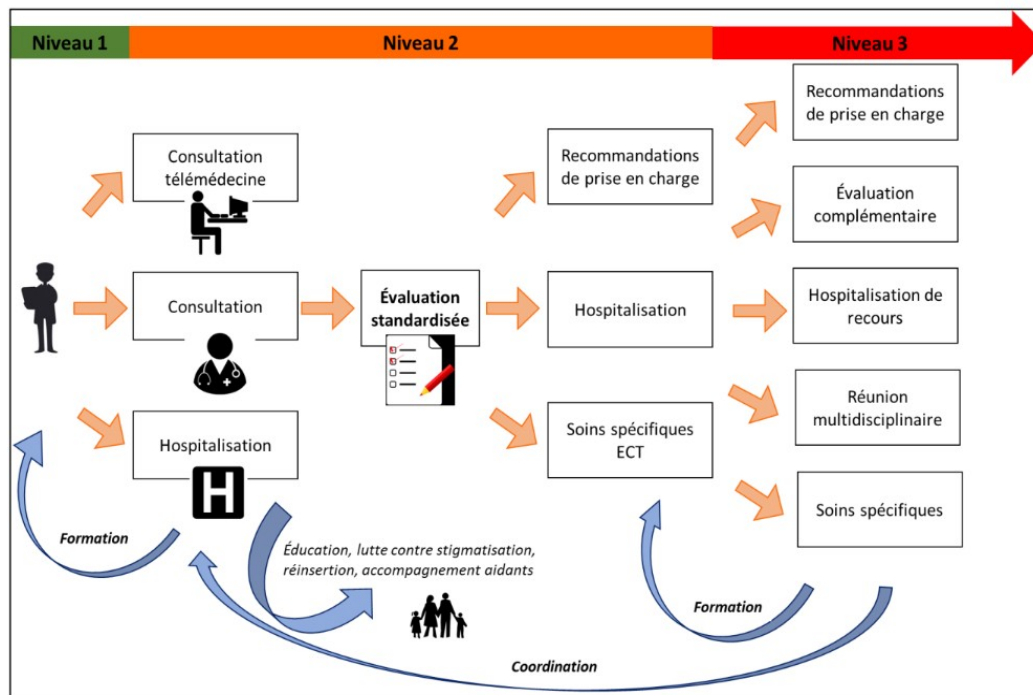
NIVEAU DE PROXIMITÉ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• consultation directe</li> <li>• médecins généralistes, psychiatres (libéraux et de secteur)</li> </ul>
NIVEAU DE RECOURS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sollicitation par le niveau de proximité</li> <li>• centres spécialisés dans les troubles de l'humeur résistants</li> </ul>
NIVEAU DE RÉFÉRENCE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHU de Lille spécialisé dans les troubles de l'humeur résistants et complexes</li> <li>• missions de recours et de coordination, centre de ressources, formation et recherche, approche multidisciplinaire</li> </ul>

*Figure 8 : Organisation du parcours de soins en trois niveaux*

Il est à noter que le niveau 3 assurera la formation des partenaires du réseau via :

- la diffusion de documents utiles à l'application des recommandations de prises en charges nationales et internationales ;
- la formation à certains actes spécifiques grâce au centre d'apprentissage par simulation (PRESAGE, université de Lille) déjà présent et utilisé au CHU de Lille.

L'objectif étant de créer un réseau, de nombreuses interactions auront lieu entre les différents niveaux (Figure 9).



*Figure 9 : Organisation du réseau et du lien entre les différents niveaux*

Enfin, la coordination de l'ensemble du réseau sera assurée par des professionnels du centre de niveau 3, et plus spécifiquement par la chargée de projet Charlotte Glemarec.



Il est à noter que ce projet s'inscrit totalement dans notre politique régionale de santé mentale et psychiatrie :

- **les PTSM** : le dispositif permettra d'homogénéiser les soins sur l'ensemble de la région en offrant un parcours de soins structuré pour tout patient, indépendamment de son lieu d'habitation. Ceci facilitera l'accès aux soins des patients et le recours à des évaluations et des techniques de soins spécifiques de prises en charge, comme l'électroconvulsivothérapie dont l'offre est actuellement largement inférieure à la demande des soignants et des patients ;
- ce projet répond aux diagnostics de **territoires partagés** de la région (Aisne, Hainaut, Métropole-Flandres, Pas-de-Calais, Somme) qui mettent en évidence des problèmes de démographie médicale, un défaut d'accès aux soins pour les populations les plus rurales (Aisne, Hainaut, Pas-de-Calais), une insuffisance de dialogue entre professionnels, une méconnaissance des acteurs entre eux ;
- **les CLSM** : plusieurs CLSM existent actuellement dans la région. Les actions visent à lutter contre la stigmatisation de la santé mentale et favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins. Le dispositif répondra à ces différents objectifs en facilitant l'accès aux soins des patients présentant un trouble de l'humeur résistant ou complexe, et en offrant une stratégie de soins continue. Le dispositif a également pour projet de sensibiliser les patients et leurs familles à la pathologie mentale en coordonnant la mise en place de groupes d'éducation aux soins et de journées d'informations ;

- **les PRS** : le dispositif permettra de répondre aux objectifs du programme régional de santé Hauts-de-France, par :
  - ✓ la réduction des symptômes et la rémission de la pathologie favorisant ainsi la réinsertion sociale et professionnelle d'adultes en âge de travailler ;
  - ✓ une adaptation de l'offre de soins permettant de favoriser les soins ambulatoires ;
  - ✓ un accompagnement des professionnels de santé sur l'ensemble des territoires grâce à la mise en place de consultations de recours ;
  - ✓ la mise en œuvre de la numérisation du secteur de la santé, en développant les outils de télémédecine, les applications numériques d'évaluation standardisée, et en déployant les dispositifs de collecte et de traitement des données ;
  - ✓ l'harmonisation d'une stratégie régionale de qualité des soins, grâce à la diffusion de recommandations de prises en charge en lien avec les recommandations officielles ;
  - ✓ la reconnaissance de l'utilisateur comme acteur du système de santé, par l'implication du patient dans son évaluation en utilisant des méthodes d'auto-évaluation des symptômes.

Le projet DEMHETER s'inscrit donc totalement dans la nécessité de réorganiser la prise en charge des troubles de l'humeur résistants par niveaux de soins dans un réseau coordonné afin de corriger les défaillances du système actuel, sectorisé et cloisonné.

### **3. Site internet DEMHETER**

#### **3.1 Présentation et intérêt**

J'ai eu le plaisir d'intégrer l'équipe du professeur Ali AMAD au cours de l'été 2022. Mon rôle fut plus particulièrement de participer à la création d'un site internet relatif au projet DEMHETER. Ce site est disponible via l'URL <https://demheter.fr>.



La création d'un site internet est une plus-value certaine dans le projet DEMHETER.

En effet, une étude réalisée dans l'est de l'Iowa sur un échantillon aléatoire de 103 médecins généralistes montre que les médecins se posent en moyenne plus de trois questions tous les dix patients mais ne cherchent pas la réponse systématiquement, le plus souvent par manque de temps. Cette étude observationnelle s'est basée sur le suivi physique de médecins généralistes pendant deux demi-journées. L'objectif principal était de relever le nombre de questions que les médecins se posaient quant

à la prise en charge de leurs patients et de quantifier le nombre de questions ayant amené une recherche et une réponse. Les participants ont ainsi posé un total de 1101 questions. Les réponses à la plupart des questions (702, soit 64 %) n'ont pas été immédiatement recherchées. Les questions recherchées ont par contre, pour la plupart, reçu une réponse (318, soit 80 % des recherches). Les médecins passaient en moyenne moins de 2 minutes à rechercher la réponse et utilisaient des ressources facilement disponibles (internet ou questionner un collègue). (4)

Aussi, selon un article publié dans la Revue Médicale Suisse, l'accès aux informations manquantes pourrait modifier une partie des décisions médicales. Lors d'une demi-journée normale de consultations, quatre décisions pourraient être différentes si l'information requise par le médecin avait été disponible au moment du face-à-face avec le patient. (25)

Les médecins recherchent donc des ressources fiables permettant une obtention rapide des informations afin d'offrir une prise en charge optimale au patient (26) : ce qui concorde avec un site internet simple de compréhension et de navigation.

D'autre part, une publication de Hervé Nabarette sur « L'internet médical et la consommation d'informations par les patients » met en avant que, mieux informé, le patient se prend en charge plus efficacement et renforce sa position dans le système de santé. En effet, l'information du patient diminue l'asymétrie créée par la spécificité du savoir médical, avec le médecin. (27)

Ainsi, les patients peuvent être amenés à mobiliser l'internet médical pour :

- comprendre la maladie : l'information permet de comprendre le problème de santé, d'avoir une idée du pronostic, de tirer meilleur profit de la consultation médicale, de comprendre les tests et traitements, ainsi que leurs résultats ;
- gérer la maladie : cette composante a une importance particulière dans le cas des pathologies chroniques ;
- la prévention : les patients peuvent modifier leurs comportements pour améliorer leur santé. Dans les systèmes de santé contemporains, la responsabilité des individus est mise en avant de façon croissante ;
- un accompagnement psychologique : les groupes d'entraide, les échanges d'informations et d'expériences sont importants pour les patients gravement atteints.

Selon une enquête américaine publiée par le PEW RESEARCH CENTER, il apparaît que 55 % des internautes, soit 52 millions de personnes aux États-Unis, sont déjà allés ou vont régulièrement sur les sites de santé. La majorité des health seekers (60 %) vont sur le web au moins une fois par mois pour chercher de l'information sur la santé et la moitié de ces 60 % surfent sur des sites de santé au moins une fois par semaine.

La probabilité que l'on soit un de ces health seekers assidu est plus forte si l'on a un état de santé « moins bon que excellent », par opposition à ceux qui ont un état de santé « excellent ». Les health seekers sont plus souvent des femmes que des hommes et sont proportionnellement plus nombreux dans la tranche 30 - 64 ans.

Concernant les comportements des health seekers, l'enquête fait apparaître que les sites de santé sont souvent utilisés pour rechercher de l'information sur un problème de santé touchant un proche (54 % des health seekers lors de leur dernière visite, contre 43 % qui cherchaient pour eux-mêmes). Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à chercher de l'information pour un enfant.

Les health seekers recherchent une information sur un problème médical précis (70 % d'entre eux lors de leur dernière visite) ; La majorité cherchant de l'information en rapport avec une consultation chez le médecin. (28)

Cependant, les patients internautes distinguent difficilement une information fiable d'une information erronée au vu de la multitude de sources sur le net. Cette question est cruciale car les patients font très souvent des recherches sur le web à partir de moteurs, sans privilégier de sources *a priori* (27). Il est donc essentiel de les accompagner vers des sources fiables.

Le site internet apparaît donc comme un outil de choix pour communiquer auprès des patients et les intégrer dans leur prise en charge. De plus, l'expertise du réseau DEMHETER offre au patient la garantie d'une source fiable face au nombre considérable d'informations disponibles sur internet.

Le support Internet DEMHETER offre donc de nombreux avantages que ce soit pour le médecin ou le patient :

- diffusion facilitée des informations ;
- accessibilité aisée pour tous médecins ou patients ;
- actualisation facile des données en fonction des nouvelles recommandations ;
- accessibilité pratique et rapide en consultation.

Remarquons qu'il existe à ce jour le site [www.psychiaclic.fr](http://www.psychiaclic.fr), outil d'aide à la prise de décision médicale dédié à la psychiatrie. Il n'existe cependant pas de site pour une aide à la prise de décision médicale spécialisé dans le cas particulier des troubles de l'humeur résistants dans les Hauts-de-France.

L'objectif de ce site est donc de:

- communiquer auprès des professionnels et des patients sur l'existence du réseau, ses missions et objectifs ;
- lister et présenter les membres du réseau ;
- fournir un moyen rapide d'adressage adapté dans le parcours de soins ;
- orienter facilement un patient en soins de recours via un courrier d'adressage en ligne ;
- fournir aux professionnels des recommandations simples de prise en charge via une revue des dernières recommandations de la littérature nationale et internationale ;
- fournir des informations simples et fiables aux patients.

Le groupe de travail pour le projet DEMHETER a été animé par le Professeur Ali AMAD. Plusieurs réunions plus spécifiquement dédiées pour le site internet ont eu lieu avec Le Dr Maéva MAGNAT, le Dr Briac BATAILLEY, le Dr Niels MARTIGNENE, développeur du site, et Jeanne DANIEL, psychologue.

Afin de réaliser nos objectifs, nous avons réfléchi aux pages nécessaires sur notre site et à leur contenu.

Le site est gratuit, en libre accès, et se compose actuellement de quatre onglets :

- Missions et objectifs
- Orienter un patient
- Pour les psychologues
- Pour les médecins

Il est compatible avec un smartphone ou une tablette.

Plusieurs propositions d'identités graphiques ont été faites selon des critères discutés en équipe : accessibilité, aspect médical, clarté, ludisme,...

J'ai donc contribué à l'élaboration de l'architecture du site et j'ai créé les fiches informatives à destination des médecins.

Pour réaliser ce travail, il m'a fallu réaliser une revue des dernières recommandations françaises et internationales, notamment canadiennes et australiennes de par leurs détails. Chaque fiche sera détaillée ultérieurement avec ses sources.



A ce jour, les fiches mises en ligne sont :

- la dépression : épidémiologie, sémiologie, diagnostic différentiel, traitement de première ligne, règles hygiéno-diététiques, bilan biologique ;
- la luminothérapie : indications, réalisation ;
- le lithium : indications, mise en place, surveillance ;

D'autres fiches sont à ce jour encore en cours de réalisation :


- la maladie bipolaire : maladie, traitement.

## **3.2 Contenu du site**

### **3.2.1 Missions et Objectifs**


L'onglet « Missions et Objectifs » (Figures 10,11,12), qui est également la page d'accueil du site, a pour vocation de :

- présenter le projet à tout internaute ;
- expliciter les différents niveaux de soins autour desquels s'articule le projet ;
- expliquer l'origine du choix de nom DEMHETER : référence à la déesse Déméter. Dans la mythologie grecque, Déméter est la déesse de l'agriculture et des moissons.



Dispositif d'Evaluation des Maladies de l'Humeur et de leur Traitement

[Missions et objectifs](#)
Pour les médecins ▾
Pour les psychologues ▾
Orienter un patient

 Recherche

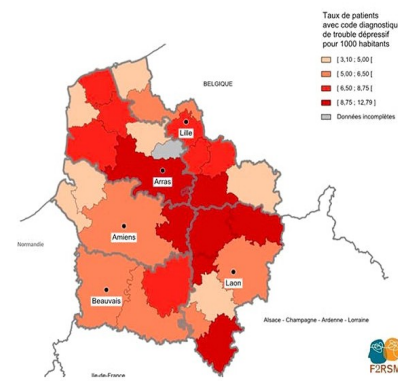
## Missions et objectifs

**Dispositif**

Les troubles de l'humeur (c'est-à-dire les troubles dépressifs et les troubles bipolaires), correspondent aux troubles psychiatriques sévères parmi les plus fréquents. Ces troubles touchent en effet 350 millions de personnes dans le monde dont au moins 3 millions en France. La région des Hauts de France apparaît particulièrement touchée par cette problématique puisque la fréquence des troubles de l'humeur est plus élevée que la moyenne nationale.

Le projet DEMETER consiste en la mise en place d'un réseau régional Hauts de France organisé en niveaux de soins et spécialisé dans l'évaluation et la prise en charge des troubles de l'humeur afin de fluidifier le parcours de soins des patients et de faciliter l'accès à l'électroconvulsivothérapie.

Ci-contre, à titre indicatif, une carte de la région indiquant les taux populationnels de patients souffrant de troubles dépressifs en service de psychiatrie d'après l'analyse du RIM-P (Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie) en 2013 (source : <https://www.f2rmsosy.fr/fichs/13263.pdf>)



**Taux de patients avec code diagnostique de trouble dépressif pour 1000 habitants**

- 3.10 - 6.00
- 6.00 - 8.79
- 8.80 - 12.79
- Données incomplètes

Figure 10 : Page d'accueil du site DEMETER 1<sup>ère</sup> partie (29)



Dispositif d'Evaluation des Maladies de l'Humeur et de leur Traitement

[Missions et objectifs](#)
Pour les médecins ▾
Pour les psychologues ▾
Orienter un patient

 Recherche

Niveau de proximité

- Consultation directe
- Médecins généralistes, psychiatres (libéraux et de secteur)

La mise en place du réseau DEMETER s'appuie sur une organisation en niveau pour un véritable maillage territorial et ainsi faciliter l'accès aux soins des personnes souffrant de troubles de l'humeur.

Niveau de recours

- Sollicitation par le niveau de proximité
- Centres spécialisés dans les troubles de l'humeur résistants (avis et évaluations spécialisées)

Niveau de référence

- Le CHU de Lille spécialisé dans les troubles de l'humeur résistants et complexes
- Missions de recours et de coordination, centre de ressources, formation et recherche, approches multidisciplinaires

Figure 11 : Page d'accueil du site DEMETER 2<sup>ème</sup> partie (29)

approches multidisciplinaires

#### Qui est Déméter ?

Dans la mythologie grecque, Déméter est la déesse de l'agriculture et des moissons. Quand Hadès, souverain des morts, enlève sa fille, Perséphone, Déméter part à sa recherche.

Pendant neuf jours, Déméter parcourt la terre, le cœur plein de tristesse, parle peu et s'abandonne à une profonde et vive douleur, sans manger, sans boire et sans se laver.

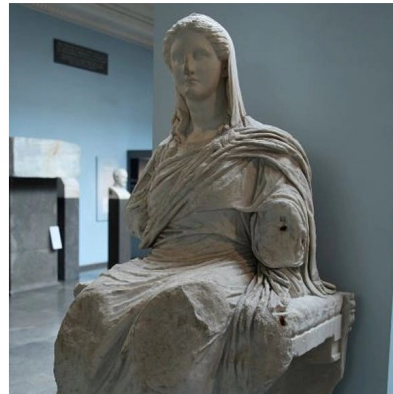
Tant que dure le chagrin de Déméter, la terre n'est plus fertile, plus rien ne pousse sur Terre et les hommes meurent de faim.

Zeus se rend compte qu'une famine menace les mortels. Il intervient auprès de Hadès pour lui demander de rendre Perséphone à sa mère.

Hadès relâche Perséphone, mais en cadeau d'adieu, il lui fait goûter une grenade. Or, quiconque mange dans le royaume des morts ne peut plus le quitter. Zeus convient alors d'un accord avec Hadès : Perséphone doit passer les deux tiers de l'année sur l'Olympe avec Déméter mais doit retourner auprès de Hadès le restant de l'année.

Au printemps et en été, sous l'influence de la joie de Déméter, heureuse de retrouver sa fille, toutes les plantes renaissent et la terre est fertile. En automne, les plantes dépérissent en même temps qu'augmente la douleur de Déméter de devoir laisser partir sa fille vers les Enfers. Et enfin en hiver, Déméter, pleine de douleur, rend les sols infertiles.

Ainsi naquirent les saisons et l'interminable cycle d'affliction de Déméter.



*Figure 12 : Page d'accueil du site DEMETER 3<sup>ème</sup> partie (29)*

### **3.2.2 Orienter un patient**

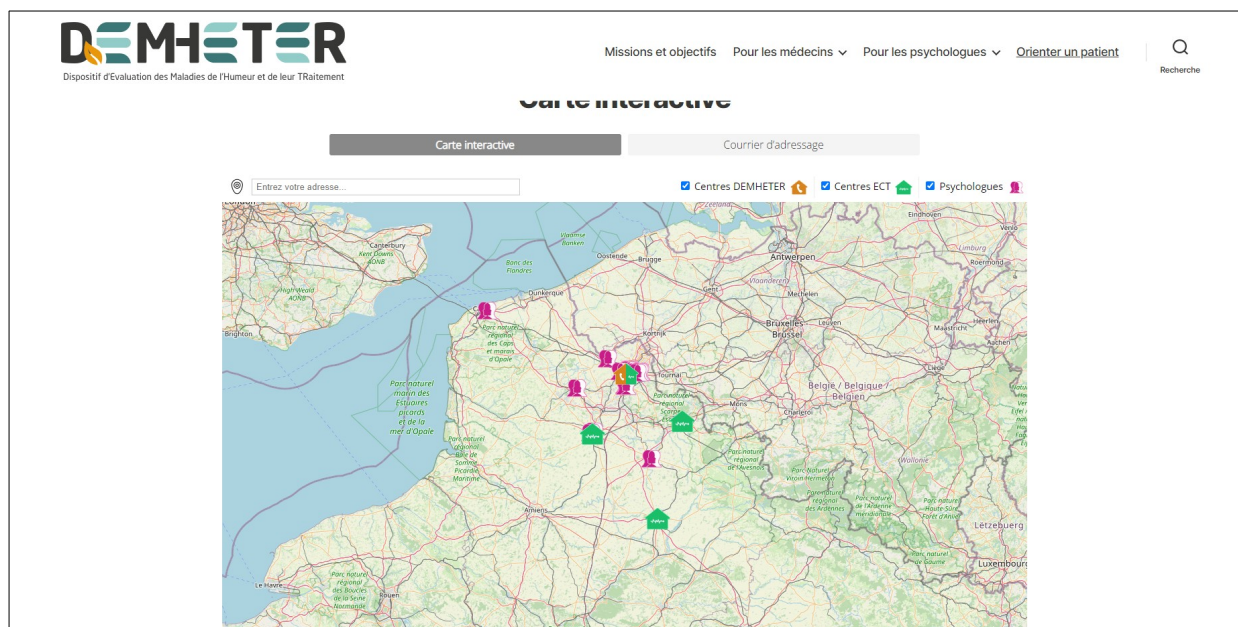
L'objectif du réseau est de créer un parcours cohérent pour le patient et donc un adressage au professionnel ou au centre adapté en fonction du niveau de besoin du patient.

Cela implique d'avoir une cartographie (Figure 13) exhaustive des professionnels spécialisés dans les troubles de l'humeur résistants.

Comme vu précédemment, une forte problématique de l'offre de santé actuelle est d'orienter correctement le patient dans le système de soins. Le choix de la cartographie permet ainsi à un professionnel de santé de pouvoir se repérer plus aisément pour adresser au mieux le patient.

La cartographie permet un repérage visuel rapide. Il est également possible de renseigner son adresse afin de trouver le professionnel le plus en proximité.

Par exemple, un psychiatre prend en charge un patient et identifie une dépression résistante. Il va alors décider d'adresser son patient vers un centre ECT, pour évaluation. Il lui sera ainsi aisé, au cours de la consultation, de visualiser géographiquement un centre adapté pour le patient. De plus, le positionnement sur chaque icône permet de connaître les coordonnées du professionnel ou du centre hospitalier. L'orientation est ainsi rapide et fiable en quelques secondes.



*Figure 13 : Cartographie des membres du réseau DEMHETER (29)*

D'autre part, pour prendre rendez-vous auprès du centre du CHU, c'est-à-dire le niveau de référence, il est nécessaire qu'un médecin de niveau de proximité ou de recours réalise un courrier d'adressage via un formulaire (Figure 14).

**DEMETER**  
Dispositif d'Évaluation des Maladies de l'Humeur et de leur Traitement

Missions et objectifs Pour les médecins Pour les psychologues Orienter un patient Recherche

## Courrier d'adressage

Carte interactive **Courrier d'adressage**

Pour une prise en charge optimale de votre patient, un courrier détaillé est nécessaire afin d'organiser une consultation avec l'équipe DEMHETER. Vous trouverez dans cette page, une aide à la rédaction du courrier, qui sera à envoyer à l'adresse demheter@chu-lille.fr.

**# Coordonnées du médecin effectuant la demande**

Votre nom \* Prénom \*

Établissement \*

Adresse mail professionnelle \* Numéro de téléphone professionnel \*

Je souhaite que mon navigateur mémorise ces informations \*

Oui  Non

\* Ces informations sont stockées localement dans votre navigateur et ne nous sont pas communiquées

**# Coordonnées du patient**

Nom du patient \* Prénom \*

*Figure 14 : Courrier d'adressage disponible sur le site DEMHETER*

Les informations suivantes sont demandées :

- coordonnées du praticien demandeur : nom, prénom, établissement, adresse mail professionnelle et numéro de téléphone ;
- coordonnées du patient : nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone ;
- motif de la demande (il existe cinq catégories non exclusives afin d'harmoniser les réponses des praticiens) :
  - ✓ dépression pharmaco-résistante ;
  - ✓ trouble bipolaire pharmaco-résistant ;
  - ✓ catatonie ;
  - ✓ dépression à caractéristiques psychotiques ;

- ✓ situation de trouble de l'humeur associé à une co-morbidité psychiatrique.
- Informations sur le patient :
  - ✓ antécédents psychiatriques ;
  - ✓ antécédents addictologiques ;
  - ✓ antécédents médicaux non psychiatriques ;
  - ✓ antécédents chirurgicaux ;
  - ✓ antécédents familiaux ;
  - ✓ allergies ;
  - ✓ traitement actuel et historique ;
  - ✓ historique des troubles et actuels ;
  - ✓ examens complémentaires réalisés.

Ce formulaire permet de récolter toutes les informations nécessaires sous un format de courrier standardisé et complet.

En effet, il est indispensable, toujours dans l'esprit du parcours de santé, d'avoir certaines informations indispensables pour prendre en charge le patient de façon optimale.

Il est indispensable d'avoir les coordonnées du médecin adressant la demande afin :

- d'informer le niveau 1 ou 2 d'une prise en charge par le CHU ;
- de réorienter avec des recommandations de prise en charge vers le niveau 1 ou 2 pour assurer la suite de la prise en charge ;

- d'informer que le patient ne relève pas du niveau 3.

Il est également indispensable d'avoir toutes les informations vis-à-vis du patient afin :

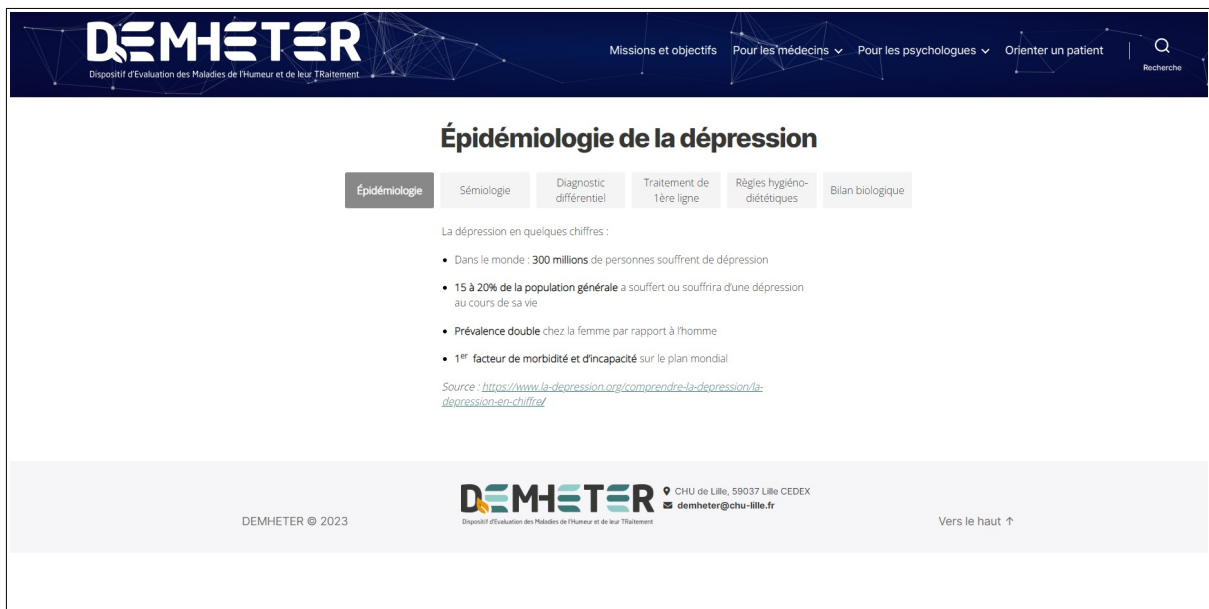
- d'apprécier s'il s'agit bien d'une dépression résistante. De nombreuses causes peuvent amener à un diagnostic erroné : une mauvaise observance du patient, une pathologie somatique, etc ;
- d'apprécier l'urgence de la prise en charge ;
- d'apprécier les solutions qui ont déjà été apportées et celles qui seront réalisables ;

Le formulaire est ainsi un gain de temps pour le médecin demandeur et pour le CHU, un courrier d'adressage libre étant source d'informations incomplètes.

### 3.2.3 Pour les médecins

- **Épidémiologie de la dépression** (30)

Comme expliqué précédemment, des informations claires, simples et rapides d'accès sont recherchées par les patients et les médecins. J'ai donc choisi de limiter l'épidémiologie de la dépression à quatre nombres clés et percutants sur la forte prévalence de cette maladie.



The screenshot shows the 'Épidémiologie de la dépression' page on the DEMETER website. The page features a navigation bar with the DEMETER logo and menu items: 'Missions et objectifs', 'Pour les médecins', 'Pour les psychologues', and 'Orienter un patient'. Below the navigation bar, the title 'Épidémiologie de la dépression' is displayed. A horizontal menu contains tabs for 'Épidémiologie', 'Sémiologie', 'Diagnostic différentiel', 'Traitement de 1ère ligne', 'Règles hygiéno-diététiques', and 'Bilan biologique'. The 'Épidémiologie' tab is selected. The main content area is titled 'La dépression en quelques chiffres :' and lists four key statistics:

- Dans le monde : **300 millions** de personnes souffrent de dépression
- **15 à 20% de la population générale** a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie
- **Prévalence double** chez la femme par rapport à l'homme
- **1<sup>er</sup> facteur de morbidité et d'incapacité** sur le plan mondial

A source link is provided: [Source : https://www.la-depression.org/comprendre-la-depression/la-depression-en-chiffres/](https://www.la-depression.org/comprendre-la-depression/la-depression-en-chiffres/)

The footer contains the DEMETER logo, contact information for CHU de Lille (59037 Lille CEDEX, demeter@chu-lille.fr), the year 2023, and a 'Vers le haut' link.

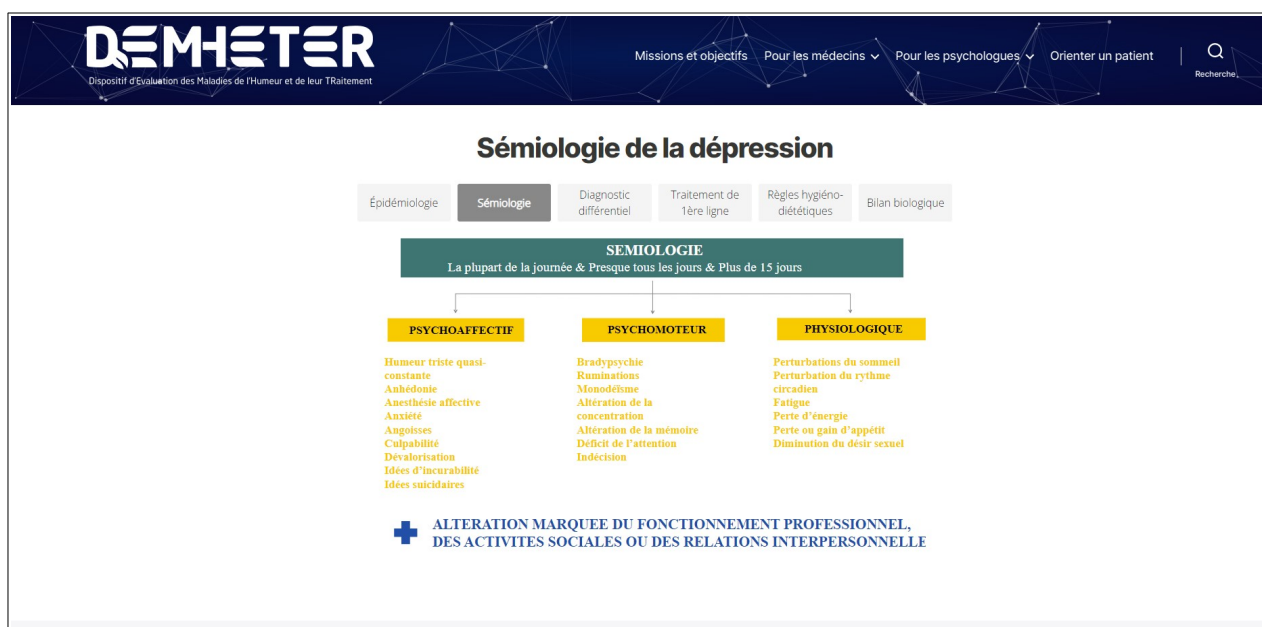
*Figure 15 : Fiche « Épidémiologie de la dépression »*



- **Sémiologie et diagnostic différentiel de la dépression**

J'ai pour ces fiches (Figures 16 et 17) trouvé pertinent de m'inspirer du site Psychiaclic, afin d'harmoniser les informations de deux sources pouvant être potentiellement utilisées par les mêmes internautes.

La sémiologie se segmente ainsi en trois parties : psychoaffectif, psychomoteur, physiologique.



*Figure 16 : Fiche « Sémiologie de la dépression »*

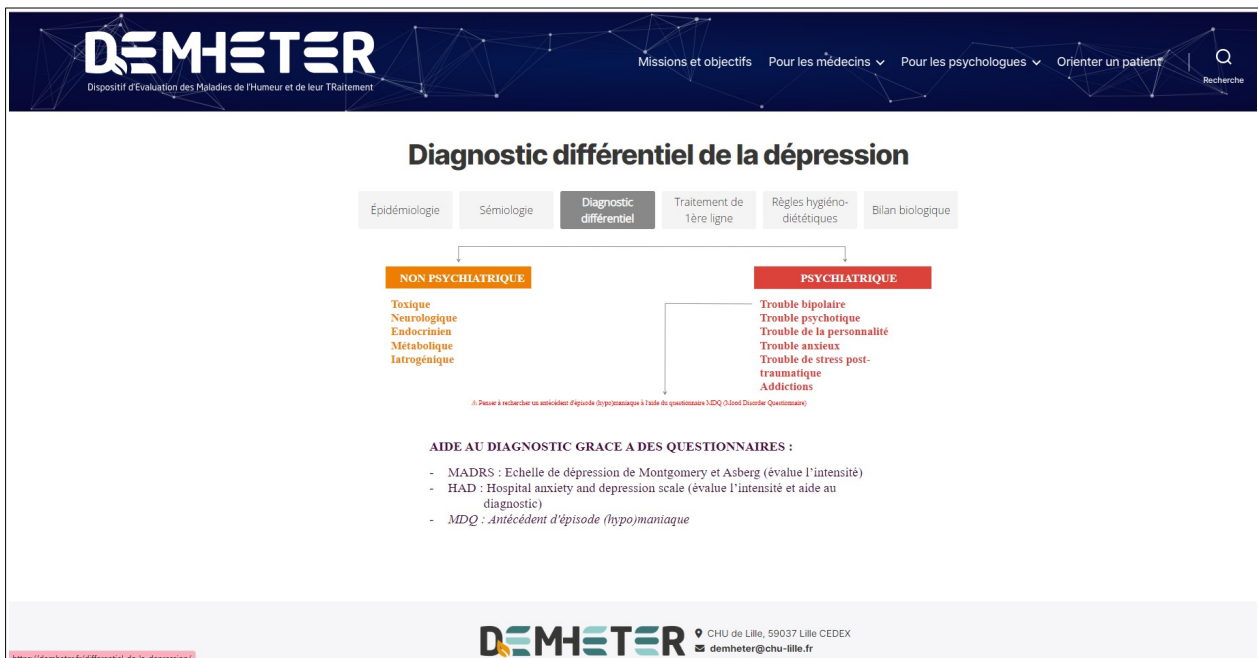


Figure 17 : Fiche « Diagnostic différentiel de la dépression »

- **Primo-prescription pour la dépression**

L'objectif a été de réaliser un arbre décisionnel (Figure 18) simple pouvant rapidement être utilisé par tout professionnel.

Les recommandations canadiennes de 2016 (31) ont l'avantage d'être bien développées et mentionnent les molécules recommandées. Nous avons ainsi décidé de les utiliser tout en prenant soin de retirer toute molécule n'ayant pas l'AMM en France.

En effet, le réseau canadien pour le traitement de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) a procédé à une révision des lignes directrices de 2009 en mettant à jour les données probantes et les recommandations. Le champ d'application de 2016 reste la prise en charge du trouble dépressif majeur chez l'adulte, avec pour public cible les psychiatres et autres professionnels de la santé mentale.

Les membres du CANMAT ont ainsi effectué une recherche documentaire axée sur les revues systématiques et les méta-analyses. Des réponses fondées sur des données à niveau de preuve élevé ont été données pour 21 questions réparties en 4 grandes catégories : la comparaison des médicaments antidépresseurs, basée sur l'efficacité, la tolérance et l'innocuité ; le choix pharmacologique, la surveillance et l'évaluation des résultats cliniques et fonctionnels ; l'approche pratique de la gestion pharmacologique : les interactions médicamenteuses, les recommandations d'entretien,... ; la gestion d'une réponse inadéquate et de la résistance au traitement.

J'ai ensuite comparé ces données aux dernières recommandations australiennes de 2020 (32) dont l'objectif est de fournir des conseils et des orientations concernant la prise en charge des troubles de l'humeur.

Des articles et des informations provenant de moteurs de recherche tels que PubMed, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO et Google Scholar ont été complétés par la littérature connue du comité des troubles de l'humeur (par exemple, des livres, des chapitres de livres et des rapports gouvernementaux) et par des lignes directrices publiées sur la dépression et les troubles bipolaires. Les informations pertinentes ont été évaluées et discutées en détail par les membres du comité des troubles de l'humeur, en vue de formuler et d'élaborer des recommandations consensuelles et des orientations cliniques. Les lignes directrices ont fait l'objet d'une consultation rigoureuse et d'un examen externe impliquant des conseillers experts et cliniques, des intervenants clés, des organismes professionnels et des groupes de spécialistes s'intéressant aux troubles de l'humeur.

Les lignes directrices de pratique clinique 2020 sur les troubles de l'humeur du Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists fournissent donc des conseils à jour concernant la prise en charge des troubles de l'humeur.

A noter que les éléments des deux recommandations se rejoignent.

J'ai donc créé sur ces bases un arbre décisionnel au visuel simple.

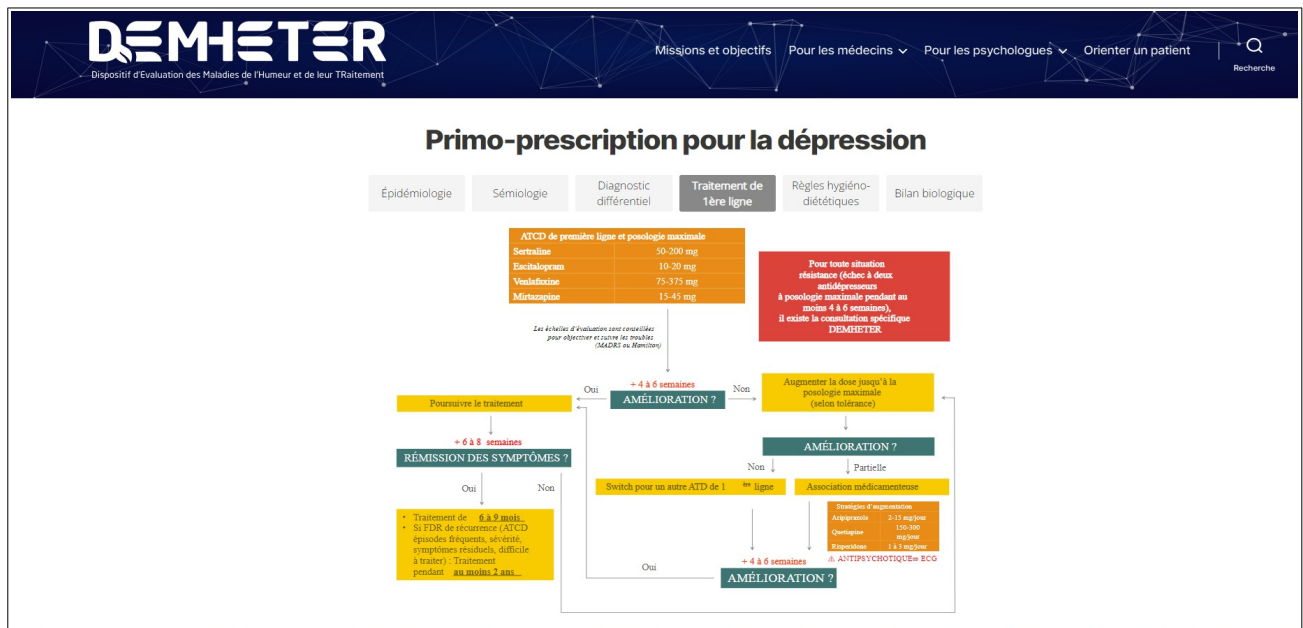


Figure 18.: Fiche « Primo-prescription pour la dépression »

- **Règles hygiéno-diététiques et dépression (32)**

Les comportements hygiéno-diététiques ont une influence sur la prophylaxie mais aussi sur l'évolution de la dépression.

Les avantages des modifications alimentaires dans le traitement des troubles dépressifs ont fait l'objet d'intenses recherches et le « régime méditerranéen » caractérisé par une forte teneur en légumes, fruits, poissons, composants céréaliers et par peu de graisses animales, est recommandé.

D'autre part, l'exercice régulier est associé à une meilleure qualité de vie et à des effets antidépresseurs dans les troubles dépressifs.

L'exercice, en particulier d'endurance, doit être encouragé chez tous les patients, notamment en raison de ses bienfaits généraux pour la santé. Cependant, le manque de motivation, qui est généralement associé à une dépression sévère, peut être un frein. Bien que la quantité optimale et le type d'exercice précis soient encore à déterminer, nous savons que les avantages pour la santé nécessitent une activité vigoureuse et régulière (au moins deux à trois fois par semaine). L'exercice basé sur la résistance est également bénéfique dans la gestion des symptômes dépressifs, et une combinaison d'exercices d'endurance et de résistance est probablement optimale.

Enfin, les processus de l'humeur et du sommeil sont profondément liés à la fonction circadienne. Il existe à ce jour un intérêt croissant pour les interventions sur les troubles de l'humeur en ciblant les voies circadiennes et/ou les changements dans le sommeil. La recherche reste limitée, avec peu d'essais comparant les

chronothérapies aux traitements de première intention existants. Cependant, le profil d'effets secondaires relativement bénins de la plupart des interventions encouragent leur utilisation. (32)

**DEMETER**  
Dispositif d'Évaluation des Maladies de l'Humeur et de leur Traitement

Missions et objectifs Pour les médecins Pour les psychologues Orienter un patient Recherche

## Règles hygiéno-diététiques et dépression

Épidémiologie Sémiologie Diagnostic différentiel Traitement de 1ère ligne **Règles hygiéno-diététiques** Bilan biologique

**🍴** Privilégier légumes, fruits, poissons, céréales  
Limiter les graisses animales  
Limiter les aliments transformés  
Limiter l'alcool  
Encourager les compléments probiotiques

La combinaison d'un sport d'endurance et d'un sport de résistance est préférable  
De préférence le matin  
Déconseillé le soir, car la pratique d'un sport le soir perturbe l'endormissement **🏃**

**ZZZ** Favoriser un bon sommeil  
Limiter les écrans après 22h  
Arrêter les stimulants (café, thé, alcool) après 14h  
Arrêter la consommation du tabac  
Se laisser un temps calme avant l'endormissement  
Se lever et se coucher à heure fixe

Recommandations australiennes RANZCP 2020 :  
[https://www.ranzcp.org/files/resources/college\\_statements/clinician/cpg/mood-disorders-cpg-2020.aspx](https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/mood-disorders-cpg-2020.aspx)

Figure 19 : Fiche « Règles hygiéno-diététiques et dépression »

- **Bilan biologique de première ligne dans la dépression**

Pour répondre à cette question, la HAS a sélectionné 17 recommandations en 2017.

Le groupe de travail a discuté de l'intérêt de donner des exemples d'un bilan biologique initial et notamment sur l'utilité de proposer un bilan thyroïdien. Le groupe de travail n'a pas souhaité ajouter un exemple d'examen biologique à la phrase : « *Il est recommandé de réaliser un examen clinique pour rechercher l'existence d'une maladie associée et d'effectuer les tests de laboratoire éventuels selon les indications de cet examen* ». (33)



The screenshot shows the DEMETER website interface. The logo 'DEMETER' is at the top left, with the tagline 'Dispositif d'Évaluation des Maladies de l'Humeur et de leur TRaitement'. Navigation links include 'Missions et objectifs', 'Pour les médecins', and 'Pour les psychologues'. A search bar is on the right. The main content area lists biological tests to be performed based on clinical indications:

- Numération complète de formule sanguine
- Urée et créatinine
- Ionogramme et calcémie
- Fonction hépatique
- Glycémie
- TSH
- Vitamine B12, folates et vitamine D
- $\beta$ -hCG (patientes en âge de procréer pour guider le choix de la prescription)
- Toxiques (sanguins ou urinaires)
- ECG (patients âgés de plus de 40 ans)

At the bottom, it references the HAS 2017 recommendations with a URL: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression\\_adulte\\_argumentaire\\_diagnostic.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf) (page 264).

**Figure 20** : Fiche « *Bilan biologique de première ligne dans la dépression* »

- **La luminothérapie** : indications et réalisation pratique

Selon une publication de l'Encéphale en 2015, l'utilisation de la luminothérapie pour traiter la dépression unipolaire saisonnière est bien connue, mais la littérature scientifique est beaucoup plus pauvre sur la prise en charge des épisodes dépressifs saisonniers dans la bipolarité.

Une revue complète des bases de données Medline et Google Scholar a donc été réalisée.

Il en résulte que la luminothérapie est considérée parmi les traitements de première intention du trouble dépressif saisonnier avec un effet de taille similaire aux antidépresseurs. Il a également été mis en évidence que la luminothérapie doit être un traitement antidépresseur régulier chez les patients souffrant d'épisodes dépressifs bipolaires saisonniers. (34)

La luminothérapie est donc un traitement de choix dans les dépressions saisonnières, d'autant que ses contre-indications sont le plus souvent relatives. Selon la Revue Médicale Suisse, les contre-indications sont les suivantes : présence de lésions oculaires et/ou rétiniennes actuelles ou passées ; antécédents de glaucome ou de cataracte ; lucite (photoallergie) ou porphyrie cutanée ; prise de médicaments photosensibilisants pour la peau ; prise de médicaments photosensibilisants pour les yeux ; existence d'un trouble bipolaire sans stabilisateur de l'humeur.

De plus, les effets secondaires de la luminothérapie sont minimes et transitoires. Ils apparaissent généralement durant la phase initiale du traitement sans toutefois poser d'inconvénients majeurs pour sa conduite ultérieure. Environ 50 % des patients



traités présentent au moins un effet secondaire et environ 15 % en présentent deux ou plus. Les effets secondaires les plus fréquents sont les suivants:

- ✓ Céphalée passagère (13-21 %) ;
- ✓ Tension oculaire (17-27 %) ;
- ✓ Accélération psychomotrice avec sensation d'hyperactivité ou d'akathisie (6-13 %) ;
- ✓ Nausées (7 %) ;
- ✓ Transpiration (7 %) ;
- ✓ Sédation et somnolence (6-7 %) ;
- ✓ Insomnie ;
- ✓ Démangeaisons ou rougeur conjonctivale transitoire ;
- ✓ Sensation d'avoir du sable dans les yeux ;
- ✓ Sensation d'apercevoir des halos dans l'obscurité ;
- ✓ Rarement, un virage hypomaniaque ou même maniaque.

En pratique, Le patient s'expose à une lumière blanche dépourvue de rayonnements ultraviolets. Le patient doit s'asseoir confortablement et se positionner devant la source lumineuse à une distance déterminée au préalable par le type d'appareil utilisé et par l'intensité lumineuse émise (entre 2500 et 10 000 lux) afin d'obtenir l'illumination la plus adéquate pour les effets thérapeutiques souhaités. Comme ces effets sont basés sur le passage de la lumière à travers les yeux, il est important de préciser de ne pas porter de lunettes de soleil et d'ouvrir les yeux durant toute la séance sans toutefois fixer la lumière continuellement (sauf pendant deux à trois secondes chaque minute). Il est alors possible de se livrer à diverses activités

comme par exemple, la lecture ou l'utilisation d'un ordinateur portable tout en restant exposé au champ de lumière.

Il est préférable de commencer le traitement avec 10 000 lux sachant que des intensités inférieures sont aussi efficaces mais obligent le patient à s'exposer à la source lumineuse pendant une plus longue durée de temps chaque jour. L'utilisation d'une luminosité de 10 000 lux permet une durée d'exposition de l'ordre de 30 à 45 minutes alors que deux heures de temps sont nécessaires avec 2500 lux, ce qui peut favoriser une baisse de l'observance au traitement. Les séances doivent avoir lieu tôt le matin, dans les 10 à 15 minutes suivant le réveil, chaque jour. Une amélioration clinique peut apparaître dès deux à quatre jours de traitement chez quelques patients, mais la plupart (40-50 %) ont généralement besoin d'une à deux semaines pour montrer un effet thérapeutique significatif.

Un essai d'au moins deux semaines est nécessaire afin de déterminer si le traitement est efficace ou non. En cas de réponse, il devrait durer au moins trois à quatre semaines, voir être poursuivi durant toute la période hivernale jusqu'au début du printemps. (35)

**DEMETER**  
Dispositif d'Évaluation des Maladies de l'Humeur et de leur Traitement

Missions et objectifs Pour les médecins ▾ Pour les psychologues ▾ Orienter un patient

Indications Mise en place Surveillance

### Indications principales

- Traitement prophylactique des rechutes des troubles bipolaires et des troubles schizo-affectifs
- Traitement curatif des états maniaques ou hypomaniaques

### Autres indications psychiatriques (hors AMM)

- Potentialisation d'un traitement antidépresseur dans la dépression unipolaire
- Troubles psychotiques induits par les stéroïdes
- Comportements d'automutilation

Figure 21 : Fiche « Indications de la luminothérapie »

**DEMETER**  
Dispositif d'Évaluation des Maladies de l'Humeur et de leur Traitement

Missions et objectifs Pour les médecins ▾ Pour les psychologues ▾ Orienter un patient Recherche

## Réalisation de la luminothérapie

Indications Réalisation

Flux lumineux	2500 à 10 000 lux
Matériel	Lampe de luminothérapie du lieu d'hospitalisation Lampe vendue dans le commerce pour une utilisation à domicile
Durée	30 minutes à 10 000 lux ou 1 heure à 5000 lux ou 2 heures à 2 000 lux Augmentation progressive possible sur les 3 premiers jours
Disposition	En cas de lampe achetée dans le commerce : Vérifier le marquage CE Respecter les recommandations du constructeur pour la disposition et la distance de la lampe (généralement 30 cm mais cela peut varier)
Fréquence	Quotidienne
Moment de la journée	Horaires fixes Le matin au lever (En cas de réponse trop « vive » de type irritabilité, énerverment décaler la séance plus tard dans la matinée ou à la mi-journée) Éviter horaires trop tôt pour prévenir le virage maniaque dans le trouble bipolaire L'heure peut être avancée en cas d'efficacité
Temps de réponse	1 à 2 semaines
Durée du traitement	Jusqu'à réduction des symptômes dépressifs Si rechute à l'été : jusqu'à la période de remission naturelle en cas d'EDC de caractère saisonnière (habituellement au printemps en cas de dépression hivernale)
Prévention	Possibilité de traiter quelques semaines avant la période de rechute dépressive saisonnière habituelle
Effets secondaires	Virage maniaque Céphalées Fatigue oculaire Nausées Avulsion

Figure 22 : Fiche « Réalisation de la luminothérapie »

- **Le lithium**

Le VIDAL et le Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry (36) ont inspiré les fiches suivantes.

L'objectif a été de présenter avec un visuel très simplifié afin de ne pas générer de perte de temps dans la recherche d'information.

**DEMETER**  
Dispositif d'Évaluation des Maladies de l'Humeur et de leur Traitement

Missions et objectifs Pour les médecins Pour les psychologues Orienter un patient Recherche

### Indications du lithium

Indications Mise en place Surveillance

**Indications principales**

- Traitement prophylactique des rechutes des troubles bipolaires et des troubles schizo-affectifs
- Traitement curatif des états maniaques ou hypomaniaques

**Autres indications psychiatriques (hors AMM)**

- Potentialisation d'un traitement antidépresseur dans la dépression unipolaire
- Troubles psychotiques induits par les stéroïdes
- Comportements d'automutilation

DEMETER © 2023 CHU de Lille, 59037 Lille CEDEX demeter@chu-lille.fr Vers le haut ↑

*Figure 23 : Fiche « Indications du lithium »*



Figure 24 : Fiche « Mise en place du lithium »

**Surveillance du lithium**

Indications | Mise en place | Surveillance

	Pre-Thérapeutique	3 mois	6 mois	12 mois	Plus 1 fois par an
Poids	✓			✓	✓
Glycémie à jeun	✓			✓	✓
NFS	✓			✓	✓
Fonction rénale (hémogramme, urée, créatininémie, BUN)	✓	✓	✓	✓	✓
Calcémie	✓			✓	✓
TSH	✓			✓	✓
PTH	✓			✓	✓
ECCO	✓			✓	✓

Augmenter la fréquence si :

- Changement de posologie du TERALITHE
- Modification des traitements associés
- Changement d'état clinique
- Pathologie intercurrente (fièvre, etc.)
- Lithiémie élevée (> 1mmol/L)
- Grossesse

DEMETER © 2023 | CHU de Lille, 59037 Lille CEDEX | demeter@chu-lille.fr | Vers le haut ↑

Figure 25 : Fiche « Surveillance du lithium »

La réalisation d'un tableau récapitulatif permet, en fonction du délai d'initiation du traitement, une visualisation rapide des différents paramètres à surveiller.

### 3.2.4 Pour les psychologues

The screenshot shows the website interface for DEMETER, a device for evaluating mood disorders and their treatment. The page is specifically tailored for psychologists. At the top, the DEMETER logo is displayed with the tagline 'Dispositif d'Évaluation des Maladies de l'Humeur et de leur TRaitement'. Navigation links include 'Missions et objectifs', 'Pour les médecins', and 'Pour les psychologues', with a search bar and 'Orienter un patient' button. The main heading is 'Thérapies Émotionnelles, Comportementales et Cognitives'. Below this, a Venn diagram illustrates the intersection of three domains: 'Comportements' (Behaviors), 'Cognitions', and 'Emotions'. To the right, a blue box provides definitions for three types of therapy:

- **Vague comportementale** : renvoie aux comportements observables, à leurs renforçateurs et évitements/échappements.
- **Vague cognitive** : renvoie aux représentations et systèmes de croyances, aux biais et aux schémas cognitifs.
- **Vague émotionnelle** : renvoie à la compréhension, verbalisation et régulation émotionnelle avec des outils comme la pleine conscience.

*Figure 26 : Fiche « Thérapies émotionnelles, comportementales et cognitives »*

### 3.3 Discussion

La réalisation d'un site internet est en totale adéquation avec les objectifs du projet DEMHETER.

L'objectif d'une prise en charge par niveau de soin est clairement explicité en page d'accueil.

Les différents partenaires du réseau en train d'être constitué ainsi que leurs coordonnées sont visualisables via la cartographie : psychologues, centres ECT, CHU. Une recherche par adresse permet de faire ressortir les ressources de proximité physique.

Un internaute peut ainsi facilement identifier via la page d'accueil quel est son besoin en fonction du niveau de soins, puis le localiser géographiquement au plus proche de lui.

Le centre de recours peut facilement être contacté via un formulaire standardisé qui permettra un gain de temps certain. Le formulaire évite de recevoir une demande incomplète. Récupérer des informations manquantes demanderait un temps non négligeable. Ce qui serait une perte de chance pour une prise en charge rapide du patient.

La réalisation des fiches à destination des médecins est un outil puissant dans le cadre de la formation proposée dans le projet. Les multiples recommandations et sources actuelles peuvent apporter un flou dans la prise en charge du patient. J'ai ainsi synthétisé les informations de façon claire et simple et en présentant la fiche via un arbre quand cela était possible.

Il est à noter que le site est encore à ce jour en construction :

- de nombreuses autres fiches auxquelles je vais participer viendront enrichir le site internet :
  - ✓ en cours : traitement de la bipolarité ;
  - ✓ à venir : arrêt d'un antidépresseur, antidépresseur et dysfonction érectile.
- un onglet à destination des patients avec une vulgarisation médicale est à venir.

Le site présente cependant certaines limites :

- le site est destiné à la fois aux patients et aux praticiens. En effet, l'onglet « Missions et Objectifs » permet de communiquer de manière générale sur le réseau, la cartographie permet d'identifier des interlocuteurs et un onglet pour les patients avec une présentation simplifiée des troubles de l'humeur est en cours. Un patient pourrait, théoriquement, consulter l'onglet médecin avec le risque de mauvaise interprétation ou d'automédication. Un outil internet tel que celui-ci ne peut se substituer au sens clinique du médecin et la prise de décision reste de sa responsabilité propre ;
- proposer des lignes de traitement n'est pertinent que si elles sont en adéquation avec les dernières recommandations. Une veille sera ainsi nécessaire pour rester à jour.

Pour la suite, il semble pertinent :

- de développer le site via :
  - ✓ la création d'un onglet dédié aux modalités pratiques de l'ECT. En effet, une étude publiée par le BMC Psychiatry s'est intéressée à l'expérience des bénéficiaires d'ECT en matière d'information. Des entretiens approfondis avec 21 participants (âgés de 21 à 65 ans) ont été menés. Bien que certains participants aient été satisfaits des d'informations fournies au cours du traitement, la majorité ont ressenti un manque d'explications tout au long de la prise en charge. D'autre part, le consentement semblait peu éclairé car basé sur des informations strictement orales.



Il en a été conclu qu'un accès à des informations factuelles et narratives actualisées devrait être mis en place afin de favoriser l'éducation et l'autonomie des patients. (37)

C'est pourquoi une explication détaillée des modalités de l'ECT pour accompagner les explications orales du médecin semble pertinente sur le site DEMHETER.

- ✓ la création d'un onglet « Témoignages de patients » :

Selon une étude publiée dans le Australian & New Zealand journal of psychiatry, la littérature scientifique s'est beaucoup intéressée à l'ECT. Il existe cependant peu d'études sur l'expérience subjective des patients vis-à-vis de cette procédure. En utilisant une méthodologie descriptive, cette étude vise à fournir un aperçu de ce que les patients pensent de l'ECT. Ainsi, des entretiens semi-structurés ont été menés pour explorer les opinions et les expériences de huit patients. Les entretiens ont identifié quatre thèmes : la peur de l'ECT, l'attribution du déclin cognitif et de la perte de mémoire à l'ECT, la positivité de l'expérience, les suggestions des patients.

Il en résulte l'existence de nombreuses craintes sur la procédure, une perception sur les effets cognitifs qui ne correspond pas nécessairement à celle couramment rapportée dans la littérature et, au final, un retour positif d'expérience en terme d'efficacité. (38)

Cette étude suggère donc qu'il existe un *a priori* négatif sur l'ECT.

D'autre part, selon une autre étude, les preuves suggèrent que l'expérience vécue de l'ECT a un impact positif sur la perception du traitement chez les patients et leurs proches. Cette hypothèse a été testée en comparant les proches de patients traités par ECT avec les proches de patients traités par d'autres moyens. Les connaissances et les attitudes à l'égard de l'ECT ont été évaluées à l'aide de questionnaires spécialement conçus auprès de 206 proches de patients en psychiatrie qui n'avaient jamais reçu d'ECT (groupe non-ECT). Et les résultats ont été comparés à ceux obtenus auprès de 77 proches de patients ayant suivi le traitement (groupe traité par ECT). Les proches des bénéficiaires de l'ECT avaient des attitudes significativement plus positives envers le traitement, alors que les proches du groupe non-ECT étaient plus souvent ambivalents ou critiques à l'égard de l'ECT.

Ainsi, il a été possible de conclure que le partage de l'expérience de l'ECT avec le patient a un impact significatif et positif sur les connaissances et les attitudes du proche concernant le traitement. (39)

Cette conclusion suggère que des témoignages de patients ayant été traités par ECT sur le site pourrait rassurer les craintes d'un futur patient et véhiculer une image positive de cette technique.

- de favoriser la diffusion du site. Cette diffusion auprès des médecins et du public pourrait se traduire par :
  - ✓ la mise en place d'un lien d'adressage vers le site DEMHETER sur le site Psychiaclic ;
  - ✓ une communication sur les réseaux sociaux. En effet, il existe de nombreux groupes d'échanges de patients autour de la dépression ;
  - ✓ une organisation d'évènements autour de la thématique de DEMHETER. Par exemple : « Vivre avec un proche souffrant de dépression », qui ferait intervenir des professionnels, des patients, des proches et des représentants de DEMHETER qui pourraient alors diffuser l'existence du projet et du site.
  
- d'évaluer l'impact du site internet :
  - ✓ exploiter les données attenantes au site telles que le nombre de formulaires envoyés, le délai de réponse, le délai de prise en charge au CHU ;
  - ✓ contacter par retour de mail les médecins ayant envoyé un formulaire afin qu'ils évaluent l'amélioration de l'orientation de leurs patients grâce au site ;
  - ✓ proposer aux usagers et à leur famille un questionnaire d'évaluation de l'impact du site dans leur parcours de soins.

De manière plus générale, pour évaluer le site et l'efficacité du projet DEMHETER, des informations pourront être recueillies dans le cadre de l'activité de la Fédération régionale de recherche en santé mentale et notamment grâce à l'observatoire dont elle dispose et dont les données sont issues de :

- ✓ l' exploitation de grandes bases de données (hospitalisations, recours aux médicaments psychotropes, décès, appels au SAMU pour tentative de suicide ...)
- ✓ résultats régionaux d'enquêtes en population générale (Santé mentale en population générale, Baromètre santé ...).

## **CONCLUSION**

Le système actuel de prise en charge des troubles de l'humeur résistants et complexes dans les Hauts-de-France ne permet pas une prise en charge optimale des patients. En effet, le système est cloisonné et le parcours du patient est défaillant.

Le projet DEMHETER (Réseau D'Évaluation des Maladies de l'Humeur Et de leur Traitement), piloté par le Professeur Ali Amad, a pour objectif une amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des soins des patients souffrant de troubles de l'humeur résistants et complexes dans la région des Hauts-de-France via :

- la mise en place d'un réseau régional spécialisé dans l'évaluation et la prise en charge des troubles de l'humeur résistants et complexes.
- un meilleur accès à l'électroconvulsivothérapie par la création d'une unité dédiée au sein du service de psychiatrie du CHU de Lille.

Le projet DEMHETER s'inscrit donc totalement dans la nécessité de réorganiser la prise en charge par niveaux de soins dans un réseau coordonné.

D'autre part, la création d'un site attenant va permettre de :

- communiquer auprès des professionnels et des patients sur l'existence du réseau, ses missions et ses objectifs ;
- lister et présenter les membres du réseau ;
- fournir un moyen rapide d'adressage adapté dans le parcours de soins ;

- orienter facilement un patient en soins de recours via un courrier d'adressage en ligne ;
- informer les patients ;
- fournir aux professionnels des recommandations de prise en charge via une revue des dernières recommandations de la littérature nationale et internationale.

Le site va donc concourir à une amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des soins des patients souffrant de troubles de l'humeur résistants et complexes dans la région des Hauts-de-France.

## RÉFÉRENCES

1. Schosser A, Serretti A, Souery D, Mendlewicz J, Zohar J, Montgomery S, et al. European Group for the Study of Resistant Depression (GSRD) — Where have we gone so far: Review of clinical and genetic findings. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1 juill 2012;22(7):453-68.
2. Al-Harbi KS. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. *Patient Prefer Adherence*. 1 mai 2012;6:369-88.
3. Cavard H, Poulet E. 40. Électroconvulsivothérapie dans les troubles dépressifs. In: *Actualités sur les maladies dépressives* [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2018 [cité 31 janv 2023]. p. 413-9. (Psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/actualites-sur-les-maladies-depressives--9782257207333-p-413.htm>
4. Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met? *Ann Intern Med*. oct 1985;103(4):596-9.
5. Day E, Shah R, Taylor RW, Marwood L, Nortey K, Harvey J, et al. A retrospective examination of care pathways in individuals with treatment-resistant depression. *BJPsych Open*. mai 2021;7(3):e101.
6. Trouble dépressif [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.psychiatic.fr/troubles-psychiatriques/trouble-depressif>
7. Trouble bipolaire [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.psychiatic.fr/troubles-psychiatriques/trouble-bipolaire>
8. Troubles mentaux [Internet]. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
9. Pauvros r. un enjeu de société, un engagement pour notre région.
10. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet*. 24 nov 2018;392(10161):2299-312.
11. Léon c. la dépression en france chez les 18-75 ans : résultats du baromètre santé 2017 / depression in france among the 18-75 year-olds: results from the 2017 health barometer.
12. Part de la population ayant recouru aux antidépresseurs en 2020 par territoire de proximité, dans les Hauts-de-France [Internet]. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/part-population-ayant-recouru-aux-antidepresseurs-2020-par-territoire-proximite-hauts-france.html>
13. Khalid N, Atkins M, Tredget J, Giles M, Champney-Smith K, Kirov G. The effectiveness of electroconvulsive therapy in treatment-resistant depression: a naturalistic study. *J ECT*. juin 2008;24(2):141-5.
14. Ross EL, Zivin K, Maixner DF. Cost-effectiveness of Electroconvulsive Therapy vs Pharmacotherapy/Psychotherapy for Treatment-Resistant Depression in the United States. *JAMA Psychiatry*. 1 juill 2018;75(7):713-22.

15. Slade EP, Jahn DR, Regenold WT, Case BG. Association of Electroconvulsive Therapy With Psychiatric Readmissions in US Hospitals. *JAMA Psychiatry*. 1 août 2017;74(8):798-804.
16. Les secteurs de psychiatrie adulte des Hauts-de-France (2022) [Internet]. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/les-secteurs-psychiatrie-adulte.html>
17. 2017-064R-Tome\_I\_rapport.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome\\_I\\_rapport.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf)
18. Depression - ProQuest [Internet]. [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.proquest.com/docview/2151082774>
19. 20210216-rapport-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/20210216-rapport-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf>
20. Rapport\_Druais\_Mars\_2015.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Druais\\_Mars\\_2015.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf)
21. Densité de psychiatres en activité régulière (tous modes d'exercice). Hauts-de-France versus autres régions. 2021 [Internet]. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/1-densite-psychiatres-activite-reguliere-tous-modes-dexercice-hauts-france-versus-autres-regions-2021.html>
22. Le périmètre des Projets territoriaux de santé mentale (2020) [Internet]. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/perimetre-projets-territoriaux-sante-mentale.html>
23. 20210216-rapport-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/20210216-rapport-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf>
24. La réhospitalisation en psychiatrie. Facteurs individuels, facteurs organisationnels | Cairn.info [Internet]. [cité 13 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-6-page-829.htm>
25. Jeannot JG. L'utilisation d'internet en médecine n'est plus une option. *Rev Med Suisse*. 13 mai 2015;474:1060-3.
26. 2020LILUM321.pdf [Internet]. [cité 16 févr 2023]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2020/2020LILUM321.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM321.pdf)
27. Nabarette H. L'internet medical et la consommation d'information par les patients. *Réseaux*. 2002;114(4):249-86.
28. Rainie L. The Online Health Care Revolution [Internet]. Pew Research Center: Internet, Science & Tech. 2000 [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.pewresearch.org/internet/2000/11/26/the-online-health-care-revolution/>
29. DEMHETER [Internet]. [cité 17 févr 2023]. Disponible sur: <https://demheter.fr/>
30. Xavier. Statistiques et chiffres de la dépression en France et dans le monde [Internet]. [cité 17 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.la-depression.org/comprendre-la-depression/la-depression-en-chiffre/>



31. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments - Sidney H. Kennedy, Raymond W. Lam, Roger S. McIntyre, S. Valérie Tourjman, Venkat Bhat, Pierre Blier, Mehrul Hasnain, Fabrice Jollant, Anthony J. Levitt, Glenda M. MacQueen, Shane J. McInerney, Diane McIntosh, Roumen V. Milev, Daniel J. Müller, Sagar V. Parikh, Norma L. Pearson, Arun V. Ravindran, Rudolf Uher, , the CANMAT Depression Work Group, the CANMAT Depression Work Group, 2016 [Internet]. [cité 17 févr 2023]. Disponible sur: <https://journals-sagepub-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/10.1177/0706743716659417?icid=int.sj-related-articles.similar-articles.1>
32. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* janv 2021;55(1):7-117.
33. Favre-Bonté J. Haute Autorité de santé. 2017;
34. Geoffroy PA, Fovet T, Micoulaud-Franchi JA, Boudebessé C, Thomas P, Etain B, et al. [Bright light therapy in seasonal bipolar depressions]. *L'Encephale.* déc 2015;41(6):527-33.
35. Rachid F, Aubry JM, Bondolfi G. Luminothérapie et troubles affectifs saisonniers dans la pratique Clinique. *Rev Med Suisse.* 17 sept 2003;2450:1756-9.
36. Taylor D, Paton C, Kapur S. The South London and Maudsley NHS Foundation Trust & Oxleas NHS Foundation Trust prescribing guidelines. 10th ed., repr. London: Informa Healthcare; 2011. 533 p.
37. Coman A. Recipients' experience with information provision for electroconvulsive therapy (ECT). *BMC Psychiatry.* 4 févr 2022;22(1):86.
38. Koopowitz LF, Chur-Hansen A, Reid S, Blashki M. The subjective experience of patients who received electroconvulsive therapy. *Aust N Z J Psychiatry.* févr 2003;37(1):49-54.
39. Grover SK, Chakrabarti S, Khehra N, Rajagopal R. Does the experience of electroconvulsive therapy improve awareness and perceptions of treatment among relatives of patients? *J ECT.* mars 2011;27(1):67-72.

## ANNEXES

**ANNEXE 1** : Stratégie thérapeutique globale de l'EDC d'intensité modérée chez l'adulte selon l'ARS (2017)

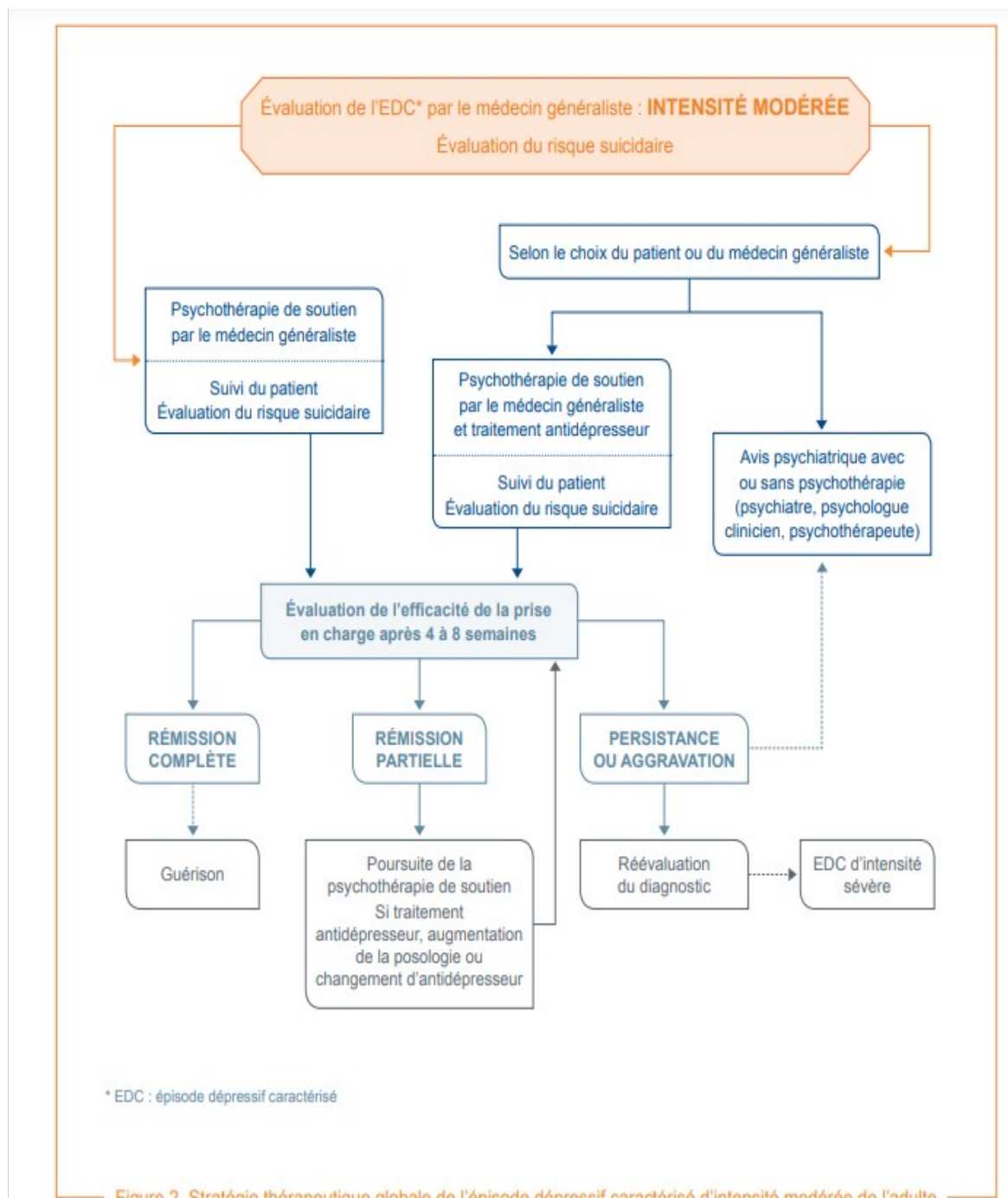
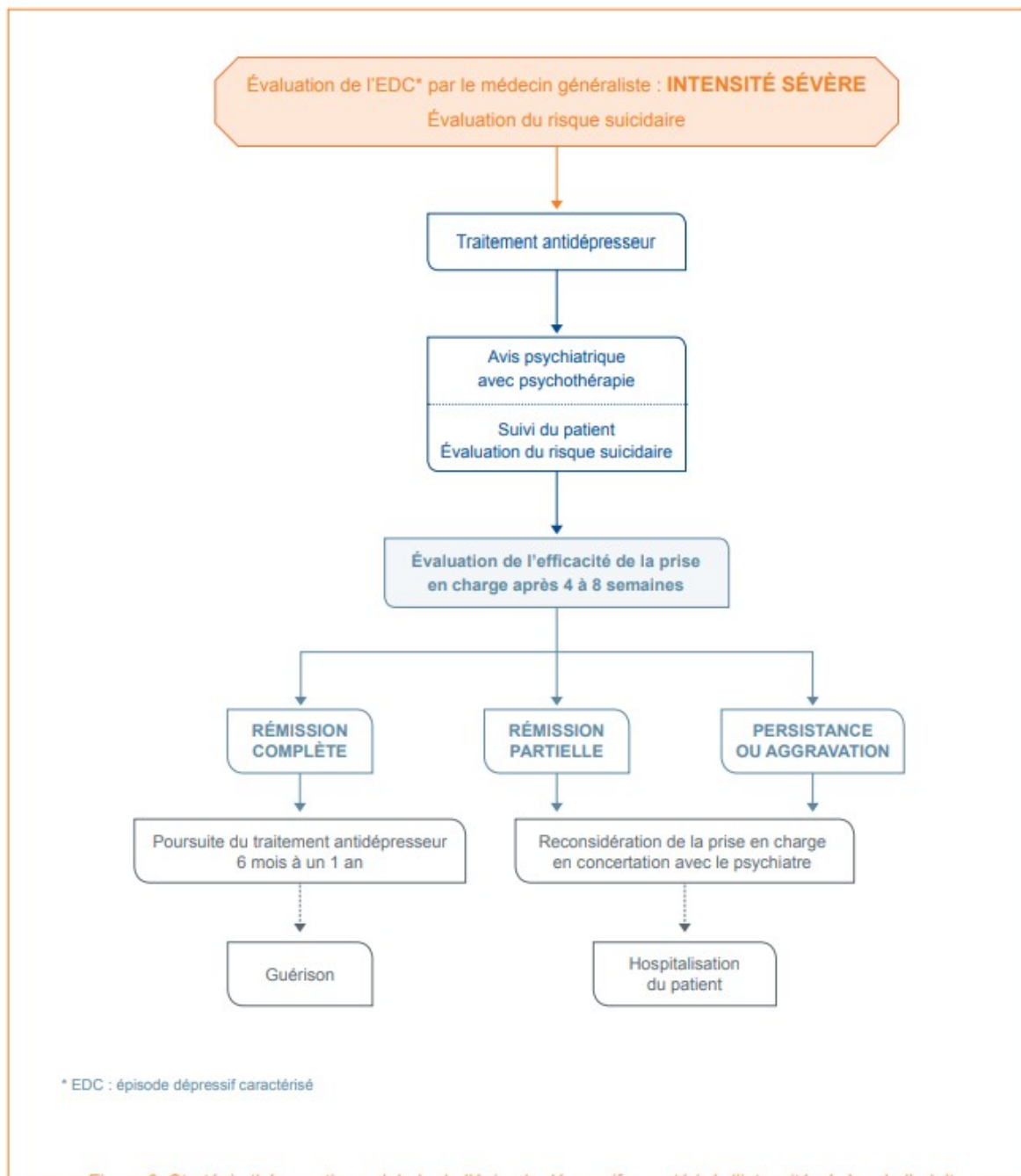


Figure 2. Stratégie thérapeutique globale de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée de l'adulte

**ANNEXE 2** : Stratégie thérapeutique globale de l'EDC d'intensité sévère chez l'adulte selon l'ARS (2017)



**AUTEURE : Nom : PETIT**

**Prénom : Marjorie**

**Date de soutenance : mercredi 29 mars 2023**

**Titre de la thèse :**

**Conception d'un site internet dans le cadre du projet DEMHETER: Mise en place d'un réseau régional Hauts-de-France spécialisé dans l'évaluation et la prise en charge des troubles de l'humeur résistants et complexes**

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement : Psychiatrie**

**DES + FST/option : *DES de Psychiatrie + FST Addictologie***

**Mots-clés : DEMHETER, Troubles de l'humeur résistants, ECT, réseau, Hauts-de-France, Niveaux de soins**

**Résumé :**

En région Hauts-de-France, on dénombre actuellement 600 000 personnes en dépression et 150 000 personnes souffrant de troubles bipolaires. On estime que 15 à 30 % des patients déprimés souffrent d'une dépression résistante. Se dégage ainsi la forte nécessité d'une prise en charge efficace et adaptée.

On constate cependant que le parcours de soins des patients souffrant de troubles de l'humeur résistants et complexes dans les Hauts-de-France n'est ni optimal, ni unifié.

L'objectif de mon travail a été de participer au projet DEMHETER (pilote par le professeur Ali AMAD). Ce projet a pour objectif une amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des soins des patients souffrant de troubles résistants et complexes dans la région des Hauts-de-France.

Outil largement utilisé de nos jours, que ce soit par les médecins ou par les patients, j'ai ainsi participé à l'élaboration du site internet attendant au projet.

Le projet DEMHETER et son site internet s'inscrivent totalement dans la nécessité de réorganiser la prise en charge des troubles de l'humeur résistants par niveaux de soins dans un réseau coordonné afin de corriger les défaillances du système actuel, sectorisé et cloisonné.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Asseseurs :**

**Monsieur le Docteur Jean-Paul DURAND**

**Monsieur le Docteur Abdalla MOSSAD**

**Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Ali AMAD**

