

Une collaboration patient-soignant pour une meilleure prise en charge des troubles cardiovasculaires des personnes ayant des troubles psychiques au long cours : Études qualitative multicentrique et de faisabilité

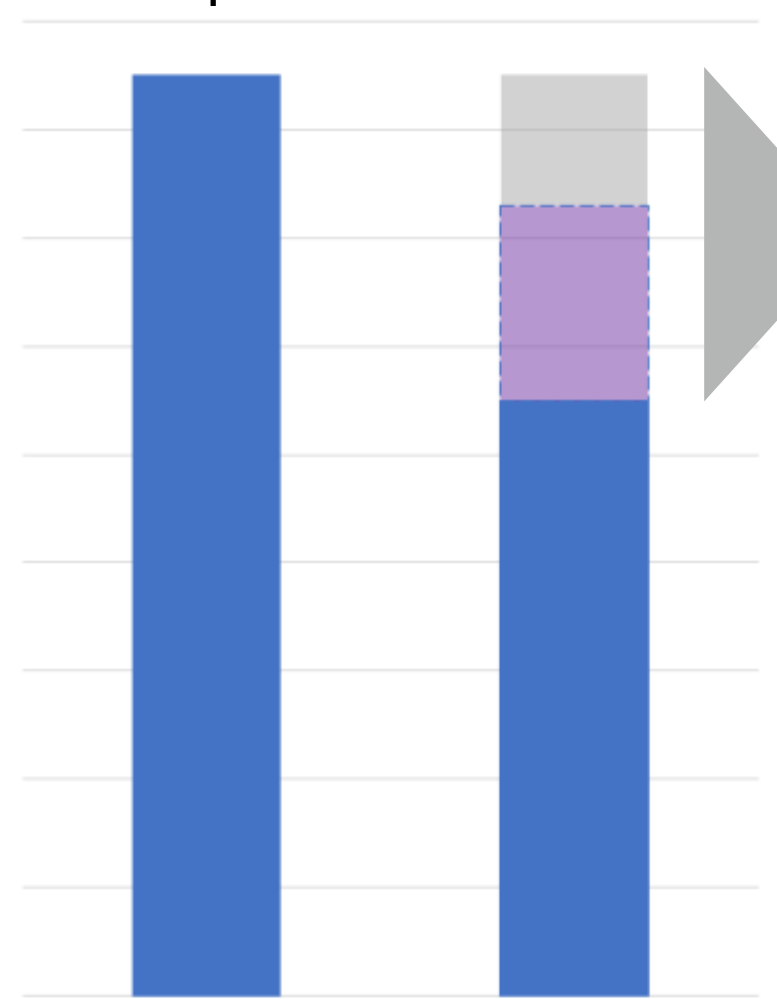
Antoine BALEIGE^{1,2}, Jean-François BESNARD³, Nicolas MEUNIER-BEILLARD⁴, Vincent DEMASSIET^{1,2}, Amel OUEZINI⁵, Olivier LAMBERT⁶, Claire CHARREL², Olivier MAZAS⁷, Joel OBERLIN⁸, Jean-Luc ROELANDT^{1,2,9}, Frédéric DENIS^{10,11}

1. CCOMS, Lille ; 2. EPSM Lille-Métropole, Armentières ; 3. CH Guillaume Régnier, Rennes ; 4. Centre Georges Chevrier CNRS UMR 7366 ; 5. CASH, Nanterre ; 6. CESAME, Angers ; 7. MGEN, Lille ; 8. CH Rouffach ; 9. INSERM UMR 1123 ECEVE ; 10. Unité de Recherche Clinique, CH La Chartreuse, Dijon ; 11. EA 75-05 Education éthique santé, Université de Tours

Contact : abaleige@epsm-lille-metropole.fr

CONTEXTE EUROPEEN

Espérance de vie

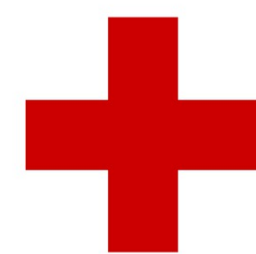


Les personnes avec un trouble psychique
Réduction d'espérance de vie de 20 à 30 ans
60% imputable aux comorbidités somatiques
La première cause de mortalité somatique est **cardiovasculaire**

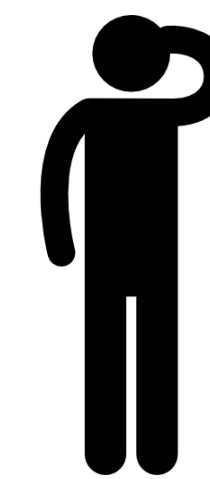
- Objectif 5 du Plan Santé Mentale Europe 2013-2020 de l'OMS Europe
- Terme de référence du CCOMS de Lille 2014-2018

Population Générale / Trouble Psychique

ANALYSE SYSTEMIQUE



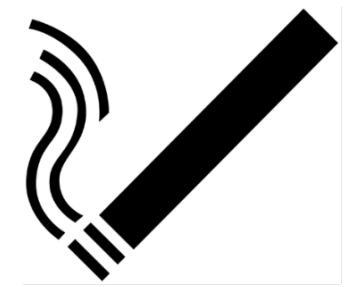
- Système de soins**
Moins bon accès aux soins
Défaut de **dépistage, prévention et suivi**



- Traitements psychotropes**
Notamment les **neuroleptiques**, notamment les **atypiques**
- Facteurs environnementaux**
Notamment le **tabac**, la **précarité**, l'**isolement social**, la **sédentarité**

OR,
Les modalités de soins sont **documentées et sensiblement identiques au reste de la population**

Enjeu d'organisation des soins



ETUDE QUALITATIVE MULTICENTRIQUE

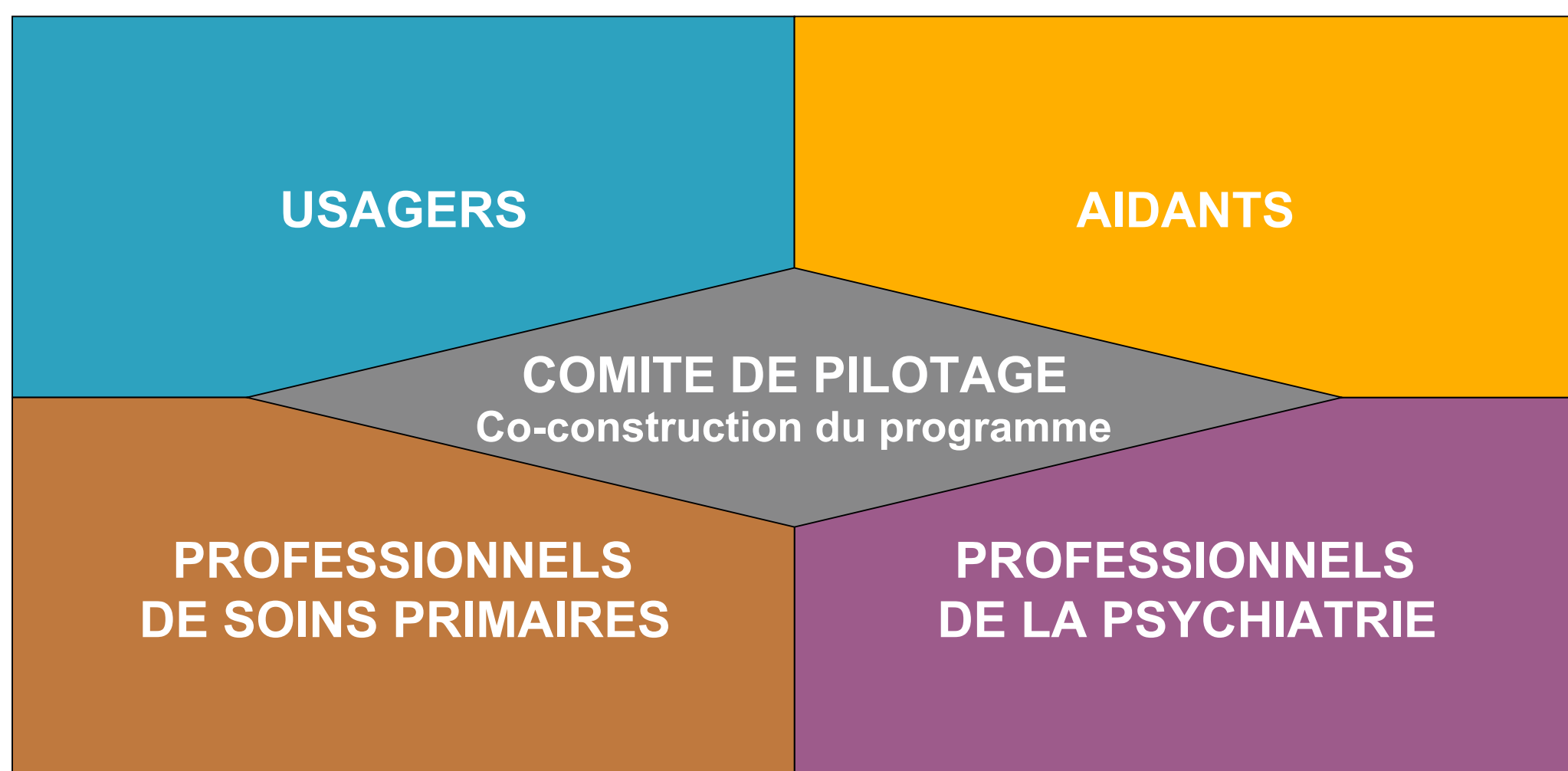
Etude qualitative par **focus groups multicentrique** sur 7 établissements

Critères d'inclusion

- Personne majeure avec un usage courant de la langue française
- Personne étant/aidant/suivant une personne avec un trouble psychique au long cours avec une ALD 23

Critères de non-inclusion

- Personne dans l'incapacité physique ou psychique de participer



4 sous-populations x 4 focus groups = 16 focus groups
16 focus groups x 6-8 personnes = 96-128 participants

Programme de formation à la santé et au rétablissement

OBJECTIFS

- Co-construire** avec l'ensemble des parties prenantes
- une stratégie de **formation à la santé et au rétablissement**
- permettant l'**empowerment des personnes usagères**
- dans le but de leur permettre un **plein accès au système de soins de droit commun**
- Evaluer la **faisabilité** d'une **recherche interventionnelle quantitative à haut niveau de preuve** mesurant l'efficacité de la stratégie développée sur
 - la **réduction du risque cardiovasculaire**
 - et de la **mortalité d'origine cardiovasculaire**

ETUDE DE FAISABILITE

Réalisée par le CH La Chartreuse, Dijon

30 participants

M0

M2

M3

M6

Déploiement de la stratégie d'empowerment
Visites d'évaluation

Qualité de vie SF12
Citoyenneté
Rétablissement *Recovery Assessment Scale*
Activité physique *Score Ricci-Gagnon*
Risque Cardiovasculaire *SCORE*
Représentation du Risque Cardiovasculaire

Recherche interventionnelle quantitative à haut niveau de preuve

AVANTAGES ET BENEFICES ATTENDUS

Pensée systémique avec appui sur les forces du système de soin - Rôle central de la médecine primaire - Dialogue inter-disciplinaire - Démocratie en santé
Participation effective des personnes concernées - Usagers, aidants et professionnels de la santé primaire sont partie prenante dès la première réunion et à toutes les étapes du processus

L'empowerment au centre de la dynamique et l'usager pensé comme citoyen

Destiné à toutes les parties prenantes du système - Sur la base des recommandations internationales de l'OMS

