

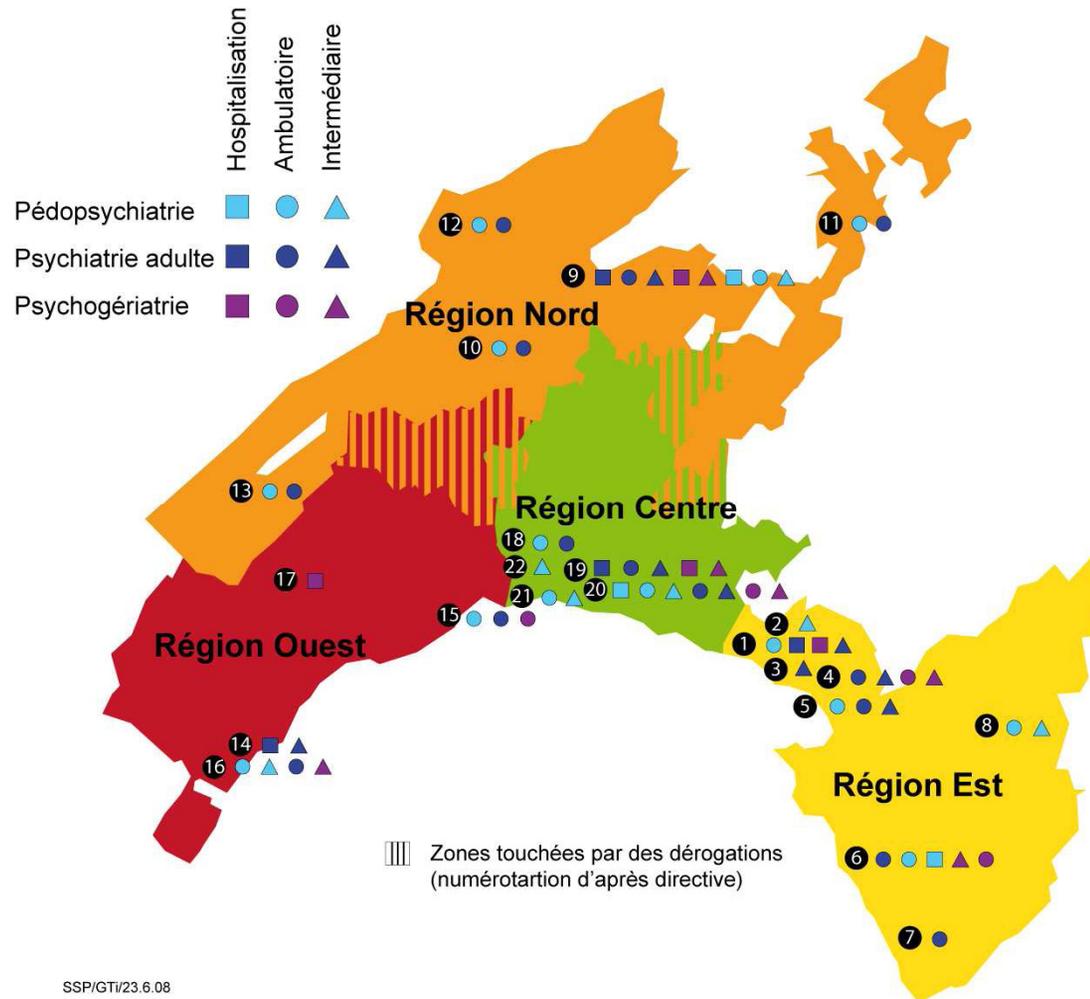
Bruxelles 26 novembre 2010

Modèle de soins communautaires dans le département de psychiatrie du CHUV

Dr Stéphane Morandi



Organisation des soins en santé mentale dans le Canton de Vaud



Le Canton de Vaud

- 660 000 habitants en 2006 (+ 130 000 depuis 1984)
- Nombre de lits psychiatriques :
 - 1.7 pour 1000 habitants en 1980
 - 0.7 pour 1000 habitants en 2006



Le Secteur Centre (psychiatrie adulte)

- 300 000 habitants
- 95 lits psychiatriques adultes (0.3 lits pour 1000 habitants)
(800 lits asilaires en 1950)
- En 2006 :
 - 1530 hospitalisations
 - durée moyenne des séjours : 23 jours
 - Taux d'occupation : 97%

 - 57 500 consultations médicales ambulatoires
 - 95 000 consultations autres

Politique de santé mentale

- Collaboration entre le Service de la Santé Publique, le CHUV et la Fondation de Nant
- Plan d'action 2007-2012 :
 - Inscrit dans la législature du Conseil d'Etat (gouvernement, exécutif)
 - 5 axes prioritaires
 1. Le renforcement de la psychiatrie de liaison et de la coordination
 2. La lutte contre les conduites suicidaires
 3. L'amélioration de la prise en charge des situations de violence
 4. L'amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique
 5. L'amélioration des soins psychiatriques aux personnes souffrant d'un handicap mental

Politique de santé mentale (suite)

- Le renforcement de la psychiatrie de liaison et de la coordination
 - Formation des professionnel-le-s de première ligne
 - Mise sur pied d'une liaison pluridisciplinaire avec les EMS et les CMS
 - Développement de la psychiatrie de liaison au sein des hôpitaux somatiques
 - Développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires psychiatriques

ARCOS

- Association "Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise »
- 70 membres : communes, médecins, centres médicaux sociaux (CMS) de soins à domicile, CHUV, haute école de soins, associations de patients (GRAAP), ...
- Les objectifs du réseau ARCOS visent notamment :
 - l'amélioration de la continuité des soins entre les différentes institutions sanitaires
 - La recherche d'une meilleure réponse aux attentes de la population

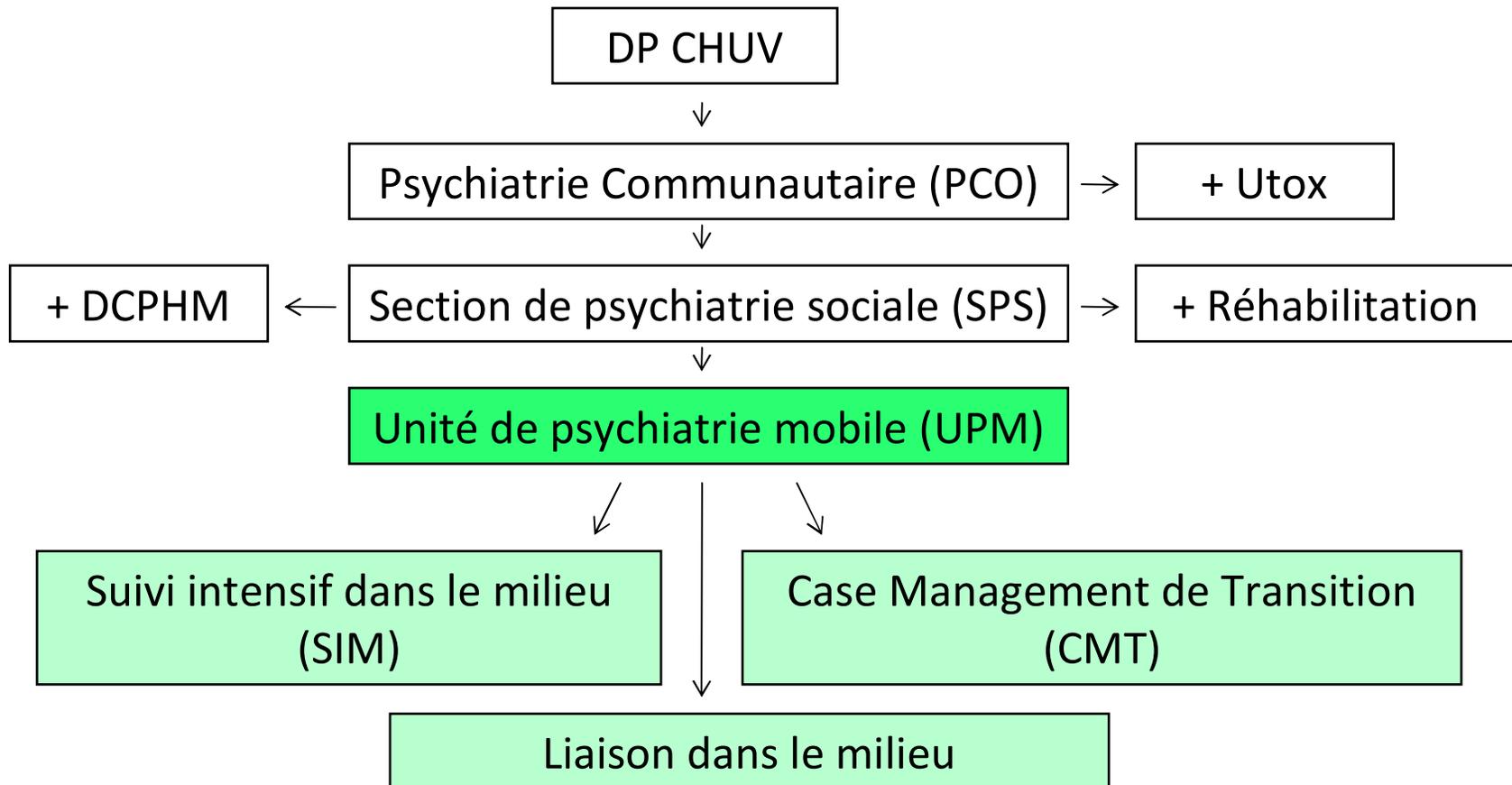
Plan stratégique du CHUV 2009-2013

- Santé mentale :
 - Objectifs globaux
 - Déployer des projets sur les trois secteurs en cohérence avec les priorités du plan de santé mentale vaudois.
 - Assurer le développement d'interventions dans la communauté. Le programme vise les troubles sévères ayant un accès limité aux services psychiatriques et présentant des risques de complication majeure \longrightarrow Equipes mobiles
 - Bénéfices attendus
 - Meilleures capacité à orienter dans le réseau, à évaluer et soutenir les patients
 - Amélioration de l'adéquation entre prescription médicamenteuse et pathologie

L'Unité de Psychiatrie Mobile

- S'inscrit dans le plan de santé mentale
 - Renforcement de la coordination (case management)
 - Travail de liaison
- S'inscrit dans le plan stratégique du CHUV
 - Interventions dans la communauté
 - Vise les troubles sévères ayant un accès limité aux soins et présentant des risques de complications majeures (SIM)

Place de l'UPM au sein du DP



Un modèle de soins communautaires à Lausanne :

LE SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU (SIM)

Objectifs du SIM

- Offrir aux personnes difficilement accessibles des soins psychiatriques en coopération avec les proches et les intervenants de premier recours
- Favoriser l'insertion de ces personnes dans la communauté
- Développer la coopération au traitement
- Promouvoir les ressources de la personne et celles de ses proches

Population cible du SIM

1. Personnes qui présentent des difficultés psychiques et qui refusent les soins ou qui n'y ont pas accès, car trop marginalisées.
2. Hauts utilisateurs, pour
 - Centraliser la demande
 - Réduire le nombre et la durée des séjours hospitaliers
 - « haut utilisateur » :
 - > 90 jours d'hospitalisation sur l'année écoulée
 - 3 hospitalisations ou plus sur l'année écoulée

Demandes de prise en charge psychiatrique



non

Urgence imminente

oui

Patient déplaçable

Patient déplaçable

oui ↓

non ↓

oui ↓

non ↓

Centre de consultation
psychiatrique et
psychothérapeutique
(CCPP)

Suivi intensif dans le
milieu (SIM)

Urgences crise (PMU
CHUV)

Médecin de garde de
la ville

SIM: Historique

- 1873 : Création de l'hôpital de Cery
- 1913 : Visites des psychiatres à l'Hôpital Cantonal
- Années 30 : Visites du Dr Steck à la Policlinique Médicale
- 1948 : Création de la Policlinique Psychiatrique Universitaire (PPU) : pôle ambulatoire de l'hôpital de Cery
- 1960 : Création du Centre psychosocial (CPS)
 - prises en charges multidisciplinaires
 - Médecin psychiatre de garde 24/24 h qui se rend au domicile des patients
 - Visites à domiciles : perfusions
 - Au plan mondial, vague de désinstitutionalisation

SIM: Historique

- Années 80-90 : Abandon des soins à domicile
 - Augmentation du nombre de patients, réduction du nombre de lits hospitaliers
 - nouveaux paradigmes prédominant
 - Respect des choix du patient à ne pas être pris en charge
 - Responsabilisation du patient
 - Evitement des attitudes paternalistes
- 1996 : réorganisation de la garde départementale
 - les visites à domiciles sont laissées à la charge des médecins généralistes de garde
 - Vécue comme une perte importante par les patients et le réseau
 - Conséquences
 - Péjorations de certaines situations psychosociales
 - Hospitalisations en urgence et sous contrainte
 - Charge importante pour l'entourage

SIM: Historique

- 1997 : Dans le cadre de la réorganisation du Département de psychiatrie en sections spécialisées et pour répondre à la demande des patients et de leurs proches : Projet qualité : « Soins psychiatriques – infirmiers et sociaux – à domicile »
- 1999 : Projet pilote : « Soins intensifs dans le milieu »

Le modèle d'intervention

- Assertive community treatment (ACT) :
 - Nombre de patients limité par intervenant pour offrir une grande disponibilité.
 - Cadre pluridisciplinaire : large palette de compétences et bonne connaissance du réseau.
 - Travail proactif.
- L'approche milieu :
 - Travail collaboratif avec l'entourage du patient.
 - Renforcement des ressources du réseau.

SIM: modèle théorique : spécificités

Modèle de référence (ACT)

1. Faible ratio patient/intervenant
2. Services dans la communauté
3. Responsabilité partagée par l'équipe pour chaque patient
4. 24h/24h
5. Fourni directement tous les services
6. Suivis à durée illimitée

Modèle de Lausanne

1. Idem (10:1)
2. Idem
3. Intervenant(s) identifié(s) pour chaque patient
4. Durant les heures ouvrables (collaboration avec les urgences)
5. Travail en réseau : transmissions
6. Suivis limités dans le temps

SIM: Fonctionnement

- L'équipe :
 - 1 médecin chef de clinique (1 EPT)
 - 1 médecin chef de clinique adjoint (0.9 EPT)
 - 1 médecin assistant (0.9 EPT)
 - 2 assistantes sociales (1.5 EPT)
 - 5 infirmiers (5 EPT)

SIM: Fonctionnement

- Les demandes peuvent être adressées par n'importe qui dans l'entourage d'une personne qui semble présenter des difficultés psychiques. En 2009 :
 - 46 % Département de psychiatrie
 - 25 % Institutions (Structures d'hébergement, centres sociaux...)
 - 16 % Famille
 - 12 % Médecins installés
 - 1 % Patients
- Tous les membres de l'équipe prennent des demandes (référénts liaison).
 - 150 à 200 demandes/an
 - 2/3 sont acceptées, 1/3 réorientées

SIM: Fonctionnement

- 2 colloques multidisciplinaires de demandes par semaine (≠ urgence).
- Accent mis sur les motifs de la demande, les objectifs, le réseau existant et les possibilités de rencontrer le patient cible.
- Réponse dans les 48 h au plus tôt
- Proposition d'alternatives si les situations ne remplissent pas les critères de suivi SIM.
 - Critère d'acceptation : « Le SIM prend en charge toute situation qui ne peut être suivie ailleurs »

SIM: Fonctionnement

- Durée d'intervention :
 - De l'évaluation dans le milieu de quelques séances (parfois avec le réseau, sans le patient)
 - À la prise en charge au long court sur plusieurs années (20 % de la cohorte environ)
- Le 1^e entretien se fait TOUJOURS en présence du demandeur ou d'une personne qui accepte de reprendre à son compte la demande.

Avantages du modèle pour le patient

- Permet de dépasser certaines barrières à l'engagement dans les soins
 - Rencontre dans le milieu : moins stigmatisante, moins traumatisante
 - Suivi intensif : alternative à l'hospitalisation, utilisation moins importante de la médication
 - Utilisation des ressources existantes
 - Travail sur les attentes et besoins du patient permettant de développer l'alliance de travail
- Maintien dans la communauté : rétablissement : offrir au patient une vie au plus proche de ses aspirations

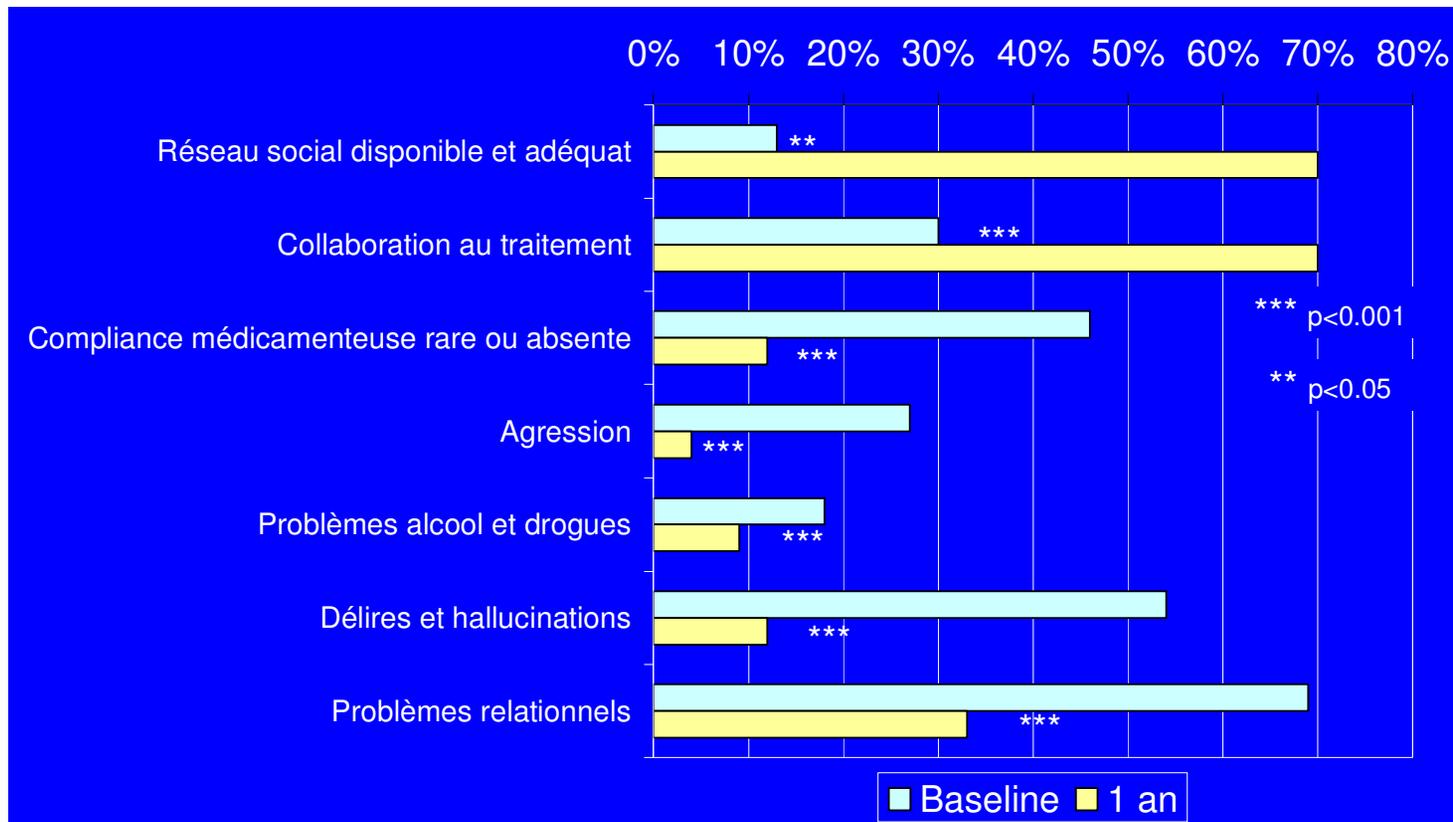
Avantages du modèle pour le réseau

- Travail de liaison :
 - Transfert de compétences
 - Meilleures connaissances du fonctionnement institutionnel
- Intervention précoce permet d'améliorer le pronostic et d'éviter les complications psycho-sociales
- Dans le cadre des hauts utilisateurs :
 - Réduction du nombre et de la durée des séjours
 - Coordination du réseau

Inconvénients du modèle

- Coûte cher (coûts directs)
- Rapporte peu d'argent (Facturations)
- Questions éthiques :
 - Respect de l'autonomie
 - Secret médical
 - Respect des règles de bonne pratique

Résultats du Suivi intensif dans le milieu à Lausanne



Etude rétrospective sur 75 patients, Bonsack et al. 2003

Modèles de soins communautaires à Lausanne :

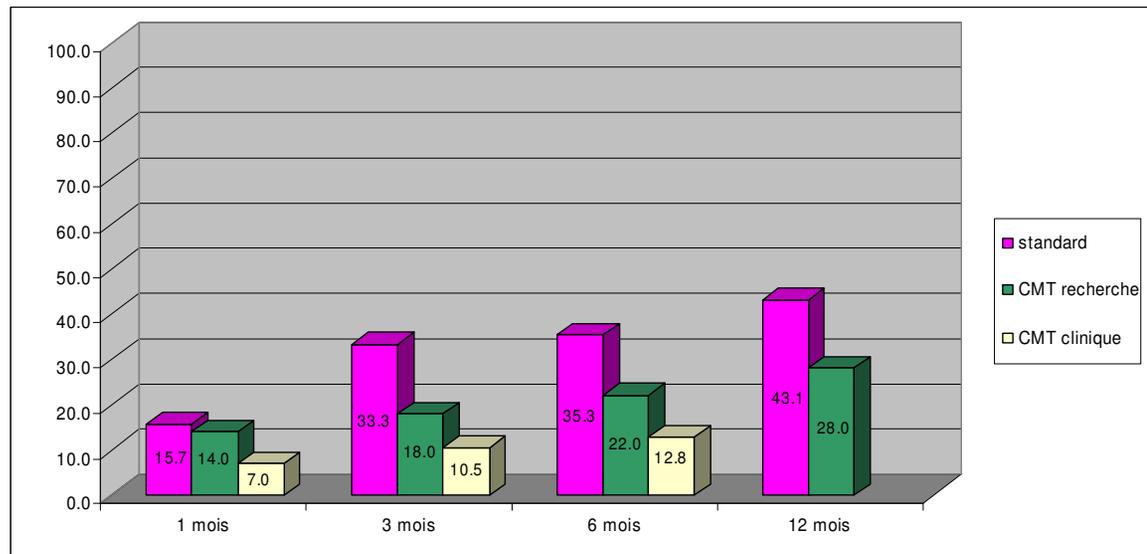
AUTRES EXEMPLES

Le Suivi de Transition ou Case Management de Transition (CMT)

- Pourquoi ?
 - Assurer que les progrès réalisés durant une hospitalisation se poursuivent lors du retour dans la communauté
 - Favoriser la continuité des soins entre le séjour hospitalier et le réseau de soins ambulatoires
 - Prévenir la rechute, les réhospitalisations
 - Réduire le risque suicidaire
- Comment ?
 - Dès les premiers jours d'hospitalisation et durant un mois après la sortie
- Par qui ?
 - Equipe pluridisciplinaire (infirmiers et assistants sociaux) sous supervision médicale

Impact du suivi de transition

- % de réhospitalisation à l'AOC



	contrôle (n = 51)	CMT recherche (n = 50)	CMT clinique
1 mois	8 (15.7%)	7 (14.0%)	4 (7.0%), n = 57
3 mois	17 (33.3%)	9 (18.0%)	6 (10.5%), n = 57
6 mois	18 (35.3%)	11 (22.0%)	5 (12.8%), n = 39
12 mois	22 (43.1%)	14 (28%)	non disponible

- Augmentation de la satisfaction des patients et du réseau

Liaison hébergement ou Case Management de Liaison (CML)

- Pourquoi ?
 - Améliorer l'organisation du réseau et de la filière de soins
 - Diminuer le phénomène de porte tournante
 - Améliorer la collaboration entre structures résidentielles (43 établissements sur Vaud) et institutions psychiatriques
- Comment ?
 - Durant l'hospitalisation, identification du lieu de vie le plus favorable et préparation du séjour
 - Durant le séjour dans la structure d'hébergement, soutien à l'équipe résidentielle
- Par qui ?
 - Equipe pluridisciplinaire (infirmiers et assistants sociaux) sous supervision médicale

Mais encore...

- Programme TIPP : traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques
- RESSORT : réseau de soutien et d'orientation vers le travail
- DCPHM : dispositif de collaboration psychiatrie – handicap mental
- AIMA : antenne d'intervention milieu pour adolescent
- EMPAA : équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé

