

RÉGLER L'ÉPISODE PSYCHIATRIQUE AIGU DANS LA COMMUNAUTÉ, UNE UTOPIE ?

Olivier Farmer
Chef du service de psychiatrie urbaine
David Gaulin
Directeur adjoint, santé mentale

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal*

Québec 

8 mai 2018

Objectifs

- Tirer les leçons du PRISM (Programme de Réaffiliation en Itinérance/Santé Mentale) et du SII (Suivi Intensif Itinérance) pour les appliquer vers des épisodes aigus psychiatriques pour toute clientèle.
- Pourquoi préférer être hospitalisé chez soi plutôt qu'à l'hôpital ? Qu'est ce que la recherche nous apprend...
- Les expériences québécoises et les défis d'implanter un tel modèle pour un hôpital communautaire.

LEÇONS DU PRISM ET DU SII

On fait déjà des épisodes de soins aigus dans la communauté !

L'exemple de Chantal

*Référence directe par les partenaires
communautaires*

- Dame dans la cinquantaine
- Sans logement depuis plusieurs années, auparavant était autonome, travaillait.
- Se tient dans des parcs, dans des cadres de porte de commerces.
- Connue des policiers car appels fréquents au 911 : parle seule, semble incohérente, invective régulièrement les passants.
- Référée à l'équipe de suivi intensif itinérance (SII) par l'équipe policière spécialisée EMRII.

L'exemple de Sylvain

Prise en charge dès l'urgence

- Homme dans la quarantaine
- Sans logement depuis plus de 15 ans, historique de diagnostic de schizophrénie, mais aussi de consommation importante de drogues stimulantes (crack et speed).
- Visite fréquemment les urgences car la consommation exacerbe ses symptômes psychotiques et peut mener à des actes violents (judiciarisés).
- 48 heures après son arrivée à l'urgence, il est dégrisé et contrôle mieux ses propos et son comportement. Il demande de l'aide pour s'en sortir, mais ne veut pas aller en thérapie (« j'en ai tellement fait, ça ne marche pas pour moi »).
- Référé au PRISM par la travailleuse sociale de l'urgence psychiatrique.

L'exemple de Chantal

Évaluation et prise en charge dans le milieu

- Plusieurs tentatives de rencontrer Chantal dans la communauté, avec le soutien direct des policiers.
- Plusieurs rencontres dans des circonstances difficiles, Chantal est méfiante ou accueille d'emblée les membres d'équipe avec un flot d'insultes choisies. Le discours délirant avec convictions paranoïdes est clair cependant, ainsi que le fait qu'elle ne reconnaît aucun signe de trouble mental. Elle refuse une référence au PRISM (refuge pour femmes). Une orientation en logement directement de la rue, théoriquement possible, est jugée peu réaliste compte tenu de son état mental.
- Après avoir rassemblé les informations disponibles et délibéré en équipe, il est décidé d'entamer une démarche d'ordonnance de traitement.
- Après une démarche plutôt épique pour signifier la patiente par huissier de la procédure, et l'octroi de l'ordonnance, les mêmes policières qui interviennent depuis des années avec Chantal vont la chercher pour l'amener à l'hôpital.

L'exemple de Sylvain

Accès rapide/immédiat en tout temps

- Sylvain est référé par un appel téléphonique entre la travailleuse sociale de l'urgence et celle du PRISM.
- Celle-ci vient voir Sylvain l'après-midi même, lui présente les services. Il accepte, et il quitte aussitôt pour aller à l'Accueil Bonneau pour un séjour au programme PRISM.
- Il est rencontré le lendemain par le psychiatre de l'équipe. Sa carte d'assurance maladie a déjà été réactivée et une demande d'aide sociale acheminée au CLE.
- Un plan d'intervention et de séjour sont convenus entre Sylvain et l'équipe clinique ainsi que l'intervenante de l'Accueil Bonneau (séjour de quelques semaines, recherche de logement, gestion de la consommation pour réduire les méfaits, traitement médical de son trouble psychiatrique).

L'exemple de Chantal

Optimisation du séjour hospitalier

- Dès son arrivée à l'urgence, l'équipe SII rencontre Chantal ainsi que l'équipe de l'urgence psychiatrique. Les informations relatives à son histoire antérieure ainsi que le plan d'intervention pour le séjour à l'hôpital est partagé, discuté et convenu, Chantal participe aux discussions dès que son état le permet.
- Quelques jours après l'amorce du traitement, Chantal est beaucoup plus calme mentalement. L'équipe SII, qui visite Chantal à l'hôpital plusieurs fois par semaine, commence rapidement à travailler avec elle sur ce qu'elle souhaite en matière de logement.
- En travaillant étroitement avec un organisme communautaire qui gère un programme de subvention au logement avec soutien, Chantal est en mesure d'intégrer son logement à 25 % de son revenu après seulement 3 semaines de séjour hospitalier, 3 semaines après avoir été pendant plusieurs années assise sur un carton dans les parcs et entrées de commerce.

Inspiration: principes de la santé globale

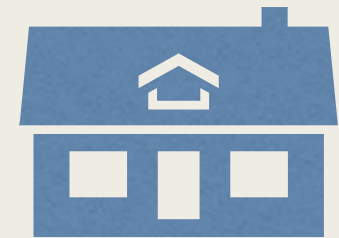
- Aller vers;
- Adapter à la réalité des personnes;
- Combiner les expertises et les forces;
- Susciter l'engagement des partenaires;
- Bref... des services centrés sur les besoins de la personne plutôt que sur les besoins de l'établissement de santé.

Inspiration : le *Critical Time Intervention* (Herman et Al, 2007)

- Le modèle s'appuie sur :
 - *Un lien thérapeutique solide dans le milieu naturel de la personne;*
 - *Une évaluation des besoins individuels pour guider l'action;*
 - *La mobilisation des ressources communautaires pertinentes;*
 - *Le transfert de suivi vers de services plus traditionnels.*

Programme de Réaffiliation Itinérance/Santé Mentale (PRISM)

- Une alliance entre un partenaire du milieu communautaire (la Mission Old Brewery, l'Accueil Bonneau, la Mission Bon Accueil) et un hôpital (Notre-Dame, l'hôpital Juif).
- Création de lits intermédiaires au refuge, avec suivi médical et psychosocial, permettant l'évaluation, le traitement et le suivi sur quelques semaines des personnes avec trouble psychiatrique, en situation d'itinérance.
- L'objectif est la sortie de l'itinérance. À l'issue du programme d'environ 6 semaines, tous devraient avoir un logement ou un hébergement, et un suivi de support psychosocial ou psychiatrique.



PRISM -résultats

- Nombre de sites distincts : 4
- Personnes évaluées/année : 360
- Séjours/année : 230
- Sorties d'itinérance/année : 160
- Taux d'efficacité : 70 %
- Coût par épisode de soins : ~2 300 \$

Suivi Intensif en Itinérance (SII)

- Collaboration entre le refuge et un hôpital;
- Équipe mobile qui peut intervenir dans la communauté, sur la rue, dans les organismes ou au domicile des personnes itinérantes ou en sortie d'itinérance;
- Pour des personnes plus instables, avec des besoins plus importants, ou qui ne fréquentent pas les refuges;
- Composé de professionnels de la santé, d'intervenants du refuge et d'un psychiatre.

SII -résultats

- Nombre de patients suivis : 50
- Durée mediane de suivi : 1 an
- Personnes sorties de la rue/année : 45 à 50
- Coût par épisode de soins : ~15 000 \$

POURQUOI FAIRE DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE ?

Sans jaquette, sans salle d'isolement, sans porte magnétique...



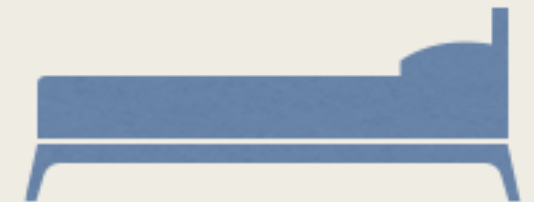
Modalité très coûteuse

-10 000 \$ et plus par hospitalisation

-Personnel professionnel présent
24h/24

-Hôtellerie coûteuse

-Processus laborieux et lent (transport
ambulantier, triage, urgentologue,
séjour en observation/attente
d'hospitalisation, hospitalisation,
changement d'équipe à chaque étape)



Conçu pour le « patient le plus malade »

Le plus malade, le plus
désorganisé, le plus dangereux...

-Jaquette;

-Porte magnétique;

-Salle d'isolement;

-Contentions.

-Bref... Inflexible et peu efficient.



Ne favorise pas le maintien des acquis

Lorsque en crise, la personne est :

- retirée de son milieu naturel;
- incapable de remplir ses obligations;
- isolée de ses sources habituelles de soutien;
- dépouillée de son individualité, son identité.



Aimeriez-vous

Vivre votre manie

En jaquette

Un patient comme les autres

Derrière une porte magnétique

Sur une unité avec salle d'isolement et contentions

Ou

chez vous, sous votre édredon

Dans vos pantoufles

Auprès de vos proches?

Qu'est ce qu'on veut ?

- Une modalité de soins aigus en psychiatrie qui soit :
 - *Plus rapidement disponible;*
 - *Élaboré sur mesure pour les besoins spécifiques de la personne;*
 - *Flexible et agile;*
 - *En mesure de garder la personne dans son milieu, avec ses proches, capable de remplir ses obligations autant que possible;*
 - *Favorable au rétablissement, au maintien de l'autonomie et de la dignité.*

Ça existe déjà

- Crisis Intervention (revue Cochrane) :
 - *Équipe **interdisciplinaire**;*
 - *Disponibles **24h par jour**;*
 - ***Repérage rapide** d'exacerbation de troubles psychiatriques;*
 - *Évaluation **immédiate** (le jour même);*
 - *Traitement dans la communauté à **durée limitée**;*
 - *Médication, interventions psychosociales, soutien AVD, soutien aidants naturels;*
 - ***Référence personnalisée** pour suivi post épisode.*

Et ça marche !

- Résultats initiaux de la recherche (Cochrane)
 - *Réduction jusqu'à 50 % des **séjours hospitaliers**;*
 - ***Plus efficaces**, et donc **moins coûteuses** par épisode de soins;*
 - ***Réduction du stigma** lié à l'internement pour le patient et ses proches;*
 - *Favorable au **rétablissement** /prognostic à plus long terme.*

D'autres le font depuis des années

- Résultat de la métaanalyse (Cochrane)
 - Réduction du **taux de réhospitalisation** à 6 mois (*high quality evidence*);
 - Réduit la **charge sur les familles** (*burden*) à 6 mois (*low quality evidence*);
 - Amélioration de **l'état mental** (BPRS) à 3 mois (*low quality evidence*);
 - Amélioration de **l'état global** (GAS) à 20 mois (*moderate quality evidence*);
 - **Satisfaction** avec les services à 20 mois (*moderate quality evidence*);
 - **Qualité de vie** similaire à 6 mois au traitement usuel.
- Modèle répandu en Australie, déployé à grande échelle en Angleterre, et qui se répand en Amérique du nord.

Fardeau de la preuve...

- Est-ce qu'il faut démontrer hors de tout doute raisonnable que la résolution de crise psychiatrique à domicile est supérieure à l'hospitalisation classique ?
- Ou est-ce que c'est plutôt le contraire ?
- L'hospitalisation à domicile doit être considéré comme une modalité complémentaire à l'urgence psychiatrique et l'hospitalisation classique et ne les remplace pas.
- Cependant, l'expérience du PRISM et SII tend à montrer que ces équipes ont permis d'utiliser de façon beaucoup plus ciblée, pertinente et efficiente la modalité d'hospitalisation : les patients arrivent avec un projet clair pour le séjour hospitalier, un plan de sortie déjà établi, des solutions pour l'hébergement post-hospitalier déjà réfléchies et en chantier.

Dans la mise en œuvre, s'assurer que tout le monde est gagnant

- Engager les partenaires dans la conception du projet, les faire participer par des ressources humaines et matérielles quand c'est possible.
- Se définir comme une ressource pour l'établissement et les partenaires, être une solution pour des enjeux ou des problèmes, pour fluidifier les processus et économiser temps et énergie à tout le monde.
- S'assurer de livrer la marchandise en terme de performance et de résultats, autant vis à vis de l'établissement qu'à l'ensemble des partenaires .

METTRE EN OEUVRE LE PROJET

David Gaulin
Directeur adjoint santé mentale
CIUSSS Centre-Sud

Le 27 novembre dernier, suite au déménagement du CHUM, l'hôpital Notre-Dame rouvrait ses portes sous l'égide du CCSMTL



Contexte et enjeux transition du CHUM et de l'hôpital communautaire Notre-Dame

- 34 lits de psychiatrie réguliers



- Urgence psychiatrique de 10 civières/lits UHB



- 60 % des ressources ambulatoires totales demeurent



Suite.....

- PEM : 14 psychiatres dont 3 postes non comblés;
- Volumétrie importante à l'urgence psy HND;
- 40 % nouveau recrutement infirmières, professionnels et autres;
- 2 200 pts en suivi.

Impacts et conséquences

- Débordement de 8 lits en moyenne sur les unités;
- Débordement quotidien moyen de 3-5 pts à l'urgence médicale;
- Augmentation significative des risques liés à la sécurité des pts et du personnel.

Enjeux de gestion

- Nouvelle équipe de gestion 45 jours avant l'ouverture;
- Pression constante sur les services;
- Alors qu'il faut toujours...
 - *Assurer l'accès et la fluidité du continuum;*
 - *Gérer les épisodes de soins;*
 - *Assurer la qualité et la sécurité des soins et services*



Transformer les défis en opportunités

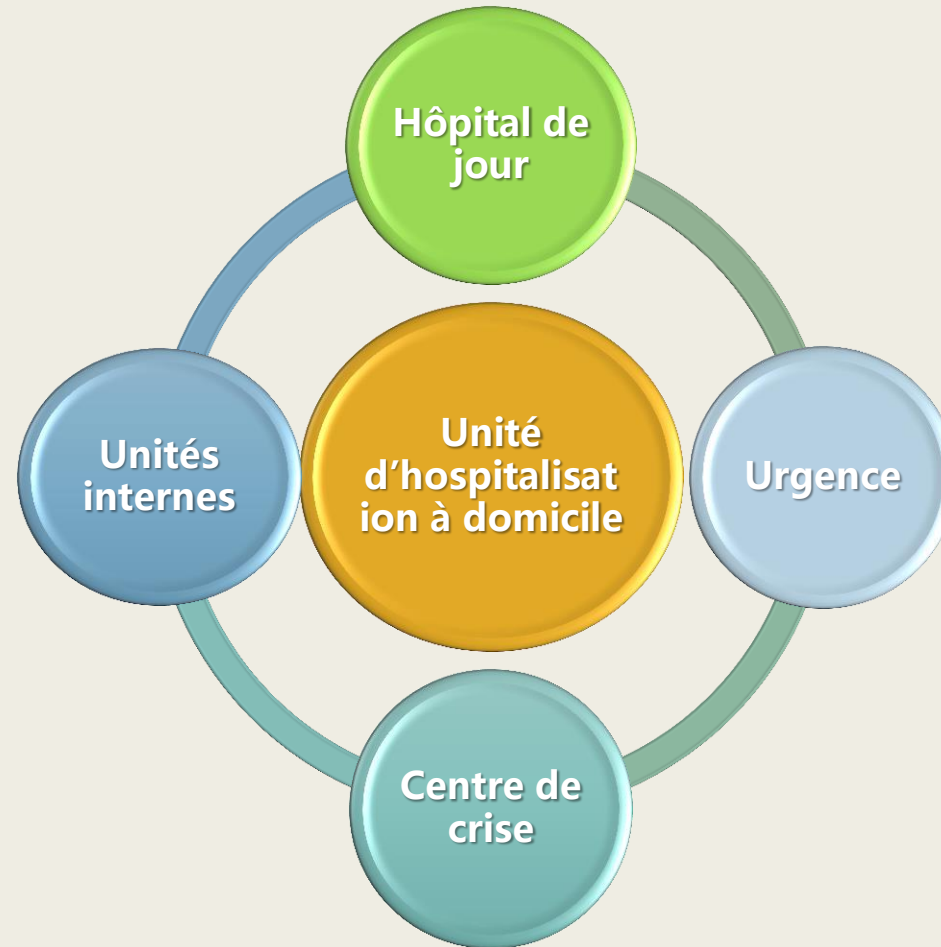
- Statu quo n'est plus une option;
- Intervenants demandent du changement;
- Nouvelle équipe de gestion;
- Nouveau service = opportunité;
- Expertise particulière à exploiter (PRISM, SII);
- Dimension « humaine » du service;
- Offre de services orientée vers le milieu de vie des clients.



S'inspirer des meilleures pratiques

- Pratiques ayant faits leurs preuves ailleurs au Québec et à l'international.
- Offre de services bâtit sur un concept de gradation (« step care »).
- PASM qui préconise le développement de services de proximité.

Modèle du Continuum



Avantages du modèle

- Avantages \$ versus une hospitalisation;
- Capacité d'aller de rejoindre le client peut importe où il se trouve;
- Potentiel de réadaptation accrue avec une dispensation des services dans le milieu de vie;

Point de vigilance

- Définir au préalable l'épisode de soins (plan de sortie) Ex : 4-6 sem;
- Ne pas substituer cette équipe à celle du suivi ambulatoire ou intensif;
- Ne pas perdre de vue le mandat principal: désengorgement de l'urgence .

Exemple d'une composition d'équipe TIBD



Ce modèle réponds-t' il aux besoins ?

- Optimise l'hospitalisation;
- Éviter l'hospitalisation;
- Ajout de qualité pour les pts;
- Transforme les pratiques de l'interne;
- Meilleure mobilisation des ressources et des partenaires du milieu autour du patient. (le tout est plus grand que la somme de ses parties).

Pourquoi mettre en place ce modèle maintenant ?

- Pression trop forte sur les services;
- Manque de ressources qui affecte la qualité;
- Alternative qui bénéficieraient à des patients, avec des services mieux modulés en fonction de leurs besoins;
- Améliore l'accès aux services de proximités.

Sommes-nous en mesure de l'actualiser ?

Oui

- Expertise pour réaliser le projet;
- Direction favorable à ce modèle.

Par contre...

- Source de financement à déterminer;
- Main d'œuvre à former et embauche de nouvelles ressources.

DISCUSSION, COMMENTAIRES

Merci de votre attention !

