

Le Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale

Marie – Christine Hardy – Baylé

AFRC - 23 Mai 2016

Le Centre de Preuves en Psychiatrie et en SM : trois missions (1)

- Etre une force de proposition
 - Une confrontation des données de la littérature et de l'état de l'existant (réalité des pratiques) pour dégager des pistes d'amélioration dont le degré d'applicabilité est pris en compte
 - Le double risque de la preuve
 - La tyrannie de la preuve ... pour les objets complexes : plus que la preuve, la convergence scientifique
 - La tyrannie de l'usage de la preuve ... plus qu'un modèle « clef en main », des caractéristiques communes
 - Un modèle de « flexibilité – évaluation »

Le Centre de Preuves en Psychiatrie et en SM : trois missions (2)

- Diffusion des savoirs et accompagnement au changement
 - Le rapport n'est qu'une première étape : il constitue un guide pour accompagner le changement
 - Le Dispositif d'Assistance Scientifique et Professionnel du Centre de Preuves
 - Accompagne le processus **d'appropriation** des acquis – **implémentation** des améliorations (diffusion des savoirs au plus près de leur utilité : les savoirs comme soutien au changement)

Le Centre de Preuves en Psychiatrie et en SM : trois missions (3)

- La commission Scientifique du Centre de Preuves soutient le processus d'évaluation
 - Accompagne les acteurs pour concevoir des indicateurs d'impact pouvant être recueillis « en routine »
 - Propose une aide à la conception de recherches d'épidémiologie évaluative pour les équipes intéressées

Comment améliorer le parcours de soins / de vie de la personne vivant avec un handicap psychique en lien avec trouble mental sévère et persistant (SZ)

Remarques préalables à la présentation du rapport

- Une distinction à faire entre l'organisation de l'offre de santé pour la population des patients présentant un TMF et pour la population des patients présentant un TMSP
- La logique de rétablissement constitue une nouvelle visée pour les organisations
 - Comment définir le rétablissement pour qu'il soit un guide aux organisations ?
 - Une organisation de l'offre centrée par le projet de vie du patient : un exemple
 - Une logique de contractualisation
 - Un périmètre d'intervention respectant l'environnement naturel du patient

Les propositions « clefs » du rapport : la continuité du suivi

- Selon les données probantes, une responsabilité géo populationnelle du suivi social doit être envisagée dès le début du parcours et assurée en propre par les acteurs du champ social ou MS (UN référent social durant tout le parcours)
- Selon les données probantes les soins ambulatoires sont le pivot de l'organisation de l'offre de soins à condition de définir les objectifs de ce suivi, ses limites et ses conditions de faisabilité
- La coordination entre champs sanitaire et S/MS : elle se conçoit au plus près du patient / l'organisation territoriale permet de mettre à la disposition de l'équipe référente les ressources nécessaires au patient, à chaque moment de son parcours

1^{ère} proposition :
une continuité du suivi social porté en propre
par le secteur S ou MS

Les missions du « référent social »

- Il assure la continuité géo populationnelle du suivi social, « à géométrie variable »
- Il intervient chez le patient ou dans des lieux voulus par le patient
- Ses missions sont étendues : démarches pour accéder aux droits et aux services, aide à la « vie quotidienne » et au rétablissement, soutien à l'accès aux soins
- ... et s'exercent quelque soit le lieu d'hébergement du patient
- Le patient n'a donc plus qu'UN référent social tout au long de son parcours

Pour une plate forme territoriale (collège) de travailleurs sociaux en SM

- Afin d'assurer l'indépendance de l'accompagnement social, la formation spécifique, les échanges « entre pairs », l'évaluation sociale de l'action...
- ... Un portage par un opérateur social ou médico social ?
- Quel financement ?

Aujourd’hui ce suivi social est – il assuré ?

- Les AS des secteurs de psychiatrie n’ont pas les moyens d’assurer un suivi social de cette exigence
- Les différents services de soutien social sont offerts de manière cloisonnée dans l'espace et le temps

De l'évaluation des besoins de la personne à l'accès au logement et à l'insertion

- L'équipe référente doit pouvoir recourir aux ressources du territoire
 - L'importance d'un dispositif d'évaluation du handicap psychique pour orienter les projets
 - Compléter le panel de dispositifs ... notamment en milieu ordinaire
 - Les structures d'hébergement doivent garder une petite taille et être installées dans la communauté + développer le logement autonome (*place and train*)
 - Les dispositifs d'accompagnement au travail : développer l'insertion en milieu ordinaire : le job coatching (*place and train*)
- Elle est un levier de fluidité du parcours de vie et de dé chronicisation des structures MS

2^{ème} proposition :

Les soins ambulatoires : définition, limites et
conditions de faisabilité

Le suivi ambulatoire : quelles visées ?

- Eviter les hospitalisations et engager le patient dans les soins :
 - Le suivi ambulatoire est plus efficace que l'hospitalisation en termes d'amélioration globale du patient et d'engagement dans les soins
 - même (et surtout) pour les patients les plus lourds (instables symptomatiquement, ayant un syndrome de la porte tournante et des hospitalisations itératives, une mauvaise compliance aux soins et une reconnaissance faible des troubles), à condition de pouvoir assurer un « suivi intensif »

Le suivi ambulatoire : quelles visées ?

- Les obstacles :
 - il faut y croire ! ...
 - Pour tous les patients lorsqu'ils ne souhaitent pas être hospitalisés, qu'ils ne sont dangereux ni pour eux même ni pour autrui, pour autant qu'ils acceptent la logique contractuelle qui s'impose dans le cadre du rétablissement
 - Il faut avoir les moyens d'assurer le « suivi intensif »
 - les données probantes plaident pour que la même équipe assure suivi courant et suivi intensif : la limite des dispositifs dédiés
 - L'importance du suivi social

Le suivi ambulatoire : quels soins ?

- De la révolution chlorpromazine (pour sortir de l'hôpital) à la révolution « soins de réhabilitation » (pour réduire le déficit fonctionnel et permettre le maintien au domicile)
- Le suivi ambulatoire impose
 - L'excellence dans la gestion des psychotropes
 - D'offrir au patient les soins qui ont fait la preuve de leur efficacité pour le maintien à domicile :
 - Psycho éducation (patient et famille)
 - Remédiation cognitive (après évaluation)
 - Entraînement aux habiletés sociales
 - En propre ou de manière mutualisée sur le territoire

De l'évaluation du besoin de soin à l'accès territorial au service approprié

- La possibilité d'un recours territorial pour une évaluation fonctionnelle ou une technique de soins que l'équipe référente ne possède pas
 - pour une plate forme territoriale d'évaluation (Equipe Spécialisée d'Evaluation du Handicap Psychique) et de soins innovants dont le fonctionnement est organisé et suivi par l'ensemble des parties prenantes

3^{ème} proposition :
une coordination socio sanitaire « au plus près du patient » /
une planification territoriale des ressources

Quelle coordination ? une équipe resserrée pour un projet respectant le rétablissement

- Équipe composée du patient, des personnes « de confiance » souhaitées par le patient (n'excédant pas 4 personnes), de l'équipe sociale et de l'équipe sanitaire
- Cette équipe s'engage à élaborer un « programme personnalisé d'intervention », négocié avec le patient et sa famille, déclinant les soins proposés et l'accompagnement à la vie sociale et à l'autonomie proposée par l'équipe sociale
- Elle se réunit au minimum 3 fois par an et autant que de besoin
- Le projet est tracé dans un dossier « socio sanitaire » partagé par l'équipe et le patient

La distinction entre « coordination au plus près du patient » et planification territoriale des services ...

... rejoint la distinction entre « territoire de proximité » et « territoire projet »

UN PROGRAMME INTEGRÉ DE SANTÉ

Eviter les hospitalisations et engager dans les soins : Les soins ambulatoires sont assurés par les équipes de secteur, vont du suivi courant au suivi intensif et s'organisent autour de l'excellence des prescriptions et des soins de réhabilitation

Une responsabilité géo populationnelle du suivi social dès le début du parcours, assurée en propre par les acteurs S et / ou MS

« comment améliorer le parcours de soins / de vie des personnes vivant avec un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique »

Les caractéristiques communes

Les évolutions doivent suivre la logique du rétablissement

Une continuité du suivi socio sanitaire / Le maintien dans l'environnement naturel de la personne / une offre ambulatoire

La coordination entre S et S/MS se fait « au plus près » de la personne : l'équipe resserrée de coordination

Le niveau territorial assure la planification des ressources en réponse aux besoins des personnes tout au long de leur parcours