

DEPLOIEMENT DES EQUIPES MOBILES A SAINT ETIENNE

LES OUTILS D'UNE DECONSTRUCTION ET D'UNE RECONSTRUCTION



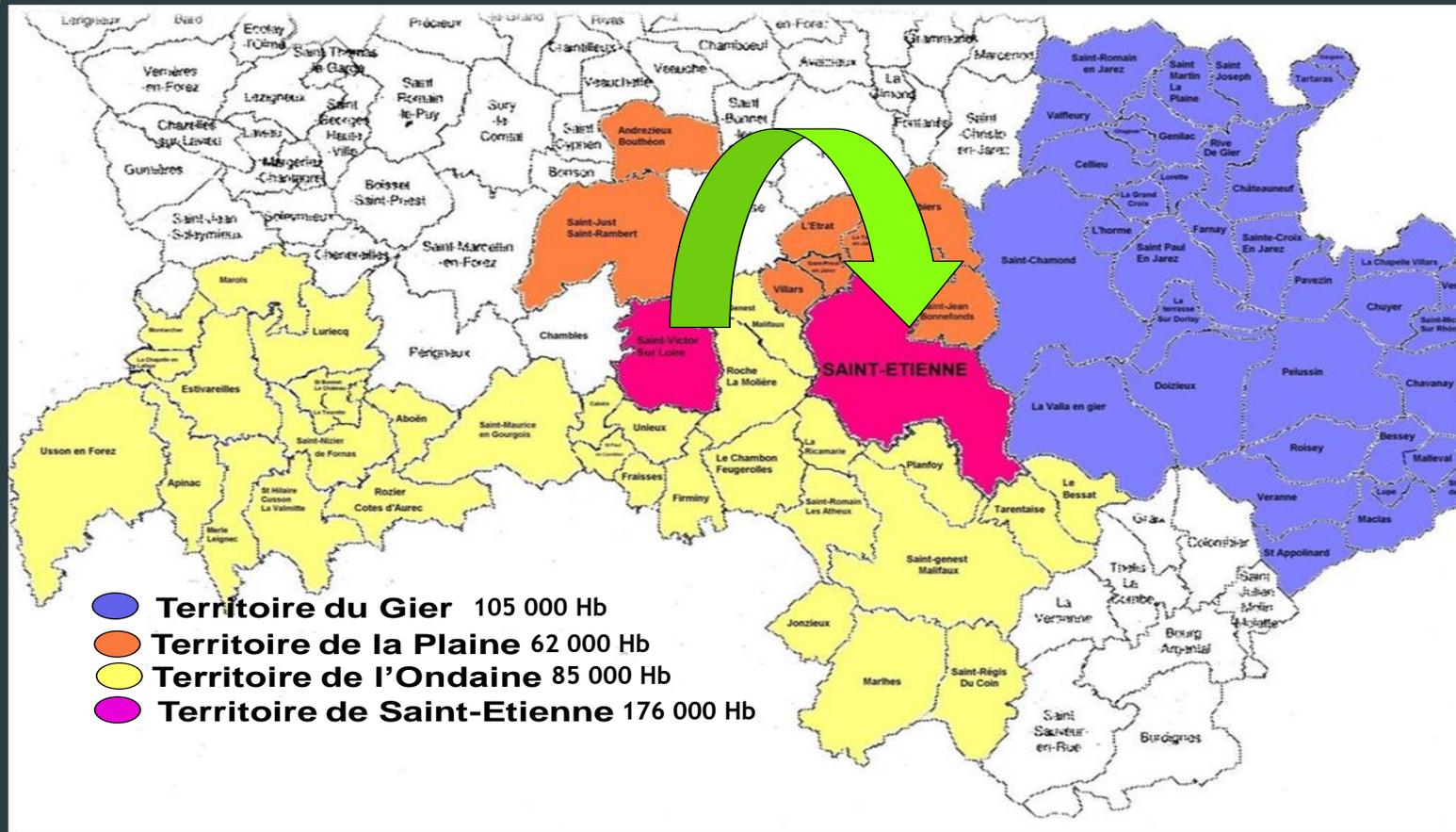
DR PULCINI MAEL
QUENUM YVONNE

L'après-contrat : les enjeux d'implantation des projets
12 Septembre 2019

Plan

- ▶ CHU de Saint Etienne, Pôle de psychiatrie
- ▶ Secteur saint Etienne, avant
- ▶ Transition, en pratique
- ▶ Transition, en théorie
- ▶ Equipe mobile, après
- ▶ Limites actuelles

Pôle de psychiatrie du CHU Saint Etienne



- 4 secteurs hétérogènes
- Problématiques différentes
- Multiple services inter-sectoriels
- Urgences et UHCD de psychiatrie commune

SECTEUR SAINT ETIENNE SITUATION PREALABLE



- ▶ 176 000 HABITANTS
- ▶ SECTEUR GEOGRAPHIQUEMENT TRES ETENDU (ZONE URBAINE)
- ▶ PEU DE SOINS AMBULATOIRES (seulement CMP et hôpital de jour)
- ▶ MANQUE DE PSYCHIATRES
- ▶ ORGANISATION HOSPITALO CENTREE
- ▶ PEU DE LIEN AVEC LA COMMUNAUTE
- ▶ PEU DE PERSPECTIVES ET D'ALTERNATIVES POUR LES PERSONNES AYANT DE HAUTS BESOINS
- ▶ INSUFFISANCE DES STRUCTURES D'AVANT
- ▶ URGENCES EMBOLISEES, COERCITION FREQUENTE

UN SECTEUR EN CRISE

- ▶ Surrepresentation aux urgences
- ▶ Dépannages sur les autres secteurs
- ▶ Insatisfaction des partenaires
- ▶ Insatisfaction des usagers
- ▶ Insatisfaction des soignants



La crise comme
instabilité propice au
changement

LE 52B UN SERVICE EN DIFFICULTE

Difficultés de recrutement (infirmiers, internes, psychiatre)

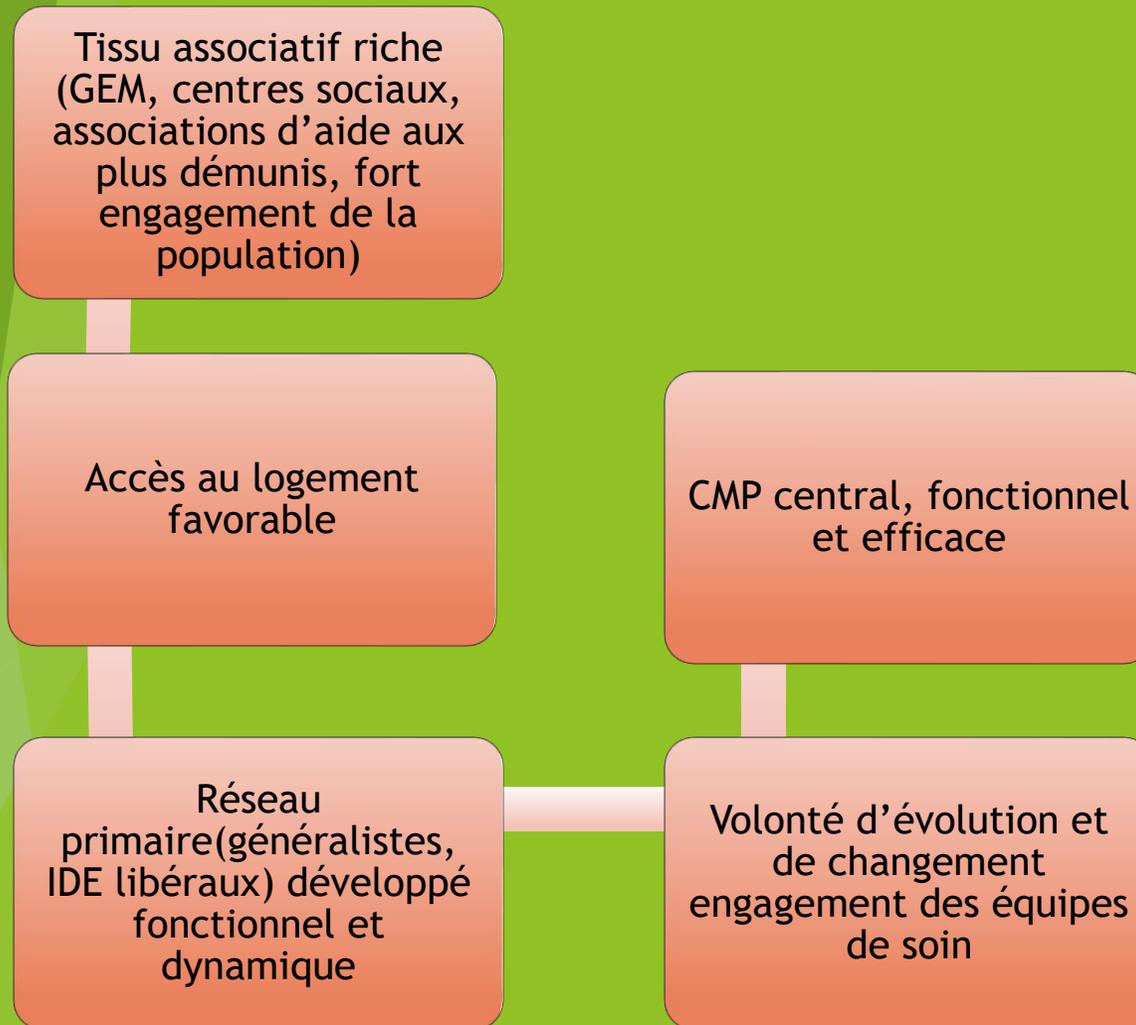
Une unité de préparation à la sortie: objectifs flous, projet de service non actualisé

DMS élevée par rapport aux attentes

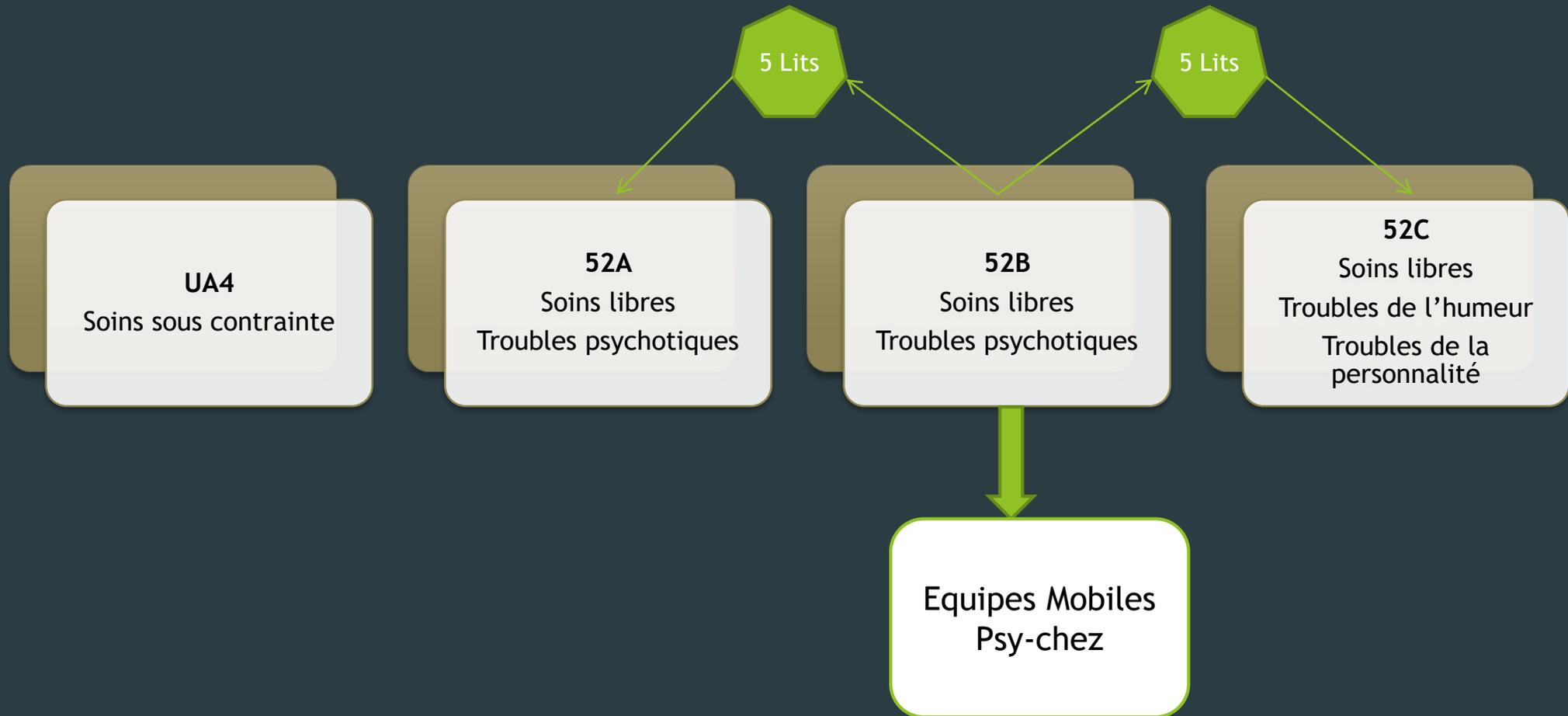
Peu d'évaluation des pratiques

Peu de retour positifs des usagers et de leurs familles

LES FORCES DU SECTEUR



La transition, en pratique



EQUIPES MOBILES DU SECTEUR SAINT ETIENNE

EM PREM'S: Intervention
chez les patients
jeunes/ présentant un
premier épisode
psychotique 2,5 IDE
0,5 ETP psychiatre

EM SMS: Intervention
dans les structures
medico sociales et
EHPAD 4,5 IDE

EM PSYCHEZ:
Intervention à domicile
11 IDE

1 AS, 1 ergothérapeute,
1 Psychiatre, 1
psychologue
(transversaux)

EQUIPE
MOBILE

SMS

Structures médico sociales
Accueil familial thérapeutique
EHPAD

*Soutien dans les structures,
interventions rapides, lien structures-
hopital*

*4,5 ETP soignants
170 usagers
Besoins variables*

EQUIPE
MOBILE
PSYCHEZ
3
PROGRAMMES

ACT: ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT
accompagnement des usagers ayant de
hauts besoins (au long cours)

CMT: CASE MANAGEMENT DE TRANSITION
accompagnement transition
hôpital/ domicile (6 semaines)

CRISE: Intervention au domicile pour
accompagner l'utilisateur et son entourage
lors d'une période de crise (10 semaines)

QUEL CHEMINEMENT VERS LE RETABLISSEMENT?

SE DETACHER DE LA
« CLINIQUE PURE »

PRIVILEGIER LE VECU AU
PHENOMENE PSYCHIQUE

EVOLUTION DES OBJECTIFS
D'ACCOMPAGNEMENT: A
DEFINIR AVEC L'USAGER

PASSER D'UNE POSTURE
PATERNALISTE A UN
ENGAGEMENT FAVORISANT
LA CO CONSTRUCTION ET
L'AUTONOMIE

DU REFERENT AU CASE
MANAGER

ACCOMPAGNEMENT
PARFOIS PRAGMATIQUE,
EVALUATION, LIMITATION
DANS LE TEMPS

DES OUTILS POUR FAVORISER L'AUTONOMIE

PLAN DE CRISE CONJOINT

PLAN DE
RETABLISSEMENT

ELADEB

Bilan de Vie Quotidienne
(Prise en compte du
handicap psychique)

RENFORCEMENT DE LA
RÉHABILITATION SUR LE
SECTEUR

-
- Changement organisationnel

Théorie de cette transition

Service d'hospitalisation complète, longs séjours.



Service ambulatoire centré rétablissement



LA MISE EN MOUVEMENT D'UN SYSTEME

Les systèmes dans le système

Le système psychiatrie « sous cloche »

DE
L'HOSPITALISATION
COMPLETE AUX
EQUIPES MOBILES;
UNE MEME EQUIPE,
UN CHANGEMENT
DE PARADIGME

LECTURES, REFLEXIONS,
EXPERIENCES SIMILAIRES?

FERMETURE D'UN SERVICE,
CONSTRUCTION D'UN
PROJET (Que vont devenir
les usagers ? Qu'allons nous
devenir?)

FORMATION AUX
PROGRAMMES ACT, CMT,
CRISE (Rétablissement,
soutien dans la construction
du projet, aide a la co
construction, mise en lien)
ODIS-C, LAUSANNE

CONNAISSANCE, RENCONTRE
ET LIENS AVEC LES ACTEURS
DE LA COMMUNAUTE
(MEDICO SOCIAL,
ASSOCIATIF)

PRISE EN COMPTE ET
REMOBILISATION DE
L'ENTOURAGE

LE SYSTEME?

MOYENS



Pour le personnel



Pour la formation



Pour les locaux



Pour les outils techniques

ACCOMPAGNEMENT



CORPS
MÉDICAL



FORMATEURS



BILANS À
DISTANCE



RÉUNIONS DE
COPILOTAGE

Modèles internationaux et nationaux



Inspirant



Investissement



Baisse l'anxiété anticipatoire



But visible

Modèles d'initiation du changement



Co construction



Multi disciplinarité



Modèle « Bottom up »



Changement prescrit ET changement construit



Permet la remise en question



Minimise les résistances

Mobilisation des différents acteurs



Direction



Corps intermédiaires (Syndicats et autres)



Associations d'usagers



Associations de proches d'usagers



Systèmes de soins primaires



Services existant



En continu

Obstacles



INQUIÉTUDES DU PÔLE :
LES LITS



RISQUE DE PERTE DE
MOYENS HUMAINS



ÉVOLUTION THÉORIQUE
« EVIDENCE BASED »

ET MAINTENANT? ON EN EST OÙ?

Interventions régulières dans l'UHCD de psychiatrie

Possibilité de projets de vie au domicile pour personnes ayant de hauts besoins

Alternatives à l'hospitalisation en situation de crise

Autonomie favorisée

Ouverture sur la communauté

Volonté et préférence des usagers comme facteurs importants dans la prise de décision des soins

Effectifs médicaux complets

Promotion d'un modèle "Bottom up" dans le management hospitalier

LIMITES

- ▶ MANQUE DE MOYENS sur le reste du secteur (formation, outils techniques, lits/habitudes)
- ▶ DIFFICULTES ET DECALAGE AVEC LES AUTRES EQUIPES DU SECTEUR
- ▶ DECALAGE DANS L'IDEE DE LA GESTION DE LA CRISE
- ▶ CONSTRUCTION DIFFICILE DANS UN SECTEUR EN CRISE/CGLPL
- ▶ 1 EQUIPE, 3 PROGRAMMES: difficultés organisationnelles+++



L'AVENIR?

POURSUITE DES
ACTIONS DE
COMMUNICATION

FAVORISER LA CO
CONSTRUCTION
(AIDANTS,
USAGERS)

OUVRIRE
COMPLETTEMENT
LES PORTES DE
L'UNITE

GATE KEEPING

USAGE D'OUTILS
TECHNIQUES
(TELEMEDECINE)

EVALUER NOTRE
PRATIQUE ET
NOTRE IMPACT

PHRIP PLANCO-ISO LA RECHERCHE INFIRMIERE POUR INNOVER ET EVALUER

- ▶ OBJECTIF: EVALUER L'IMPACT DU PLAN DE CRISE CONJOINT (PCC) SUR L'UTILISATION DES MESURES D'ISOLEMENT
- ▶ LE PCC: UNE FORME DE DIRECTIVE ANTICIPEE POUR LA PSYCHIATRIE
- ▶ A L'ORIGINE CREE PAR LES ASSOCIATIONS D'USAGERS AUX ETATS UNIS
- ▶ UNE DYNAMIQUE PARTENARIALE POUR FAVORISER LA CO-CONSTRUCTION
- ▶ UN OUTIL INNOVANT QUI AMELIORE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE
- ▶ POURTANT RESTE DIFFICILE A INTRODUIRE DANS LES PRATIQUES
- ▶ LA BIBLIOGRAPHIE MONTRE DES RESULTATS CONTRADICTOIRES
- ▶ QUELLES RESISTANCES?
- ▶ OBJECTIF SECONDAIRE: ANALYSER LE VECU DES SOIGNANTS A L'INTRODUCTION DE L'OUTIL

METHODOLOGIE



ETUDE RANDOMISEE CONTROLEE



96 PERSONNES INCLUES EN 2 ANS



1 AN DE SUIVI



BUDGET: 280000 euros



CRITERE D'INCLUSION:

ADULTE AYANT EU 1 MESURE D'ISOLEMENT OU D'HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE DANS LES 2 ANNEES PRECEDENTES



ANALYSE QUANTITATIVE:

RECUEIL EN HEURES D'ISOLEMENT POUR CHAQUE USAGER INCLUS DURANT 1 AN
QUESTIONNAIRES EVALUANT LA CONTRAINTE VECUE ET LA STIGMATISATION INTERNALISEE



ANALYSE QUALITATIVE (DIRIGEE PAR UN SOCIOLOGUE):

ENTRETIENS INDIVIDUELS ET EN FOCUS GROUPES DE SOIGNANTS IMPLIQUES DANS LE PCC
REFLEXION ETHIQUE AUTOUR DES ENJEUX DU RECUEIL DE LA VOLONTE ET DU CONSENTEMENT DES PERSONNES TRES VULNERABLES

Au total

L'évolution est possible

La co-construction est
essentielle

La prescription semble
importante aussi

Organisation en santé :
évolution dynamique.

► **MERCI DE VOTRE ATTENTION!**

Contacts :

Dr M. Pulcini : mael.pulcini@chu-st-etienne.fr

Mme Y. Quenum : yvonne.quenum@chu-st-etienne.fr