

12e journée genevoise d'addictologie
26 septembre 2013

Mais où est donc passée l'équipe mobile ?

Dr Stéphane Morandi
Unité de psychiatrie mobile
Service de psychiatrie communautaire



D'OU VIENT-ELLE ?

Contexte général

Années 60 :

- Vague de désinstitutionnalisation
- Aspect iatrogène de l'hôpital
 - Stigmatisation
 - Chronicisation
 - Réduction des capacités d'adaptation
 - Négligences des ressources individuelles
- Climat contestataire de l'époque
 - Hôpital = institution totalitaire
- Développement des antipsychotiques
- Coûts élevés des longs séjours

Besoin d'un nouveau modèle de soins adaptés aux besoins des patients sévèrement malades et qui retournent à la communauté

Contexte local 1

- 1873 : Création de l'hôpital de Cery
- 1913 : Visites des psychiatres à l'Hôpital Cantonal
- Années 30 : Visites du Dr Steck à la Polyclinique Médicale
- 1948 : Création de la Polyclinique 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

Contexte local 2

- Années 80-90 : Abandon des soins à domicile
 - Augmentation du nombre de patients
 - 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

Contexte local 3

- 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 SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU

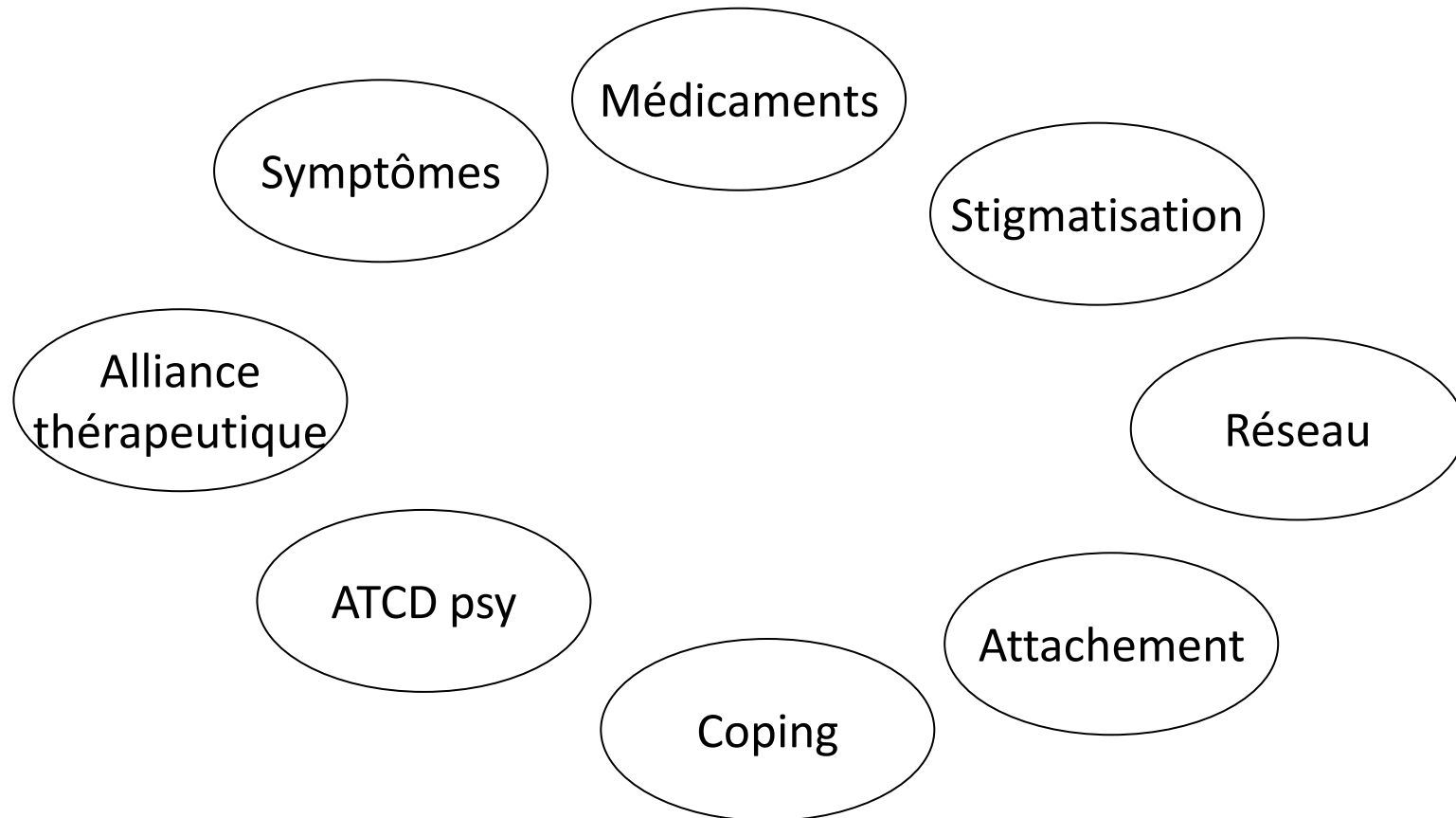
Pour qui ? Pourquoi ?

- Favoriser l'engagement dans les soins des personnes souffrant de troubles psychiques
 - Patients « réfractaires »
 - Hauts consommateurs

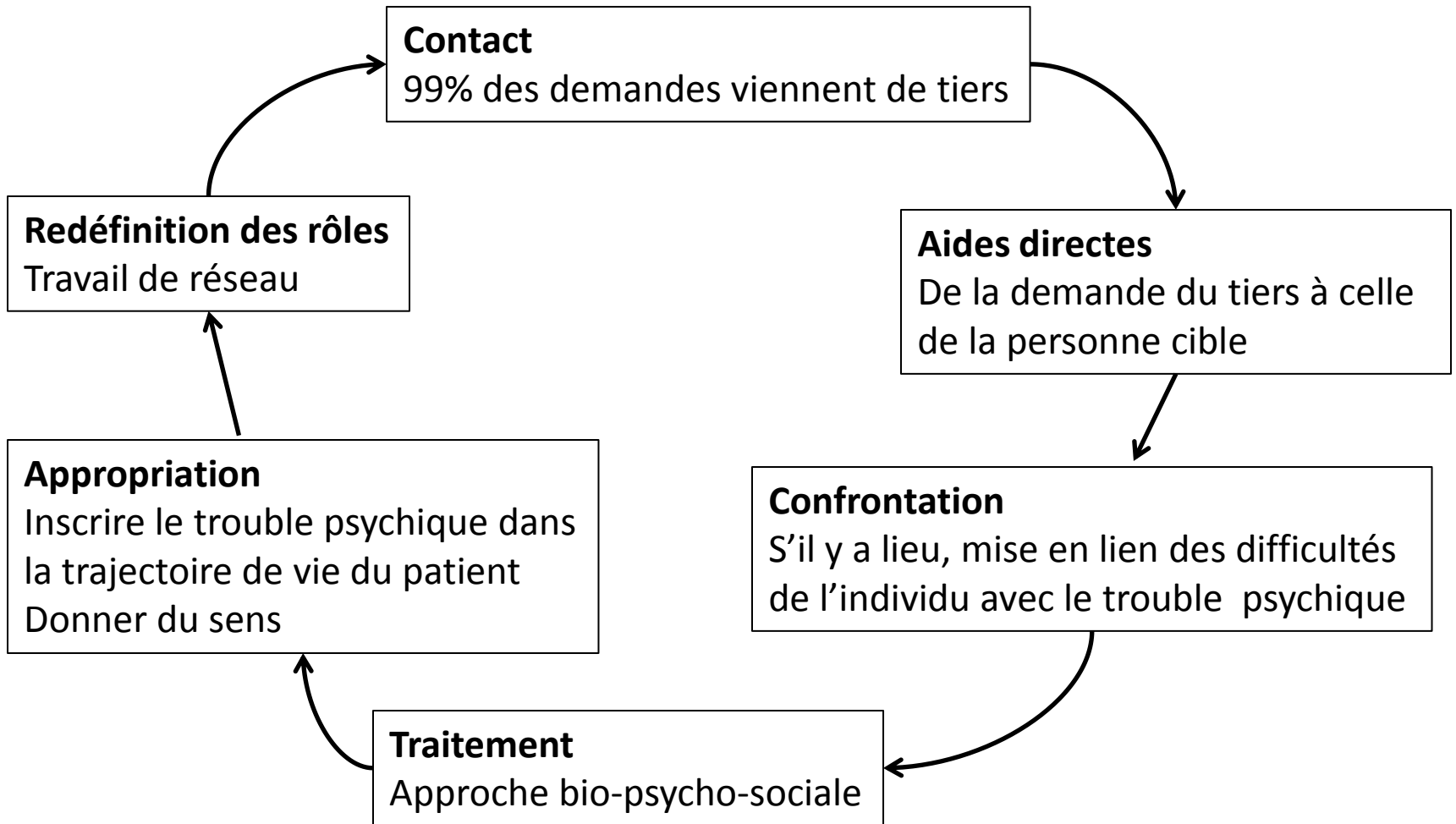
Comment ?

- Assertive Community treatment (*Stein et Test, 1980*)
 - **Approche assertive ou proactive** : pour dépasser les barrières à l'engagement dans les soins
 - **Equipe multidisciplinaire** : approche globale de la problématique de la personne, partage des compétences
 - **Equipe mobile** : rencontrer la personne là où elle se trouve
 - **Petite cohorte** : flexibilité, intensivité
- **Adapté aux besoins et ressources locaux**
 - **Travail collaboratif** avec les membres du réseau
 - Durée de l'intervention limitée
 - Durant les heures ouvrables
 - Relation thérapeutique privilégiée

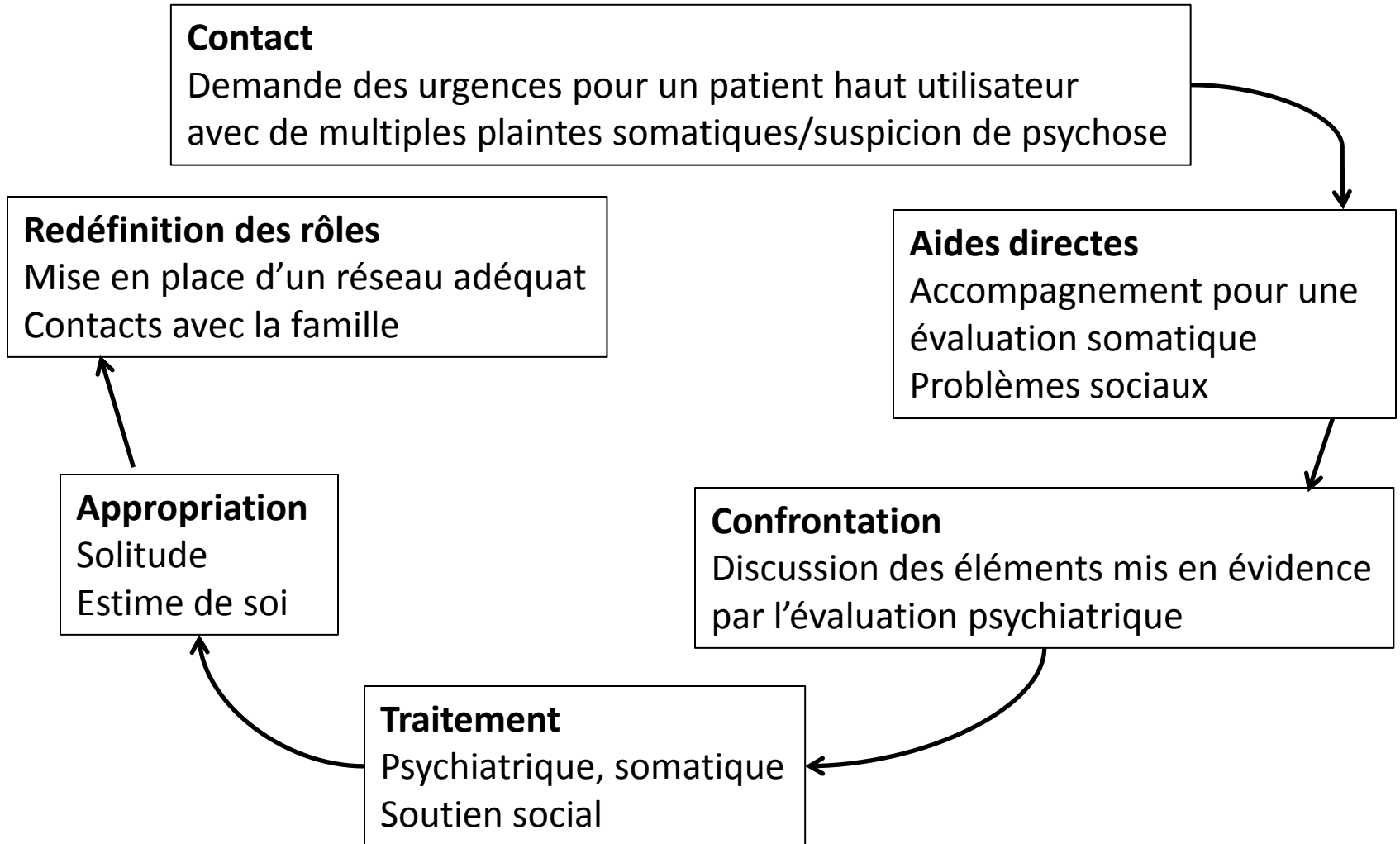
Barrières à l'engagement



Etapes de l'intervention

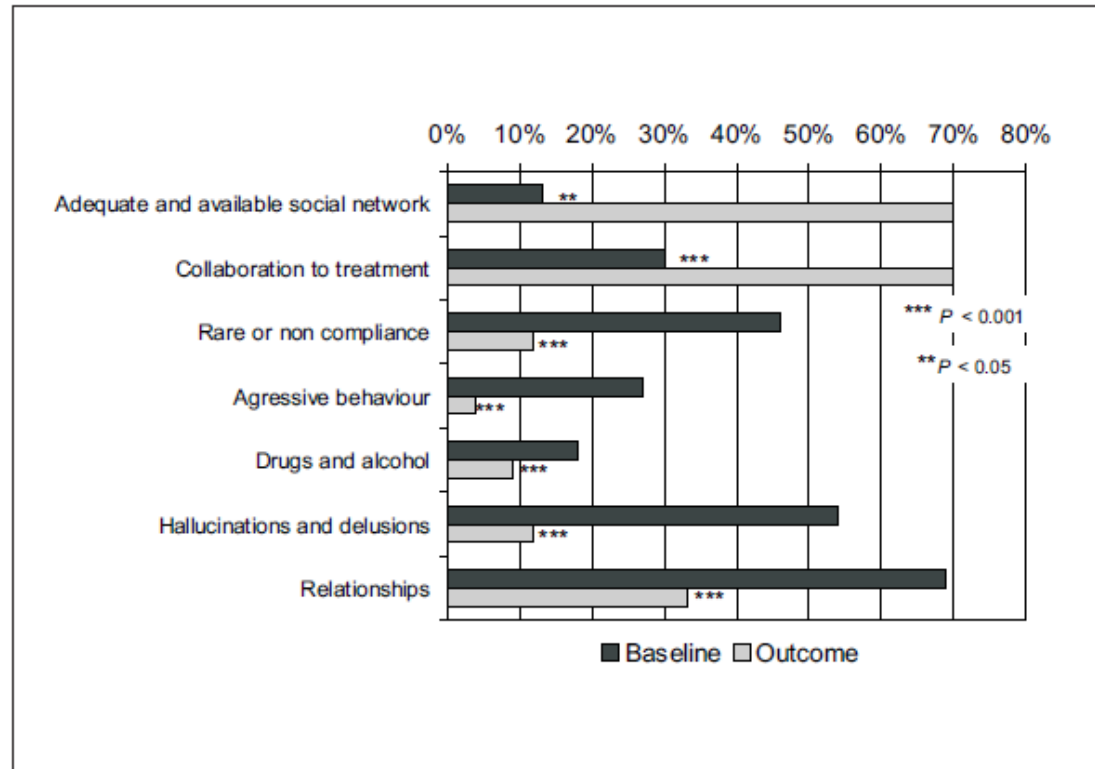


Etapes de l'intervention



Est-ce que ça marche ?

Figure 1 Frequency of severe problems at baseline and outcome



Original Research

Difficult-to-Engage Patients: A Specific Target for Time-Limited Assertive Outreach in a Swiss Setting

Bonsack et al., 2005

Charles Bonsack, MD¹, Laurence Adam, MD², Thomas Haefliger, MD³, Jacques Besson, MD⁴,
Philippe Conus, MD⁵

Spécificités du SIM : le point de vue des patients

- En 2005, Priebe s'est intéressé aux facteurs favorisant l'engagement par des services de type SIM de personnes ayant auparavant abandonné un suivi classique.

Motifs de ruptures

- désir d'être indépendant
- relation thérapeutique insatisfaisante
- perte de contrôle due à la médication

Motifs d'engagement

- temps et disponibilité des soignants
- soutien social
- intervention non-focalisée sur le traitement
- travail sous forme de partenariat

UN MODÈLE DE SOINS ADAPTÉS A LA PROBLÉMATIQUE DES ADDICTIONS ?

Que dit la littérature ? Cochrane

Case management for persons with substance use disorder (review) *(Hesse, Vanderplasschen et al., 2011)*

- Amélioration des contacts avec les autres services
 - Dépend du seuil d'accès aux autres services
 - Intégration du CM dans l'offre de soins locale
 - « Manuélistation » du CM
- Réduction des consommations de substances et autres outcomes
 - Peu d'études, méthodologie et outcomes très variables
 - Difficile de tirer des conclusions
- Ne remplace pas les autres services spécialisés
- Ingrédients efficaces : objectifs fixés par le patient, relation thérapeutique entre CM et patient

ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT FOR ALCOHOL DEPENDENCE

Contexte 1

- En Angleterre, 4% de la population adulte remplit les critères d'un diagnostic de dépendance à l'OH.
- L'offre de soins pour ce type de problématique se base sur :
 - Le traitement des épisodes aigus (intoxications)
 - Le choix individuel et l'approche motivationnelle
- Seul 6% des personnes souffrant d'une dépendance à l'OH accèdent aux soins chaque année.

Gilburt, 2012

Contexte 2

- Les patients qui ne sont pas suivis présentent un risque plus élevé d'avoir recours aux soins et aux services sociaux et ce, de manière souvent non planifiée.
- Ils ont également plus de « chance » d'avoir affaire à la Justice.
- Peut-être existe-t-il une place pour une intervention de type ACT pour ces patients difficiles à engager ?

ACTAD (Assertive Community Treatment for Alcohol Dependence)

Pour :

- Les personnes qui présentent une dépendance à l'alcool et qui ont des difficultés à adhérer aux soins

Méthode :

- Engagement assertif (tentatives multiples de rencontrer les patients si RDV manqués)
- Accès rapide aux soins
- Petites cohortes
- Suivi dans la communauté
- Multidisciplinarité
- Rencontres fréquentes de l'équipe, approche des situations partagée

ACTAD (Assertive Community Treatment for Alcohol Dependence)

Etude pilote (*Passetti, 2008*)

- 411 patients non randomisés
 - 188 inclus dans le programme ACT (Flexible Access Clinic)
 - 223 Treatment as usual
- Résultats significatifs
 - Accès au traitement plus rapide avec l'ACT
 - Nombre de sevrages supérieurs dans le groupe ACT (35.1 vs. 25.6%)
 - Plus de patients entrent en post-cure dans le groupe ACT (23.4 vs. 14.3%)

ACTAD (Assertive Community Treatment for Alcohol Dependence)

Limitations

- Pas de randomisation : biais de sélection ?
- Pas de relation entre le moment de la première évaluation et la compliance au traitement ou la rétention dans le programme
- Evolution clinique après avoir quitté le programme non évaluée

ACTAD (Assertive Community Treatment for Alcohol Dependence)

Etude randomisée en cours (analyse des résultats)

- Follow-up à 6 et 12 mois post randomisation
- Outcomes :
 - Consommation d'OH (quantité moyenne d'alcool par jour de consommation, % de jours d'abstinence sur l'année)
 - Sévérité de la dépendance, problèmes associés, motivation au changement, état du réseau, qualité de vie, relation thérapeutique, utilisation des services
 - Rétention, sevrage, post-cure

ET CHEZ NOUS ?

A Lausanne : urgences somatiques

- Usagers fréquents (≥ 4 visites en 12 mois)
 - 4.4% des patients, 12.1% des consultations
 - La prévalence des troubles psychiatriques et des consommations de substances est supérieure au reste de la population admise
(*Bieler et al., 2012*)
- Chez les patients qui consultent ≥ 12 fois par année
 - 0.1% des patients, 0.8% des consultations
 - 87% ont un diagnostic de trouble psychique
 - 35% remplissent les critères pour un diagnostic de dépendance ou d'abus à l'alcool
 - 22% consomment des drogues
(*Althaus et al., 2012*)

A Lausanne : PLAFA hospitaliers

- Entre 10 et 25% des lits hospitaliers sont occupés par des situations de placements à fin d'assistance.
- Ces hospitalisations sont nettement plus longues que la moyenne des séjours alors que l'état de santé des patients ne requiert pas forcément des soins aigus hospitaliers.
- La prévalence de la consommation de substances est forte au sein de cette population et représente une des barrières à la sortie pour de nombreux individus.

Diener, 2012

Equipes mobiles et addictions à Lausanne

- Projet transverse (département de psychiatrie, urgences somatiques, service d'alcoologie)
- Répondre à une double problématique
 - Hauts consommateurs de soins aux urgences
 - Occupation des lits hospitaliers par des PLAFA pour problème OH
- 2 case managers rattachés à l'équipe de psychiatrie mobile (1 EPT alcoologie, 1 EPT autres substances)
- Double supervision (addictologie et équipe mobile)

Bénéfices attendus

- Amélioration de la prise en charge des cas complexes présentant des consommations de substances
 - Engagement dans les soins
 - Limitation du risque vital, des complications à long terme
 - Meilleure coordination et collaboration entre les différents partenaires impliqués
- Evaluation de l'impact de ce type d'intervention sur les consommations, l'état clinique et le fonctionnement social

**MAIS OU EST DONC PASSÉE
L'ÉQUIPE MOBILE ?**

Conclusions

- Elle suit son chemin en ce qui concerne la prise en charge des troubles psychiatriques sévères.
- Elle explore de nouvelles voies dans le domaine des addictions.
- Dans les deux cas, elle cherche à offrir à une population vulnérable des soins adaptés aux besoins des individus qui la composent en collaboration avec le réseau et les proches.