
Orientation liaison à la sortie de l'hôpital psychiatrique – Implantation du case management de transition

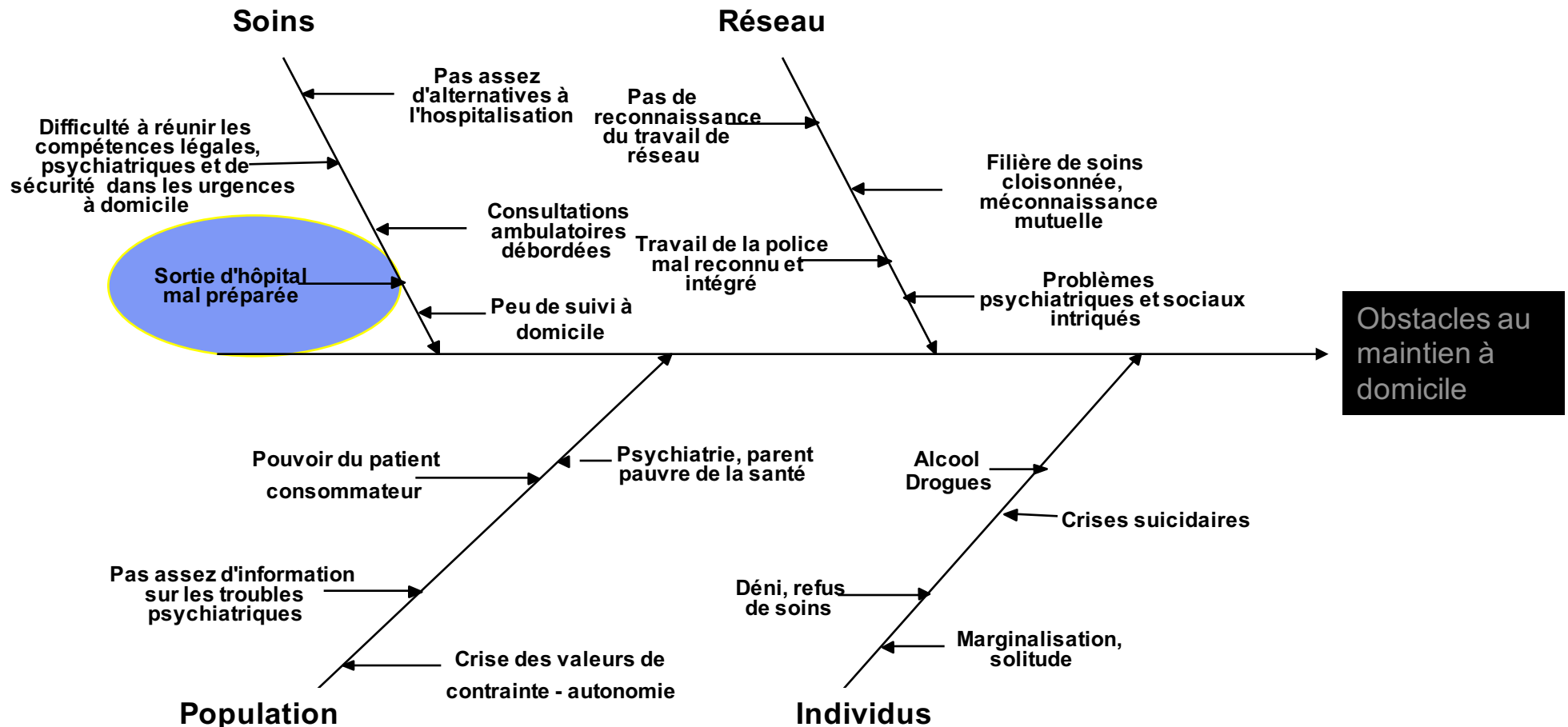
**Charles Bonsack, PD & MER
Silvia Gibellini
Pascale Ferrari
Département de psychiatrie du CHUV
ALASS**

16 mai 2008

Calendrier - ARCOS

- **2002 – Début de la collaboration de réseau dans le cadre d'ARCOS; équipe de suivi intensif dans le milieu pour patients difficilement accessibles**
- **2003 – Enquête « Attentes des acteurs d'un réseau de soins pour le maintien à domicile des troubles psychiatriques sévères »**
 - **Bonsack, C., Schaffter, M., Singy, P., et al (2007)** Etude qualitative des attentes d'un réseau sanitaire et social pour le suivi des troubles psychiatriques sévères dans la communauté. *Encephale*, 751—761.

Principaux obstacles au maintien à domicile



Calendrier - ARCOS

- **2002 – Début de la collaboration de réseau dans le cadre d'ARCOS; équipe de suivi intensif dans le milieu pour patients difficilement accessibles**
- **2003 – Enquête « Attentes des acteurs d'un réseau de soins pour le maintien à domicile des troubles psychiatriques sévères »**
 - **Bonsack, C., Schaffter, M., Singy, P., et al (2007)** Etude qualitative des attentes d'un réseau sanitaire et social pour le suivi des troubles psychiatriques sévères dans la communauté. *Encephale*, 751—761.
- **2004 – Choix du thème prioritaire « Sortie de l'hôpital » par les membres d'ARCOS**
- **2006 – Protocole de collaboration DP CHUV – Infirmières à domicile**
- **2007 – Recherche action « Case management de transition à la sortie de l'hôpital psychiatrique »**
 - **Bonsack, C., Conus, P., Besson, J., et al (2007)** Efficacy of transitional case management following psychiatric hospital discharge: a randomized trial. Lausanne: Projet FNS # 3200B0-118347/1.

Calendrier – Santé publique – OPTIC – FNS

- **Plan de santé mentale**
- **Juin 2006 – Rapport des groupes de travail plan de santé mentale**
 - Détermination des priorités
- **Décembre 2007 – Réactivation du groupe Liaison coordination**
 - Demande de bilan des développements en cours
- **Février 2008 – Attribution FNS**

- **OPTIC**
- **Plan stratégique 2004 – 2007 Programme de psychiatrie communautaire**
 - Consolidation du SIM
 - Initiation du développement de l'orientation liaison à la sortie de l'hôpital

Recherche – action

- **Définition de la recherche action:** « Recherche ayant un double objectif: action délibérée de transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations »
- **Recherche**
 - Examiner l'efficacité et généraliser un modèle à partir d'une expérience pilote
- **Action**
 - Développer et professionnaliser une pratique spécifique de « case manager de transition » à l'hôpital psychiatrique
 - Renforcer une culture institutionnelle de la liaison avec le réseau à l'hôpital psychiatrique (ex. colloque pratique de réseau)

Contexte

- **Le mouvement de désinstitutionnalisation a modifié les missions de l'hôpital psychiatrique, qui perd sa fonction asilaire et devient un lieu de soins aigus**
- **De ce fait, les séjours psychiatriques sont plus courts et les interactions avec le réseau de soins sont plus importantes**
- **Les semaines qui suivent immédiatement la sortie constituent une période à risque de résurgence des troubles, de réadmission, voire de suicide**
- **Le modèle de case management a montré son efficacité après des hospitalisations de longue durée et pour les hauts utilisateurs de soins psychiatriques.**
- **Par contre, les études manquent pour évaluer des modèles de case management de transition pour des hospitalisations de courte durée dans des phases plus précoces des troubles psychiatriques.**

Objectifs et population cible

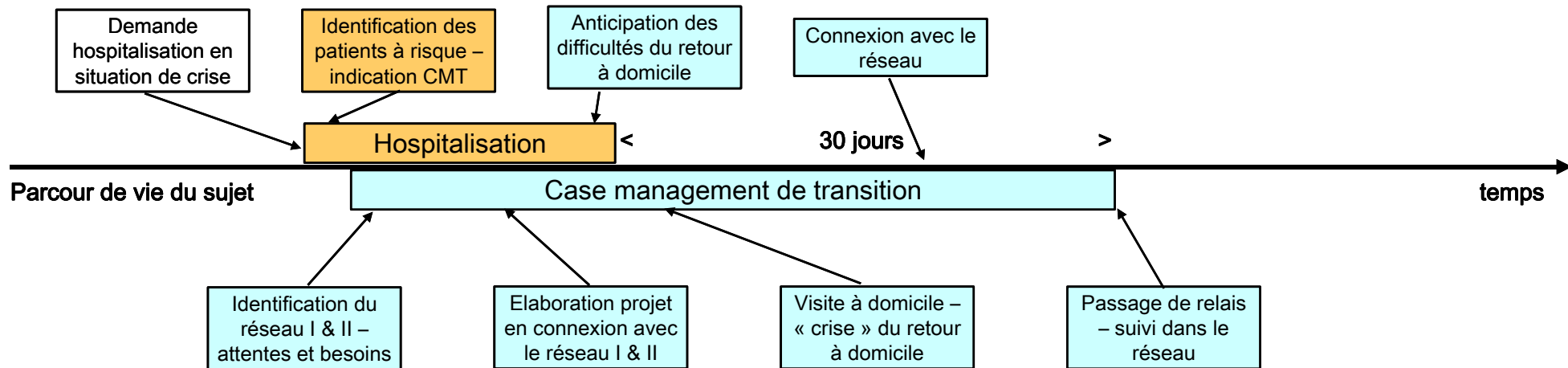
- **L'étude vise à évaluer l'impact de cette intervention auprès des personnes rentrant à domicile après des soins aigus en hôpital psychiatrique et ne bénéficiant pas d'un suivi institutionnel**
- **Hypothèses**
 - Une intervention spécifique de case management de transition défini et limité dans le temps améliore l'adhésion aux soins ambulatoires par rapport au traitement habituel
 - L'intervention devrait également
 - Diminuer le risque de réadmission précoce
 - Réduire les symptômes psychiatriques
 - Améliorer le niveau de fonctionnement individuel et des proches
 - Améliorer la satisfaction

Méthode

- **Etude randomisée comparant le suivi standard (groupe contrôle) à une intervention de case management de transition**
- **L'étude a lieu dans le département de psychiatrie du CHUV à Lausanne, qui couvre les soins psychiatriques hospitaliers et ambulatoires d'un secteur de 240'000 habitants**
- **L'intervention de case management de transition (CMT) vise à favoriser le rétablissement, à gérer le stress lié au retour à domicile, à favoriser les liens avec le réseau ambulatoire et à prévenir les risques d'aggravation et de réhospitalisation précoce.**
- **Le CMT commence au début de l'hospitalisation et se prolonge par un suivi à domicile durant un mois après la sortie (fig. I)**

Intervention de case management de transition (CMT)

Fig 1: Etapes d'interventions du case management de transition (CMT)



Bilan après 12 mois

Admission à l'Unité d'Accueil Observation et Crise

Inéligible 10%
(maladie organique; mauvaise compréhension du français)

Screening selon les critères d'inclusion:

- 18-65 ans
- sans suivi immédiat au DP-CHUV
- Retour à domicile

Refus participation 20%

82

Présentation de l'étude, consentement éclairé,
Randomisation

39

Case management de transition

39

43

Traitement standard

38

Perdus de vue 20%

Follow up à 1,3, 6 et 12 mois

	EV réalisées	Refus
1 mois	58 (72.5%)	10 (12.5%)
3 mois	43 (54%)	15 (18%)
6 mois	23 (29%)	14 (17%)

Résultat préliminaires (1)

- **Les personnes retournant à domicile sans suivi institutionnel représentent 20%-40% des patients selon les unités.**
- **Les sujets concernés (60 patients inclus, dont 30 ayant bénéficié du CMT) sont**
 - surtout des femmes (60%) d'âge moyen (m=40ans) avec diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur (80%). Le niveau de fonctionnement est perturbé avec un EGF à 45. La durée d'hospitalisation est de 25 jours en moyenne.
- **Les réseaux I (proches) et II (soignants) restent mal identifiés dans les soins hospitaliers aigus qui se focalisent sur les symptômes**
 - Les projets de soins hospitaliers ne tiennent pas suffisamment compte des besoins et des attentes du réseau
- **Les sujets à risque ne sont pas identifiables a priori : « faciles » à l'hôpital ; « difficiles » pour les intervenants ambulatoires**
- **Le retour à domicile constitue un stress majeur qui dépasse souvent la capacité de gestion par le réseau et provoque des malentendus**

Résultat préliminaires – enquête de satisfaction

- **L'intervention est acceptée et appréciée par les patients, les proches et les soignants. Les commentaires positifs sur l'intervention valorisent également la perception du séjour hospitalier.**

#32 « Elle a fait le lien entre les intervenants [...] j'étais épuisée [...] à moi ça me semblait insurmontable. »

#1 « [La case manager] ne s'est pas seulement occupée de moi mais de l'entourage aussi. C'est plus que l'on pouvait espérer. »

#31 « car quand on rentre à domicile on est fragile. Elle a permis à ma psy de mieux comprendre ce que je vivais. »

#7 « [...] sa capacité à résoudre les problèmes concrets. »

- **Les sujets du suivi standard sont moins positifs (y compris pour le séjour) et signalent les manques et ce qui existe :**

#47 « Bon contact entre les psys de l'hôpital et mon psy privé. »

#20 « Ils n'ont pas cherché à savoir comment ça se passe à la maison. La sortie n'était pas bien préparée »

#9 « Suivi à mettre en place si pas de psychiatre. Endroits ou personnes vers qui se tourner manquent. »

Discussion

- **La cible de l'étude correspond à la population à risque de suicide les jours suivant une hospitalisation (Qin 2005)**
- **Des outils d'évaluation du réseau doivent être implantés dans les unités de soins hospitalières**
- **Les contacts avec le réseau sont essentiels dès l'admission pour limiter la durée de l'intervention à 1 mois**
- **Les ingrédients appréciés du CMT sont les visites à domicile, les connexions avec le sujet, les proches et les professionnels, la disponibilité et le soutien relationnel et l'aide dans l'organisation de vie quotidienne**
- **Le CMT doit être envisagé systématiquement pour toutes les personnes retournant à domicile sans suivi institutionnel (et non sur indication à l'hôpital)**
- **Le CMT permet un appui essentiel du réseau dans un moment où la "crise du retour à domicile" est souvent mal comprise alors que le sujet devrait être "guéri" par l'hôpital**

Limitations et développements futurs

- **Limitations**

- Efficacité du CMT pas encore démontrée
- Aspects systémiques de la configuration du réseau très importants (Tyrer 1998)

- **Développements futurs**

- Extension cantonale du projet
- Application du case management de transition pour d'autres situations telles que le transfert en structure résidentielle

Remerciements

- **Financements**

- ARCOS, filière psychiatrie communautaire
- Fonds National Suisse de la recherche scientifique FNS # 3200B0-118347/1
- Fonds OPTIC – plan stratégique CHUV

- **Equipe de projet**

- Silvia Gibellini
- Pascale Ferrari, Cécile Morgan, Joelle Tena
- Jennifer Glaus, Sophia Gebel, Philippe Golay, Mumtasi Boolakee, Géraldine Chèvre

- **Clinique**

- Nathalie Koch, Yves Dorogi, Renaud Stachel, Susanne Peschke, Sandrine Valotton, Didier Wrobel et l'équipe d'Accueil, Observation et Crise
- Martin Preisig et l'équipe de Jaspers

- **Institution**

- Patrice Guex, Philippe Conus, Jacques Besson