

Prévenir et traiter les crises sans compromettre l'objectif de rétablissement : quelles solutions ?

Pr Antoine PELISSOLO
HU Henri-Mondor, Créteil

La crise

- Symptômes aigus non anticipés
- Sans réponse immédiate adaptée
- En rupture avec le milieu



Contexte de la crise

- Evolution de la maladie
 - Premier épisode
 - Nouvel épisode
 - Rechute sous traitement
 - Rechute à l'arrêt ou à la diminution du traitement
- Prise de substances
- Événements déclenchants
 - Stress intenses, moment de vie, changement (parfois banal)
 - Maladie physique
- Difficultés sociales et affectives

Nature des symptômes

- Angoisses
- Insomnie
- Désorganisation, confusion
- Excitation, agitation
- Agressivité, impulsivité
- Méfiance, idées de persécution, idées de grandeur, etc.
- Hallucinations
- Idées ou actes suicidaires
- Prises de substances
-



Évolution

- Début très variables (progressif ou brutal), quelques jours en général
- Parfois retour à la normale en quelques jours
- Souvent aggravation rapide, accentuée par des réactions extérieures
- Durée et résolution variable, selon aides et traitements, et selon nature et gravité des troubles

Réponses à la crise

- Semi-urgence

- Consultations spécialisées, coordination avec MG
- Suivi rapproché, écoute et espaces dédiés
- Adaptation du traitement
- Accueil de crise de jour ou hospitalisation conventionnelle



- Crise immédiate grave

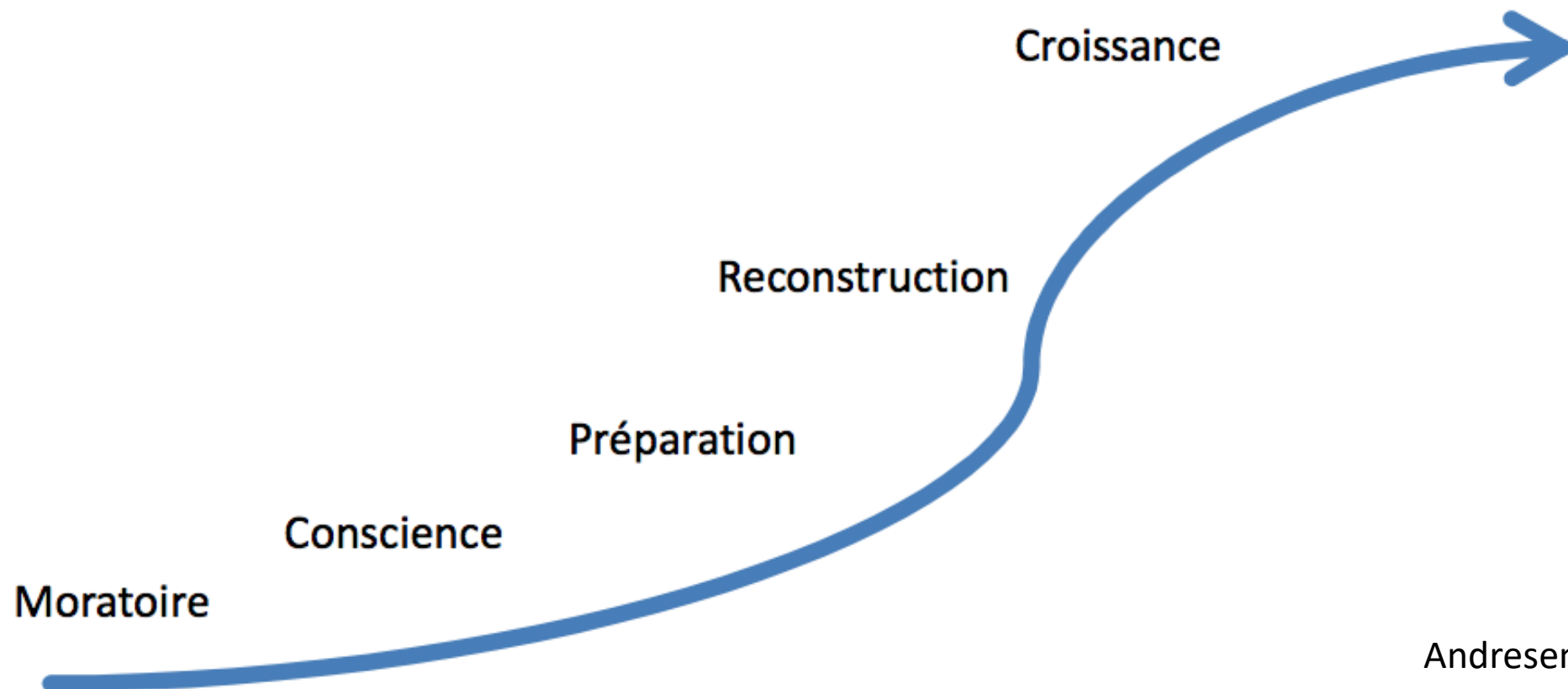
- Urgences psychiatriques (+ somatiques)
- Hospitalisation si risques et nécessité d'un traitement intensif



Le rétablissement

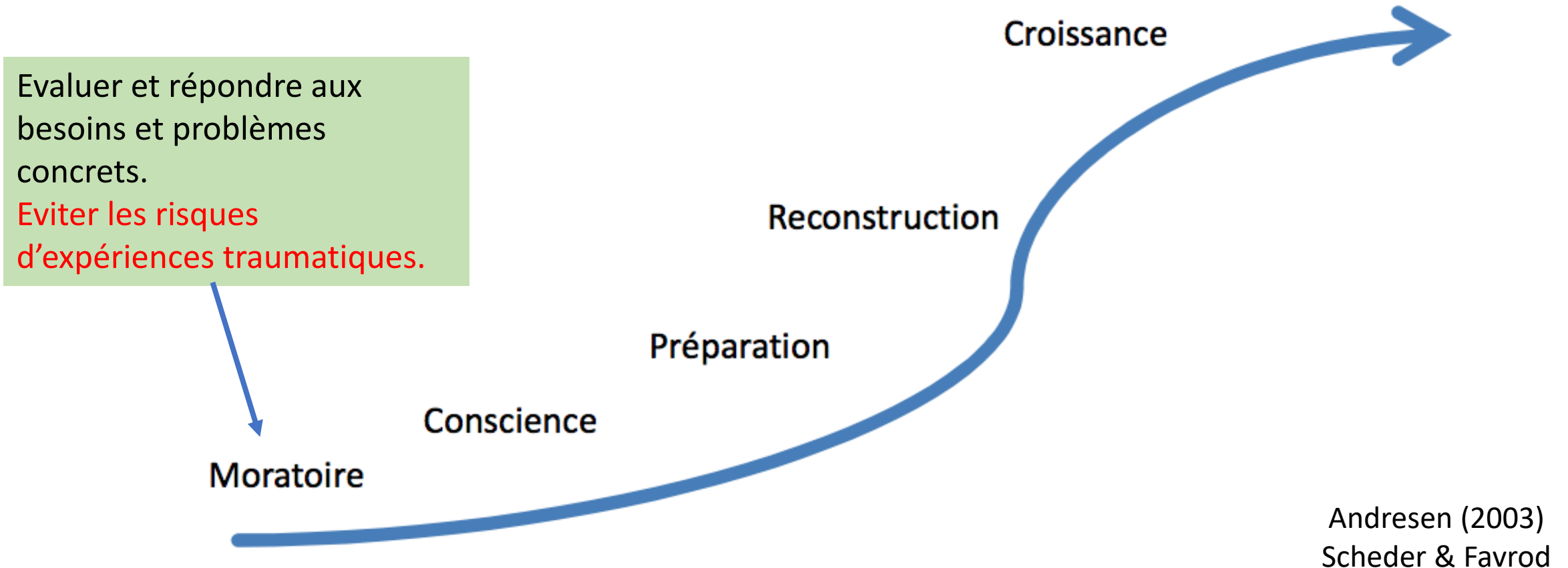
- Objectif de vie à long terme
- Porteur d'espoir et de sens
- Basé sur les libres choix du patient (autodétermination)
- Evolution par étapes non linéaires, individualisée
- Doit orienter la mise en place des outils de soin

Les étapes du rétablissement



Andresen (2003)
Scheder & Favrod

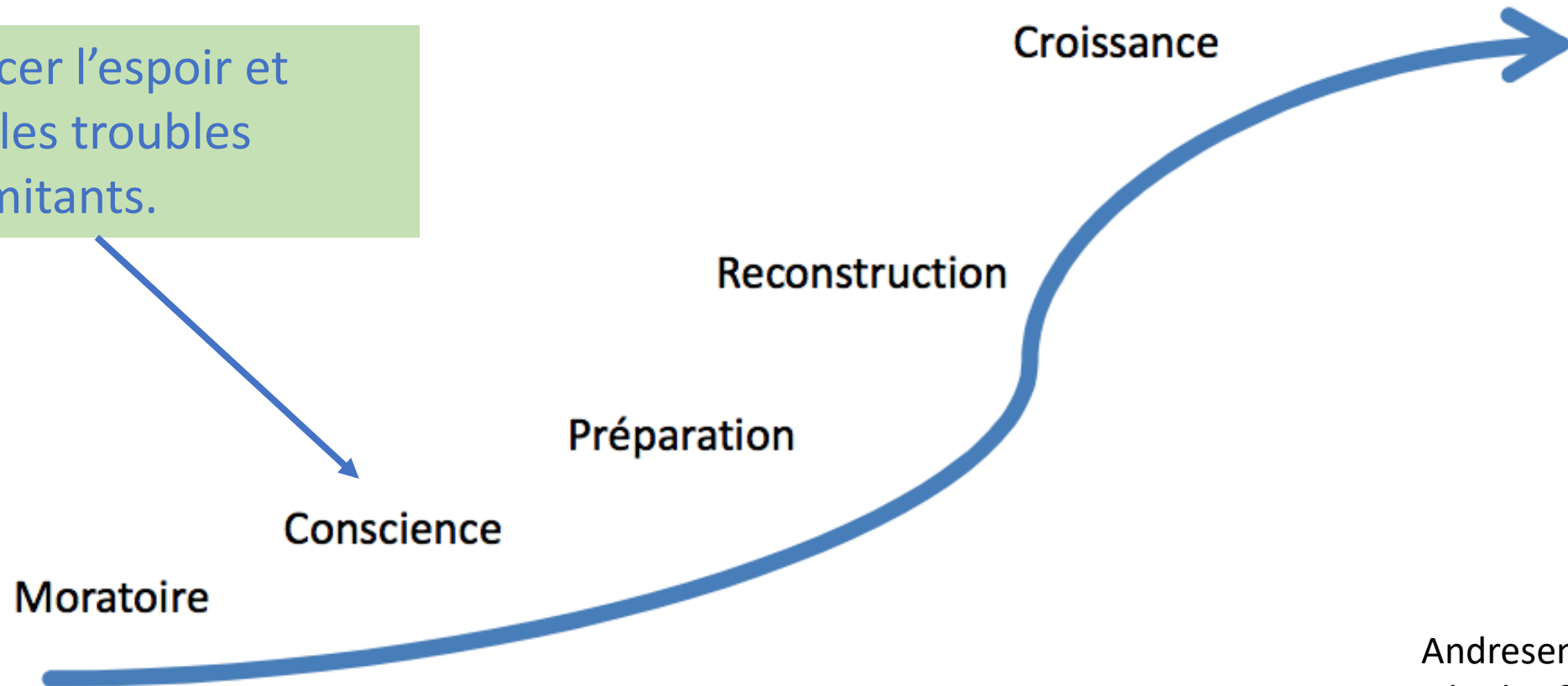
Les étapes du rétablissement



Andresen (2003)
Scheder & Favrod

Les étapes du rétablissement

Renforcer l'espoir et
traiter les troubles
concomitants.

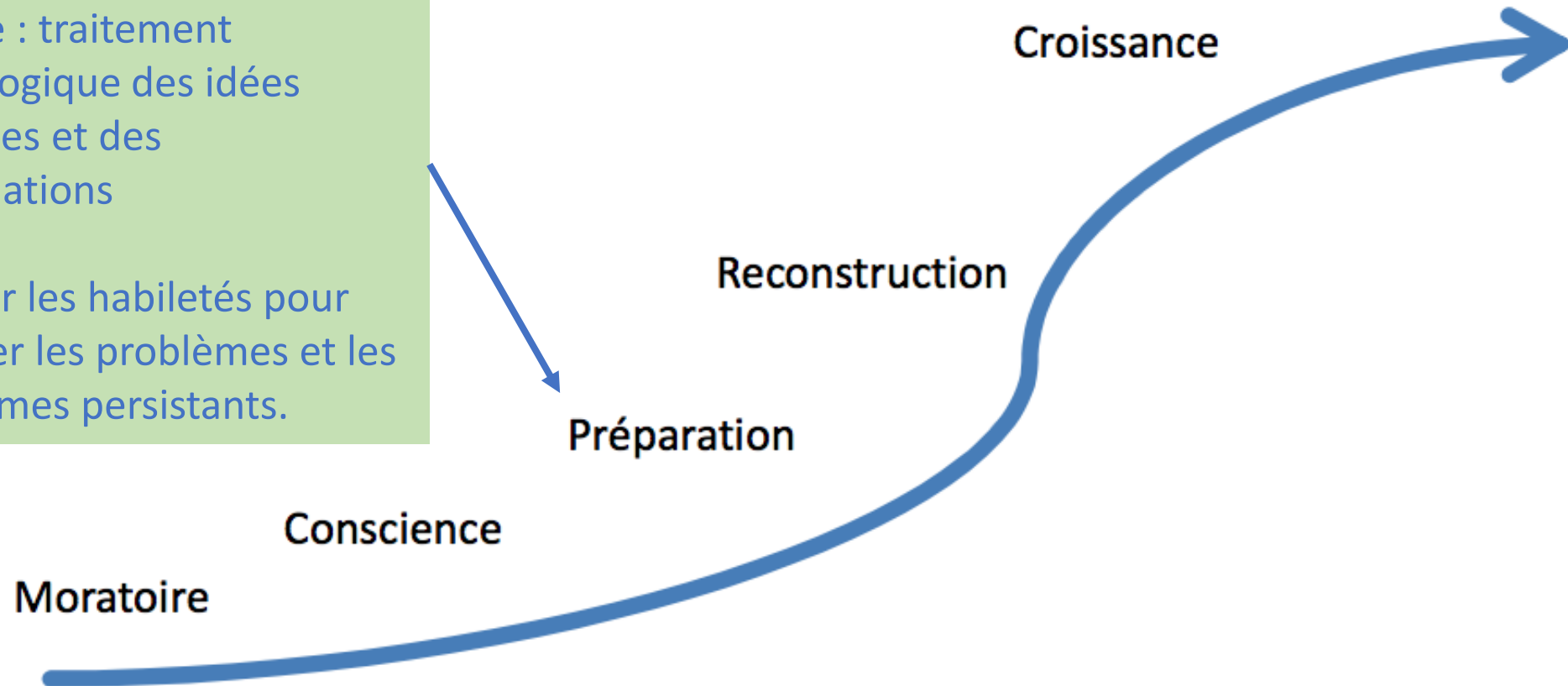


Andresen (2003)
Scheder & Favrod

Les étapes du rétablissement

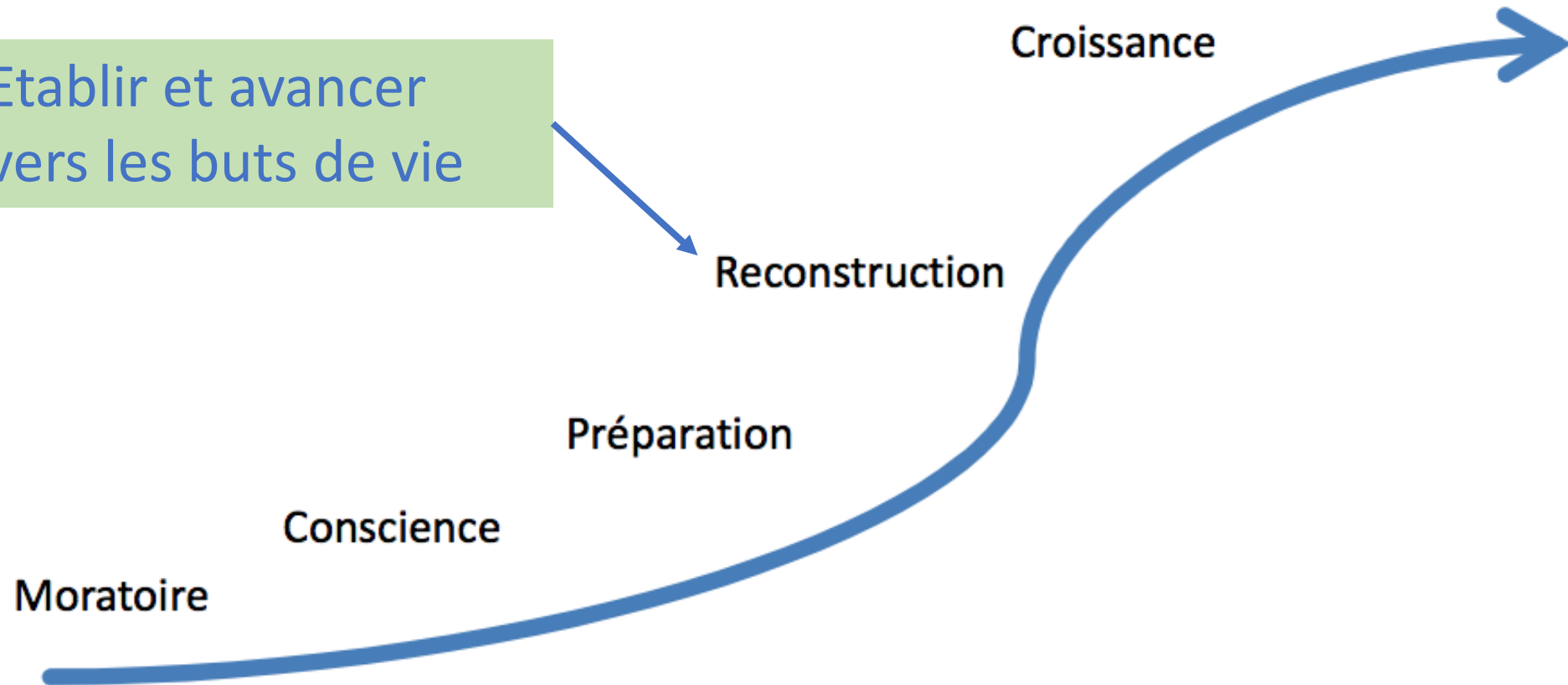
Distinguer ce qui fait partie de soi de ce qui fait partie de la maladie : traitement psychologique des idées délirantes et des hallucinations

Acquérir les habiletés pour dépasser les problèmes et les symptômes persistants.

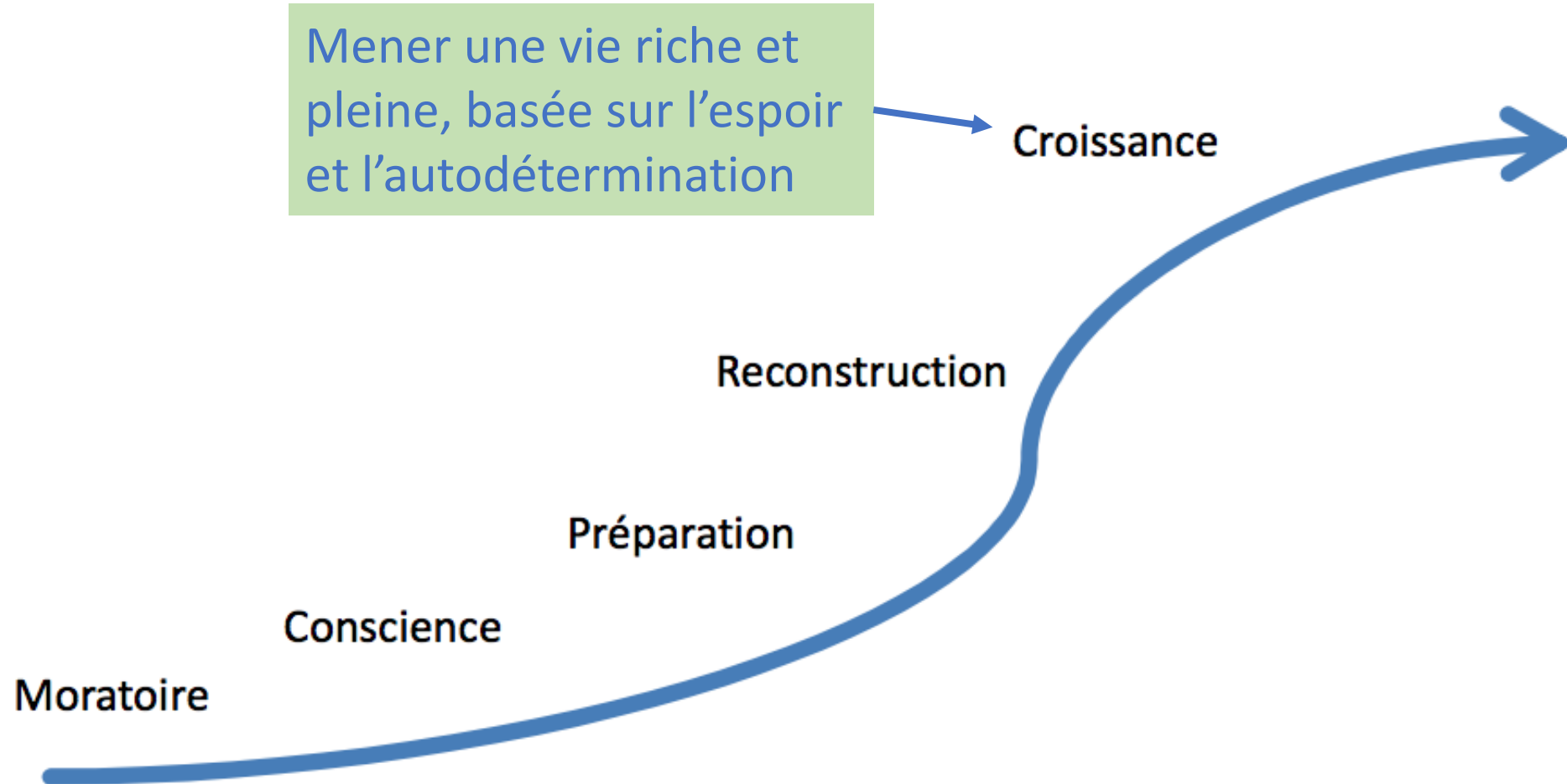


Les étapes du rétablissement

Etablir et avancer
vers les buts de vie



Les étapes du rétablissement



Le hiatus

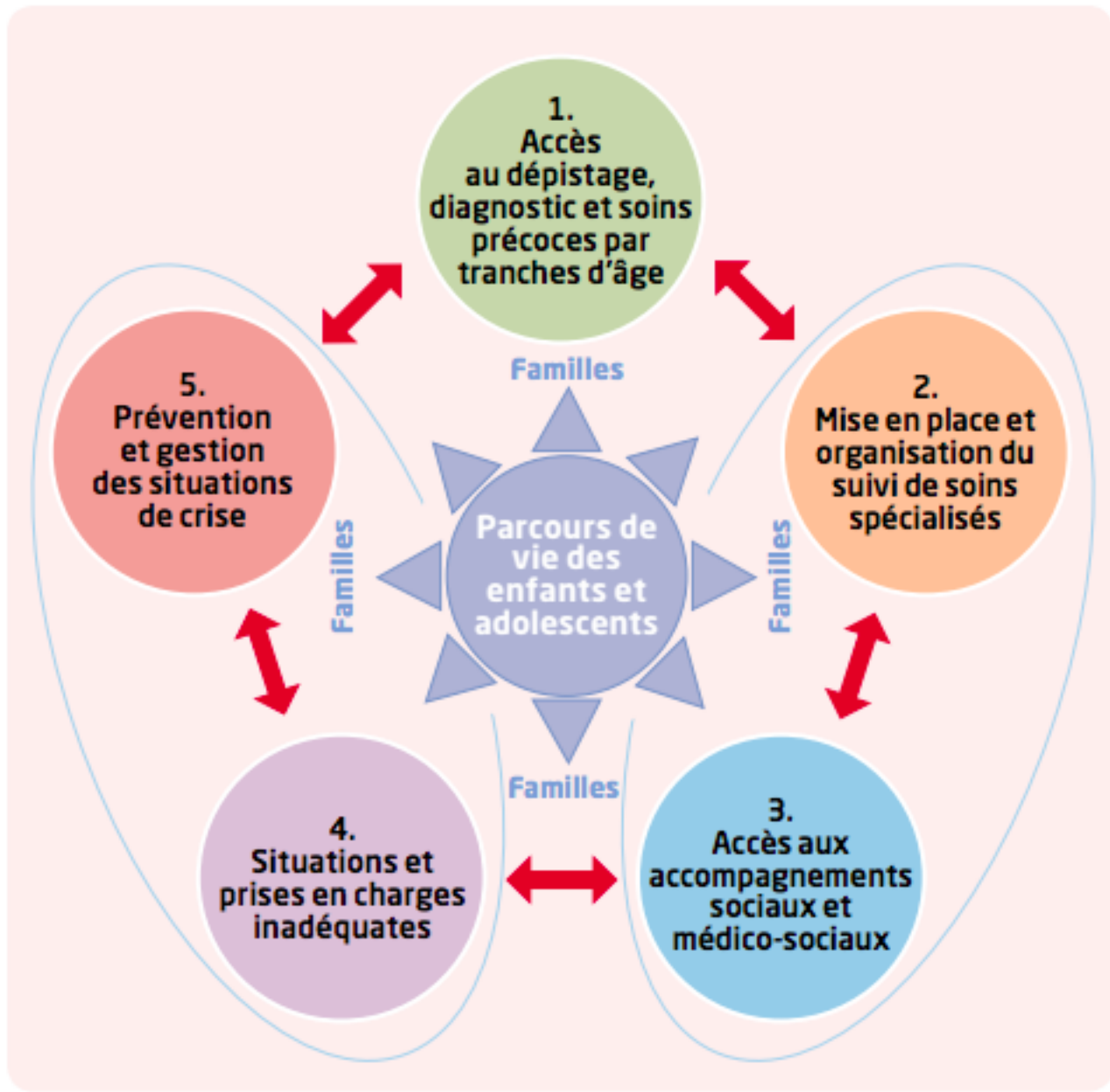
Crise
(rupture)



Rétablissement
(conscience,
autodétermination)

Horizons

- Intégrer la possibilité de la crise à toutes les étapes du rétablissement
- Intégrer l'objectif de rétablissement à toutes les étapes de la prise en charge de la crise



Quelques outils du rétablissement

- Informations, psycho-éducation
- Projet de vie énoncé par la personne
- Soignants référents, case manager
- Pairs-aidants
- Plans de crise
- Equipes mobiles, « aller vers »
- Soins à domicile
- Accueil d'urgence

Plans de crise conjoints, directives anticipées, contrat d'Ulysse

- Elaboration conjointe des soins et autres mesures souhaitées par le patient en cas de rechute, lors des phases de rémission
- Patient, proche de confiance, psychiatres/soignants, tiers, médiateur
- Volontés du patient sur :
 - Préférences du traitement
 - Informations personnelles à prendre en compte dans la prise en charge
 - Désignation d'une personne de confiance
- ▶ **?** **Résultats** (Thornicroft et al., 2013; Lay et al., 2018; Tinland et al., 2019)
 - Réduction du nombre des hospitalisations sans consentement (-25%)
 - Diminution de la durée des séjours
 - Amélioration de l'engagement et de la compréhension des troubles et des soins


Pairs aidants, médiateurs pairs

- Personne vivant ou ayant vécu avec un trouble psychique et faisant bénéficier les usagers et les professionnels de son savoir expérientiel dans les parcours de soin, de rétablissement et d'*empowerment*
- Bénévoles ou salariés
- Regard différent sur la maladie, lutte contre les préjugés
- Place importante dans la prévention des crises : psycho-éducation, accompagnement dans l'appropriation du parcours de soins et l'autonomie dans les projets de vie, etc.
- Rôle également possible dans les structures de soin pour améliorer l'accueil et la compréhension mutuelle entre patients et soignants (médiation)

Soins à domicile

- Ruptures de suivi et de traitement, et tensions intra-familiales, en cause dans une majorité de crises
- Soins intensifs à domicile (équipes mobiles) : programmés ou intervention de crise
- Meilleure compréhension des obstacles aux soins par une observation et une intervention au domicile; travail sur les interactions
- Alternative aux hospitalisations, moins délétères et moins stigmatisantes, respectueuse des choix des patients

Case management

- Accompagnement par un « case manager » dans les parcours de soins et de rétablissement selon le plan de soins
 - Coordination et facilitation des soins en santé mentale
 - Accompagnement des démarches de réhabilitation et de réinsertion
 - Accès et coordination des soins somatiques
 - Réponse aux différents besoins du patient
 - Facilitation du maintien au domicile
 - Aide à la gestion de la crise
- ▶  Réduction du recours aux urgences (Cochrane 2004)

Centres de crise

- Accès sans rendez-vous H24 et 7/7 à des consultations et à une structure d'accueil s'adaptant aux besoins du patient
- Prise en charge moins stigmatisante
- Approche globale des soins (psychiatriques et somatiques)
- Compétences spécifiques en prévention du suicide
- Lien direct avec équipes mobiles

Cellules de situations complexes

- Groupe d'analyse associant professionnels de santé, représentants d'usagers et des acteurs locaux
- Présentation et discussion des situations difficiles (accès aux soins, symptômes résistants, environnement de vie, etc.)
- Anticipation des crises dans le respect du choix des patients et des familles
- Cadres divers : Conseil Local de Santé Mentale, structures de soins, centres ressources, CPT, etc.

Dispositifs spécifiques

- Prévention du suicide (ex : Vigilans)
- Parcours par pathologies (ex : Passport Bipolaire, TCA, troubles de la personnalité, etc.)
- Equipes « premiers épisodes » et prises en charge précoces (MDA, pré-Psy,...)
- Equipes géronto-psychiatrie
- Equipes précarité
- Etc.

Conclusions

- Réponses multiples et diversifiées
- Prévention de la crise
 - Parcours de soin adapté, basé sur les besoins et les choix des patients
 - Interaction et coordination de nombreux acteurs, décloisonnement
 - Interventions pro-actives
- Réponse à la crise
 - Rapidité et flexibilité
 - Respect des choix du patient et des proches
- Après la crise
 - Elaboration, débriefing et intégration de la crise dans le projet de soins et de rétablissement
 - Enseignements : connaître ses ressources et ses limites, situer les rôles de chacun, s'ouvrir à d'autres possibilités en soi
 - Crise = étape, pas un échec