

Un service d'intervention de crise à Montauban : les Soins Intensifs Ambulatoires (SIA)

Journée Ferrepsy
Leyme - Juin 2018

Dr Emilie Thibon
Pôle Psychiatrie

- 
- 1- Crise et interventions de crise**
 - 2- Etudes**
 - 3- Les Soins Intensifs Ambulatoires
au CH de Montauban**

Crise et interventions de crise

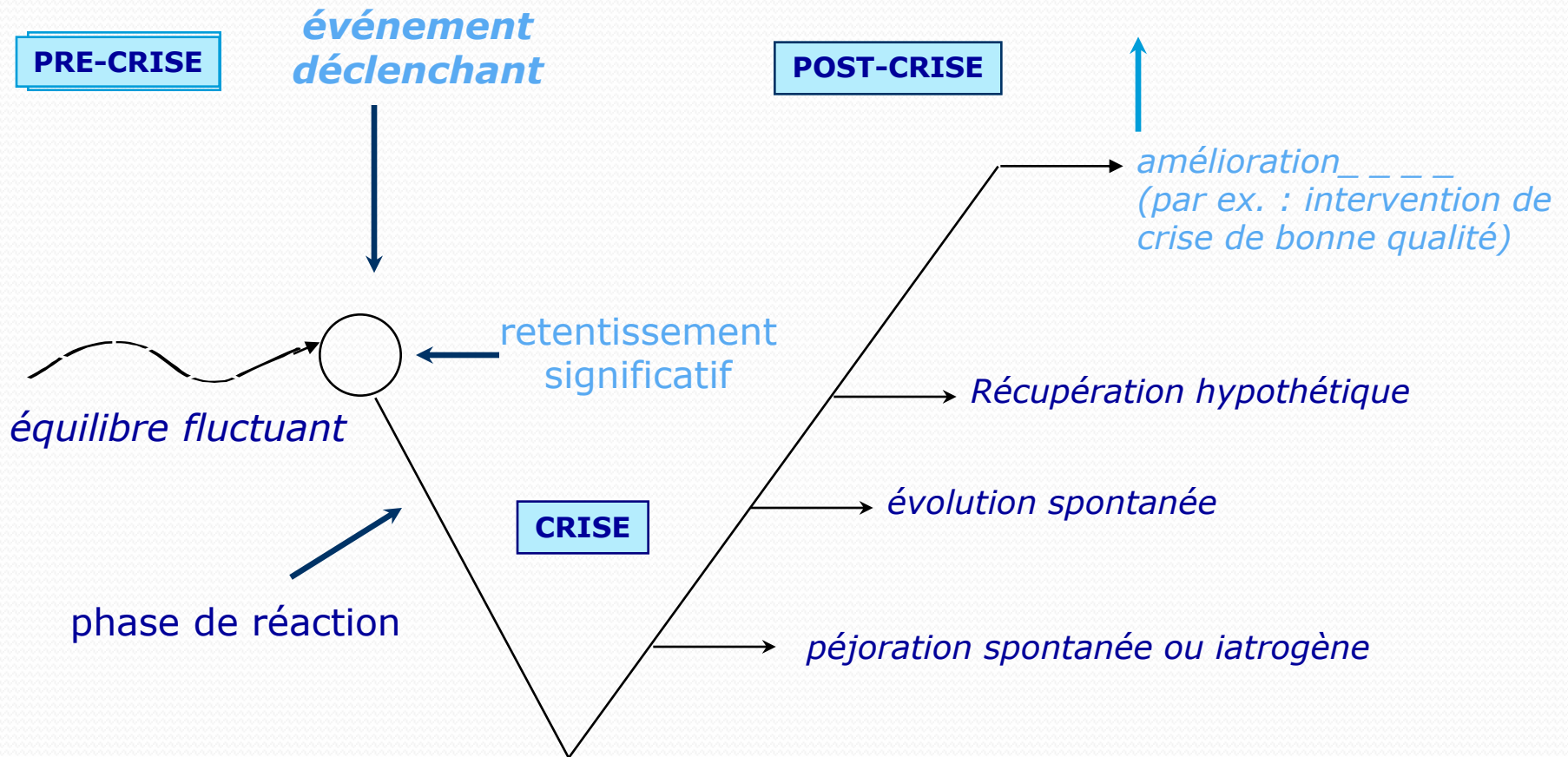
Le concept de crise

- XXème siècle, pays anglo-saxons (médecine militaire /WW2).
- **Rupture avec l'équilibre antérieur,**
- Débordement des ressources psychiques individuelles
- Pouvant amener à des symptômes suicidaires.
- Déséquilibre transitoire entre l'importance du problème et les ressources individuelles.
- Dépendant des expériences antérieures et de leur signification
- = « **moment fécond** » : opportunité d'un changement, d'une réflexion psychique, selon N. De Coulon (1),
- Crises évolutives (puberté, accouchement...) ; crises accidentelles face à des conflits interpersonnels définies par Caplan, psychanalyste (9).

1- De Coulon N. *La crise, Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*, Gaëtan Morin Editeur, 1999.

2- Caplan G ; *Principles of preventive Psychiatry*, Basic Books, 1964, New York.

Déroulement séquentiel de la crise



Intervention de crise en psychiatrie

- Courant de désinstitutionalisation aux Etats-Unis
 - > crisis centers
 - > mouvement de Palo Alto (vision systémique)
- Genève, 74, Pr A. Andreoli (3)
 - > Centre de Thérapie Brève, dispositif « hors les murs ».
 - > Conflit intra-psychique réactivé à l'occasion d'un événement interpersonnel
- Centre d'Intervention Thérapeutique à Montreux depuis 1986, De Coulon (1)

1- De Coulon N. *La crise, Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*, Gaëtan morin Editeur, 1999.

3- Andreoli A ; Lalive J ; Garrone G., *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Simep, Lyon, 1986.

En France

- **Centre de Thérapie Brève de Toulouse**, 2009, Dr Anjali Mathur, Pr Laurent Schmitt.
 - > Post-urgences psychiatriques, absence de suivi antérieur
 - > Favoriser l'accès aux soins, éviter l'hospitalisation.
 - > IDE référent, travail avec participation active du patient et lien avec l'entourage, orientation systémique.
 - > Crise suicidaire
- **CTB de Vénissieux**, Dr Sicard : adressage large, binôme soignant référent, moins intensif (1 cs/sem.), durée 3 mois. Projet de fusion avec HDJ.
- **CAC** (centres d'accueil et de crise) : hospitalisations courtes, horaires d'accueil larges.

Objectifs

- Niveau de fonctionnement supérieur ou équivalent / avant la crise (1)
- Prévenir les rechutes (notamment suicidaires)
- Orienter vers les soins :
la plupart des patients reçus aux urgences n'iront pas consulter (4)

1- De Coulon N. *La crise, Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*, Gaëtan Morin Editeur, 1999.

4- De Clercq ; *Urgences psychiatriques et intervention de crise*, Bruxelles : De Boeck Université, 1997.

Etudes

Epidémiologie du suicide

- 804 000 suicides dans le monde en 2012 (OMS, 2014), 9715 en France en 2012 (Observatoire Nationale du Suicide)
- En France, 1^{ère} cause de mortalité des 25-34 ans et 2^{ème} cause chez les 15-24 ans (CépiDC-Inserm, 2011)
- La TS est le facteur de risque le plus important de suicide
- Récidive de TS varie entre 9% et 32% selon les études en France (5)
- En France entre 2004 et 2011, 176 000 à 200 000 personnes ont consulté aux urgences pour TS.
- Les récurrences sont précoces , 20-30% dans l'année suivante (6)

5- Cedereke M. ; Ojehagen A. ; *Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months*, Eur. Psychiatry ; 2005 ; 20 : 101-9.

6- Gunnell D. ; Frankel S. ; *Prevention of suicide : Aspirations and evidence*, British Medical Journal ; 1994 ; 308, 1227-1233.

Etudes

- Thèse du Dr Amaya en 2012 (SIA) : « *Retour aux urgences des patients adressés au Centre de Thérapie Brève de Toulouse : étude observationnelle sur un an* »
 - > risque de récurrence suicidaire diminué (9,2% versus 15,3%), non significatif, $p=0,061$) patients CTB versus non CTB
 - > 68% des patients avaient suivi l'orientation proposée aux urgences
- Thèse du Dr Sporer en 2016, « *patients admis aux urgences pour tentative de suicide : comparaison de la fréquence des récurrences suicidaires, après une prise en charge au centre de thérapie brève versus prise en charge, étude CFRS-CTB : étude prospective à 6 mois de suivi* »,
 - > 75% des patients au moins 1 cs. Et 92,6% d'entre eux avaient eu un suivi effectif.
 - > 12,9% du groupe CTB ont refait une TS versus 31,6% du groupe PEC standard, non significatif (délai moyen de récurrence 2 mois et 9j)
 - > Amélioration du fonctionnement social, moins de symptômes dépressifs et de sentiment de désespoir et une diminution des consommations d'alcool.

Etudes

- Méta-analyse de Inagaki (7) en 2015 sur la prévention tertiaire du suicide , 24 études contrôlées randomisées :
-> le **groupe "contact actif et suivi"** diminuait la récurrence de TS dans les 12 mois (n=5319, RR =0,83, IC95% [0,71-0,97]) / aux groupes « pharmacothérapie », « psychothérapie » et « divers »
- 4 ont montré une efficacité sur la récurrence suicidaire via un traitement par TCC (Salkovskis, Atha, & Storer, 1990; Brown et al., 2005; Linehan, Anne Comtois, & Murray, 2006 ; Slee, Garnefski, Van Der Leeden, Arensman, & Spinhoven, 2008)
- 2 via les **thérapies interpersonnelles** et 1 résolution de problèmes (McLeavey, Daly, Ludgate, & Murray, 1994 ; Guthrie et al., 2001 ; Hvid et al., 2011)
- 1 sur l'assertive case management (Kawanishi et al., 2014)
- Études sur groupe « **contact actif** » (Vaiva et al., 2006 ; Fleishman et al., 2008 ; Hassanian-Moghaddam, Sariami, Kolahi & Carter, 2011).

8- Inagaki M, Kawanishi C, Yonemoto N. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *J of Affect Disord.* 2015 Apr 1 ; 175 : 66-78.

Les Soins Intensifs Ambulatoires SIA

Pôle Psychiatrie
CH de Montauban

Contexte

- Urgences

Hospitalisation

HAD

CMP

SIA

- Si indication, et accord patient (hors SDT, SDRE)
- Rupture avec le milieu de vie, risque de dépendance à l'institution

- Si indication, projet de soins déterminé en amont, intérêt d'une PEC dans le milieu de vie quotidien

- Risque de rupture de soins
- Délai > 2 mois
- Peu intense
- Suivi au long cours

- Suivi intensif, réactif, courte durée
- Evaluation et orientation
- Patient sans suivi psychiatrique

Intérêts

- Absence d'indication d'hospitalisation mais nécessité de PEC intensive, réactive, en situation de crise
- Alternative à l'hospitalisation
- Réduction du temps d'hospitalisation (hospitalisations très courtes, HL ou SDT/SDRE) : accompagnement vers les soins / établir une alliance

Le projet

- Offrir un suivi intensif et réactif de courte durée
- Rattaché à une consultation spécifique sur le psycho-traumatisme
- Pôle Psychiatrie : Dr Chantal Martinez
- Secteur 1 : Dr Violette Amaya, Dr Margot François, Dr Emmanuel Repington, Thierry Doulut et Dr Emilie Thibon (référence)
- Elaboré en 2017, ouverture du service le 29/01/2018

Indications

- Patients majeurs
- Situation de crise / PTSD
- Sans comorbidité addictive décompensée au 1^{er} plan
- D'accord pour le suivi
- Ayant la possibilité de se déplacer sur le CH
- Tarn-et-Garonne (intersectoriel)

Fonctionnement

- Intensité entre CMP et Hospitalisation : 1 à 3 cs par semaine
- Réactivité : 1^{er} entretien dans les 72h
- Contact actif (rappel x, personne de confiance)
- Adressé par un psychiatre depuis les urgences, l'hospitalisation, les cs d'accueil en CMP (IDE psy en CMP).
- Durée de PEC limitée à 6 semaines

Modalités thérapeutiques

- Equipe pluridisciplinaire, IDE référent
- Travail en lien avec l'environnement/entourage
- Implication dans le réseau de soins psychiatrique et somatique
- Collaboration avec la personne qui reste active de ses soins
- Thérapies brèves : TCC, EMDR (Mme Hanrot)/hypnose (Dr Repington, Mme Hanrot)
- Méthodes psychocorporelles (sophrologie/IDE)

SIA

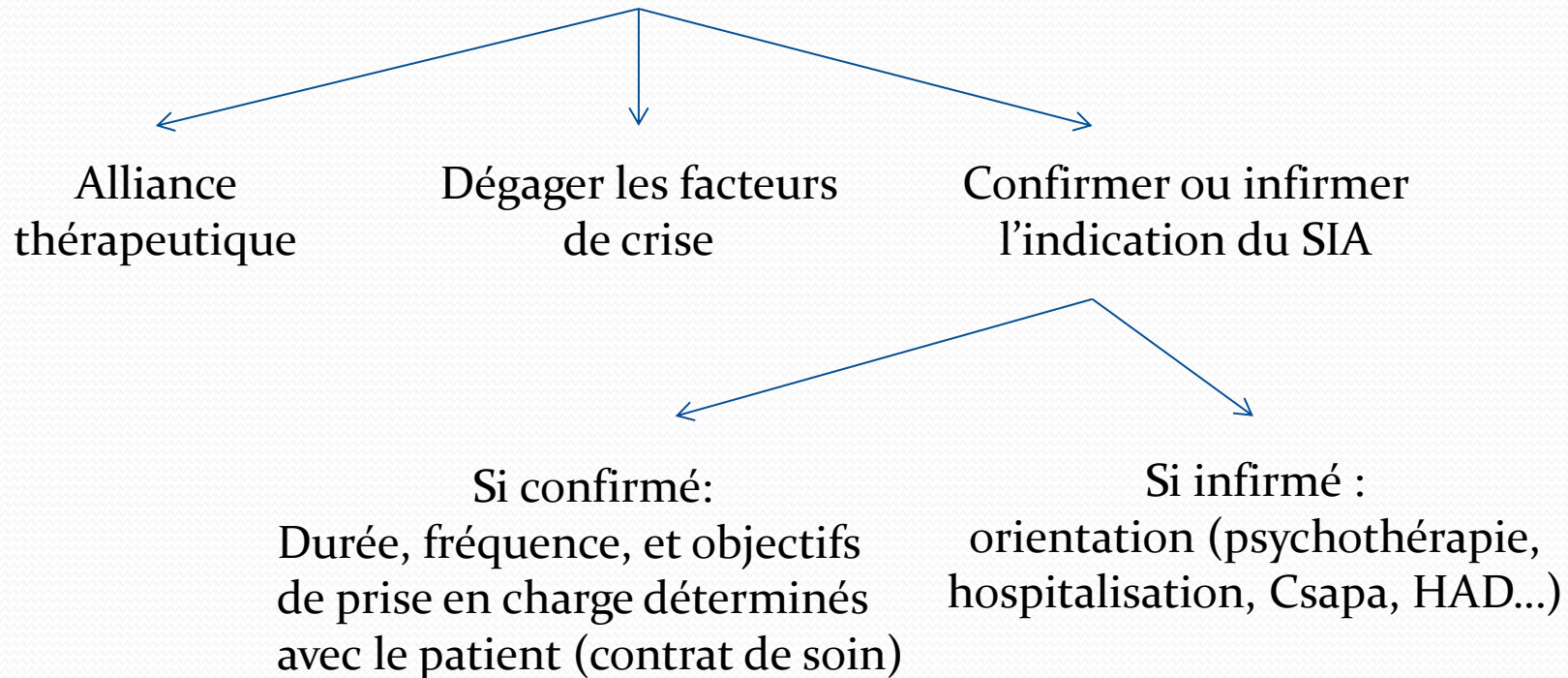
- Moyens humains :
 - 2 IDE (5),
 - ½ ETP de psychologue,
 - ½ ETP AS,
 - 0,6 ETP de psychiatre,
 - cadre de santé
 - secrétaire (secteur 1) : pas de temps dédié
- Moyens matériels : bureaux de cs dans les locaux de l'ancien Charcot (+ salle de soin), partagés avec le dispositif 15-25, le dispositif Espere et les appartements associatifs
- Ouverture : 5 jours /7 lundi-vendredi, horaires de jour (9h-16h30 ou 10h30-18h)

Fonctionnement

- 3 phases
 - Evaluation
 - Travail
 - Orientation et clôture

Phase d'évaluation

Entretien médico-infirmier dans les 72h, en cs ou sur le service adresseur,
1^{er} contact direct privilégié (aux urgences)



Phase de travail

Entretiens

1 à 3 / semaine

- IDE
- Psychologiques
- Médicaux (gestion du traitement, AT, cadre...)
- Avec l'entourage du patient (enjeux groupaux dans la crise)

Intervention sociale

- Evaluation et prise en charge sociale

Réunions

- Bihebdomadaires
- Lien avec intervenants extérieurs (médecin adresseur, IDE, social...)

Phase de clôture

- Acter la fin de la prise en charge
- Ouvrir vers un suivi ambulatoire SB

Conclusion

4 mois après :

- Nombre de patients : 70 patients adressés, env. 20 PEC en cours.
- Adressés par les urgences, après consultation d'accueil en CMP, ou après évaluation en hospitalisation (<48h)
- Pour trouble anxieux, épisodes dépressifs modérés à sévères, troubles de personnalité (traits : borderline, paranoïaque, dépendante...), schizophrénie, PTSD (AVP, militaires...)
- Suite à TS ou idéations suicidaires
- Contexte de séparation, épuisement au travail, deuil, conflits conjugaux...
- Pas de suivi ni d'antécédent psychiatrique pour la plupart
- Événements indésirables : une TS grave

Conclusion

Intérêts

- Construction d'une alliance, objectifs communs
- Exploiter ce moment pour opérer une réflexion, un changement
- Contact actif
- Adaptabilité du dispositif
- Evaluation et orientation vers les soins (cs CMP/ psychologues libéraux, HDJ, hospitalisations, Csapa, HAD)

Perspectives

- poursuivre formation de l'équipe (systémie, TCC)
- augmentation des moyens IDE et médicaux
- étude de l'efficacité du dispositif quant à la récurrence suicidaire



Merci de votre attention