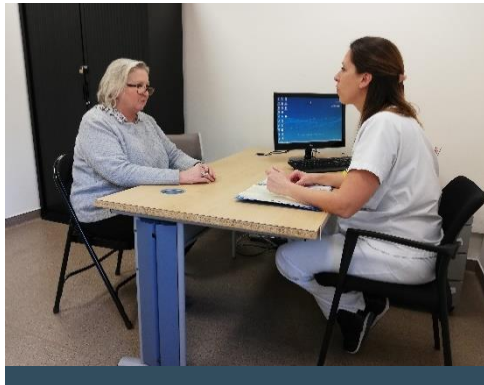
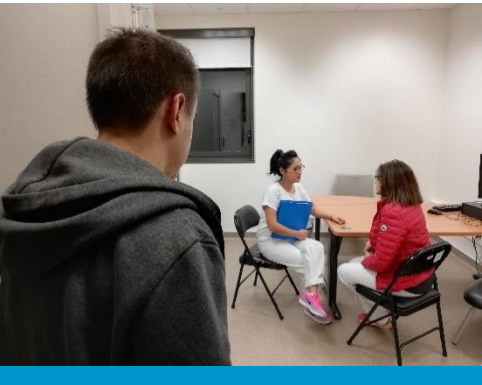




VECU TIERS PSY

Intervention Précoce et Suivi Infirmier auprès des « Tiers », qui participent à la première hospitalisation sans consentement d'un proche aux urgences psychiatriques.



Etude Pilote IDE, Urgences Psychiatriques, CHU Purpan Toulouse.

Sommaire

- 1 Constat
- 2 Etre “Tiers”
- 3 Etat des connaissances
- 4 Problématique / Hypothèse
- 5 Objectifs de l’étude
- 6 Méthodologie
- 7 Intervention proposée
- 8 Retombées attendues
- 9 Bilan 1ere Phase
- 10 Bibliographie



1 Constat

Présentation du service

Urgences Psychiatriques URM, CHU Purpan

52 Infirmiers
13 Aides soignants
7 médecins
2 cadres de service

5 Unités :

- Consultation
- UHCD Ouvert
- UHCD Fermé
- UTOX
- Liaison



1 Constat Professionnel

-Le nombre croissant de patients relevant de soins sans consentement

Entre 2017 et 2018 pour le 31 : **+5% ASPDTU** [1], ➡ **Les IDE prennent en charge les aidants**

-Le moment de l'urgence caractérisé « par une demande immédiate et pressante post-crise (...) exprimée dans **50% des cas par l'entourage.** » [2] ➡ **Témoins privilégiés**

-**58% des patients** ayant déjà été hospitalisés sous contrainte **vivent en milieu familial** ou à distance proche. (père, mère, conjoint...) [3] ➡ **Acteurs centraux de la réhabilitation**

-**Enquête exploratoire téléphonique** réalisée fin 2016, auprès d'infirmiers de 22 centres hospitaliers français d'urgence psychiatrique ➔ **Constat partagé ++**

-**Pas de dispositifs adaptés, pas de temps formel dédié aux aidants...**

-**Identification d'un vécu difficile** au delà du patient, pour la personne faisant le Tiers lors des contraintes, mais aussi pour les infirmiers qui prennent en charge

2 Etre TIERS d'une ASPDTu

Le Tiers est **la personne qui formule la demande** de soins.
(membre de la famille du patient, ou justifiant de l'existence de relations antérieures à la demande, pouvant justifier de l'apparition ou aggravation des troubles)

Un **interlocuteur central** depuis la loi de 2011 révisée en 2013, un témoin de l'aggravation des troubles ayant précédés le temps de l'urgence...

Au cœur d'une situation souvent complexe, douloureuse et anxieuse, une **dynamique familiale perturbée**, pourtant le garant de l'aboutissement des soins sous contrainte



Un acteur central à l'initiative du soin,
oublié ensuite sur le temps de l'urgence...



2.1 Etre TIERS d'une ASPDTu

Un acteur du soin soumis à un paroxysme émotionnel, caractérisé par :

L'ÉPUISEMENT	L'IMPUISSANCE
<ul style="list-style-type: none">• Les aidants ont contenu les symptômes à domicile, repoussant jusqu'alors le moment de l'appel à l'aide.• « On a tout essayé... On y arrive plus du tout. »	<ul style="list-style-type: none">• Au devant de l'état clinique de leur proche qui s'aggrave inexorablement.• « Comment n'ai-je pas pu protéger mon proche? »
LA CULPABILITÉ	L'AMBIVALENCE
<ul style="list-style-type: none">• Priver son proche pour un moment donné, de sa volonté et de sa liberté de mouvement.• « Je n'aurai jamais pensé avoir à enfermer mon fils ! »	<ul style="list-style-type: none">• En lien avec la dimension affective, relationnelle avec le patient et la nécessité d'imposer des soins.• « Je ne peux pas lui faire ça... quand il ira mieux, j'espère qu'il comprendra que j'ai fait ça pour lui. »

3 Etat des connaissances

La prise en charge des aidants et les soins à la famille avec de la psychoéducation font partie intégrante des **recommandations de bonnes pratiques**. [4]

Les 18-30 ans : **population à risque après une première hospitalisation** en Urg Psy (non observance thérapeutique et de suivi... rechutes++) [5]

Les interventions infirmières sont **d'autant plus efficaces qu'elles sont précoces**, et interviennent au moment du premier épisode de la maladie. [6]

L'effcience d'un suivi téléphonique infirmier est largement documenté en terme de

- détection des prodromes par l'entourage
- réduction des symptômes d'anxiété et de dépression, du sentiment de fardeau...
- résultats significatifs dans l'aide apportée au malade, dans la rupture de l'isolement, et l'observance au temps ambulatoire...

Population cible (Personne Tiers d'un primo requérant à une ASPDTu)

→ orpheline d'étude pré existante

4.1 Problématique

1 L'initiation d'une ASPDTu?

Le moment de l'urgence, est un moment d'accroche central pour les soins futurs au patient
Soins sans consentement

2 Quelles sont nos contraintes?

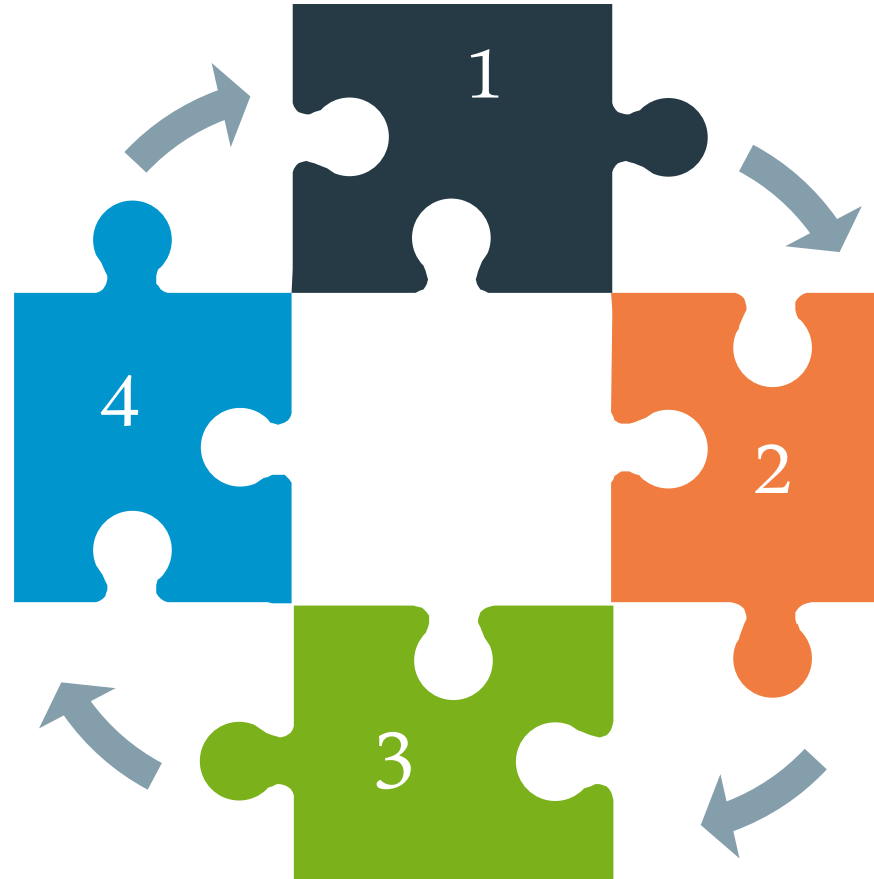
La temporalité de l'urgence en psychiatrie
La psychiatrie au sein d'un SAU
Un moment de Crise
Des acteurs sous le "choc"

4 Rôle Propre Infirmier?

Dans quelle mesure le travail infirmier peut-il s'avérer facilitateur de la démarche?

3 Formaliser les pratiques?

Autour d'une intervention riche et individualisée, auprès de ces personnes impliquées dans l'aide à leur proche.



4.2 Problématique - Synthèse

Accueillir le Tiers, c'est :

- lui accorder un **droit de répit**.
- ouvrir un lieu **d'échange et de parole**, rompre l'isolement.
- lui consacrer un **temps spécifique** précoce et un suivi formalisé à l'aidant, qui a vécu lui aussi une situation de crise.
- L'aider à construire son **positionnement d'aidant** dans la trajectoire de la maladie, de part la détection des prodromes, la connaissance des pathologies et traitements associés et du réseau de soins.



5 L'étude -VécuTiersPsy-

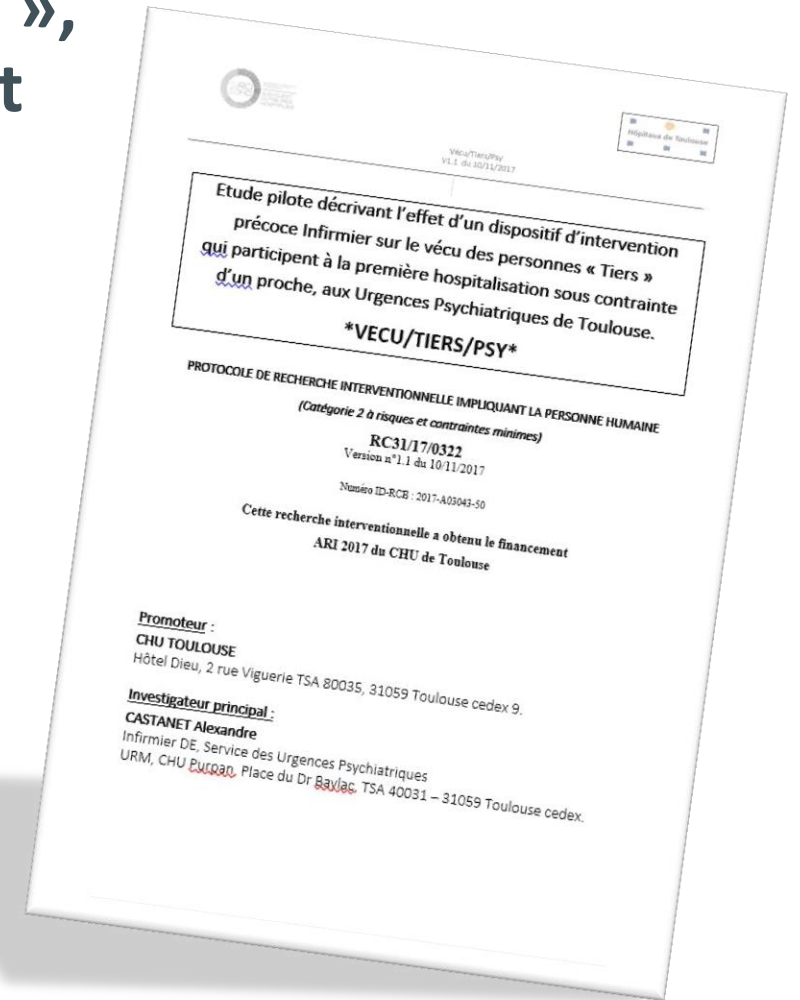
Intervention Précoce et soutien infirmier aux « Tiers », qui participent à l'hospitalisation sans consentement d'un proche aux urgences psychiatriques.

Etude pilote / **Projet Infirmier**
Sur 24 mois
Catégorie II selon la loi Jardé

Soutien USMR / DRCI
Financée ARI 2017
(appel d'offre interne CHU)

70 sujets, 2 bras de 35

Autorisations CPP Janvier 2018
Début des inclusions Mars 2018



5.1 Retombées attendues

1

Pour le Tiers

Réduire l'anxiété
réactionnelle, l'état de choc,
la sidération.

Travailler sur les représentations sociales :
psychiatrie, contrainte,
privation de liberté,
contention, sédation.

Alléger le « fardeau de l'aidant », aider à détecter,
savoir quoi dire, quoi faire...

Maintenir les dynamiques relationnelles : familiale,
couple, amicale, pros..

Rompre l'isolement

2

Pour le Patient

Intervenir auprès de son
partenaire de soin, phase
précoce de la maladie

Favoriser l'observance
après le temps de
l'urgence (ttt, cslt°,
projet...)

Re -Créer un dialogue
autour des soins non
consentis

Espacer les rechutes,
Réduire le nombre de
passage aux urgences

3

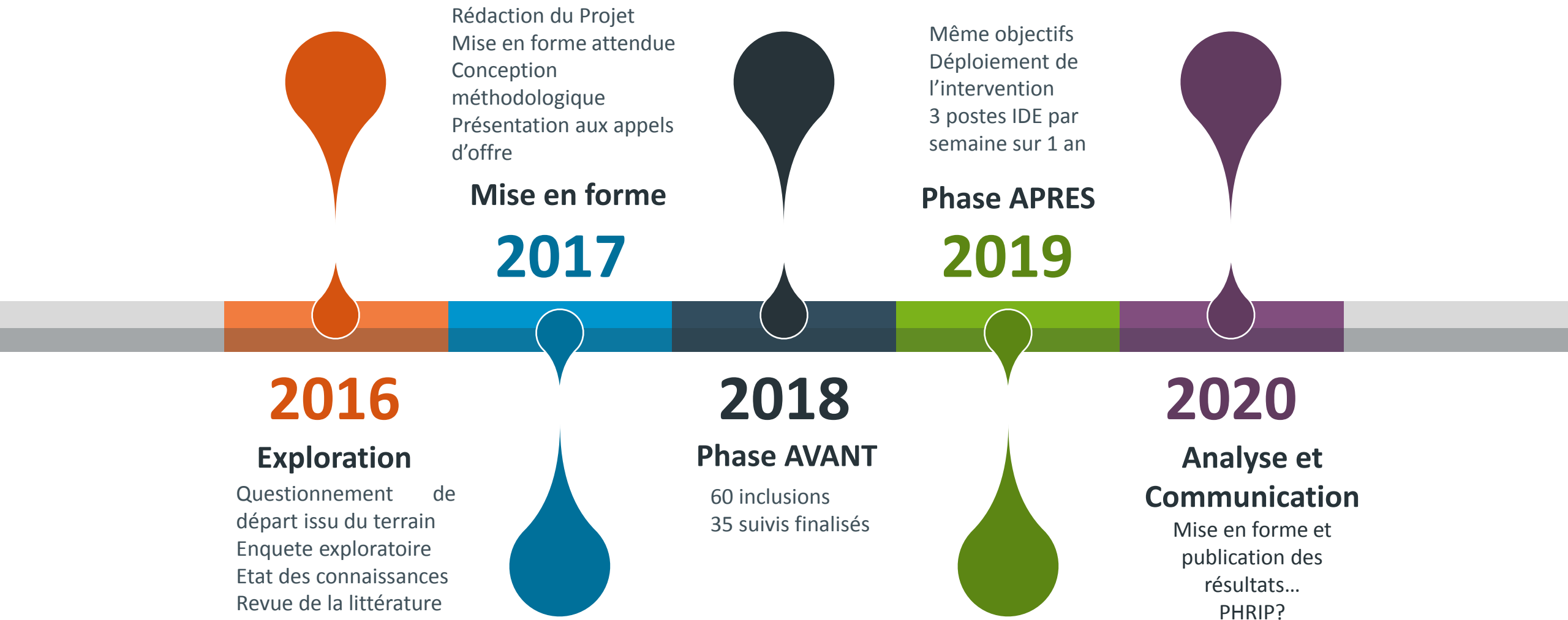
Pour le Service

Formaliser une
intervention adaptée et
innovante aux aidants,
sur notre rôle propre IDE

Répondre à une
demande forte du
terrain, par les IDE et les
aidants, pas encore
investie

6 Méthodologie

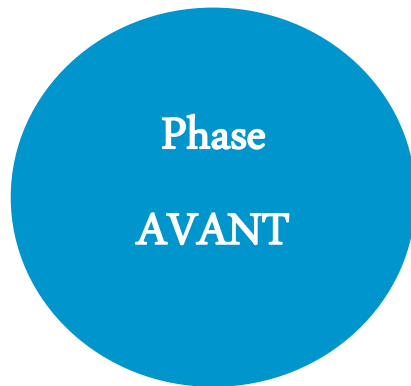
Timeline



6 Méthodologie – Etude Pilote

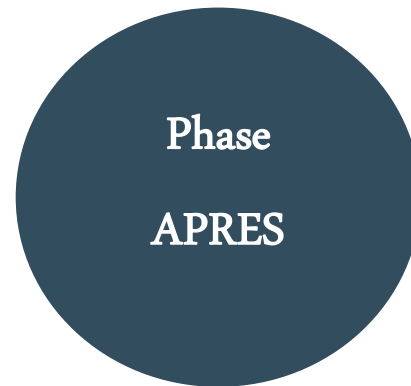


Critère de jugement principal :
Echelle AMDP-AT (hétéro questionnaire, validé et reconnu)



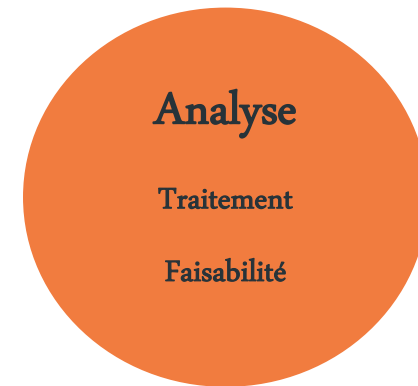
PRISE EN CHARGE COURANTE

Inclusions de 60 Tiers
Objectif de 35 finalisés
Constitution du groupe
"Témoin"
Recueil de données sur 6
mois et cotation des échelles



INTERVENTION FORMALISÉE

Inclusion de 60 Tiers
Objectif de 35 finalisés
Constitution du groupe
"Intervention IDE"
Déploiement du DPSI
Recueil de données sur 6
mois et cotation des échelles



STATISTIQUES

Finalisation des dernières
inclusions et suivis
Traitement statistique des
Cahiers de Recherche
**Rédaction de l'article de
recherche**

7 Intervention IDE



ENTRETIEN PRÉCOCE

Entretien Individuel avec IDE dans les 72h

1 poste IDE dédié le Lundi, Mercredi et vendredi

Durée : 45 à 60 minutes

3 axes majeurs :

Bilan de la situation de crise

Ressources du Tiers à faire face

Stratégies, actions et aides proposées



SUIVI SUR 6 MOIS

Appels à J7, M2, M4 et M6

Durée : 30 minutes

Suivi téléphonique individualisé :

- Ecoute active

- Reformulation et élaboration de ressources

- présence bienveillante continue auprès des personnes



GROUPE DE PAROLE

Animé par les infirmiers référents et le psychologue de l'unité

Durée 90mn : 2 X par mois

Espace de communication, d'entraide et d'échange

Réduire l'isolement, libérer la parole et l'expérience

Trouver ensemble les ressources

Devenir acteur du rétablissement de son proche

7.1 Intervention IDE

Chaque entretien, appel téléphonique ou groupe de parole est construit selon 3 axes :

- 1- ECOUTE

Reprendre la chronologie des faits, **favoriser le récit biographique**

Déceler les conséquences sur la propre santé du Tiers de : l'anxiété, la culpabilité, manque de sommeil, frustration, tristesse.

- 2- REFORMULATION

Comprendre la position d'aidant

faire face au refus de soin et de diagnostic, l'opposition, à l'agressivité verbale et physique, aux conduites addictives, au délire, au déni, aux mises en danger

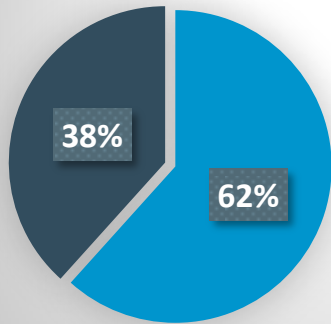
- 3- ORIENTATION

Permettre aux familles de **mieux utiliser les possibilités d'aide**, et de recourir plus efficacement aux services médicaux et sociaux

9 Bilan Phase AVANT - 2018



INCLUSIONS



■ Suivis finalisés sur 6 mois

■ Inclusions perdues de vue

23 infirmiers et 1 AS impliqués



LES PATIENTS

70% 1^{er} EPA

Déni des troubles 92%

80% consommation de toxiques associée

Age moyen : 26 ans

Etudiants 22%, Sans emploi 25%



LES TIERS

65% de Femmes, dont 70% mères

Age moyen : 47 ans

En activité, 23% en arrêt de travail

47% vivent avec le patient

(14 refus d'entrée dans le protocole)



PERDUS DE VUES

38% sur 60 inclusions

30% de non réponse à M2

Arrêts Volontaires :

- Plus de contact avec les Urg Psy
- Relation compliquée avec patient
- Suivi pas adapté à leur demande

9.1 Bilan Phase AVANT

Limites

1

Liées à l'Intervention

Pas d'intervention formalisée sur cette phase = Ressenti par les Tiers

2

Liées au Suivi trop long

À M4 et M6 : Retours sur temporalité longue du suivi

3

Liées au critère de jugement

AMDP-AT → Anxiété : Retours = adaptée en partie, Pluralité d'émotions ressenties

4

Liées à l'équipe

Durée de 24 mois sur un service d'urgence avec des suivis de 6 mois-> Turn Over Important des IDE

5

Liées à l'Investissement Perso

Temps personnel ++

Facteurs favorisant

1

Liés à l'Intervention

Demande du Terrain++
Forte capacité à inclure
14 refus sur 74 inclusions possibles

2

Liés au Suivi

Retours rares sur le temps post urgence
Création d'une relation de confiance/partenariat avec les Tiers

3

Liés à l'équipe

23 infirmiers sur 45 impliqués sur la phase AVANT, Equipe de référents très réactive, Amélioration de la PEC

4

Liés à la problématique

Issue du Terrain ++
Partagée par équipe paramédicale et aidants familiaux
Soutien et intérêt médical dans le service

10 Bibliographie

- 1]Datvian H., Scelles R., [La famille de patient schizophrène serait-elle devenue une ressource inépuisable ?](#) L'information psychiatrique, John Libbey Eurotext, Volume 89, Janvier 2013.
- 2]Walter M., Genest P., « [Réalités des urgences en psychiatrie](#) », L'information psychiatrique 2006/7 (Volume 82), p. 565-570.
- 3]Bungener M, « [Trajectoires brisées. La maladie mentale à domicile](#) ». La Recherche 14, Sociologie et Santé mentale, 1997
- 4]Lemasson S, « [Carrières d'aidants informels : étude sociologique de parcours dans le champ du maintien à domicile des personnes dépendantes](#) ». Université de Toulouse-Le Mirail, 2011.
- 5]Haute Autorité de Santé, [Guide médical, ALD Schizophrénie](#), 2007



Merci!



ERUPT

Equipe de Recherche Urgences Psychiatriques de Toulouse



vecutierspsy@gmail.com



05 61 77 91 97

06 49 53 53 94