



JOURNÉE D'ÉCHANGE RÉGIONALE

Des bonnes pratiques orientées rétablissement développées en région PACA... aux directives anticipées.

Présentation

Juliette Robert : Enquêtrice DAIP

Yves Bancelin : Médiateur de santé

CH - Montfavet

- Jeudi 30 Janvier -

Introduction



Le rétablissement en principe : ESPER

ESPOIR : Développer l'espoir de façon globale dans la vie de la personne. L'associer à la possibilité de rêver, à l'espérance d'un avenir meilleur et la réalisation d'objectifs.

SOUTIEN : Développer son rétablissement c'est savoir accepter le soutien d'autrui, mais aussi se sentir en capacité d'aider les autres. Le réseau aide à se sentir mieux et améliore la qualité de vie.

PLAIDOYER : Il s'agit de savoir communiquer avec les autres de façon efficace afin d'obtenir ce dont on a besoin, ce que l'on veut et ce que l'on mérite pour continuer à aller bien et à se rétablir.

EMPOWERMENT : Acquérir des connaissances et mieux comprendre ce que l'on éprouve afin de pouvoir prendre les bonnes décisions concernant tous les aspects de la vie. Favoriser le développement de la littératie (agir pour sa santé est facteur pronostic essentiel).

RESPONSABILITÉ : Pour son propre rétablissement, prendre conscience de la portée de ses choix et dans la mesure du possible, prendre ses propres décisions (mais aussi en gérer les répercussions) et faire ce qu'il faut pour continuer à aller bien.

Le rétablissement en pratique :

- ▶ La relation entre la personne et son intervenant-pivot est primordiale, essentielle et s'articule autour de la confiance et de la reprise de pouvoir par la personne. (centre d'excellence en santé mentale de l'université de Chicoutimi - Rapp. 2004).
- ▶ Sortir d'un point de vue purement médical et parler du soin au travers d'objectifs qui ont du sens et utiliser → plans de rétablissement et des plans d'action (Wishes list).
- ▶ L'intervention prend place dans la communauté.
- ▶ Toute personne peut se rétablir et a la capacité de transformer sa vie.
- ▶ Travailler sur les forces et les compétences - approche par les forces (*Latimer et Rabouin, 2011*).
- ▶ Impliquer les usagers dans le fonctionnement et l'évaluation des services (loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale).
- ▶ Soutien Intentionnel par les Pairs ==> Médiateurs de santé/pair
- ▶ Management participatif : A.C.T.
- ▶ « **Recovery Self-Assessment** » : Auto-évaluation de la pratique rétablissement (Pelletier J.-F., Bisson, J., et-al.).

Des dispositifs à la croisée
de la santé mentale et du
logement, du travail des
loisirs, de la justice, de la
formation...

Primum Non Nocere



410 avant J-C

Un chez soi d'abord (Modèle Housing First)

- ▶ Modèle développé par Sam Tsemberies à New York au début des années 1990 .
- ▶ L'approche a été développée pour aider les personnes souffrant de troubles psychiques et vivant dans la rue.
- ▶ Personnes qui risquaient de se retrouver sans abri à leur sortie d'hôpital psychiatrique ou de prison.
- ▶ En 2011, démarrage du programme « un chez soi d'abord » à Marseille.
- ▶ A.C.T : Modalité d'organisation de l'accompagnement pour répondre aux principes .
- ▶ Principe de la réduction des risques
- ▶ Un engagement actif sans coercition
- ▶ Souplesse de l'accompagnement proposé aussi longtemps que de besoin

Les huit principes fondamentaux:



Le logement est un des droits de l'homme



Choix et contrôle par les usagers des services



Séparation entre le logement et le traitement



Services d'accompagnement orientés vers le «rétablissement»



Principe de la réduction des risques



Engagement actif sans coercition



La personne est au centre de l'accompagnement



Souplesse de l'accompagnement qui sera proposé aussi longtemps que de besoin

La réhabilitation psychosociale

1. Une méthode systématique qui vise, dans un premier temps, à aider la personne à choisir le milieu de vie dans lequel il souhaite s'inscrire.
2. Evaluer ce qu'il peut faire et quel type de soutien lui est nécessaire pour se maintenir dans le milieu choisi.
3. Dans un second temps, la démarche comporte un travail sur les aptitudes, les forces afin d'aider à la mobilisation de ressources pour soutenir le patient dans l'atteinte de son objectif.

1. L'auto-détermination
2. L'individualisation des besoins et des services
3. **La normalisation**
4. L'utilisation maximale des capacités humaines
5. **Travailler sur les habiletés**
6. Processus centré sur le travail
7. Intervenir précocement
8. Pas de limite à la participation
9. Structurer l'environnement immédiat : « environmental approach »
10. Changer l'environnement plus large
11. **L'engagement des intervenants**
12. **La déprofessionnalisation de la relation d'aide**
13. Importance du travail social

Centre de Formation au Rétablissement (CoFoR)

- ▶ Modèle des recovery college (Royaume-Uni, Etats-unis, Canada, Japon, Russie)
- ▶ 4 modules : 1) Droits - 2) vivre avec - 3) Bien-être - 4) Plan de rétablissement
- ▶ Gratification 250 euros par module
- ▶ Pratique spontanée de l'auto-support
- ▶ Non-jugement
- ▶ Initiation aux outils du rétablissement : WRAP - Plan de rétablissement - directives anticipées -
- ▶ Se retrouver « pour la première fois » avec des personnes concernées, en dehors de l'hôpital - à l'IRTS
- ▶ Projets « Post-CoFoR » : reprise d'études projets professionnels
- ▶ Naissance de l'association des étudiants
- ▶ Estime de soi et sentiment d'utilité sociale +++
- ▶ Co-construction : Richesse des échanges plus que le contenu



LEAF : Leisure and Activity First

- ▶ Accompagnement vers les loisirs en milieux ordinaires (toute activité non professionnelle... Sport, Bénévolat, pêche à la ligne, etc.
- ▶ Pour des gens qui ont pour problématique principale l'isolement, l'ennui, manque de relation sociale
- ▶ Suivi intensif
- ▶ Absence de soignant -
- ▶ Activité professionnelle de coaching pour accéder et se maintenir en milieu ordinaire dans une activité enrichissante -
- ▶ Equipe dédiée au développement du réseau pour avoir suffisamment de contacts en ville
- ▶ Principes proche du modèle IPS

AILSIS : Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif

- ▶ Modèle : Forensic Assertive Community treatment (suivi intensif à caractère médico-légal) → Modèle R-B-R de 1980 (Risques-besoins-Réceptivité)
- ▶ Démarrage du programme en avril sur la base d'un contrat à impact social : (Modèle : *Social Impact Bonds*)
- ▶ Besoin indentifié → 1acteur social fait une proposition → Investisseurs privés financent → Evalueur indépendant → Etats qui les remboursent en fonction des résultats du projet -
- ▶ Décloisement des ministères - logement, santé, justice, recherche, finances.
- ▶ Projet de recherche, tester la décision d'alternative à l'incarcération pour des personnes, avec troubles psychiques/addiction, absence de logement, déférées en comparution immédiate.
- ▶ Mode de **suivi intensif** en partenariat avec la justice sur une période de 2 ans.
- ▶ Médiateur pair

LDR : Le lieu De Répit

« Alternative à la gestion de crise psychotique et post-crise immédiate »

- ▶ Résultats d'études sur les lieux d'accueil de crise hors hôpitaux
- ▶ Pratiques de références au LDR :
 - ▶ Open-Dialogue
 - ▶ Soutien Intentionnel par les Pairs
 - ▶ Ligne chaleureuse
 - ▶ Ecoute-active
 - ▶ Plan de rétablissement
- ▶ 2019 : Difficultés et renouveau du projet du LDR à Marseille
- ▶ Un projet qui répond à des besoins du territoire

ULICE : Unité locale d'intervention de crise et d'évaluation

- ▶ Modèle anglais : « **Crisis resolution team** »
- ▶ Ce type d'équipes a montré la preuve de son efficacité à l'international
- ▶ Objectifs : filtrer les hospitalisations pour éviter leur nombre et leur durée
 - Soutenir les personnes le temps d'une hospitalisation, à domicile
 - Quand les personnes sont hospitalisés l'objectif est de réduire la durée
- ▶ **Suivi intensif**, en alternative à l'hospitalisation
- ▶ Equipe pluridisciplinaire rattachée à 1 unité hospitalière de l'ap-hm
- ▶ Zone d'intervention à Marseille : 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} arrondissement
- ▶ Psychiatre / Assistante sociale / psychologue
- ▶ Partir du projet de la personne

PÔLE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE

ULICE

Unité Locale d'Intervention de Crise et d'Évaluation

AP-HM
Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Une équipe mobile du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'AP-HM
intervient dans les 8^e, 9^e et 10^e arrondissements
en alternative à l'hospitalisation

PRINCIPES D'INTERVENTION

- Intervention rapide d'un binôme
(psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale)
- Suivi ambulatoire intensif
- Au domicile si nécessaire

CONTACT (du lundi au vendredi, de 9:00 à 19:00)

☎ 06 89 85 34 83
✉ ulice@ap-hm.fr

ACCES

- 🚌 Bus 72 ou 91 (arrêt Sainte Baume)
- 🚇 Metro M1 (station Timone)
- 📍 40 rue Sainte Baume
13010 Marseille



POINT COMMUN :

l'étonnement
d'avoir le choix !

- ▶ Le travail
- ▶ La pêche
- ▶ Le logement
- ▶ Ma vie sexuelle
- ▶ La santé



Les directives anticipées :

- ▶ **Faciliter l'accès de l'utilisateur aux informations qui le concernent (accès au dossier médical) :** la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé doit faciliter l'accès de l'utilisateur aux informations qui le concernent avec pour objectif sous-jacent de lui permettre de mieux exprimer son avis sur les soins prodigués.
- ▶ **Désigner une personne de confiance.** La dénomination « personne de confiance » résulte de la loi du 4 mars 2002 et est un dispositif qui s'applique à toute personne hospitalisée. Toute personne majeure peut la désigner.
- ▶ **Choisir son traitement.** La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques pose le principe selon lequel une personne ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sans son consentement aux termes de l'article L.3211-1 du Code de la santé publique. L'exception des soins sans consentement et définit ses modalités d'application.
- ▶ **Libre choix des prestations proposées - Loi de 2002-2** rénovant l'action sociale et médico-sociale a fixé de nouvelles règles relatives aux droits des personnes. Elle réaffirme la place prépondérante des usagers, entend promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté.

Les dangers pour la personne hospitalisée en psychiatrie malgré elle ?

- ▶ Le traumatisme lié à son hospitalisation
- ▶ L'effet iatrogène du système de santé
- ▶ L'identification aux personnes hospitalisées
- ▶ La chronicisation
- ▶ Favorise les situation de maltraitance

Les directives anticipées (DAIP)

- ▶ Peu de preuve de l'efficacité des mesure de contraintes
- ▶ Entre 2012 et 2015, la pratique de « soins sans consentement » liée aux situations de crise psychiatrique a augmenté de 15 %.
- ▶ Environ 92 000 personnes ont été suivies sous contrainte en 2015. Parmi celles-ci, 79 000 l'ont été en hospitalisation. (Coldefy et Fernandez, 2017).
- ▶ Effets négatifs pour les personnes (impact sur qualité de vie).
- ▶ La crise peut être triste, violente, insidieuse, joyeuse, anhédonique, soudaine mais elle est toujours le début de quelque chose.
- ▶ L'objectif est de se servir de la période de crise pour mettre la personne, encore une fois, en situation de choisir...

Que sont les Directives Anticipées ?

Que permettent-elles ?

- ▶ Document rédigé hors période de crise
- ▶ Réflexion et rédaction accompagnée d'un pair
- ▶ Elles permettent :
 - d'exprimer à l'avance ses volontés concernant sa prise en charge future (afin de réduire les actes allant contre la volonté de la personne, respecter sa parole, améliorer le dialogue avec les proches et les soignants/intervenants).
 - de mettre en place un plan personnel d'action (s'auto-surveiller, faire de la prévention, maintenir son bien-être).

Livret participant

Directives anticipées incitatives en Psychiatrie

Personne concernée et personne(s) de confiance

Je soussigné(e),
né(e) le à
désigne comme personnes de confiance, en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles :

	Nom	Contact (n° de mobile)	Nature du lien	Rôle
Personne de confiance n°1				
Personne de confiance n°2				
Personne à prévenir n°1				
Personne à prévenir n°2				

Ajouter le cas échéant d'autres personnes de confiance/à prévenir sur papier libre, signé, joint au présent document.
Afin de faire valoir les directives anticipées ci-rédigées, avec mon consentement lors de sa rédaction. Etant entendu que les directives anticipées incitatives en psychiatrie n'ont pas de valeur contraignante pour les proches et les soignants.

Fait le à seul(e) ou avec/en présence de (Nom, prénom des témoins)

Nom(s) et signatures des personnes de confiance :

-
-
-
-

IMPORTANT : Je suis capable de décider sauf quand (présentez les situations, « états », signes indiquant que vous devez laisser quelqu'un décider pour vous/que vous préférez « passer le relais à une personne de confiance) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signes avant-coureurs amenant à la crise (à remplir)

- 1 - 3 -
2 - 4 -

Nouveaux signes (« mise à jour ») :

.....
.....
.....

Ce qui m'aide (à mettre en lien avec les signes avant-coureurs) :

- 1 - 3 -
2 - 4 -

Ce qui ne m'aide pas (à mettre en lien avec les signes avant-coureurs) :

- 1 - 3 -
2 - 4 -

Signaux de fin de crise, quand ça va mieux

- 1 - 3 -
2 - 4 -

En cas de mise en danger (auto ou hétéro agressivité)

A faire : A ne pas faire :

- -
- -
- -

En cas de crise :

Ce qui m'aide :

Ce qui ne m'aide pas :

.....
.....
.....

Livret participant

Traitements ou soins qui m'aident/ne m'aident pas

Les traitements qui m'aident, qui peuvent être utilisés
(Relatif à l'article 1111.4 du Code de la Santé Publique sur le choix du traitement)

Traitement/Soin	Posologie	Usage/effet	Remarque

Les traitements qui ne m'aident pas, qui ne doivent pas être utilisés

Traitement/soin	Posologie	Usage/effet	Remarque

Je souhaite être conduit dans un lieu de soin : OUI NON

Lieux de soin (hôpitaux, cliniques, services, etc.) où je veux être pris(e) en soin :

-
-
-

Remarques :
.....
.....

Lieux où je refuse d'être pris(e) en soin :

-
-
-

Remarques :
.....
.....

Si je refuse tout lieu de soin :

Détailler la solution envisagée : où je préfère aller ; Avec qui ? Ce qu'il faut faire, etc.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Par qui je souhaite/par qui je refuse d'être accompagné

Personnel médical

(relatif à l'article 6,R.4127-6 du code de la santé publique sur le choix du médecin)

Par qui je veux être accompagné(e) :

Par qui je refuse d'être accompagné(e) :

-
-
-

-
-
-

Personnel paramédical (infirmiers etc.), médiateurs, travailleurs sociaux, etc. :

Par qui je veux être accompagné(e) :

Par qui je refuse d'être accompagné(e) :

-
-
-

-
-
-

Autres remarques personnelles, choses à savoir, notes...

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pourquoi une recherche expérimentale ?

- ▶ **Différents outils testés** : WRAP, Join Crisis Plan, Ulysse directive, Psychiatric advances directives
- ▶ Dans **plusieurs pays** : Suisse, Pays-Bas, USA, Canada, UK, Australie
- ▶ Résultats qualitatifs : alliance thérapeutique, autonomie et prévention
- ▶ Résultats quantitatifs : baisse de la fréquence des hospitalisations (contraintes)
- ▶ Outil prometteur mais trop peu d'études pour formuler des recommandations

Historique du projet de recherche

- ▶ Thèse de psychiatrie
- ▶ Appropriation et développement de l'outil par des personnes concernées + d'un module au CoFor
- ▶ Nécessité de tester cet outil en contexte français
- ▶ Nécessité d'apporter une preuve de l'effet positif des Directives Anticipées sur les parcours de santé

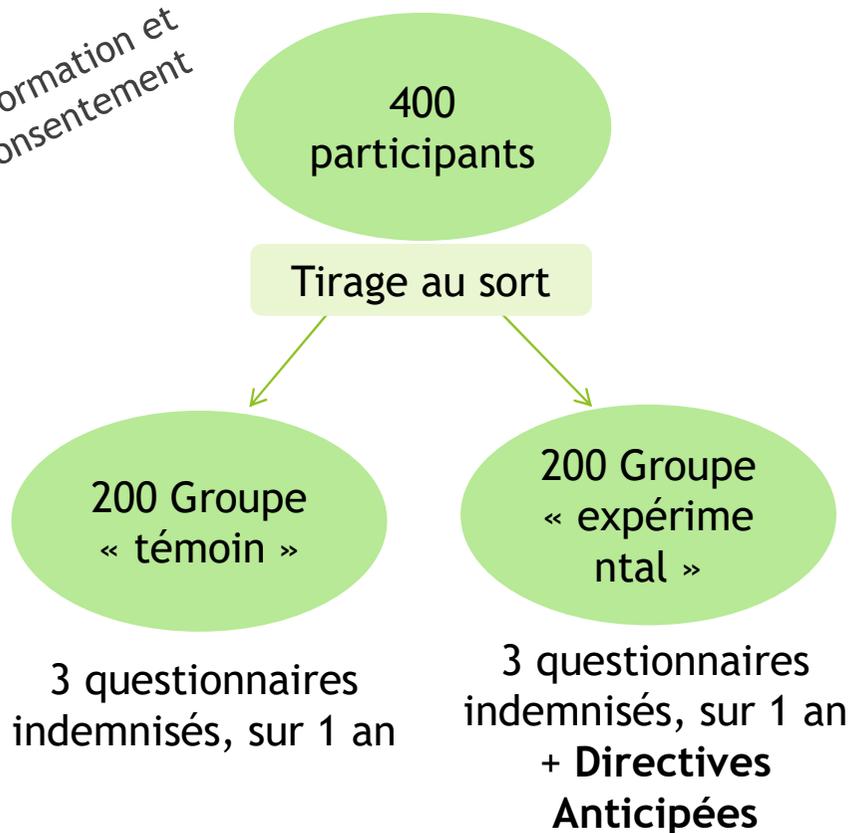
L'intitulé exact de la recherche...

« Étude interventionnelle multicentrique, randomisée, comparative, prospective évaluant l'impact sur le parcours de soins d'un programme de rédaction accompagnée de Directives Anticipées incitatives en Psychiatrie (DAiP) pour des personnes souffrant de schizophrénie, troubles bipolaires de type I ou troubles schizo-affectif »



Comment évaluer l'impact des Directives Anticipées ?

Information et
consentement



- ▶ Critère principal : Mesure du recours à la contrainte sur un an
- ▶ Critères secondaires : amélioration de la qualité de vie, rétablissement, empowerment, baisse des durées d'hospitalisation, étude coût/efficacité
- ▶ Preuve statistique → questionnaires
- ▶ Etude des processus → entretiens de recherche

Qui participe ?

- ▶ Personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie, bipolarité de type 1, schizophrénie-affective
- ▶ Ayant fait l'expérience de l'hospitalisation sous contrainte dans l'année précédant la participation
- ▶ En capacité de donner leur consentement éclairé

Quelle application des Directives Anticipées ?

- ▶ Le partage à la personne de confiance, aux proches et soignants, garder le document avec soi
- ▶ Rôle du médecin aux urgences
- ▶ Pas de caractère contraignant
- ▶ Stade exploratoire → pas de système de référence

Les « + » de mes directives anticipées

- ▶ J'ai rédigé moi-même mes directives anticipées
- ▶ J'ai trouvé autour de moi des personnes de confiance qui m'ont permises d'éviter l'UMD.
- ▶ J'ai été soutenue dans mes hospitalisations qui ont été moins traumatisantes que les 30 dernières.
- ▶ J'ai été plus active dans mon soin et j'ai trouvé d'autres solutions que l'hospitalisation.
- ▶ Identifier mes points forts
- ▶ Me réconcilier avec la « machine hospitalière ».
- ▶ Favoriser les échanges entre professionnels autour de mon projet « open dialogue ».

ARTICLE 51

- ▶ Financer des nouvelles organisations de soins
- ▶ Expérimentations à grande échelles avec une logique d'essaimage des dispositifs qui font preuve de leur efficacité.
- ▶ Favoriser les évolutions du système de santé : Par le financement des parcours de santé, pour permettre une prise en charge globale et décloisonner les domaines (emploi, logement, sanitaire, social, etc.).
- ▶ Pallier aux problèmes rencontrés pour le financement des dispositifs « alternatifs »