

FACULTÉ DE MÉDECINE - LA PITIÉ SALPÊTRIÈRE
105 BD DE L'HÔPITAL 75013 PARIS

22 MARS 2016

4^{ème} journée **LA PSYCHIATRIE POUR LES INFIRMIERS**

THÈME GÉNÉRAL

**L'INFIRMIER :
UN INTERMÉDIAIRE ENTRE
INSTITUTION ET SOINS EXTERNES**

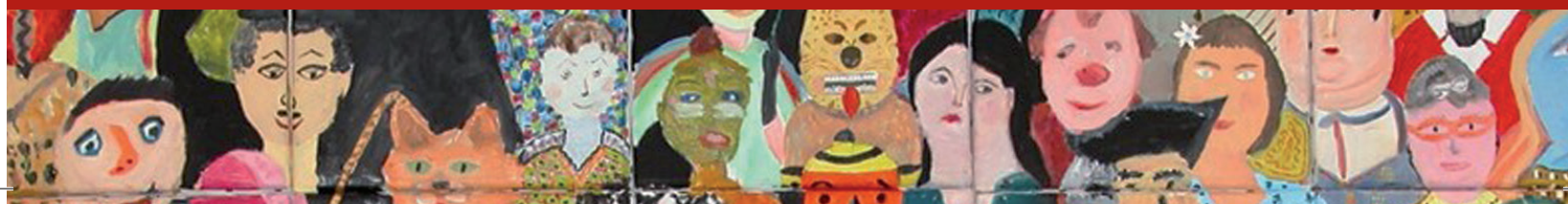


WWW.ARSPG.ORG
ARSPG@D-S-0.FR



PROGRAMME

8h45 - 9h00	ACCUEIL	
9h00 - 9h30	Introduction	Pr. Charles - Siegfried PERETTI (psychiatre)
9h30 - 10h30	SOIGNER HORS DES MURS 1- Quels soins à domicile pour les patients ? 2- Consultations spécialisées de psychiatrie en Maison de Santé pluriprofessionnelle	1- Dr. Nicolas PASTOUR (psychiatre) 2- Dr. Patrick DELBROUCK (psychiatre) + Mme Karine RIO (infirmière)
10h30 - 10h45	Pause café	
10h45 - 12h45	Ateliers A : Quel rôle pour l'infirmier pour la santé physique et la vie quotidienne du patient souffrant de schizophrénie ? (au choix) B : Le soin à domicile : quel rôle pour l'infirmier ? C : La remédiation cognitive : présentation de deux programmes	Dr. Thomas CHARPEAUD (psychiatre) Dr. Nicolas PASTOUR (psychiatre) + M. Jean-Pierre RIET (infirmier du programme E.R.I.C.) Mme Brigitte MALANGIN (infirmière) + Mme Bérandère RIGAUT (infirmière)
12h45 - 14h00	Cocktail déjeunatoire	
14h00 - 15h00	COMPLEMENTARITÉ DE L'APPROCHE DE REMÉDIATION ET DE SANTÉ PHYSIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT PSYCHOTIQUE 1- La santé physique de nos patients : quelles évidences ? Quelles actions ? 2- Schizophrénie: soigner l'individu plus que la maladie... Vers un renouveau du rôle des soignants?	1- Dr. Stéphane MOUCHABAC (psychiatre) 2- Dr. Thomas CHARPEAUD (psychiatre)
15h00 - 15h15	Pause café	
15h15 - 17h15	Ateliers A : Quel rôle pour l'infirmier pour la santé physique et la vie quotidienne du patient souffrant de schizophrénie ? (au choix) B : Le soin à domicile : quel rôle pour l'infirmier ? C : La remédiation cognitive : présentation de deux programmes	Dr. Thomas CHARPEAUD (psychiatre) Dr. Nicolas PASTOUR (psychiatre) + M. Jean-Pierre RIET (infirmier du programme E.R.I.C.) Mme Brigitte MALANGIN (infirmière) + Mme Bérandère RIGAUT (infirmière)
17h15 - 17h45	Conclusion	Pr. Charles-Siegfried PERETTI (psychiatre)



LIVRE D'ABSTRACTS

PLENIÈRE 1 : SOIGNER HORS DES MURS

QUELS SOINS À DOMICILE POUR LES PATIENTS ?

Dr. Nicolas PASTOUR - Hôpital Jean Martin Charcot - 30 Avenue Marc Laurent - 78370 Plaisir

Le soin à domicile en psychiatrie est toujours apparu comme une perspective positive des politiques de désinstitutionalisation. En France, malgré le développement d'une psychiatrie communautaire organisée depuis les années 70 autour de la sectorisation psychiatrique, les alternatives à l'hospitalisation, et plus généralement les soins au domicile, apparaissent encore insuffisantes (Rapport de la Cours de Compte 2010) et sont inégalement réparties sur le territoire car souvent dépendantes des cultures de secteur ou des initiatives locales.

On peut considérer que la Loi du 11 février 2011 sur le handicap, au travers du parcours de santé de la personne, a réaffirmé la place du soin au domicile comme un élément déterminant de l'insertion, de l'autonomie et de la qualité de vie de la personne souffrant d'un handicap psychique.

Que pouvons-nous dire de la pratique des soins à domicile en psychiatrie ?

Dans une perspective d'intervention clinique, on peut considérer que ce type de soin représente le meilleur accès possible au contexte de l'émergence des troubles. Cette possibilité d'évaluation écologique du trouble permet d'obtenir des éléments déterminants pour leur compréhension et leurs conséquences sur la qualité de vie. En effet, ce mouvement d'« aller vers » est un élément déterminant de l'engagement dans les soins, d'abord pour la personne malade mais aussi pour son entourage. Ce mouvement doit être pensé comme la possibilité d'agir sur le contexte : « se mobiliser pour mobiliser ».

Les données de la littérature internationale permettent de définir au travers d'un certain nombre de modèles et d'expériences, les bases de pratiques de soins à domicile (case management, PACT, ACT, assertive outreach...).

Des bénéfices apparaissent clairement établis pour une population spécifique (non-demandeurs de soins, précaires, personnes âgées...) pour laquelle l'accès au soin est « contrarié » par des problèmes cliniques (dénier des troubles) ou matériel (parfois les deux).

Concernant les soins intensifs de long cours, de soutien et de réhabilitation (« assertive community treatment ») et les soins intensifs de crise, les résultats sont plus discutés.

Les soins intensifs de long cours à domicile semblent apporter des bénéfices pour le moindre recours aux hospitalisations, les ruptures de soin mais surtout ils prouvent la possibilité d'un maintien dans la communauté pour des patients hospitalo-requérants. Ces résultats prometteurs n'ont pas toujours pu être reproduits dans les travaux ultérieurs, interrogeant par là les modalités du dispositif de soins existant dans les territoires où ils se déploient et leurs spécificités propres.

Concernant les équipes mobiles de suivi intensif de crise, les données de la littérature sont plus hétérogènes avec des résultats contrastés qui, sans remettre en cause le modèle, interrogent sur les choix politiques et économiques entre le soin à domicile et l'hôpital mais soulignent que pour les usagers, le choix du domicile apparaît clairement comme plus adapté à leurs attentes.

CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES DE PSYCHIATRIE EN MAISON DE SANTÉ PLURI PROFESSIONNELLE

Dr. Patrick DELBROUCK, Mme Karine RIO (CH Saint-Nazaire)

Les médecins généralistes, en tant qu'interlocuteurs de premier recours pour les patients, sont confrontés au mal être et à la souffrance psychique, à la dépression voire à la crise suicidaire de patients qu'ils prennent en charge. Pour certains de ces patients, l'accès au dispositif de prise en charge par des spécialistes en santé mentale apparaît difficile, par méconnaissance ou réticence.

Les objectifs de la coopération sont d'améliorer la prise en charge des personnes en souffrance psychique en favorisant le repérage précoce, leur évaluation clinique, le recours à des professionnels de santé mentale et faciliter l'accès aux CMP pour des patients qui sont réticents de premier abord.

Une consultation infirmière a été mise en place au sein de la maison de santé. Cette consultation est assurée une demi-journée tous les quinze jours par un infirmier du Centre Hospitalier travaillant en CMP.

Il appartient aux médecins libéraux de repérer les patients et de leur proposer l'accès à la consultation. En amont de la consultation, les informations relatives au patient sont communiquées à l'infirmier sous la forme d'une fiche d'identification et d'une fiche de liaison. À l'issue de chaque consultation, l'infirmier renseigne cette fiche. En tant que de besoin, le médecin peut contacter l'infirmier.

Un temps de synthèse sur dossier est organisé mensuellement, auquel participent les infirmiers assurant la consultation, les médecins généralistes et un psychiatre du Centre Hospitalier.

Nous présentons les résultats de la première année de fonctionnement de cette consultation.

PLENIÈRE 2 : COMPLEMENTARITÉ DE L'APPROCHE DE REMÉDIATION ET DE SANTÉ PHYSIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT PSYCHOTIQUE

LA SANTÉ PHYSIQUE DE NOS PATIENTS : QUELLES ÉVIDENCES ? QUELLES ACTIONS ?

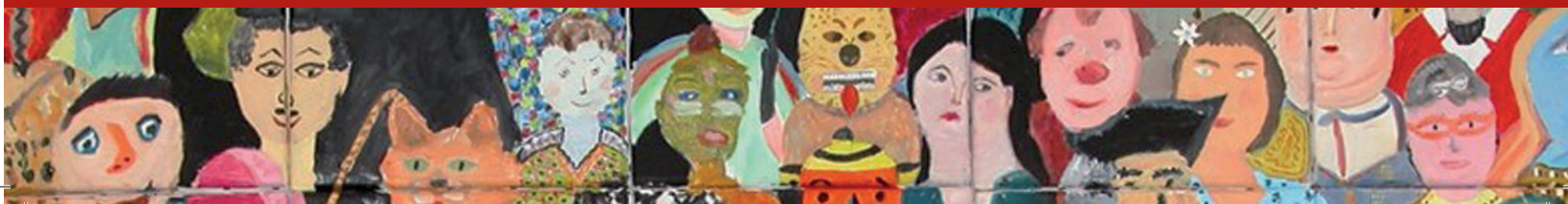
Dr. Stéphane MOUCHABAC

La médecine a longtemps séparé le champ de la psychiatrie de celui de la médecine somatique. On a donc souvent considéré que la santé physique des patients était altérée du fait d'une plus grande difficulté à se prendre en charge. Pourtant, de plus en plus de travaux montrent que les interactions entre la santé physique et les troubles psychiques sont complexes et ne peuvent être dissociées. Il existe des facteurs génétiques communs à ces troubles, de nouveaux modèles (inflammation, immunologie) qui fournissent de nouvelles pistes de travail. Il apparaît bien que les altérations de la santé physique contribuent de manière essentielle à l'évolution de la maladie et réciproquement. Dans cette présentation, nous passerons en revue les données actuelles dans le domaine et proposerons des stratégies thérapeutiques spécifiques.

SCHIZOPHRÉNIE : SOIGNER L'INDIVIDU PLUS QUE LA MALADIE... VERS UN RENOUVEAU DU RÔLE DES SOIGNANTS ?

Dr. Thomas CHARPEAUD

La santé physique des malades souffrant de schizophrénie est une question prioritaire. Le risque de mortalité précoce est en effet multiplié par trois chez les patients souffrant de schizophrénie par rapport à la population générale. L'essentiel de cette surmortalité est lié à des causes « naturelles », avec notamment les causes cardiovasculaires. Des données récentes établissent également un moins bon accès aux soins des malades souffrant de schizophrénie, quasiment toutes pathologies confondues : maladies cardiovasculaires, métaboliques, cancers. Ces difficultés d'accès aux soins sont à l'origine de retards diagnostiques et thérapeutiques, grevant ainsi fortement le pronostic de nombreuses pathologies dans cette catégorie de population. Par ailleurs, de nombreux travaux mettent aujourd'hui en avant le rôle de mécanismes inflammatoires comme participant à l'étiopathogénie de la schizophrénie. Des agents pathogènes viraux ou parasitaires ont également été incriminés. Ces avancées récentes bouleversent nos concepts et orienteront probablement la thérapeutique psychiatrique dans l'avenir. Finalement, l'observation



de la surmortalité précoce des malades souffrant de schizophrénie, comme les pistes neurobiologiques nouvelles dégagées par la recherche actuelle, plaident pour une nouvelle approche de la maladie schizophrénique, non plus exclusivement fondée sur la partie émergée de l'iceberg, à savoir la symptomatologie psychiatrique ; mais aussi sur une conception globale ou de système. Pourtant, la prise en charge reste encore centrée sur le contrôle des symptômes essentiellement positifs de la maladie. Bien que nécessaire, celle-ci ne doit pas pour autant dispenser d'un travail plus global concernant la santé physique et la réinsertion socioprofessionnelle. La littérature est à ce sujet très favorable et montre à quel point ces éléments peuvent être rentables pour nos malades. L'idée de cette présentation est d'aiguiller une réflexion vers la nécessité de développer des approches thérapeutiques innovantes, notamment au cours des hospitalisations partielles, représentant probablement un des lieux privilégiés pour ce type de prises en charges. Il s'agit aussi de sensibiliser les soignants sur l'attention considérable qui doit être apportée vis-à-vis de la santé de nos malades, c'est-à-dire leur bien-être physique comme mental, pour paraphraser l'OMS...

ATELIERS

ATELIER A : QUEL RÔLE POUR L'INFIRMIER POUR LA SANTÉ PHYSIQUE ET LA VIE QUOTIDIENNE DU PATIENT SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE ?

Dr. Thomas CHARPEAUD

La schizophrénie représente pour l'OMS l'une des dix maladies à l'origine de la plus grande invalidité. Outre le pronostic fonctionnel lié à la maladie, et à ses symptômes psycho-comportementaux, un des enjeux majeurs de la psychiatrie d'aujourd'hui est d'améliorer le pronostic global et en premier lieu l'espérance de vie et la qualité de vie des malades souffrant de schizophrénie. On estime en effet que l'espérance de vie des malades souffrant de schizophrénie est inférieure d'au moins dix ans à celle de la population générale. Les causes de cette surmortalité précoce sont nombreuses : liées au mode de vie, à la consommation de tabac, aux risques métabolique et vasculaire des traitements ; mais également à la maladie elle-même qui ne peut plus être considérée aujourd'hui comme un trouble uniquement psychogène, mais bien authentiquement comme une maladie globale affectant autant la santé physique que psychique des malades qui en souffrent. L'objet de cet atelier est donc tout d'abord de faire le point sur les données actuelles concernant la santé physique des malades souffrant de schizophrénie. Cet état des lieux s'avère en fait assez dramatique, et une prise de conscience est plus que nécessaire. Il s'agit ainsi de changer le regard soignant en l'orientant aussi vers une perspective médicale globale. Ensuite, cet atelier a pour but de présenter des pistes de réflexion vis-à-vis de prises en charges globales, devant contribuer à améliorer la santé physique et la qualité de vie des malades : activité physique adaptée, aide au sevrage tabagique, suivi médical régulier, aide à la réinsertion professionnelle, psychoéducation notamment. Le rôle des personnels infirmiers dans ces nouvelles prises en charges, devant de plus en plus se systématiser, est capital. Nous espérons que cet atelier pourra susciter auprès des personnels y participant, l'envie de développer dans leurs structures respectives de tels programmes, pour contribuer à améliorer la santé des malades souffrant de schizophrénie !

ATELIER B : LE SOIN À DOMICILE : QUEL RÔLE POUR L'INFIRMIER ?

Dr. Nicolas PASTOUR et M. Jean Pierre RIET - Hôpital Jean Martin Charcot, service E.R.I.C., Plaisir

Avec les médecins généralistes, les infirmiers sont depuis longtemps les principaux acteurs du soin à domicile. Ce constat est aussi vrai en psychiatrie pour laquelle les soins communautaires de secteur sont constitués principalement par les visites à domicile des infirmiers.

Ce mouvement d'aller à la rencontre d'un patient à son domicile n'est jamais une expérience neutre. Cette rencontre au domicile est souvent porteuse de nombreuses émotions dont les séances de « debriefing » improvisées au retour d'une VAD en sont une preuve fréquente.

En s'éloignant de la neutralité provoquée par la pratique en milieu hospitalier, l'exercice clinique au domicile offre la possibilité d'une évaluation fonctionnelle en prenant en compte à la fois les symptômes de la personne et à la fois leurs répercussions dans la vie quotidienne.

Il n'est pas rare que notre jugement sur les difficultés d'un patient soit précisé par la découverte de son milieu de vie mais parfois aussi notre jugement peut être pris en défaut voir nuancé par une rencontre à domicile.

Cependant la posture clinique de l'exercice au domicile ne peut pas se résumer à une simple ouverture au contexte entourant les symptômes. Penser le soin à domicile comme le moyen d'« évaluer mieux » la personne malade risque d'être vécu rapidement comme un moyen de « contrôler plus ». C'est sans doute cela qui crée la réticence qui s'exprime autour de cette pratique.

Si cette dimension de contrôle existe, elle ne résume pas la pratique du soin au domicile. En effet, cette posture a un effet sur les mécanismes même de l'analyse clinique et diagnostique. Cette posture fragilise le modèle inférentiel, qui permet de passer rationnellement du symptôme à la classification, mais elle valorise un modèle perceptif pour lequel : « L'entité (clinique) en jeu est bien vue plus comme une « gestalt » unitaire que comme combinaison additive de symptômes » (Pr A. Tatossian). La mobilité oblige la rencontre de l'autre et ouvre donc à la relation.

Le soin à domicile impose au soignant de renoncer à la maîtrise du cadre thérapeutique (c'est celui qui reçoit qui définit le cadre de la rencontre). Cette situation pousse le soignant à s'inscrire dans une dynamique de négociation sur le cadre d'un soin possible et d'une définition des limites. Dans cette co-construction du cadre des soins, le soignant se place avec le patient et sa famille dans une dynamique de reconnaissance des compétences de chacun et du respect de son autonomie.

ATELIER C : LA REMÉDIATION COGNITIVE : PRÉSENTATION DE DEUX PROGRAMMES

B. MALANGIN (1,2), B. RIGAUT (1,2) I. AMADO (1,2)

(1) Centre référent en réhabilitation psychosociale, centre hospitalier Sainte-Anne 1 rue Cabanis, 75014 Paris, France

(2) Service Hospitalo-Universitaire de Santé Mentale et Thérapeutique, centre hospitalier Sainte-Anne 1 rue Cabanis, 75014 Paris, France

Les patients avec schizophrénie présentent des troubles de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives et de la vitesse de traitement qui entravent souvent le processus de réhabilitation socio-professionnel. La remédiation cognitive a pour but d'améliorer le fonctionnement quotidien et de favoriser l'autonomie. Elle est basée sur l'apprentissage massif et la réduction de déficits par l'utilisation de stratégies compensatoires. Il s'agit de trouver la voie la plus directe pour atteindre un objectif donné avec un minimum d'effort requis.

En pratique, il y a 2 séances hebdomadaires en présence du thérapeute et une tâche à domicile avec les programmes CRT (cognitive remédiation therapy) et RECOS (remédiation cognitive pour la schizophrénie et troubles associés). CRT comprend 3 modules (flexibilité, mémoire et planification) et utilise des stratégies d'apprentissages variées et progressives. Il est basé sur l'apprentissage sans erreur évitant la mise en échec. Le programme semi-informatisé « Recos » entraîne l'une des fonctions cognitives (attention sélective, mémoire de travail, mémoire épisodique verbale et fonctions exécutives) selon les résultats des évaluations neuropsychologique et fonctionnelle.

Les bénéfices rapportés par la plupart des participants sont : une attention plus soutenue, un traitement et un rappel plus rapide des informations, une pensée plus organisée, une initiation à l'action plus facile et une meilleure planification de leurs activités. L'estime de soi et la confiance en soi sont considérablement renforcées car le participant retrouve le sentiment de compétence. Un projet personnel est indispensable avant de commencer la remédiation cognitive comme par exemple une entrée en hôpital de jour, un projet professionnel (milieu ordinaire ou protégé) ou une reprise des études.

