

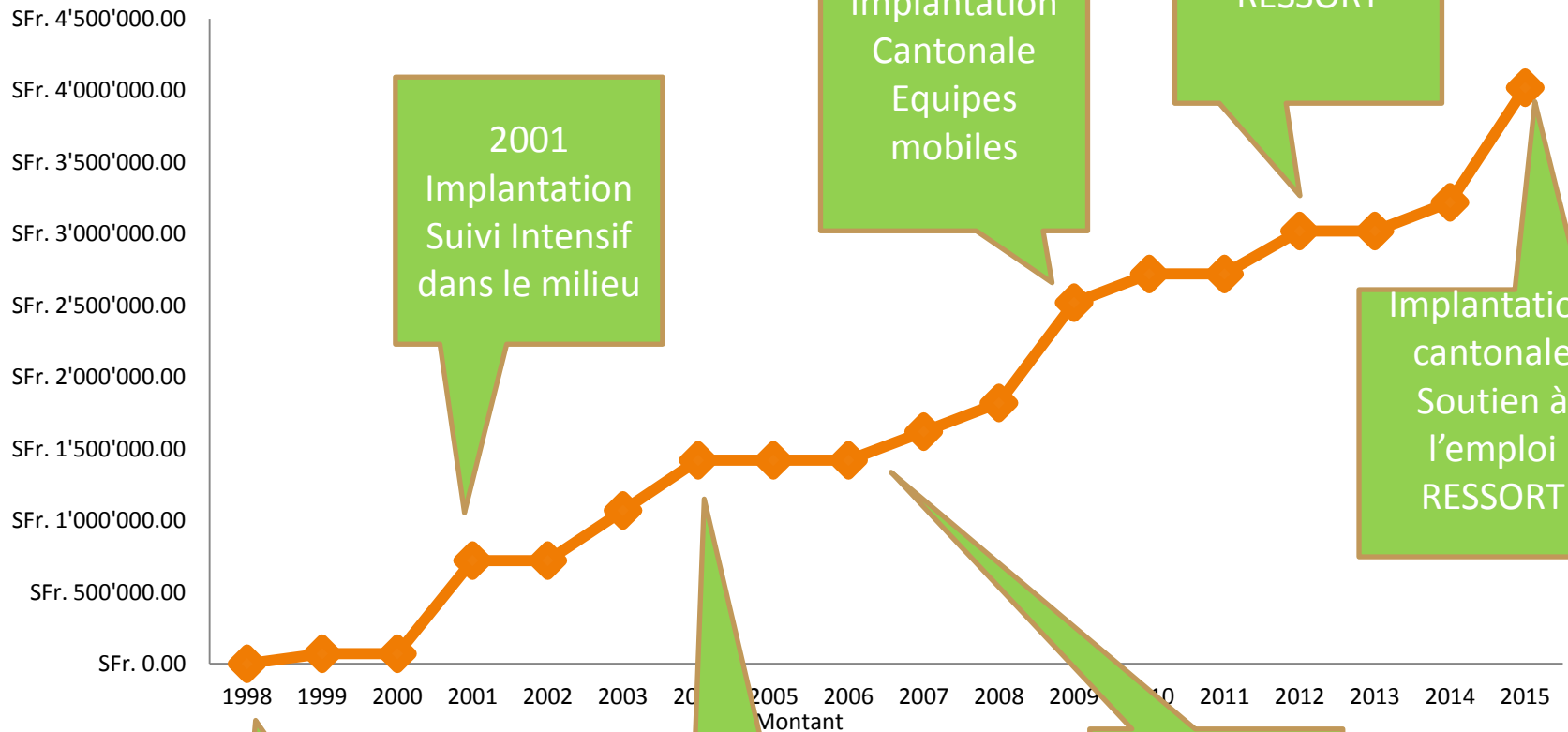
4th Annual Research Symposium PMU
Translating and Implementing research into practice

Implémentation d'interventions en psychiatrie

Prof. Charles Bonsack
Service de psychiatrie
communautaire



- From real world to bed to bench to bed to real world to...
 - Point de vue d'un clinicien qui fait de la recherche
 - La recherche est un moyen pour répondre à des besoins cliniques et de santé publique de manière fondée sur des preuves
 - Comment transformer une bonne question du monde réel en question de recherche vs
 - Comment appliquer dans le monde réel des trouvailles de recherche
- 2 randomized clinical trials
 - Bonsack, C., et al. (2011). "Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: a randomized controlled trial." Psychother Psychosom 80(5): 287-297.
 - Bonsack, C., et al. (2016). "Linking Primary and Secondary Care after Psychiatric Hospitalization: Comparison between Transitional Case Management Setting and Routine Care for Common Mental Disorders." Front Psychiatry 7: 96.



Projet pilote
Suivi Intensif
dans le milieu

Implantation
AIMA
TIPP
2004

2007
Case
management
de transition

2001
Implantation
Suivi Intensif
dans le milieu

Implantation
Cantonale
Equipes
mobiles

Pilote Soutien
à l'emploi
RESSORT

Implantation
cantonale
Soutien à
l'emploi
RESSORT

Implémentation d'intervention en psychiatrie ambulatoire

1. La vision
2. L'opportunité de changement
3. La recherche de partenaires
4. Le projet et ses outils
5. Revenir à la vision: pérennisation et dissémination

LA VISION



Attentes de santé
publique

« ? »

Top down



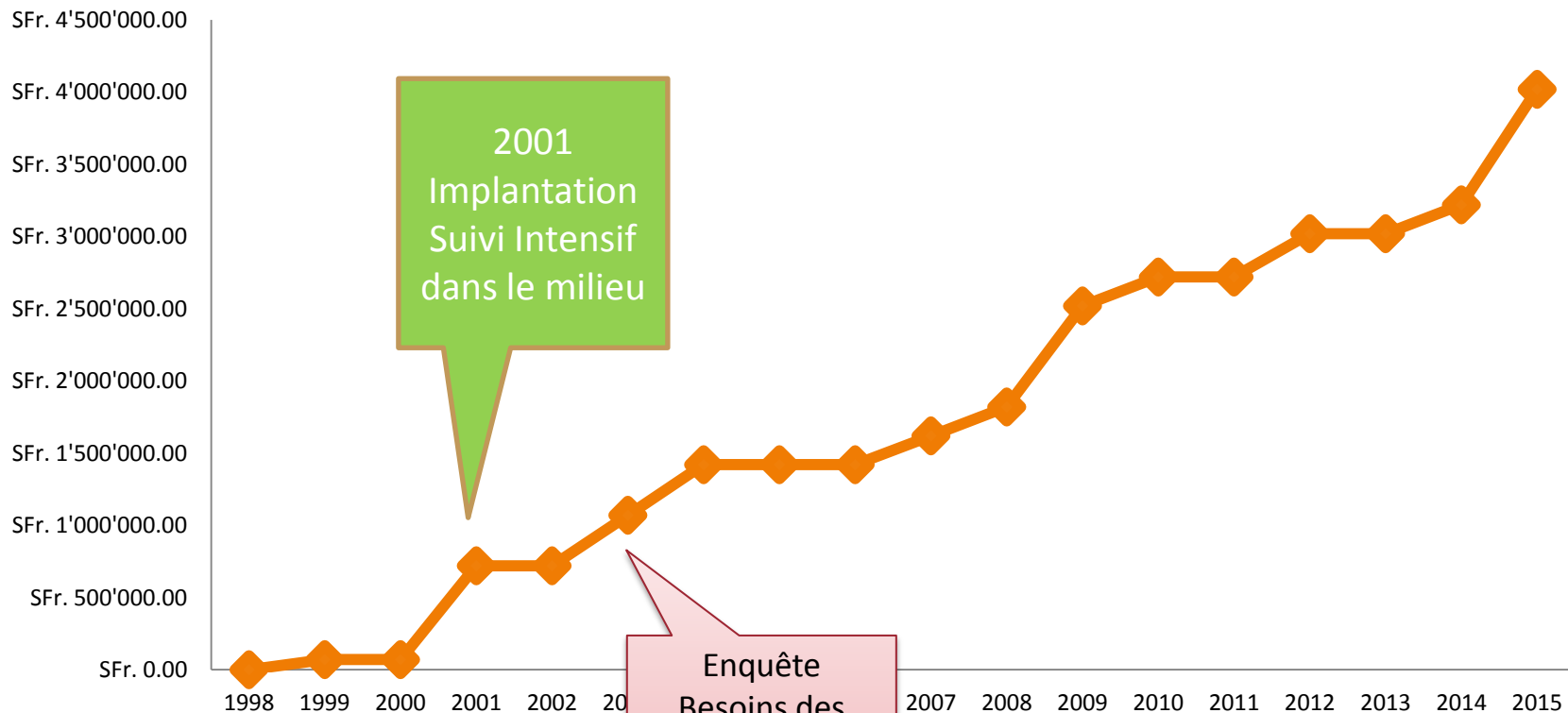
Validité scientifique

Bottom up



Attentes de terrain

« Développer des soins
psychiatriques proches
des personnes qui en ont
le plus besoins »



Projet pilote
Suivi Intensif
dans le milieu

2001
Implantation
Suivi Intensif
dans le milieu

Enquête
Besoins des
acteurs du suivi
à domicile des
troubles
psychiques

Les attentes du réseau pour les troubles psychiatriques à domicile

	Valeurs	Processus	Interactions
Population			
Institution			
Individu			

Méthode qualitative

25 entretiens, 5 focus groupes

52 thèmes, 1479 propositions

Les attentes du réseau pour les troubles psychiatriques à domicile

	Valeurs	Processus	Interactions
Population			
Institution			
Individu	Autonomie	Vivre une vie pleine	Dans la communauté

Méthode qualitative

25 entretiens, 5 focus groupes

52 thèmes, 1479 propositions

Les attentes du réseau pour les troubles psychiatriques à domicile

	Valeurs	Processus	Interactions
Population			
Institution	Savoirs	Traitement	Collaboration réseau
Individu	Autonomie	Vivre une vie pleine	Dans la communauté

Méthode qualitative

25 entretiens, 5 focus groupes

52 thèmes, 1479 propositions

Les attentes du réseau pour les troubles psychiatriques à domicile

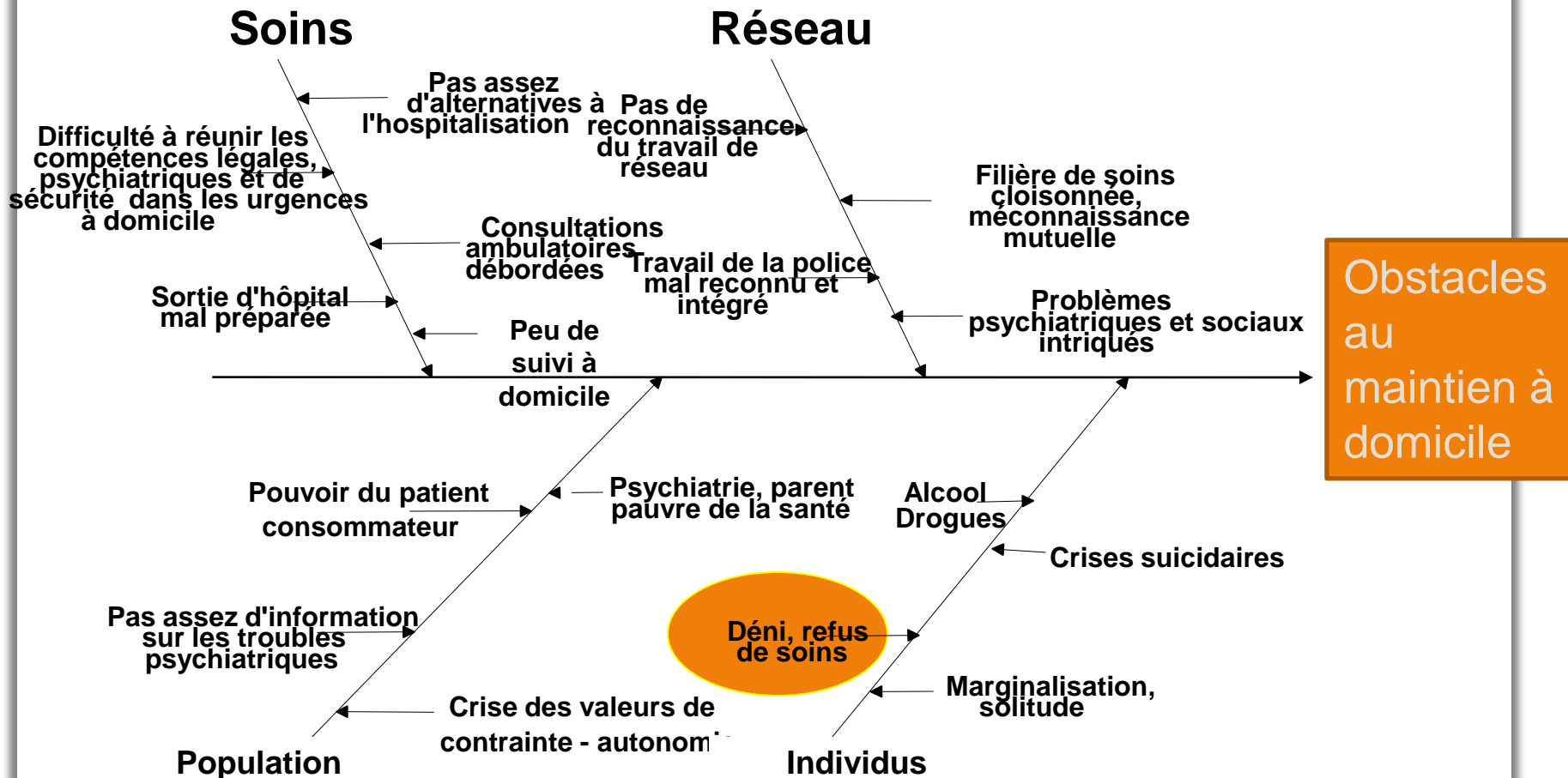
	Valeurs	Processus	Interactions
Population	Loi	Distribution des ressources	Opinion publique
Institution	Savoirs	Traitement	Collaboration réseau
Individu	Autonomie	Vivre une vie pleine	Dans la communauté

Méthode qualitative

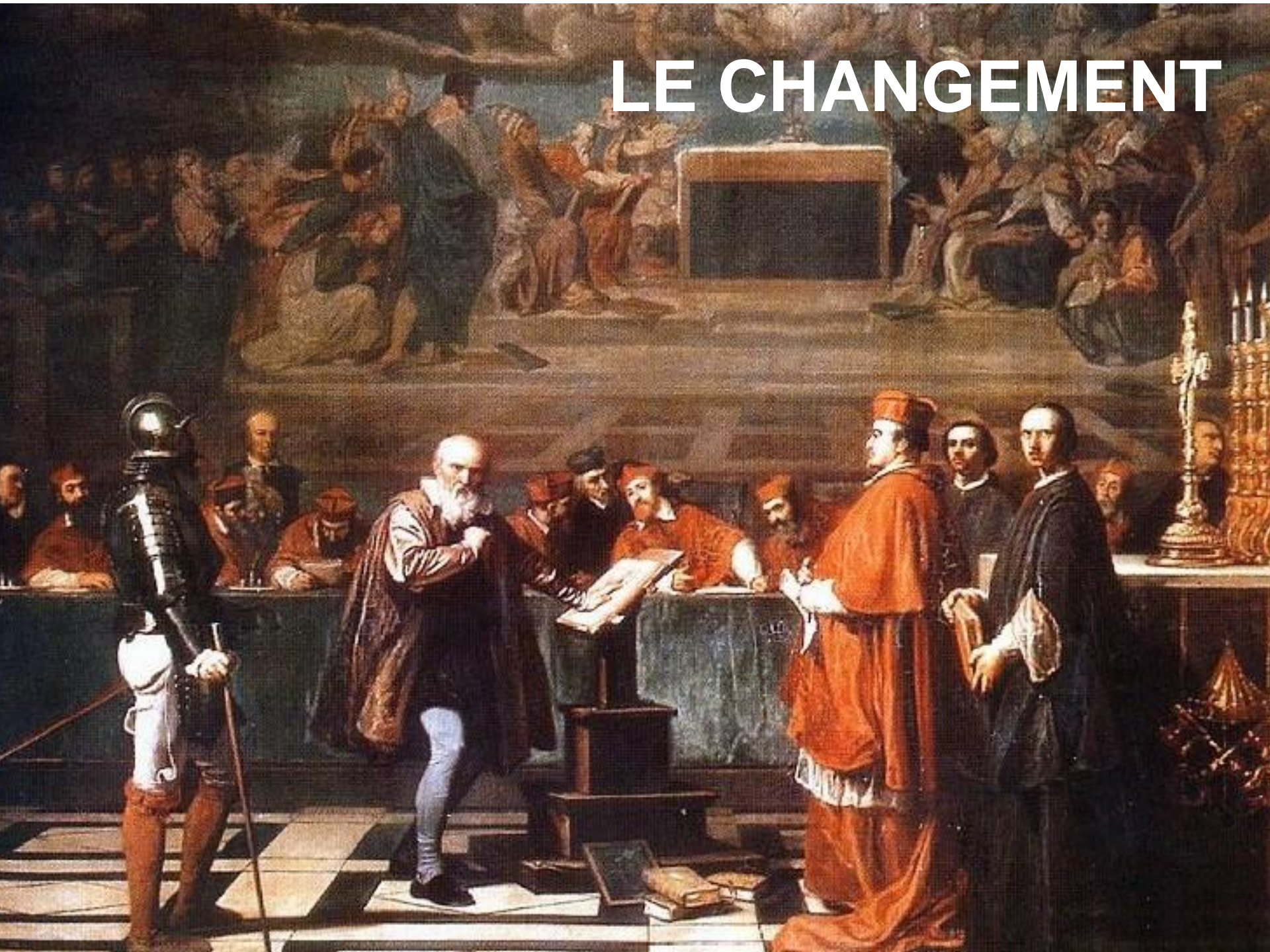
25 entretiens, 5 focus groupes

52 thèmes, 1479 propositions

Principaux obstacles au maintien à domicile



LE CHANGEMENT

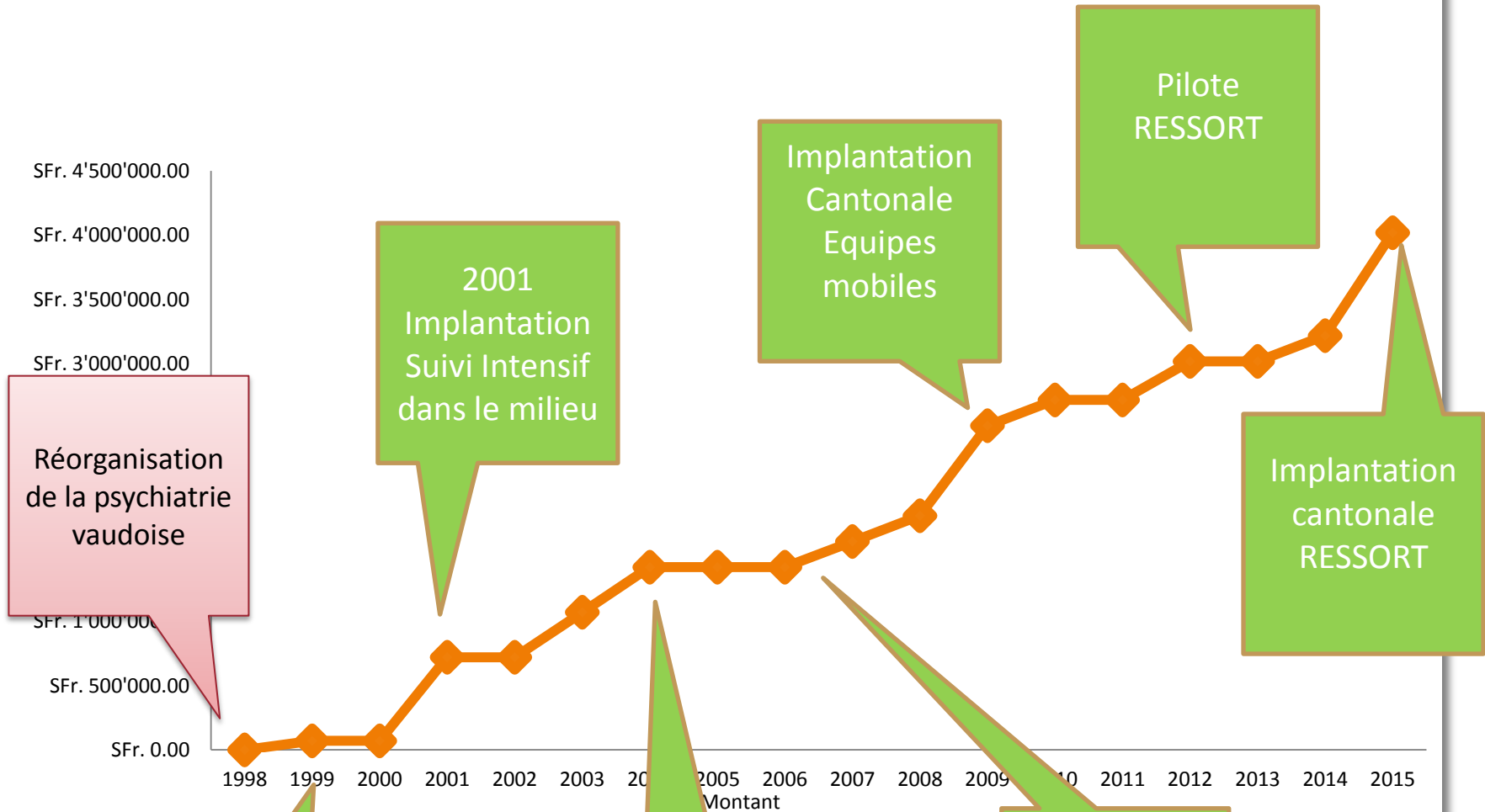


2. Le changement

- La vision personnelle ne suffit pas pour provoquer un changement
- Le changement ne peut pas venir du terrain
 - Profiter d'une crise
 - Rechercher des motivations externes
 - Saisir des opportunités
 - Chercher des partenaires
 - Être toujours prêt avec un projet réaliste et adapté



**EXEMPLE: LE DÉBUT DU SUIVI
INTENSIF DANS LE MILIEU**



Une crise des valeurs

	Passé	Avenir
Information	Secret; L'information est vue comme une source de stigmatisation et d'exclusion.	Partage de l'information. L'information est une source d'empowerment.
Objectifs cliniques	« Guérison » à l'hôpital.	Vie dans communauté dès que possible.
Réseau	Contacts privilégiés avec d'autres patients et intervenants de psychiatrie.	Maintien de contacts hors d'un milieu psychiatrique « protégé ».
Relation au patient	Privilège thérapeutique	Relation de partenariat avec un patient « consommateur ».
Pilotage du réseau	Psychiatre	Patient.

Des opportunités institutionnelles

- Spécialisation des filières de soins
- Campagne médiatique pour abolir la contrainte en psychiatrie
- Fermeture d'un hôpital de jour
- Recherche d'économies / maintien des ressources
- Réflexion sur la psychiatrie communautaire
- Etude pilote réalisée

Crise des
valeurs

Associations
patients

Rapport OMS
2001

Associations
proches

Loi sur les
réseaux

Le projet

Fermeture
hôpital de jour

Elaboration
plan de santé
mentale

Séjour
scientifique

LE PROJET ET SES OUTILS

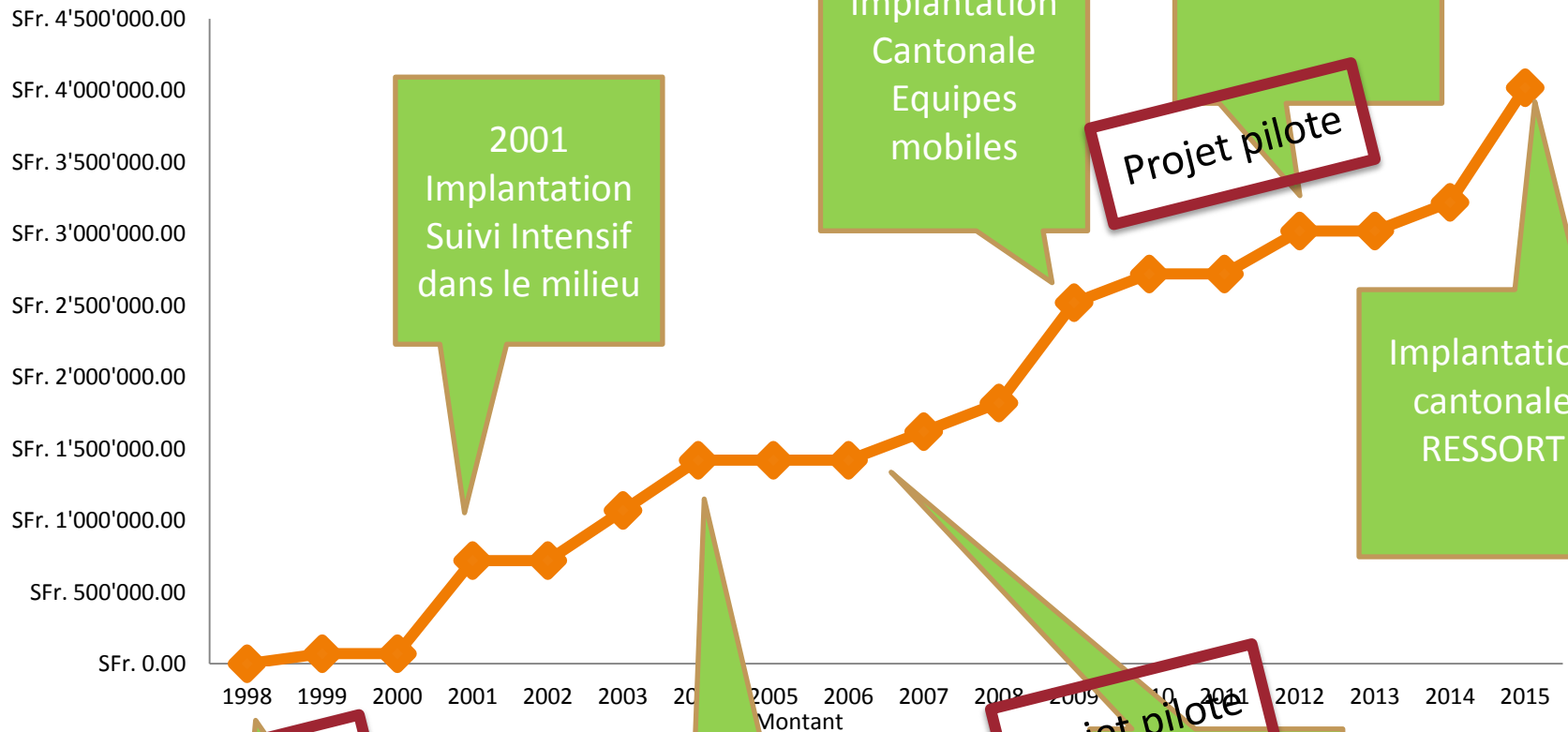


3. Le projet et ses outils

- Un bon projet est:
 - Validé ailleurs – recherche de littérature
 - Présente des bénéfices pour les partenaires de terrain – rencontre des partenaires
 - A une organisation de projet sûre – structure de projet
 - Est convaincant pour les partenaires payeurs et est adapté à la situation locale – projet pilote
 - Est évalué pour aboutir à des recommandations - évaluation

Le projet pilote

- Projet à petite échelle
- Limité dans le temps
- Répond à un besoin précis
- Teste des choix stratégiques
- Evalue les résultats

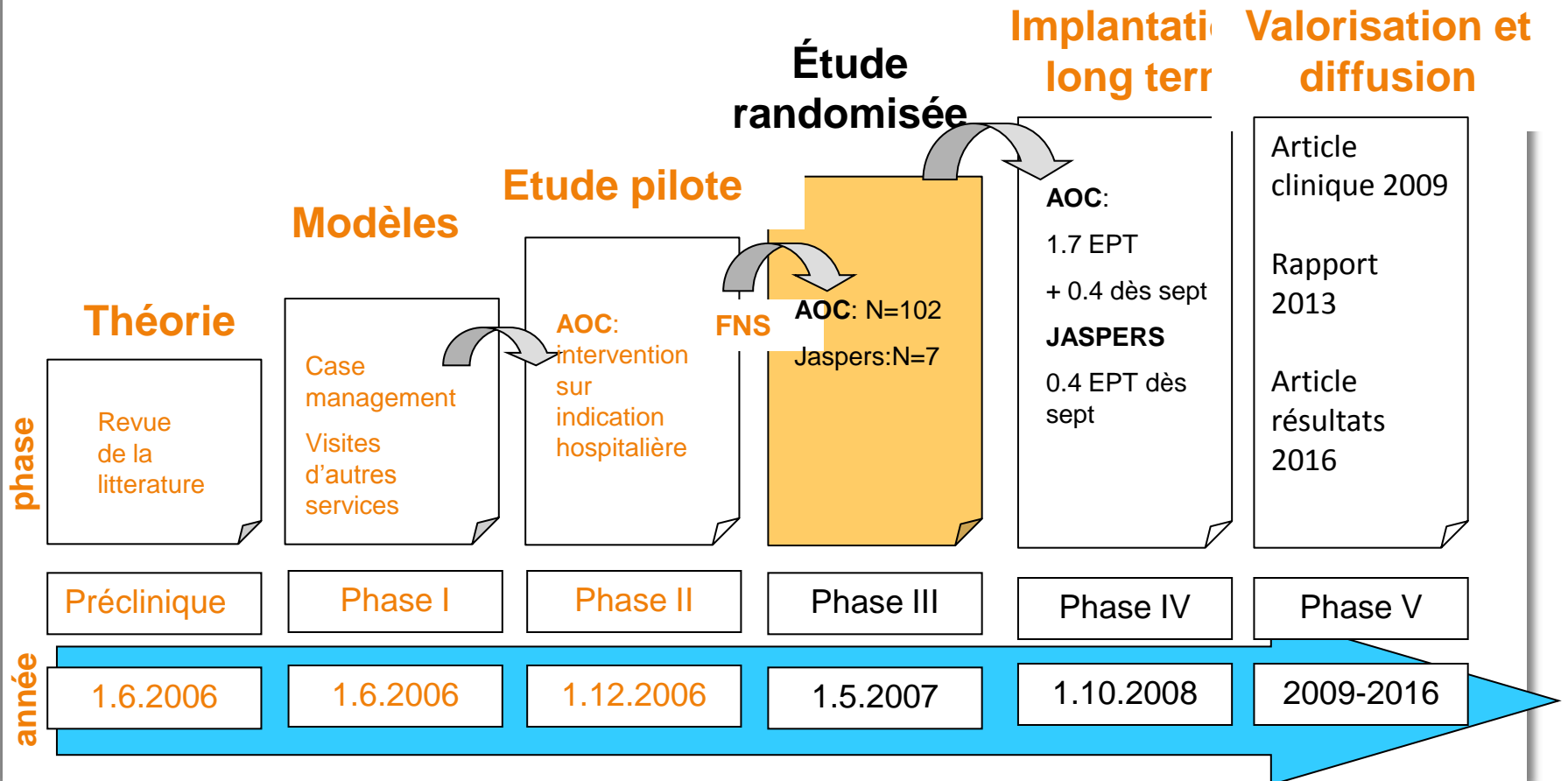


	Projet « Coordination du suivi des hauts utilisateurs de soins psychiatriques »
Rédacteur Date	Charles Bonsack décembre 2009
Contexte	Les hauts utilisateurs de soins psychiatriques hospitaliers sont en nombre limité mais constituent une charge importante dans le réseau de soins. Ces personnes doivent être identifiées et suivies de manière proactive et prioritaire.
Objectifs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier la population des hauts utilisateurs de soins psychiatriques 2. Organiser un suivi proactif et coordonné avec l'implication des équipes hospitalière, ambulatoire et mobile de psychiatrie adulte 3. Favoriser le rétablissement de cette population 4. Diminuer la charge dans le réseau
Moyens	<ol style="list-style-type: none"> 1. Constituer un registre mensuel des personnes + 4 hospitalisations ou + 3 mois d'hospitalisation ou PLAFAs avec le soutien de la direction administrative 2. Case management conjoint clinicien / intervenant ambulatoire / équipe mobile 3. Revue périodique des situations au colloque hospitalier 4. Priorité d'intervention pour l'équipe mobile
Evaluation	Revue de situations en colloque hospitalier Bilan annuel en direction DP-CHUV
Effets attendus	Diminution des problèmes et augmentation de l'autonomie des personnes Diminution de la charge du réseau Meilleure coordination du suivi Réduction de la durée de séjour hospitalier
Calendrier	<p>Début 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification des personnes ressource en psychiatrie mobile - Constitution du registre <p>Avril 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> - Démarrage du projet <p>Fin 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilan intermédiaire
Durée prévue	Selon évaluation fin 2010
Budget	Sur les ressources propres du DP-CHUV et en articulation avec le projet « Equipes de psychiatrie mobile et intervention précoce »

Evolution du projet

management de transition »

« case



Rappel: objectifs du CMT

L'intervention du case management de transition (CMT) vise à favoriser le rétablissement, à gérer le stress lié au retour à domicile, à améliorer les liens avec le réseau ambulatoire, à prévenir les risques d'aggravation, de suicide et de réhospitalisation précoce en assurant la continuité des soins.

Le CMT cherche à aider la personne à reprendre le cours de sa vie interrompu par l'hospitalisation (rétablissement, prévention de la rechute).

Limité dans le temps, le CMT permet un appui essentiel du réseau dans un moment où la "crise du retour à domicile" est souvent mal comprise alors que le sujet devrait être "guéri" par l'hôpital.

Etude randomisée

But

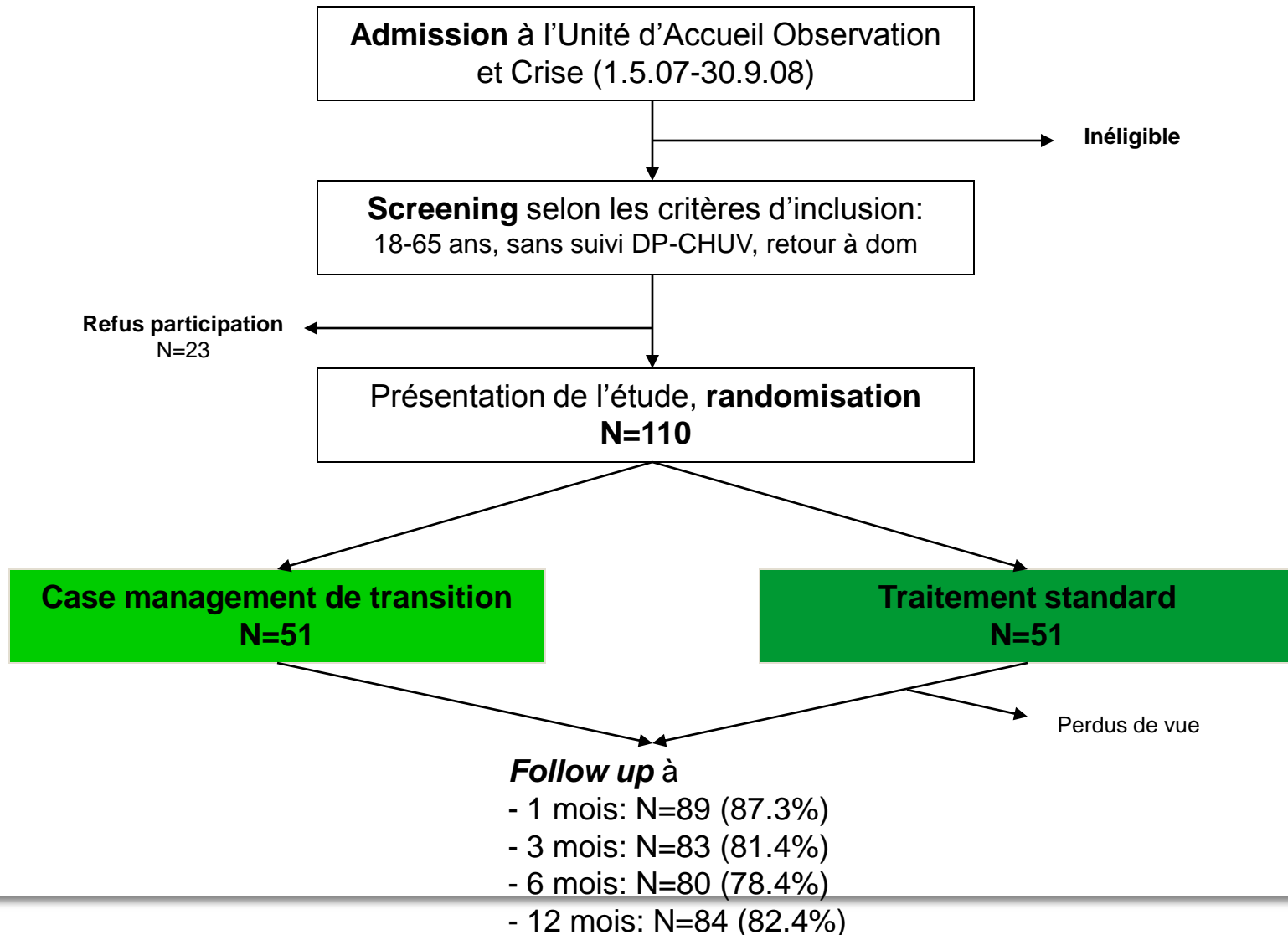
Etudier l'impact d'une pratique de *case management de transition* à la sortie de l'hôpital psychiatrique

Hypothèses

Une intervention spécifique de case management de transition défini et limité dans le temps améliore l'adhésion aux soins ambulatoires par rapport au traitement habituel. L'intervention devrait également:

- Diminuer le risque de réadmission précoce
- Réduire les symptômes psychiatriques
- Améliorer le fonctionnement individuel et du réseau
- Améliorer la satisfaction

Flux des participants



Le Case Management de Transition (CMT)

1. Demande

Identifier les patients sans suivi psychiatrique institutionnel

4. Suivis dans le milieu

CMT bref / standard / intensif

Elaboration d'un projet de rétablissement

Hospitalisation

30 jours

Case management de transition

Parcours de vie

2. Rencontre et évaluation

ELADEB

Carte réseau

Plan de crise conjoint

5. Bilan à 1 mois

Bilan et restitution des informations au réseau ambulatoire

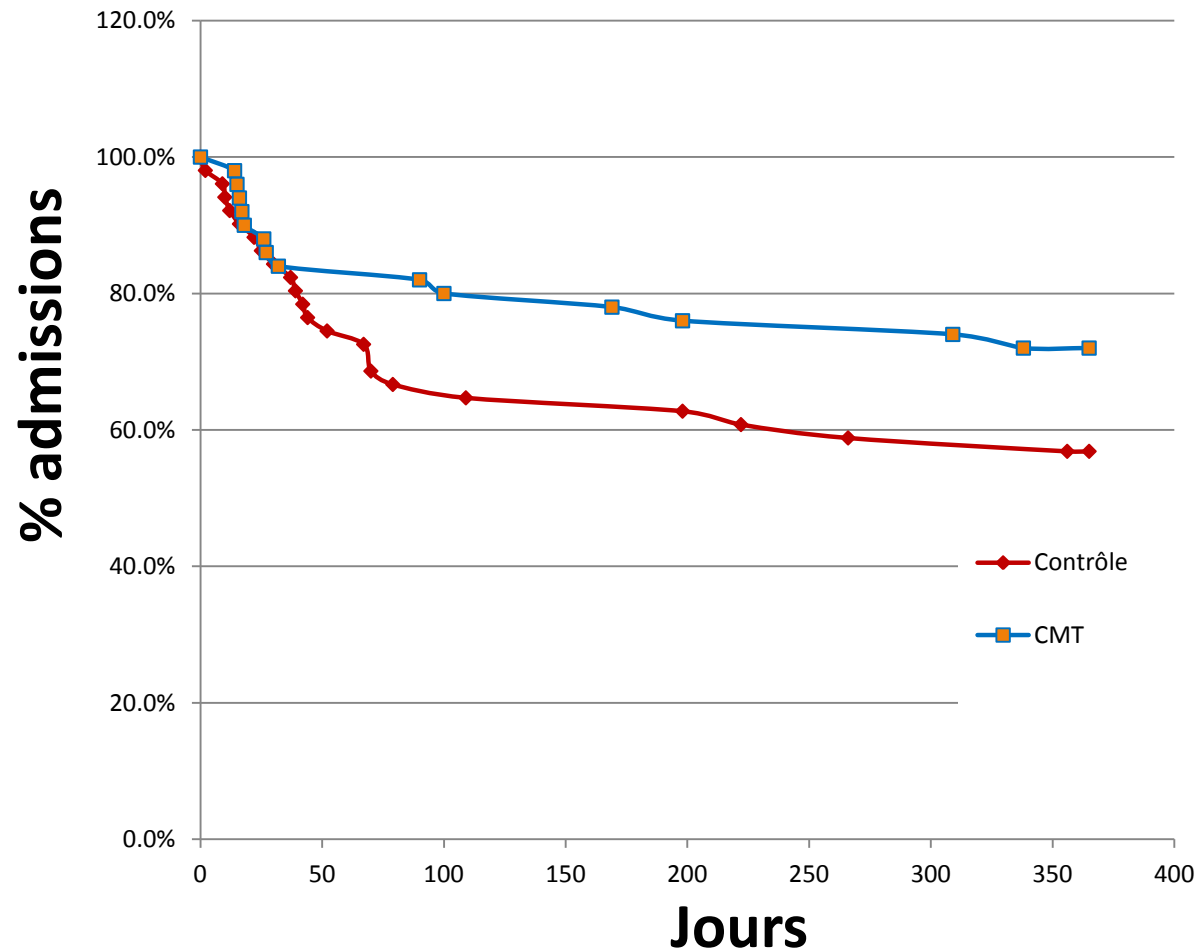
3. Visites à domicile et entretiens de réseau

Entretiens individuels et de réseau

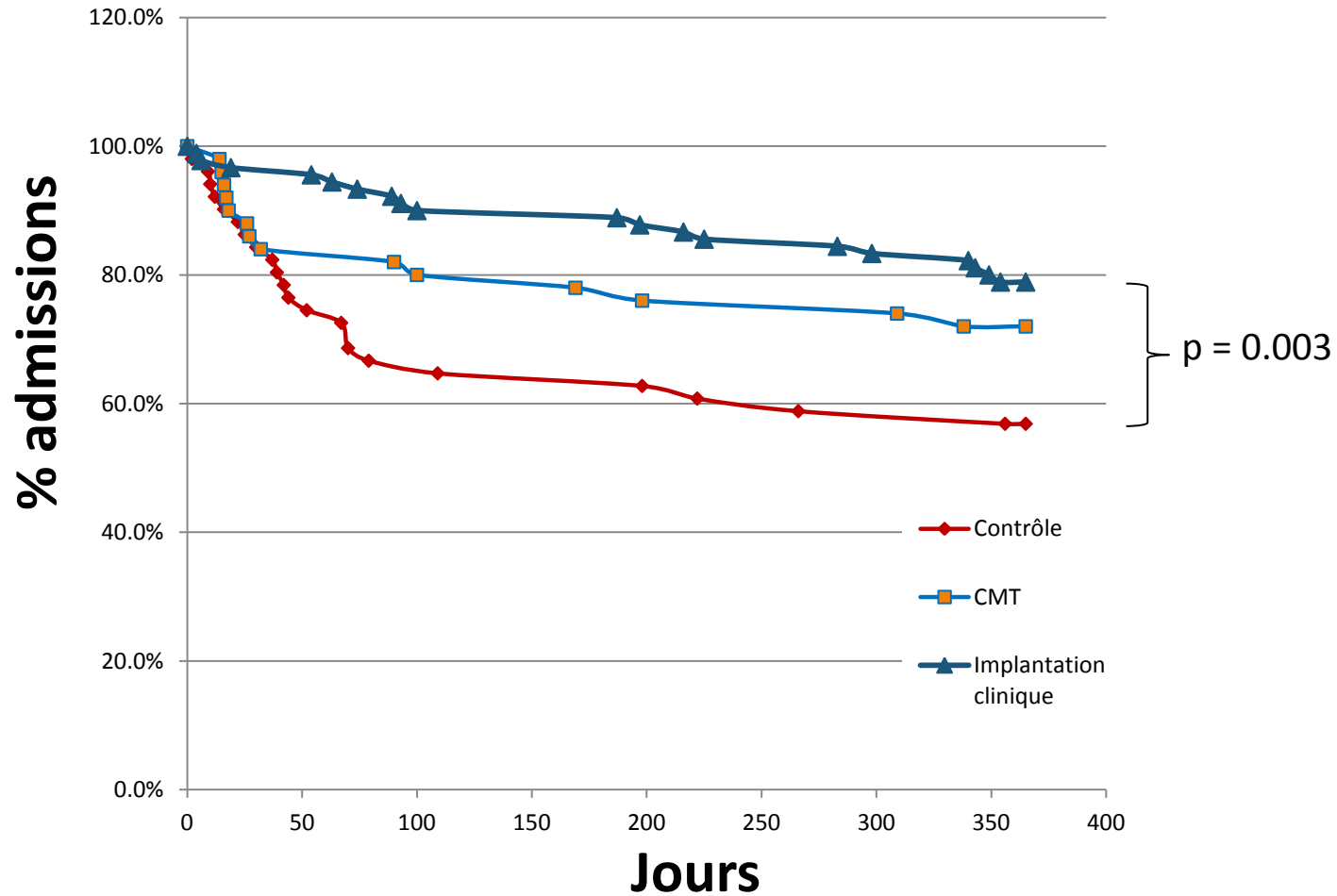
Gestion de la crise du RAD

Prévention de la rechute

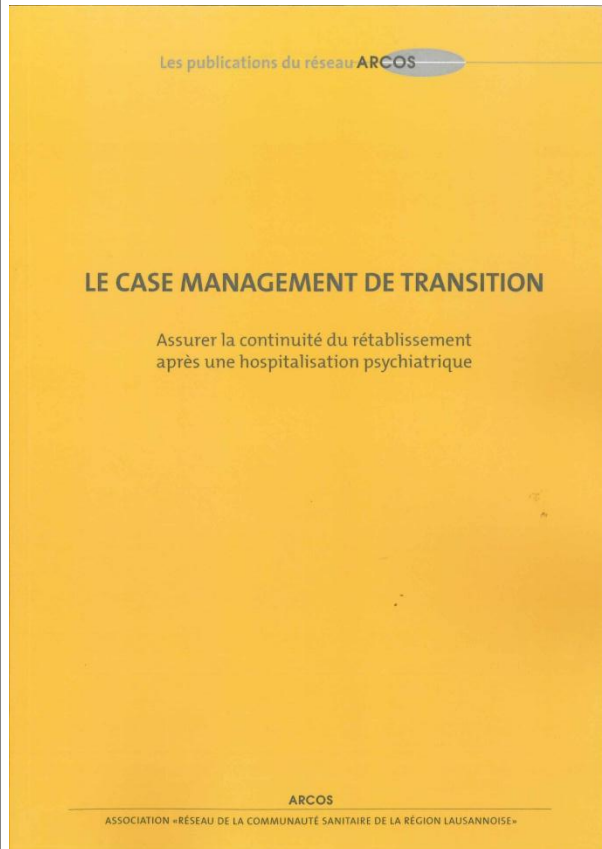
Case management de transition vs suivi habituel: réadmissions sur 12 mois



Case management de transition vs suivi habituel: réadmissions sur 12 mois

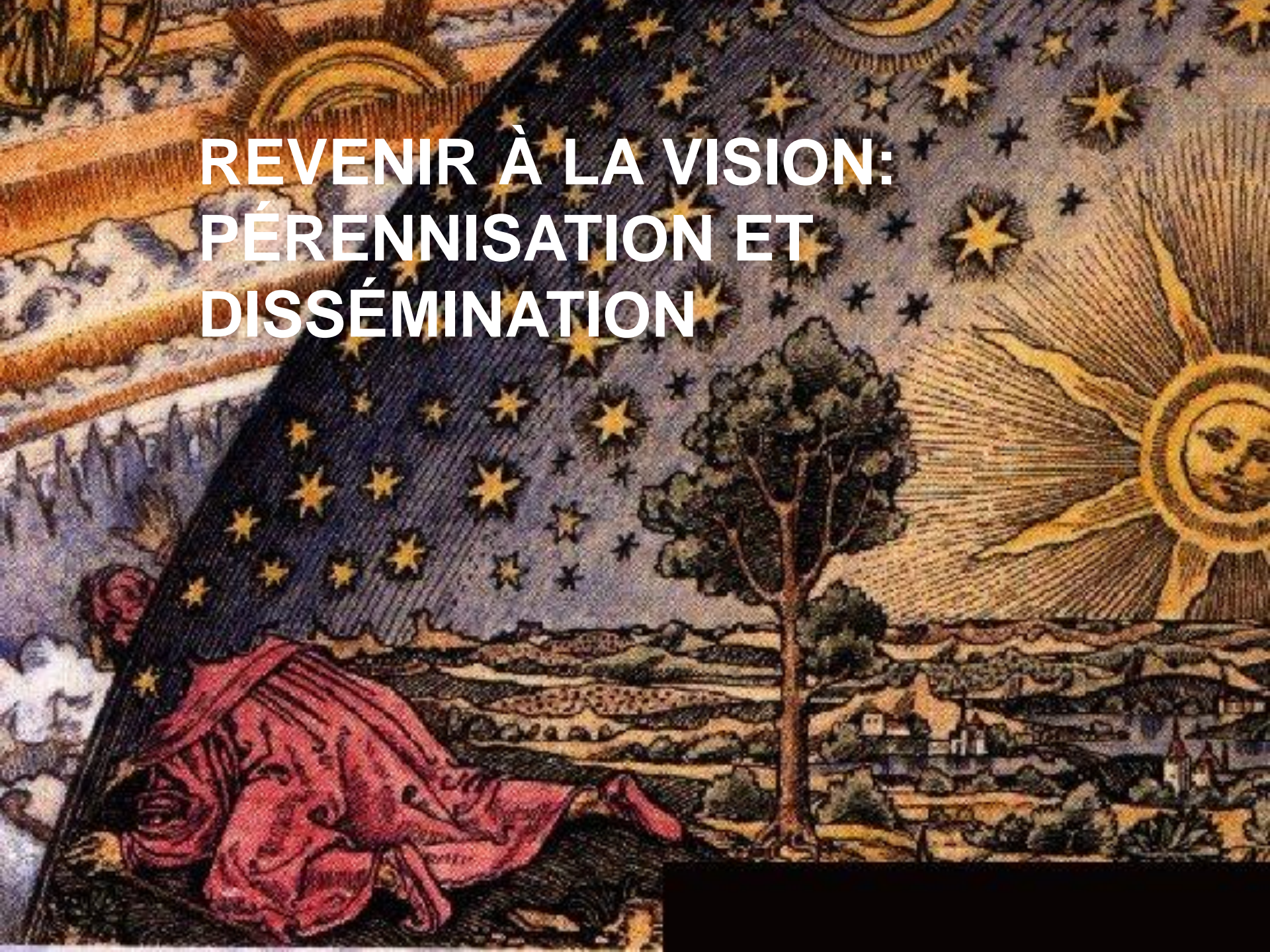


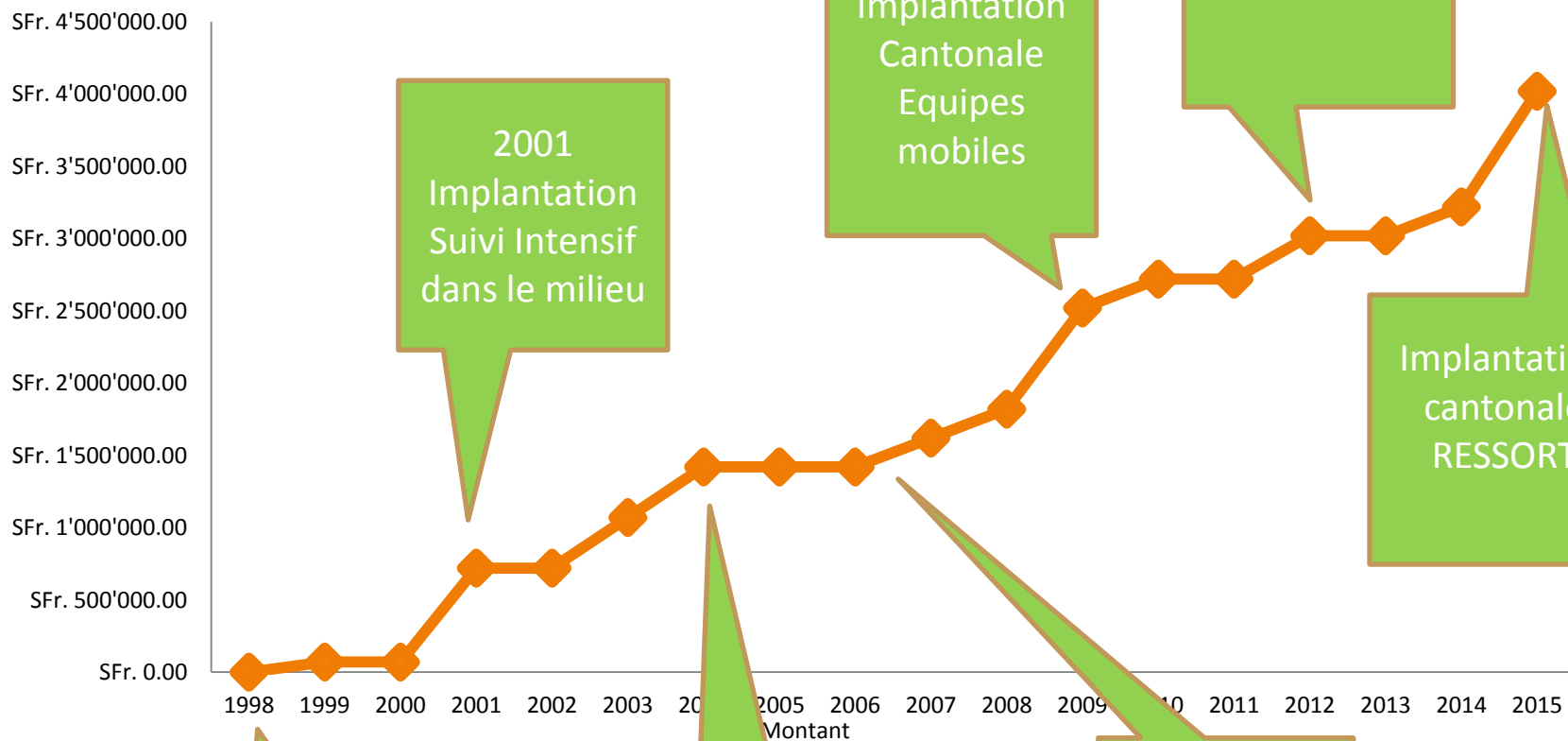
L'évaluation: le case management de transition



- Sommaire
 - Revue de littérature
 - Mesures organisationnelles
 - L'intervention clinique
 - Expérience pilote
 - Etude randomisée
 - Bilan et recommandations

**REVENIR À LA VISION:
PÉRENNISATION ET
DISSÉMINATION**





Projet pilote Suivi Intensif dans le milieu

Implantation AIMA TIPP 2004

2007 Case management de transition

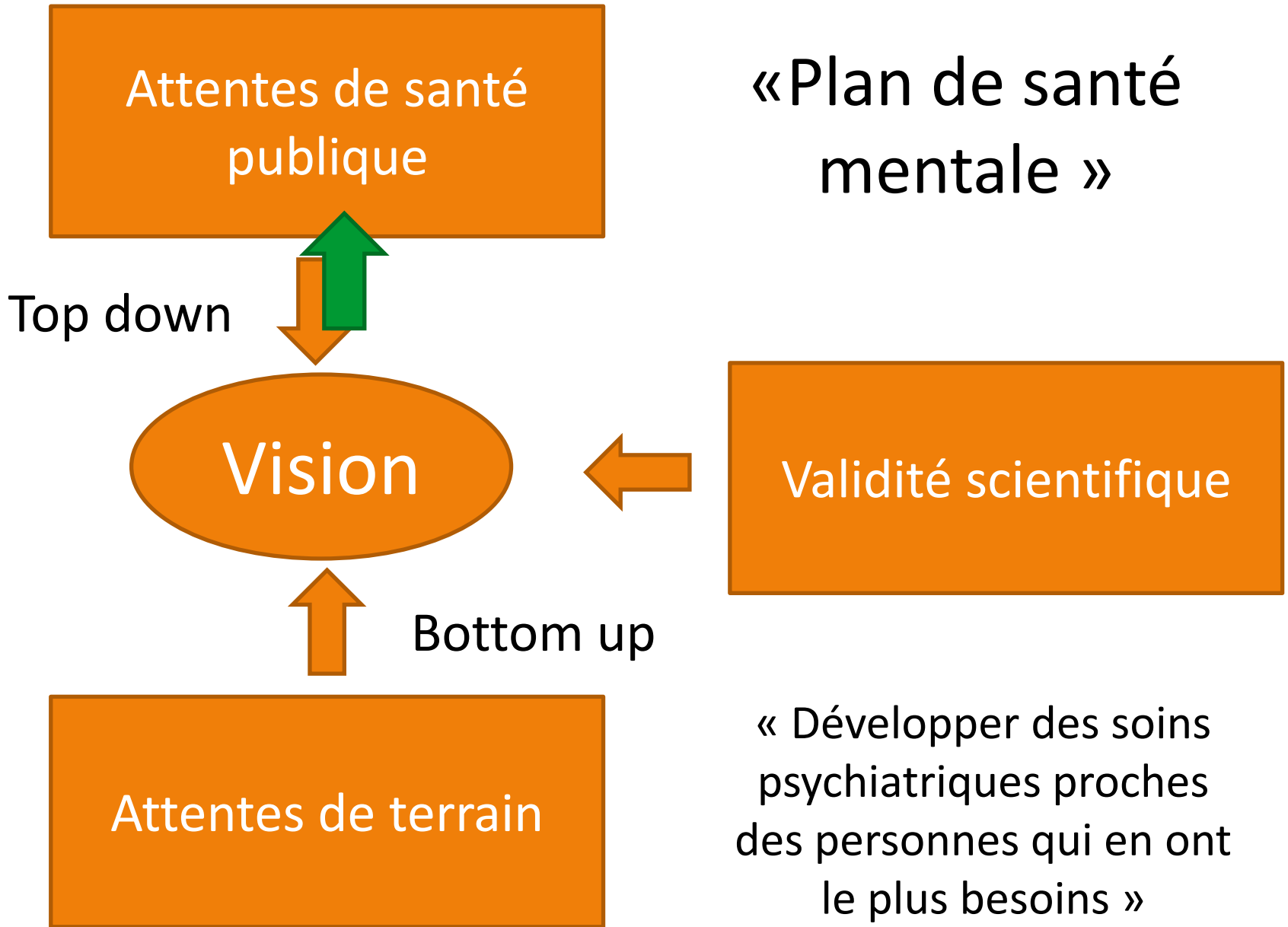
2001 Implantation Suivi Intensif dans le milieu

Implantation Cantonale Equipes mobiles

Pilote RESSORT

Implantation cantonale RESSORT

« Plan de santé mentale »



Novembre 200

Politique de santé mentale

Plan d'actions 2007 - 2012

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	7
1.1 DEFINITION ET PERIMETRE	7
1.2 IMPORTANCE DES PROBLEMES DE SANTE MENTALE	7
1.3 OFFRE ACTUELLE	8
2. POLITIQUE EN SANTE MENTALE	11
2.1 BUT GENERAL	11
2.2 PILOTAGE	12
2.3 PROGRAMMES PRIORITAIRES	12
2.3.1 RENFORCEMENT DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON ET DE LA COORDINATION	13
Objectifs de santé publique	13
Action 1 : Formation des professionnel-le-s de première ligne	13
Action 2 : Mise sur pied d'une liaison pluridisciplinaire avec les EMS et CMS	14
Action 3 : Développement de la psychiatrie de liaison au sein des hôpitaux somatiques	14
Action 4 : Développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires psychiatriques	14
2.3.2 PREVENTION ET INTERVENTION CONTRE LES CONDUITES SUICIDAIRES	15
Objectifs de santé publique	16

Action 4 : Développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires psychiatriques

Conclusions

- Que peut-on apprendre de nos succès et difficultés ?
 - Comment transformer une bonne question du monde réel en question de recherche
 - Faisabilité de la recherche vs calculs de puissance
 - Concordance des financements et des visions
 - Financement partiel de l'activité clinique = fenêtre d'opportunité éthique pour un design comparatif
 - Garder du souffle pour prolonger la recherche si les résultats sont prometteurs mais statistiquement non significatifs
 - Difficile de prolonger un design comparatif quand les résultats sont cliniquement significatifs
 - Garder du souffle pour la valorisation des résultats, ne pas se décourager

Conclusions

- L'implémentation clinique et la dissémination sont partiellement indépendant des résultats de recherche
- Le processus et les résultats de recherche donnent une force incomparable à la dissémination
- Nécessité de s'appuyer sur une culture spécifique de recherche clinique (taille d'échantillon faible, gestions des données manquantes, choix des outcomes, instruments de mesure, etc.)
- Passer entre les différents niveaux real world (santé publique, population), bed (individu, institution clinique) et bench (académique, gestion de projet) nécessite des talents divers et une grille de lecture à plusieurs niveaux (matrix model)

Conclusions

- De la nécessité de constituer une équipe de recherche professionnelle
 - Suivi et coordination des projets, méthodologie, suivi des publications, etc.
- Accueillir l'amateurisme clinique (masters, thèses et autres travaux initiés par des cliniciens)
- Canaliser « l'amateurisme » dans un axe de recherche pour préparer les recherches interventionnelles structurées
 - Bonsack, C., et al. (2016). Evaluation systémique du virage communautaire en psychiatrie dans le Canton de Vaud. D. d. p. d. CHUV.



info-schizophrenie.ch

le site qui dit tout sur la schizophrénie

informations rencontres

soins **témoignages**

documentation soutien **discussion**

contacts aide

Merci
de votre attention