

Une nouvelle dynamique interinstitutionnelle

Itinéraire clinique communautaire en santé mentale

Avec la diminution de la durée des hospitalisations en psychiatrie, les professionnels de l'aide à domicile sont confrontés à de nouveaux types de prise en charge. A Genève, le soutien d'un infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie leur permet de renforcer le processus de réhabilitation des patients.

Texte: Catherine Busnel, Christina Guéinichault, Franck Mauduit, Sophie Dubois, Fanny Vallet, Myriam Vaucher, Stefan Kaiser, Olivier Perrier-Gros-Claude

Le virage ambulatoire, y compris en psychiatrie, a eu pour conséquence une diminution du nombre de lits hospitaliers, des séjours d'hospitalisation écourtés, une augmentation des prises en charge de proximité intégrées dans la cité et le recours à davantage d'acteurs du domaine (Office fédéral de la

santé publique OFSP, 2016). En 2017 à Genève, dix recommandations en matière de santé mentale et de prévention des troubles psychiques ont été éditées (Trachibet A.-M., Sulliger D., 2017). Dans ce contexte, quelques projets interinstitutionnels ont été menés, mais aucun n'a pu aboutir concrètement à

une définition d'un itinéraire de prises en charge spécifique entre l'hôpital et le domicile.

La prise en charge à domicile des personnes présentant des troubles psychiatriques peut s'avérer complexe de par un isolement important des patients, des objectifs thérapeutiques non spéci-

Dans certaines situations instables, l'infirmier (au milieu) assiste à l'aide pratique, parfois pour réorienter les objectifs.



Mise en oeuvre

Le projet pilote s'est déroulé du 1er janvier 2019 au 15 décembre 2019 auprès de quatorze patients acceptant une évaluation et prise en charge particulière par l'infirmier spécialisé en appui de l'équipe de maintien à domicile. Chaque suivi a fait l'objet d'une prescription médicale par un psychiatre pour une évaluation infirmière spécifique. L'infirmier spécialisé a également effectué avec l'ASSC ou l'aide à domicile les prestations d'aide pratiques. Il a présenté les résultats à l'ensemble de l'équipe de maintien à domicile, il a déterminé les objectifs et les prestations avec le patient et les professionnels du réseau. Selon les problématiques rencontrées, une coordination interprofessionnelle a été organisée soit avec le psychiatre de ville, soit avec les équipes de psychiatrie ambulatoire (CAPPI, CAAP). Les situations ont été réévaluées tous les trois à six mois en fonction des besoins. Les prestations réalisées par l'infirmier spécialisé et les ASSC ont été facturées selon le cadre légal de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal).

fiques, une inquiétude des professionnels face aux symptômes psychiatriques et une faible coordination interprofessionnelle.

Pour une meilleure coordination

Les patients atteints de troubles psychiques sont généralement pris en charge suivant une logique de silo, soit dans une logique hospitalière et spécialisée, soit dans une logique domiciliaire plus globale et moins spécifique.

Ce «silotage» est accentué par une faiblesse dans la coordination interprofes-

trique a été définie dans les années 1980 comme «un ensemble cohérent de théories interdisciplinaires et de programmes d'intervention (...) qui vise à améliorer autant que possible les capacités des personnes présentant un handicap dans la vie; l'apprentissage, le travail, les relations sociales et l'adaptation» (Anthony W.A. et Liberman R.P., 1986). Le champ de la réhabilitation «dépassé la seule prévalence du soin» et inclut les parcours de vie de la personne dans son environnement et dans une dynamique interprofessionnelle pour une meilleure qualité de prise en charge (Giraud-Baro E. et al., 2006).

Etapes clés de la prise en charge

A Genève, il n'existe pas de données spécifiques pour les patients souffrant de troubles psychiques et bénéficiant uniquement de prestations d'aide pratique à domicile. La prise en charge de ces patients est perçue par les professionnels comme complexe et à haut risque de décompensation et pour lesquels il existe souvent un défaut de coordination. La prise en charge de cette typologie de patients requiert:

- une approche biopsychosociale et environnementale avec une évaluation globale de la situation,
- la détermination des objectifs de prise en charge poursuivis et des prestations à réaliser,
- l'adhésion du patient,
- un suivi et un accompagnement de proximité régulier,
- une coordination de l'ensemble des partenaires de soin et des institutions (patient, proche aidant, médecin, infirmières, assistante en soins et santé communautaire ASSC, autres professionnels de la santé et du social).

Cette prise en charge mobilise des approches multidimensionnelles, multi-sectorielles et interinstitutionnelles permettant de définir un itinéraire renforcé. Pour la mise en oeuvre de cette nouvelle organisation, un infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie a été recruté à l'imad pour intervenir en proximité d'une équipe de maintien à domicile (lire son interview, page. 63).

Des prestations élargies

Les prestations d'aide pratique à domicile comme l'entretien du ménage et du linge (lessive et repassage), la préparation des repas, les courses et l'accompagnement sont usuellement dispensées par des aides à domicile dans les situa-

sionnelle et par une insuffisance de soutien de proximité. La connaissance souvent limitée du domaine de la santé mentale et de la psychiatrie par les professionnels de la santé et du social complique indéniablement les interventions à domicile et ne favorise pas une réhabilitation cohérente. Ainsi l'institution genevoise de maintien à domicile (imad) et le département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont mis en place un projet pilote (lire encadré) afin d'établir la première étape d'un itinéraire clinique en santé mentale et psychiatrique pour les adultes de moins de 65 ans vivant à domicile et recevant uniquement des prestations d'aide pratique (par ex. aide au ménage) et pouvant s'inscrire dans une perspective de réhabilitation.

La réhabilitation, au-delà du soin

Les notions de réhabilitation, réadaptation et rétablissement sont souvent utilisées dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Elles restent toutefois encore très floues pour les professionnels de l'aide et des soins à domicile. La réhabilitation psychia-

tions évaluées comme simples et par les ASSC dans les situations complexes. Pour favoriser une meilleure qualité de vie et renforcer l'autonomie de la personne à domicile, d'autres prestations à visée de réhabilitation sont nécessaires. Il s'agit de prestations de coordination, d'évaluation, de planification et d'organisation, d'accompagnement et de soutien. Par la prise en charge de ces prestations, l'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie contribue avec les ASSC à rendre la prise en charge du patient plus soignante, faisant le lien entre la prise en charge proposée par l'équipe interprofessionnelle, celle acceptée par le patient et celle validée médicalement. Les compétences de l'in-

Les auteurs

Catherine Busnel, Christina Guéninchault, Franck Mauduit, Sophie Dubois, Fanny Vallet et Olivier Perrier-Gros-Claude de l'imad, Myriam Vaucher et Stefan Kaiser du département de psychiatrie des HUG.
Contact: catherine.busnel@imad-ge.ch.



Finesse de l'observation et sensibilité relationnelle: l'évaluation infirmière va au-delà de l'utilisation d'outils spécifiques et se fait en présence de l'ASSC.

firmier spécialisé sont reconnues par tous les partenaires impliqués. L'un de ses rôles principaux est de faire le lien entre les prestations de réhabilitation et le réseau de soins en santé mentale à Genève, notamment avec la consultation psychiatrique ambulatoire, les psychiatres privés ou encore l'hôpital. «Il est très important que les informations circulent entre les différents partenaires impliqués, de suivre l'évolution du patient et de travailler en coordination autour des mêmes objectifs», explique l'infirmier spécialisé.

Les bénéfices des interventions

L'ensemble des patients évalués avec interRAI CMHSuisse et le COMID, un outil d'évaluation de la complexité (Busnel C. et al., 2018), présente, en plus des problématiques de santé mentale et psychiatrique, des maladies chroniques, une absence ou épuisement des proches aidants, une problématique d'isolement, pour les trois quarts des douleurs chroniques et une fatigue quasi systématique. Ces patients ont un score de complexité supérieur à la moyenne des scores des autres patients suivis avec des prestations de soins à domicile (9,46 vs 6,41, Vallet F. et al., 2019).

Sur la durée du projet, seuls deux patients ont été hospitalisés. Dans leur cas, des contacts réguliers entre les soi-

gnants de l'hôpital et les intervenants à domicile ont perduré pour favoriser un retour à la maison plus cohérent. Six patients ont bénéficié de coordinations interprofessionnelles en présence de l'infirmier spécialisé de l'imad et des professionnels du réseau spécialisé des

cialisés dans la construction, la consolidation et la coordination des objectifs thérapeutiques avec le patient au sein de l'équipe et du réseau spécialisé. Les interventions dans les situations présentant une lourdeur émotionnelle, des dimensions multidimensionnelles et relationnelles complexes ont permis des partages en équipe. La dynamique d'équipe s'en est trouvée modifiée avec plus de réflexivité sur ces situations et une meilleure connaissance dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Du point de vue des deux institutions, ce projet assoit la volonté commune d'optimiser les prises en charge à domicile et définit les flux de fonctionnement et de communication. Au travers de l'organisation de la vie quotidienne des patients à domicile, ce projet a permis la mise en place d'objectifs personnalisés favorisant leur réhabilitation dans une approche interprofessionnelle – il a aussi permis de rapprocher concrètement deux institutions au service de la qualité des soins.

Il est très important que les informations circulent entre les différents partenaires.

HUG et des psychiatres privés. Chaque patient a reçu des prestations de réhabilitation d'une durée moyenne de deux heures trente par mois. Plus de la moitié des bénéficiaires de ce dispositif ont exprimé leur satisfaction.

Interventions

Les professionnels de l'équipe de maintien à domicile ont perçu ce projet comme utile. Ils ont apprécié le soutien de proximité apporté par l'infirmier spé-



Les références en lien avec cet article peuvent être consultées dans l'édition numérique sur www.sbk-asi.ch/app

«Mon travail s'apparente à celui d'un coach»

Frank Mauduit, infirmier en psychiatrie à l'institution genevoise de maintien à domicile (Imad) explique comment fonctionne la prise en charge spécifique à domicile de patients souffrant de troubles psychiatriques dans le cadre du projet d'itinéraire clinique communautaire en santé mentale.

Soins infirmiers: En quoi consiste votre travail?

Frank Mauduit: J'évalue des situations de fragilité psychique et je mets en place des prestations psychiatriques, en particulier des soins de base que nous appelons «soins de réhabilitation».

Qu'entendez-vous pas là?

Ces prestations s'inscrivent dans un processus de réhabilitation et se centrent sur «l'aide pratique». Il s'agit de guider, soutenir la personne dans les activités de la vie quotidienne, comme cuisiner, faire les commissions, le ménage, ou encore la motiver à maintenir ses liens sociaux. Ces éléments contribuent à restructurer la vie quotidienne. Ensemble, nous fixons un objectif à atteindre dans un délai très raisonnable.

Pourquoi est-ce important?

Ces patients vivent dans un environnement détérioré, à l'image de ce qui peut se passer dans leur psychisme. Celui-ci a un impact négatif sur eux et ne fait qu'en rajouter à leurs difficultés, comme le révèle une récente étude réalisée au Canada¹.

De quoi souffrent vos patients?

De dépression, de schizophrénie, de troubles bipolaires, d'addiction ou de troubles de la personnalité.

Pourquoi privilégier ce type de soutien?

L'aide pratique peut servir de porte d'entrée auprès de cette patientèle. Cela permet de détecter d'autres besoins de soins, comme un risque de suicide ou la découverte d'une plaie.

Quels sont les résultats de vos interventions?

Après une phase d'information, de coordination avec le réseau et de mise en place d'un processus d'intervention et de suivi, les situations évoluent de manière po-

sitive. Nous le constatons dans la plus grande autonomie des personnes concernées.

Concrètement, comment se déroule votre travail?

Sur prescription du médecin, je procède d'abord à l'évaluation des besoins du patient, en collaboration avec l'ASSC qui sera l'intervenante principale, pour construire les objectifs de soins. Cette évaluation est primordiale et ne se limite pas aux instruments utilisés, mais nécessite des observations fines, de la sensibilité accrue dans le contact avec la personne afin de créer le lien de confiance et d'avoir une vision globale de ses besoins. Une fois les objectifs établis, le plan d'intervention réalisé, les prestations sont déléguées aux ASSC qui interviennent selon mes consignes et informations nécessaires.

Vous collaborez donc étroitement avec l'ASSC.

En fait, mon travail s'apparente à celui d'un coach. J'explique à l'ASSC qu'il est important d'impliquer les patients dans ses prestations parce que cela leur permet de retrouver une meilleure estime, voire une plus grande confiance en eux-mêmes et une certaine autonomie.

Et pour les situations plus complexes?

J'accompagne l'ASSC chez le patient comme observateur et je participe au travail si nécessaire. Si la situation est très instable, il peut s'avérer indispensable que j'intervienne plusieurs fois avant de déléguer à nouveau la situation à l'ASSC.

Et qu'en pensent les ASSC?

Mon travail est apprécié. Les ASSC interviennent souvent seuls au domicile de ces patients. Ils ne comprennent pas toujours le comportement des patients et risquent de les juger. Mon accompagnement leur permet de retrouver le sens de leur intervention et renforce leur compréhension. Actuellement, je collabore avec huit ASSC pour quatorze patients; nous nous coordonnons une fois par semaine.

Pouvez-vous mentionner quelques pistes de conseils ?

La bienveillance et l'authenticité sont la base pour construire cette relation de confiance qui facilite grandement les interventions. De plus, les patients apprécient en général qu'on discute d'autres sujets que leur pathologie, cela leur apporte une ouverture bénéfique.

¹ Jacques, M.-C., Morin, P., 2019 [référence dans l'édition numérique].

Interview: Françoise Tailless

Pour Frank Mauduit, la réhabilitation ne réussit pas sans bienveillance.

