

LE CASE MANAGEMENT DE TRANSITION DANS LES SOINS PSYCHIATRIQUES AUX HUG

Bénédicte Virot (Service d'addictologie, HUG)

Le case management de transition (CMT) soutient la personne soignée lors du passage entre l'hospitalisation et le retour dans son environnement naturel, période souvent à risque. Pour assurer les chances de transition, cette étape de prise en charge débute le plus tôt possible. Elle met au centre le patient avec qui est construit le projet de sortie et sert d'outil de communication pour les intervenants intra et extrahospitaliers. Le modèle, introduit en 2015 en addictologie aux HUG, a fait ses preuves. Aujourd'hui deux autres services l'ont adopté avec succès.

L'hospitalisation psychiatrique constitue une rupture dans l'expérience de vie du sujet et le retour à domicile est souvent décrit comme difficile par les personnes hospitalisées. Une revue de littérature montre que les semaines qui suivent immédiatement la sortie de l'hôpital psychiatrique constituent une période à risque de résurgence des troubles, de réadmission, voire de suicide et que la connexion aux soins ambulatoires est généralement faible¹. Bien que la continuité des soins soit essentielle dans les périodes de transition, la discontinuité des lieux et des personnes rend difficile l'articulation entre les intervenants intra et extrahospitaliers. Le case management de transition (CMT) est le modèle le mieux reconnu pour accompagner les patients dans la transition entre le milieu hospitalier et la communauté². C'est à la suite de ce constat que la première équipe de CMT du Département de Psychiatrie Adulte, en addictologie, a été créée en janvier 2015. Elle est composée de 3 infirmiers en psychiatrie, sous l'appellation de « *case managers* », pour un total de 270% de taux d'activité. Afin de proposer une disponibilité et une flexibilité essentielles à ce poste, chaque case manager prend en charge 1 patient pour un taux de 10% d'activité (soit une file active maximum de 10 patients pour un 100%).

OBJECTIFS

La mission du CMT est d'assurer la continuité des progrès cliniques expérimentés lors d'un séjour hospitalier afin qu'ils puissent être transposés dans la communauté. Il a également pour objectif de relier le travail des intervenants hospitaliers avec ceux de l'ambulatoire, de

coordonner les interventions des différents référents de l'ambulatoire une fois le patient sorti de l'hôpital, de prévenir la rechute et l'aggravation des troubles, de soutenir le patient et son réseau (que ce soit de soins ou encore la famille ou les proches aidants), ainsi que de favoriser l'accroche au suivi ambulatoire.

MÉTHODES

Dans notre pratique, l'indication pour ce type de suivi s'adresse aux patients hospitalisés dans le service d'addictologie, répondant à des critères prédéfinis. Il est important de débiter l'épisode de CMT rapidement, afin de préparer au mieux la sortie. Pour ce faire, nous avons beaucoup communiqué avec l'équipe hospitalière afin que les critères d'inclusion soient mis en évidence dès les premiers jours, ce qui permet au médecin en charge de faire la demande de CMT à l'équipe de transition, et au *case manager* disponible de rencontrer le patient au plus vite pour débiter l'épisode autour de 3 outils spécifiques (échelle d'auto-évaluation, carte réseau et directives anticipées en cas de perte de contact avec les soins) qui permettront de co-construire le projet de sortie.

L'échelle d'auto-évaluation ELADEB permet de cerner les difficultés et les besoins d'aide de la personne hospitalisée. Elle a pour but de donner la parole au patient et de le mettre au centre de l'intervention. Cet outil clinique donne la possibilité au patient d'exprimer son point de vue, même lorsqu'il est bouleversé par une crise. Il aide également les soignants à se décentrer de leurs préoccupations (gérer les symptômes et les comportements, organiser les soins) pour considérer les besoins importants et

immédiats tels qu'ils sont perçus par le patient lui-même². Sur la base de cette évaluation, un projet de vie sera en mesure d'émerger et englobera le projet thérapeutique avec une mise en évidence des points d'intervention qui apparaissent prioritaires aux yeux du patient. Le processus induit par cette évaluation fait ressortir les ressources motivationnelles de la personne et facilite leur expression. L'ELADEB est également un outil clinique qui soutient l'expression de la parole du patient et de l'institution, sans les déformer. C'est donc un instrument qui favorise l'appropriation du pouvoir par le patient ainsi que l'alliance thérapeutique.

La carte réseau établit une photographie du réseau au moment de la demande d'intervention. Elle favorise l'identification et l'utilisation des personnes-ressources, en lien avec les besoins évoqués dans l'ELADEB.

Les directives anticipées sont une marche à suivre pour le patient et le soignant en cas de perte de contact. La réflexion nécessaire à la rédaction de ces directives permet au patient d'identifier puis d'anticiper les facteurs favorisant l'apparition d'une crise, ainsi que les indicateurs précoces et propres à chacun de la manifestation de la crise. C'est ainsi le patient qui détermine ce que chacun peut faire, dès les premiers signes, afin d'endiguer la crise, et le cas échéant, qui contacter et dans quel délai, afin de raccrocher au plus vite aux soins et éviter une hospitalisation en urgence³.

Nous évaluons à 8 ou 10h heures le temps de préparation de l'épisode de CMT en intrahospitalier. Avant la sortie, nous contactons par e-mail l'ensemble du réseau ambulatoire afin de les aviser du suivi de transition, de favoriser une bonne coordination, et de leur transmettre les 3 outils du CMT, qui permettront une base commune de travail. Le *case manager* planifie le premier rendez-vous du patient en ambulatoire afin de pouvoir être présent lors de cet entretien et d'assurer la continuité des soins.

Après la sortie de l'hôpital, le CMT se poursuit pendant 4 à 6 semaines, période de grande vulnérabilité, comme décrite précédemment, et qui permet aussi une évaluation des interventions de chacun et de possibles réajustements nécessaires. La fréquence et les modalités d'intervention du *case manager* à la sortie se discutent avec le patient selon ses besoins et ses attentes. Certains auront besoin d'une intervention quotidienne quand d'autres ne nécessiteront qu'un contact hebdomadaire. Ce soutien peut se faire via des entretiens téléphoniques, mais aussi des visites à domicile, des rencontres en ville, des accompagnements divers (dans les lieux de soins, administratifs, associatifs, ou encore des visites de résidentiels, par exemple). À la demande du patient nous sommes parfois amenés à rencontrer sa famille (conjoint-e, enfant-s, etc.). Cela leur permet souvent une meilleure compréhension de la situation, de se sentir eux aussi soutenus et enten-

du, éventuellement d'être informés sur les dispositifs existants pour les proches aidants et de réinstaurer un dialogue mis à mal par l'addiction. Durant cette période de transition, nous communiquons régulièrement avec les référents de l'ambulatoire (mails, appels téléphoniques, réunions de réseau). Au bout de ces 4-6 semaines, nous nous réunissons une dernière fois avec le réseau et le patient afin de faire un bilan de fin de CMT.

CONCLUSION

Le suivi CMT assure une évaluation continue et un réajustement rapide et adapté aux besoins pour consolider les apprentissages pratiqués dans l'environnement naturel du patient. Les patients décrivent un haut degré de satisfaction de cette intervention et les soignants constatent une diminution des hospitalisations non programmées pour une majorité des patients concernés ainsi qu'une meilleure

compliance avec les soins ambulatoires. Selon les retours de chacun, patient comme professionnel, le CMT permet une meilleure circulation de l'information et coordination des interventions. Selon des témoignages recueillis auprès de patients ayant bénéficié d'un CMT, ce suivi permet de

« mieux préparer le retour à domicile, tout est moins angoissant, cela maintient dans un contexte post hospitaliser, une meilleure transition entre l'hôpital et la vraie vie, avec quelqu'un que l'on connaît déjà. C'est sécurisant, bénéfique, reconfortant ».

Le premier accompagnement en ambulatoire est un élément très « rassurant » pour le patient. La transmission préalable des différents outils du CMT aux référents ambulatoires est un gain de temps et d'énergie pour le patient

La fréquence et les modalités d'intervention du case manager à la sortie se discutent avec le patient selon ses besoins et ses attentes



qui craint souvent de « devoir raconter pour la millième fois la même chose ». Le fait d'être disponible et flexible permet une réponse et une intervention rapide si besoin, puis un accompagnement au fil des semaines vers une capacité à faire appel plus systématiquement aux référents ambulatoires. Toujours selon des témoignages de patients, les entretiens hors lieu de soins permettent une autre relation au soignant, une réappropriation de ses propres ressources, de son identité complète et « hors étiquette patient ». Le fait de se rencontrer à domicile est parfois plus « sécurisant », et peut permettre d'aborder des sujets à forte charge émotionnelle qui pourraient conduire à d'importantes envies de consommer, plus difficiles à gérer en sortie de consultation qu'en ayant le confort de rester chez soi. Cela peut être vécu « comme un soulagement de pouvoir faire cela à la maison, de se focaliser sur le ressenti et continuer à y penser après la séance, sans devoir croiser des gens dans la rue. Plus de facilités à parler de soi chez soi que dans un bureau formel »⁴.

Depuis, nous avons pu partager notre expérience avec d'autres professionnels du département de psychiatrie qui se sont intéressés à ce modèle de soins et ses aspects bénéfiques, et au final deux autres équipes de CMT ont vu le jour : une équipe qui prend en charge la population adulte au sein du SPA (Service de Psychiatrie Adulte) et de ses différents secteurs, ainsi qu'une équipe dédiée à l'UPJA (Unité Psychiatrique pour Jeunes Adultes).

À ce jour et après 7 ans d'exercice, nous sommes tous trois très satisfaits de pouvoir travailler au sein du Service d'Addictologie avec ce modèle de soins et de mesurer au quotidien l'impact bénéfique que cela a sur les patients. Nous avons pu créer des liens solides avec l'ensemble du réseau, et il est très agréable de constater que l'articulation entre les différents intervenants se fait de mieux en mieux.

Remerciements : A. Machado.

Contact : benedicte.virot@hcuge.ch

Références

1. Macchi M-F Case management : un accompagnement de transition entre l'hôpital et la maison. *Diagonales* 2010 ; 75.
2. Bonsack P. et al. *Le case management de transition: une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique*. Département de psychiatrie du CHUV, Service de psychiatrie communautaire: Prilly, 2013.
3. Penzenstadler L. et al. Advance Statements to Prevent Treatment Disengagement in Substance Use Disorders. *The Canadian Journal of Addiction* 2019; 10(4): 10-18.
4. Penzenstadler L., Machado A., Thorens G., Zullino D. et Khazaal Y. Effects of case management intervention for patients with substance use disorder: a systematic review. *Frontiers in psychiatry* 2017; 8:51.