

P100

De l'asile à la cité

B. Degeilh*, G. Bailly, S. Le Guen, S. Poulain

Centre hospitalier Vauclair, 24700 Montpon-Ménéstérol, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : docteur-brigitte-degeilh@wanadoo.fr (B. Degeilh)

Contexte et objectifs Un pôle intersectoriel dédié aux patients dits longs séjours a été créé en 2010 au sein de l'hôpital psychiatrique de Dordogne. Une active politique de réhabilitation psycho-sociale a été élaborée pour les quatre années du contrat de pôle dans lequel s'engageait alors une petite équipe pluridisciplinaire déterminée à désinstitutionnaliser ces patients (30% des « lits » du centre hospitalier).

Philosophie des soins et moyens engagés *Cure and care*, socle de l'empowerment [1]. Des soins spécifiques, notamment la déclinaison originale de l'éducation thérapeutique du patient, la médiation cognitive et l'apprentissage des habiletés sociales, ont porté un processus de rétablissement [2] ouvrant les portes de l'asile à des personnes hospitalisées depuis des années. Développement des partenariats au-delà des institutions sanitaires et médico-sociales, le soutien d'organismes publics et d'entreprises privées (associations, artisans) a redonné une présence citoyenne à ces malades dénommés chroniques dont la vie s'était longtemps limitée pour l'essentiel à l'enceinte de l'hôpital psychiatrique.

Création d'une association Notre association ARCHES a animé deux sections. La première, scientifique, a organisé trois colloques sur l'actualité des thérapies proposées dans les troubles psychiatriques chroniques et la déstigmatisation de la maladie mentale. La deuxième a oeuvré à développer la psychiatrie communautaire en soutenant l'installation des patients dans la cité et l'implication de nos partenaires profanes [3].

Résultats et analyse critique Quinze pour cent de notre patientèle est installée en appartement, 30% en établissement médico-social. Les limites de nos actions, qui s'inscrivent dans le droit fil des rapports ministériels [4], sont tracées au sein de notre équipe, de notre institution et du contexte socio-économique.

Conclusion Notre équipe pose une expertise loco-régionale en soins de suite et de réadaptation psychosociale après ses quatre années d'exercice dans un mouvement d'idées et d'actions que certains nomment psychiatrie citoyenne pour que les personnes souffrant de troubles mentaux chroniques réintègrent la vie communautaire autant que faire se peut.

Mots clés *Care* ; *Empowerment* ; Rétablissement ; Psychiatrie citoyenne ; Santé mentale dans la communauté ; Chronicité

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Bacqué M-H. L'empowerment, une pratique émancipatrice. Paris: Ed. La découverte; 2013.
- [2] Bronsack Ch, Favrod J. De la réhabilitation au rétablissement: l'expérience de Lausanne. *Info Psychiatr* 2013;89(3):227–32.
- [3] Ehrenberg A, Lovell A. La maladie mentale en mutation. Paris: Ed. Odile Jacob; 2001.
- [4] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2011–2015. Paris: Ed. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.012>

P101

Évaluation des pratiques professionnelles : pertinence de l'association des antipsychotiques en EPSM

A. Renaud*, S. Blondiaux, C. Wattecamps, E. Zawadzki

EPSM agglomération lilloise, Saint André Lez Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : adaja83@gmail.com (A. Renaud)

L'évaluation des pratiques professionnelles est un indicateur. Une étude un jour donné montre un taux de 62% de polythérapie antipsychotique. Une revue de pertinence est réalisée.

Un audit rétrospectif inclut les patients schizophrènes ayant au moins 2 antipsychotiques, hospitalisés au minimum 20 jours et sortis entre le 01/06/2012 et le 01/06/2013. Une grille d'audit évalue la tolérance. L'échelle de PANSS modifiée évalue l'efficacité. Une revue de pertinence est réalisée avec 4 psychiatres: tolérance et efficacité sont cotées sur une échelle de 0 à 3 en entrée et en sortie. 41 dossiers patients de 4 unités de courts séjours sont analysés. L'âge médian est de 34 ans. La durée médiane de séjour est de 42 jours; 9,8% des patients ont 1 antipsychotique, 70,7% en ont 2, 18,3% en ont 3 et 1,2% en ont 4. Au cours du séjour, les symptômes positifs régressent (–1,4), les négatifs et généraux s'atténuent (–0,6 et –0,7). La prise de poids moyenne est de 3,6 kg. La prescription de correcteurs anticholinergiques diminue (–0,1%), celle des substituts salivaires et des laxatifs augmente (0,5 et 0,6%). La pertinence évolue peu: +0,1 point pour l'efficacité et +0,2 pour la tolérance. L'association à un antipsychotique anxiolytique/sédatif se retrouve 9 fois sur 10, généralement associé aux benzodiazépines. Des associations sont réalisées avec des spécialités ayant un profil d'action complémentaire au niveau des récepteurs.

Certaines associations n'ont jamais fait l'objet d'études, mais d'autres sont validées par la littérature. La pertinence entrée-sortie évolue peu: les patients sont souvent stabilisés par la reprise du traitement, l'arrêt des toxiques et/ou la réassurance du cadre hospitalier avec le même traitement. Certaines situations cliniques nécessitent une association d'antipsychotiques. Elles doivent être justifiées par des données issues de la littérature. La réévaluation de la tolérance et de l'efficacité doit être régulière. La monothérapie doit rester un objectif.

Mots clés Pertinence ; Association ; Antipsychotique ; EPP ; EPSM

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2004.

Arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale. JORF. Sect. 31. Prescription des neuroleptiques. Haute Autorité de santé. ALD 23 : Schizophrénies. 2007 juin/2012 mars.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.013>

P102

Dispensation nominative automatisée des médicaments en EPSM : évaluation du motif de non administration de son impact coût

A. Renaud*, C. Wattecamps, S. Blondiaux, C. Moens, E. Zawadzki

EPSM agglomération lilloise, Saint André Lez Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : adaja83@gmail.com (A. Renaud)

Dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament, l'établissement s'est doté d'un automate de dispensation. Il permet de faire une dispensation journalière individuelle des formes sèches prescrites en systématique. Chaque jour, une bande de sachet par patient est produite (1 sachet = 1 spécialité et 1 horaire). Nous avons évalué la part des traitements non administrés et leur impact économique. Les 16 unités de soins conservent les sachets non administrés. La pharmacie les collecte. Une base de données Excel est incrémentée pendant un mois: nombre de sachets et contenus. Une cause probable de non administration est recherchée via le Pharma. L'outil statistique de l'automate indique le nombre de sachets fabriqués sur la période. Le coût unitaire des



médicaments est extrait du logiciel Pharma. Les coûts humain et en consommables ne sont pas traités.

4,12% des sachets sont rendus, ce qui représente 3,94% du coût global journalier (16,03 €/j). Les principaux motifs sont les sorties/permissions (47%), une utilisation de la dotation (19%), une modification de prescription (15%) ou la prescription non conditionnelle des hypnotiques et anxiolytique au coucher (14%). Les classes médicamenteuses retrouvées sont les antipsychotiques (21%), les anxiolytiques (21%), les hypnotiques (11%), les normothymiques (7%) et les antidépresseurs (5%). Parmi les autres, on retrouve majoritairement des correcteurs, des médicaments à visée cardiovasculaires et des vitamines. Extrapolés sur un an, le coût des retours représente 0,79% du budget annuel de la pharmacie. Cette part a pu être partiellement diminuée par :

- une communication efficace et constante avec les services afin d'anticiper les sorties et permissions des patients ;
- la sensibilisation des médecins à prescrire en si besoin les prises du soir ;
- un rappel des horaires de production Bien que l'impact économique soit faible, la sensibilisation de l'ensemble des acteurs doit donc être poursuivie.

Mots clés Pertinence ; Association ; Antipsychotique ; EPP ; EPSM

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

ANAP. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient : la délivrance nominative des médicaments dans les établissements de santé. 2012. Disponible sur : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP.La.delivrance.nominative.des.medicaments.pdf.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.014>

P103

EQUIPAD : une expérience innovante de soins psychiatriques intensifs à domicile à Nantes

D. Porcheret-Lotz*, S. Haddou, V. Lequimener
CHU Saint-Jacques, Nantes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : delphine.porcheretlotz@chu-nantes.fr
(D. Porcheret-Lotz)

EQUIPAD (entourage quotidien par une unité d'intervention de psychiatrie pluridisciplinaire à domicile) est une structure de soins pour des patients en souffrance psychique aiguë qui intervient à domicile.

Les missions C'est une véritable alternative à l'hospitalisation « classique ». La capacité d'accueil est de 6 places. Les soins dispensés répondent aux critères :

- de coordination des intervenants ;
- de la fréquence des interventions ;
- de pluridisciplinarité ;
- de développement du réseau.

Ils se situent comme une alternative à l'hospitalisation à temps complet en amont ou en aval. Par ailleurs, ces soins peuvent préparer une hospitalisation ou raccourcir une durée d'hospitalisation par des soins à domicile ou être une aide au diagnostic.

Le relais de soins est effectué par le psychiatre traitant adresseur. Si le patient n'en a pas, il sera adressé au centre médico-psychologique ou à un psychiatre libéral afin de poursuivre les soins ambulatoires.

La prise en charge Ce mode d'hospitalisation s'adresse à tout patient âgé de plus de 18 ans, en souffrance psychique aiguë et résidant sur Nantes centre ville.

L'hospitalisation La durée maximum d'hospitalisation est de 21 jours, renouvelable une fois. Les patients ne peuvent pas être admis plus de trois fois dans l'année.

Le patient doit être consentant aux soins et vivre dans un environnement salubre. La présence d'un aidant familial comme partenaire de soins est recommandée. Les patients en programme de soins peuvent être admis.

Ce dispositif fonctionne du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h et les week-ends/jours fériés de 9 h à 16 h 30.

Une infirmière passe entre une à deux fois par jour au domicile. Un à deux entretiens médicaux sont programmés par semaine.

Les équipes soignantes et sociales font aussi un travail de liaison avec les partenaires médicaux, sociaux et infirmiers habituels du patient.

Mots clés Entourage quotidien ; Soins psychiatriques ; Domicile

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.015>

P104

La mise en place d'une unité transversale dédiée à l'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie à Pau

M. Celhay*, C. Mercier, L. Gossay, F. Saint-Martin, P. Godart
Centre Hospitalier des Pyrénées, Pau, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : etiam@libertysurf.fr (M. Celhay)

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une priorité en santé publique. Complémentaire des soins pratiqués quotidiennement par les équipes, l'ETP s'adresse aux patients souffrant de maladies chroniques et à leurs proches. Elle vise à les aider à maintenir, ou acquérir, les compétences dont ils ont besoin afin de mieux vivre avec la pathologie [1].

Ainsi, en décembre 2013, une unité transversale d'éducation thérapeutique pour le patient en psychiatrie (UTEPP) a été créée au centre hospitalier des Pyrénées de PAU (64), pour développer l'ETP au sein de toutes les unités et accompagner les soignants dans la mise en œuvre de programmes. Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire qui réunit un médecin psychiatre, un pharmacien et un infirmier.

Le développement de l'activité sera illustré par une frise chronologique.

Tout d'abord, l'équipe s'est attachée à communiquer sur cette nouvelle activité, en insistant sur la complémentarité de la psychoéducation déjà faite par les soignants. La discussion avec chaque équipe a permis de proposer des activités d'ETP spécifiques à chaque unité (unités d'entrants, de réhabilitation, structures de soins ambulatoires, hôpitaux de jour, etc.).

Forte d'un programme centré sur la schizophrénie, Arsimed®, et déjà autorisé par l'ARS Aquitaine, l'équipe a pérennisé l'action d'éducation auprès des familles, et, pour la première fois dans l'établissement, a proposé de l'ETP auprès de patients d'une unité de réhabilitation.

D'autres sessions du programme sont prévues dans différentes unités d'ici fin 2014.

L'enrichissement des pratiques est nécessaire, avec notamment l'élaboration de programmes s'adressant à des personnes souffrant d'autre troubles chroniques, et principalement le trouble bipolaire. Enfin, l'équipe se donne mission de développer un partenariat avec les UTEP de MCO afin de favoriser un parcours éducatif optimal pour les patients poly-pathologiques.

Mots clés Éducation ; UTEPP ; Transversal ; Pluridisciplinaire ; psychiatrie ; Pau

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

