



Le parcours socio-sanitaire ambulatoire visant le rétablissement des personnes vivant avec une schizophrénie



Le parcours de santé du CDP sur les villes
de Versailles et Le Chesnay - 20-10-2017

Le parcours socio-sanitaire ambulatoire visant le rétablissement des personnes vivant avec une schizophrénie

Le contexte national

- Constat d'une organisation des soins et des accompagnements orientée vers l'accompagnement du handicap plus que sa prévention.
- Vaste mouvement international de réorganisation guidée par le paradigme du rétablissement : vivre avec la maladie / maintien ou réengagement des personnes dans une vie active et sociale choisie
- La proposition du rapport du Centre de Preuves : déployer un accompagnement global, sanitaire et social, ambulatoire, proposant des soins de qualité orientés vers la réduction des déterminants du handicap et mobilisés en fonction du projet de vie de la personne.
- Proposition adoptée fin 2016 par le Comité Interministériel du Handicap et le Conseil National de Santé mentale
 - Des financements fléchés pour une implémentation nationale
 - Quelques expérimentations en France dont la première sur les villes de Versailles et du Chesnay
- Objectif d'apporter des informations sur la mise en œuvre et les retombées de l'expérimentation afin de servir de guide à la généralisation du programme.
- Ambition d'un déploiement sur 10 % des secteurs en France en 3 ans

Les principes du parcours socio-sanitaire dans cette expérimentation

- Suivi ambulatoire socio-sanitaire d'intensité variable pouvant aller jusqu'à un suivi intensif (éviter les hospitalisations non programmées)
- Respectant les principes communs des organisations à haut niveau de preuves (ACT, FACT, RACT) :
 - case management
 - multidisciplinarité (co responsabilité sanitaire et sociale)
 - suivi ambulatoire (proche du lieu de vie du patient).
- Assurant la continuité du suivi quelle que soit son intensité (Flexive Assertive Community Treatment, FACT – Van Veldhuizen 2015, Nugter2015, Pays Bas, Grande Bretagne)
- Et soutenant l'empowerment de la personne par sa participation à l'équipe resserrée, et la proposition d'y inclure deux à trois personnes de son entourage de son choix (Resource-group Assertive Community Treatment, RACT, Nordén, 2012, Nouvelle Zélande, Suède)
- Implémentation de cette nouvelle réponse au sein d'un CMP et avec une équipe dédiée de travailleurs sociaux (et non en créant un nouveau dispositif indépendant du CMP)

Le contexte local

Un territoire favorable à la mise en place du parcours proposé par le CDP (le RPSM78) :

- Un virage ambulatoire amorcé : 1,7 % d'hospitalisation de longue durée / réussite du transfert vers les établissements médico-sociaux
- Responsabilité sectorielle et continuité des soins (y compris pour les personnes hébergées en établissement médico-social)
- Les soins de réhabilitation sont assez largement diffusés
- Les secteurs travaillent avec les familles (guidance familiale, thérapie familiale) et soutiennent le maintien des personnes à leur domicile en réalisant des VAD
- La réponse à la crise est en partie assurée par les CMP (les patients souffrant de trouble schizophréniques ne représentent que 14 % des urgences au CHV ,9 % au CHR, 20 % pour le groupe ERIC)
- Une dynamique ancienne de collaboration avec les partenaires sociaux et médico-sociaux
- Et de création de Conseils Locaux de santé Mentale



Les premières étapes du projet

- Implémentation du parcours socio-sanitaire sur 4 secteurs du Sud Yvelines, périmètre offrant une diversité de population et permettant le déploiement d'une équipe de travailleurs sociaux
- Avant une généralisation à l'ensemble des secteurs volontaires du Sud Yvelines
- Sollicitation de l'Œuvre Falret pour porter l'équipe des travailleurs sociaux
- Malgré un intérêt unanime des financeurs (ARS, Conseil départemental), difficulté à trouver les moyens nécessaires

Les premières étapes du projet

- ⇒ Nouveau projet avec un périmètre plus restreint, en s'appuyant sur le Conseil Local en Santé Mentale de Versailles-Le Chesnay :
 - Conviction et implication immédiate des **acteurs** de proximité du fait de leur expérience **de terrain**
 - **Dynamique collaborative** entre secteurs sanitaires, sociaux, et médico-sociaux **déjà initiée**
- ⇒ Trois partenaires en charge de l'accompagnement social : par ordre d'inscription dans le projet, la **Ville** de Versailles, le **Conseil départemental (CD)**, et l'**Œuvre Falret**
- ⇒ Cofinancement **ARS / CHV / CD / Ville** de Versailles (+ demande en cours à la Fondation de France)
- ⇒ Motivation commune : logique de **prévention et de rétablissement**
- ⇒ Intérêts et attentes spécifiques de chacun des acteurs sociaux

Intérêt, motivation et attentes de chacun des acteurs sociaux

La Ville de Versailles

- Le **Maire** : **en première ligne** pour gérer les difficultés auxquelles sont confrontés les habitants de sa commune, en particulier celles générées par les personnes souffrant de troubles psychiques (troubles de voisinage, troubles à l'ordre public...). Cherche à créer les conditions du bien-vivre ensemble et à améliorer la qualité de vie de l'ensemble des citoyens.
 - Nécessité d'agir à travers sa politique publique d'action sociale
- Mais Santé : pas champ de compétence de la Ville et contexte budgétaire serré impliquent de construire de nouvelles formes de politiques publiques
 - **Culture de projets multi-partenariaux**, interinstitutionnels (cf. engagement dans le Conseil Local en Santé Mentale)
 - **Ville « laboratoire »** : terrain de recherche pour promouvoir les projets d'innovation

Intérêt, motivation et attentes de chacun des acteurs sociaux

La Ville de Versailles

Investissement important :

- Engagement **politique** fort dans le champ du handicap
- Engagement en **ressources humaines** (mise à disposition d'un travailleur social du CCAS)
- Engagement **financier** (1/2 poste de travailleur social, moyens logistiques et frais divers)

Attentes :

- ↳ Renforcer la **cohésion sociale** sur le territoire, et **démontrer l'efficacité des actions de prévention**
- ↳ En retirer une **expertise dans l'accompagnement de l'ensemble du public en souffrance psycho-sociale**
- ↳ Améliorer la **collaboration entre les services médicaux et sociaux** et favoriser le **décloisonnement**, pour coordonner et **centrer nos interventions autour du projet de vie de la personne** dans une logique de rétablissement

Intérêt, motivation et attentes de chacun des acteurs sociaux

Le Conseil Départemental

Le Département, "Chef de file" en matière d'aide sociale, d'autonomie des personnes et de solidarité des territoires.

Loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM) du 27 janvier 2014 – Loi NOTRe du 7 août 2015

L'action sociale du département concerne principalement :

- l'enfance : aide sociale à l'enfance (ASE), protection maternelle et infantile (PMI), adoption, soutien aux familles en difficulté financière ;
- **les personnes handicapées : politiques d'hébergement et d'insertion sociale, prestation de compensation du handicap (loi du 11 février 2005) ;**
- les personnes âgées : création et gestion de maisons de retraite, politique de maintien des personnes âgées à domicile (allocation personnalisée d'autonomie) ;
- **les prestations légales d'aide sociale : gestion du revenu de solidarité active ;**
- la contribution à la résorption de la précarité énergétique.

Intérêt, motivation et attentes de chacun des acteurs sociaux

Le Conseil Départemental

Motivations :

- Participer à un projet expérimental NOVATEUR :
 - ✓ Dans sa conception : Coordonner un parcours de vie au plus près de la personne / Equipe resserrée pluridisciplinaire (sanitaire et médico-sociale) avec une CO RESPONSABILITE de proximité dans le suivi et d'accompagnement / contractualisation
 - ✓ Dans son organisation : Projets multi-partenariaux interinstitutionnel / convention quadripartite
- Agir sur le champ de l'handicap de façon préventive => maintien à domicile et/ou évolution de l'autonomie fonctionnelle de la personne accompagnée
- Permettre un transfert de compétences entre les équipes sociales, médico-sociales et sanitaires

Intérêt, motivation et attentes de chacun des acteurs sociaux

Le Conseil Départemental

Attentes :

- ↪ Accompagner les personnes souffrant d'un handicap psychique au plus proche de la vie ordinaire / sortir du tout institutionnel
- ↪ Améliorer la collaboration entre les services médicaux et sociaux (décloisonnement)
- ↪ Former des travailleurs sociaux à l'accompagnement de personnes avec un handicap psychique, professionnels ressources pour l'équipe du Territoire d'Action départementale de Grand Versailles
- ↪ Etendre à terme le concept de « Réhabilitation » sur l'ensemble des communes du Département (Réseau Mental Sud Yvelines)

Intérêt, motivation et attentes de chacun des acteurs sociaux

L'Œuvre Falret

- L'association perpétue l'œuvre initiée par son fondateur ; elle innove et construit des réponses diversifiées pour accompagner des personnes en souffrance psychique en leur apportant des réponses adaptées et spécifiques à leurs besoins pour les aider à trouver leur place dans la Cité.
- L'ŒUVRE FARET est portée par la conviction qu'en dépit des obstacles engendrés par la maladie ou les accidents de la vie, chacun peut avec une aide appropriée, (re) construire sa vie pour vivre dans la société et y trouver sa place.
- Depuis plus de 175 ans , acteur reconnu d'utilité publique, l'Œuvre Falret développe des actions à travers une approche ouverte sur le monde, en partenariat avec les institutions, les structures publiques ou privées, sanitaires, sociales et de droit commun, les familles, proches et entourage.

Intérêt, motivation et attentes de chacun des acteurs sociaux

L'Œuvre Falret

Motivations

- L'Association est convaincue de la nécessité d'une approche multipartenariale décloisonnée entre les acteurs du soin, sociaux et médico-sociaux pour apporter les réponses les plus adaptées aux personnes souffrant de troubles psychiques ;
- Elle s'engage dans toute forme de projets visant l'amélioration des parcours de vie des personnes accompagnées en favorisant leur bien-être et l'acquisition de la plus grande autonomie possible ;
- Implantée sur toute l'Ile de France, elle coopère de longue date avec les acteurs du territoire des Yvelines ;
- C'est donc naturellement que l'Œuvre Falret a accepté de s'associer à ce projet.

Intérêt, motivation et attentes de chacun des acteurs sociaux

L'Œuvre Falret

Attentes :

- ↳ Concrétiser la volonté de mettre en œuvre un accompagnement sanitaire, social et médico-social décloisonné
- ↳ Mettre en évidence les freins à la fluidité des parcours, notamment en lien avec le cloisonnement actuel des différents intervenants, en vue d'élaborer des pistes d'amélioration et des propositions concrètes en direction des pouvoirs publics
- ↳ Démontrer la pertinence d'une intervention dans une approche globale de la personne de manière préventive, en amont de l'installation d'un handicap et donc plus concrètement, permettre aux équipes médico-sociales d'intervenir en amont de l'orientation MDPH.

Les grandes orientations du projet

- Maintenir un rattachement fonctionnel des travailleurs sociaux à leurs établissements d'origine pour favoriser l'insertion et l'accès aux prestations ou services de droits communs
- Implémenter cette nouvelle réponse au sein d'un CMP et avec une équipe dédiée de travailleurs sociaux (et non en créant une équipe indépendante du CMP)
 - Participation possible de l'ensemble de l'équipe paramédicale du CMP avec une implication variable
 - Continuité du suivi par le psychiatre du CMP
 - Palette de soins de réhabilitation
- Expérimenter et apporter des informations en vue d'une généralisation : faisabilité / obstacles et réponses aux difficultés / impact sur le devenir des personnes concernées / Impact sur les pratiques professionnels et les partenariats / données médico-économiques

Evaluation des moyens

- A qui s'adresse le projet ?
 - aux personnes vivant avec un trouble schizophrénique, domiciliées sur les villes de Versailles et Le Chesnay
 - suivies sur le CMP du secteur 17 (160 personnes actuellement)
- Quels sont les moyens nécessaires ?
 - Calcul basé sur les données de la littérature :
 - ratio de 12 patients / professionnel pour les équipes pratiquant les suivis intensifs (ACT)
 - versus 25 / 1 pour les programmes assurant un suivi continu à intensité variable (FACT)
 - En fonction de notre file active, évaluation des besoins à 3 travailleurs sociaux et 2 infirmiers pour renforcer l'équipe du CMP
 - Un résultat attendu de l'expérimentation : combien de personnes auront pu être incluses ?
- Un financement assuré pour (presque) 30 mois : une enveloppe dédiée ARS / participation de la Mairie de Versailles et du Conseil Départemental / pôle de psychiatrie

Premières actions mises en œuvre : rédaction d'une convention quadripartite

- Recrutement de 3 travailleurs sociaux mis à disposition respectivement par CCAS de Versailles, du TAD du Grand Versailles et de l'Œuvre Falret.
 - Conservent leur lien fonctionnel avec leur service d'origine
 - 20 % de temps de coordinatrice
- Recrutement de deux infirmières pour renforcer l'équipe du CMP, en particulier pour permettre les suivis intensifs.
- Formation initiale intensive par ALFAPSY (organisme de formation lié à l'œuvre Falret, impliquant des formateurs professionnels et des pairs aidants).
- Mise à disposition d'un véhicule en sus des moyens déjà mis à disposition des professionnels participants à l'expérimentation.
- Mise à disposition de l'équipe de locaux (un bureau au CMP et un bureau au territoire d'action départementale) et des moyens logistiques nécessaires (informatique, téléphone, matériel de bureau, etc.)

Organisation et pilotage du projet

- Une organisation sur le terrain : outils partagés, réunions pluri-professionnelles de coordination.
- Comité de suivi opérationnel : responsables des équipes, des professionnels et le cas échéant des personnes accompagnées
 - ➔ orienter l'expérimentation en fonction des remontées de terrain et valider les évolutions nécessaires.
- Comité de pilotage institutionnel : représentants des 4 partenaires signataires de la convention, de l'Agence Régionale de Santé, et de l'UNAFAM (bureau national de l'UNAFAM et délégation départementale des Yvelines)
 - ➔ restitution de l'avancée du projet et des premiers éléments d'évaluation, proposition d'ajustements si nécessaire
- Comité des usagers du parcours : participation au pilotage et à l'évaluation du projet

Les modalités d'inclusion des personnes dans le parcours socio-sanitaire

- Sont éligibles les personnes domiciliées à Versailles ou au Chesnay, suivies au CMP du secteur G78017 et pour lesquelles un diagnostic de schizophrénie a été posé (160 personnes environ sont à ce jour concernées + les « nouveaux » à venir)
- Pour l'intérêt de l'expérimentation (diversité de type de situations), parti pris de proposer à toutes les personnes concernées sauf motif majeur (personne stabilisée au prix d'une très grande ritualisation, éléments de dangerosité, etc.)
- Validation de la décision par l'ensemble de l'équipe socio-sanitaire (équivalence de pouvoir de décision des travailleurs sociaux et des professionnels sanitaire)
- Puis proposition à la personne et demande de non opposition à l'utilisation de données personnelles pour la recherche évaluative
- Pour déterminer l'ordre de proposition :
 - Focus sur les « jeunes » (moins de 5 ans d'évolution des troubles) qui peuvent être inclus à tout moment
 - Puis tirage au sort pour la constitution d'une liste d'ordre de possibilité d'entrée dans le parcours (avec un « avantage » pour les Versaillais)

L'équipe resserrée et les outils utilisés

- Les termes du contrats sont écrits dans un dossier partagé
- Participation des proches à l'équipe resserrée « à géométrie variable »
- Appui sur des outils structurés pour élaborer le projet global
 - pour l'évaluation des besoins : ELADEB (Pomini et col. 2008)
 - pour l'évaluation des ressources : AERES (Pomini et col. 2008)
 - pour l'évaluation des déterminants cognitifs et motivationnels du handicap psychique, cibles potentielles des soins de réhabilitation : EPHP (Passerieux, 2017)
- Appui sur des auto-questionnaires pour aider la personne à se situer et à mesurer son évolution
 - Sa confiance envers l'équipe et son degré d'alliance : 4PAS (Misdrahi et al., 2009)
 - Son niveau de rétablissement (RAS, McNaught, 2007)
 - Sa qualité de vie (S-QoL 18, Lançon 2007).
 - Son niveau de recours et d'acceptation des aides (V-MSEQ, Versailles)

Les suivis de crise

- L'équipe assure des interventions à domicile 5 jours /7 et aux heures ouvrables (jusqu'à 18-19 heures), binôme infirmier ou pluri-professionnel, jusqu'à deux fois par jour si besoin
- Contractualisation possible avec le groupe ERIC pour des interventions de crise
- Et contractualisation avec les urgences du CHV pour que l'équipe socio-sanitaire soit systématiquement informée d'un passage aux urgences et soit impliquée dans la prise de décision
- Possibilité d'hospitalisation programmée de courte durée

La palette des soins

Soins de base

- Psychotropes
- Accompagnement global
- Prise en charge des conduites addictives
- Suivi somatique en lien avec le médecin traitant

Soins de réhabilitation

- Psychoéducation de la personne et de son entourage
- Remédiation(s) cognitive(s)
- Développement des habiletés sociales

La synergie action d'insertion / soins : un essai contrôlé randomisé

B. E. Wexler & M. D. Bell

RESULTAT
57% conservent un emploi dans le groupe expérimental bénéficiant de remédiation cognitive / 21% dans le groupe « emploi accompagné » seul

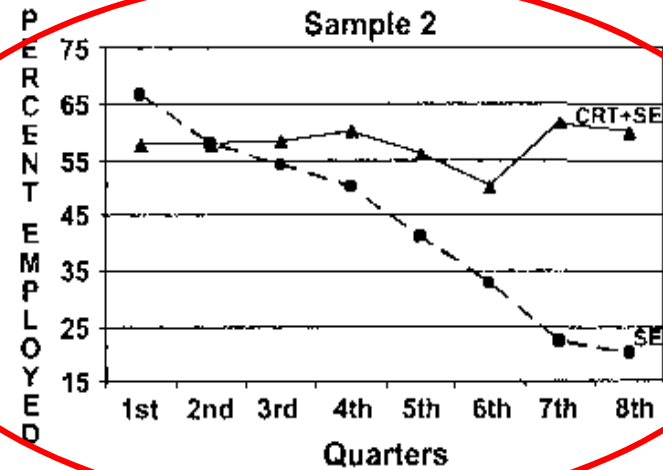
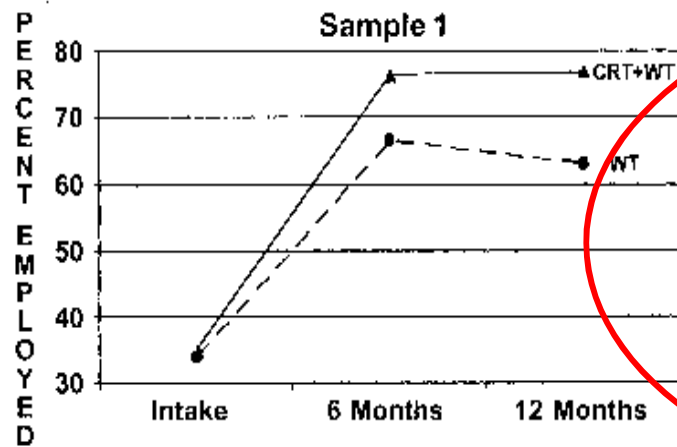


Fig. 3a-b. Percentage Employed by Condition at Specified Time Points Throughout the Study and Follow-up.

Evaluation

Portée par l'équipe HANDIRéSP, EA 4047, UVSQ (Mario Speranza et Christine Passerieux)

- Impact sur le parcours des personnes : Paul Roux, Nadine Bazin
- Bras médico-économique : Stéphane Barahmi
- Étude qualitative : Aurélie Fraboulet-Meyer (Falret)

Evaluation

Hypothèses

1 - Le devenir de la personne est meilleur en terme de :

- Stabilité ou rémission des symptômes
- Qualité de vie
- Niveau d'insertion et fonctionnement dans la cité
- Rétablissement

2 – Les pratiques répondent davantage à des critères de qualité

- diminution des soins sans consentement et des autres mesures de privation de liberté,
- qualité des prescriptions,
- accès aux soins somatiques

3 - Questions sur les facteurs influençant l'importance du bénéfice observé (par exemple la durée d'évolution des troubles)

4 – Focus sur des situations particulières (soins sans consentement, personnes hébergées dans un établissement médico-social, entrée dans la maladie)

Evaluation

Hypothèses

5 - Le coût des services est compensé par la réduction de la consommation de soins :

- Évaluation du coût global de l'expérimentation / nombre de personnes qui en bénéficient
- Mesure de la consommation de ressources et de soins pendant les deux ans qui précèdent et les deux ans qui suivent l'entrée dans le nouveau parcours

Question sur les facteurs influençant l'impact médico-économique du projet (personne entrant dans la maladie ou éloignées des soins / organisation des parcours / type de pratiques)

Evaluation de la faisabilité

Les éléments concernant la faisabilité de la mise en place du parcours et les obstacles rencontrés seront l'objet d'une attention particulière, par exemple :

- les obstacles réglementaires de toute sorte (impossibilité d'accès à des prestations ou au remboursement de soins pour les personnes, différence de statut et de droits des professionnels)
- les obstacles organisationnels, contraintes liées aux moyens disponibles, etc.
- les difficultés inhérentes au partenariat et à la différence de « culture » professionnelle
- les limites d'indication ou les échecs du parcours socio-sanitaire liées à la problématique des personnes

Evaluation du parcours des personnes

Etude quantitative avant/après :

observationnelle « naturalistique » c'est-à-dire visant à ne pas interférer avec le déroulé de l'expérimentation

Recueil de données issues du dossier médico-social des personnes :

- Parcours antérieur (consommation de ressources sanitaires – dont nombre de journées d'hospitalisation, nombre d'hospitalisations non programmées - et sociales)
- Consommation de ressources par année les deux dernières années : soins (spécialisés ou non spécialisés), accompagnements
- Reconnaissance MDPH
- Mode de vie (logement, travail ou formation, accès aux loisirs, liens sociaux etc.) et accès aux droits sociaux
- Accès aux soins de réhabilitation les deux dernières années : lesquels / quelle durée
- Traitement médicamenteux

Evaluation

Recueil de données « au fil de l'eau »

- la durée / rythme des inclusions (courbe d'inclusion)
- Les motifs de refus d'inclusion des patients et de l'équipe socio-sanitaire
- Les sorties du programme et leurs motifs / perdus de vue

Pour chaque personne incluse dans le programme :

- la constitution du groupe ressource ou équipe rapprochée (nombre et qualité des personnes ressource pour le patient)
- Les périodes de suivi intensif et leurs durées
- Les passages aux urgences, les hospitalisations non programmées et leurs durées
- Les évènements indésirables et les mesures correctrices mises en place
- la consommation de soins
- l'accès aux soins de réhabilitation et lesquels
- les prestations proposées aux familles
- la consommation de ressources d'accompagnement
- les changements de mode de vie (logement, emploi, activités)
- La nature des liens sociaux et leur développement
- les nouveaux accès aux droits (et autres indicateurs sociaux)

Evaluation

Recueil de données « au fil de l'eau » (et au moins à l'entrée dans le parcours et à un an)

- Par le psychiatre traitant :
 - Sévérité des symptômes (PANSS, Kay, Fizbein, Opler, 1987).
 - Qualité du fonctionnement social (PSP Nasrallah et al., 2008).

- par l'équipe resserrée avec les outils d'aide à la construction du projet global
 - ELADEB pour l'évaluation des besoins (Pomini et col. 2008)
 - AERES pour l'évaluation des ressources (Pomini et col. 2008)
 - EPHP pour l'évaluation des déterminants cognitifs et motivationnels du handicap psychique, cibles potentielles des soins de réhabilitation (Passerieux, 2017)

- par la personne accompagnée (auto-évaluation):
 - le degré d'alliance avec la 4PAS (Misdrahi et col., 2009)
 - le niveau de rétablissement avec la RAS (McNaught, 2007)
 - la qualité de vie avec la S-QoL 18 (Lançon, 2007).
 - le niveau de recours et d'acceptation des aides par la V-MSEQ (Versailles)

Evaluation

Étude qualitative :

1 - Sous la forme d'une observation tout au long de l'expérimentation par un professionnel ne participant pas au programme expérimental ni à l'équipe du CMP.

Focus sur les

- modalités de construction des projets de santé personnalisés (quel mode de contractualisation, difficultés, ajustements, impasses, comment se négocient les désaccords, ...).
- les éventuelles modification de pratiques ou de postures professionnelles.

Rôle de « scribe » de l'expérimentation, chargé d'en retracer le déroulement et les modalités successives d'ajustement, participation au comité de suivi

Au terme de deux ans : satisfaction des différentes parties prenantes / focus groupe

2 - en fin d'expérimentation, analyse de la satisfaction et retour sur l'expérimentation par la méthode des focus groupes

À bientôt pour un premier retour
d'expérience

Et merci de votre attention et de vos
questions