

LE CASE MANAGEMENT DE TRANSITION :

**Assurer la continuité du rétablissement
après une hospitalisation psychiatrique**

Charles Bonsack

Pascale Ferrari

Silvia Gibellini

Sophie Gebel

Patricia Jaunin

Christine Besse

Stéphane Morandi

Publication n°8 - Mars 2013

ARCOS

Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise »

En collaboration avec le
Service de Psychiatrie Communautaire

et le
Service de psychiatrie générale

Avec le soutien
du Fonds national suisse de la recherche scientifique

Le case management de transition :

Assurer la continuité du rétablissement
après une hospitalisation psychiatrique

Charles Bonsack
Pascale Ferrari
Silvia Gibellini
Sophia Gebel
Patricia Jaunin
Christine Besse
Stéphane Morandi

Mars 2013

Filière psychiatrie communautaire adulte ARCOS

Equipe de recherche :

Charles Bonsack, PD et MER, Médecin chef¹
Pascale Ferrari, Infirmière spécialiste clinique^{1,2}
Silvia Gibellini, Psychologue psychothérapeute FSP¹
Sophia Gebel, Psychologue¹
Patricia Jaunin, Infirmière¹
Christine Besse, Cheffe de clinique¹
Stéphane Morandi, Chef de clinique¹

¹Service de psychiatrie communautaire du département de psychiatrie du CHUV

²Institut et Haute école de santé La Source

Direction de projet :

Marga Cambra, cheffe de projet ARCOS
Marylaure Garcia, cheffe de projet ARCOS
Charles Bonsack, médecin-chef DP-CHUV
Aurelio d'Alba Mastropaolo, Médecin
Dominique Hude, directeur ARCOS
Stéphane Jeanneret, directeur APREMADOL

Groupe de référence :

Kalman Bercy (FSL), Charles Bonsack (DP-CHUV), Dario Caffaro (Foyer de la Borde),
Marga Cambra (ARCOS), Danilo Castro (GRAAP), Adrian Coman (Médecin),
Annette Cossy (DUPA), Heidi Decrey (Médecin), Marie-Catherine Despeyroux
(APREMADOL), Anne du Pasquier (Médecin), Pascale Ferrari (DP-CHUV), Silvia Gibellini
(DP-CHUV), Dominique Hude (ARCOS), Patricia Ineichen (DUPA), Jean-Michel Kaision
(DP-CHUV), Michael Klay (Médecin), Jean-Christophe Miéville (DP-CHUV),
Stéphane Morandi (DP-CHUV), Alexandre Moret (FSL), Olivier Moyse (Foyer Point du Jour),
Josiane Noël (La Maison d'Orphée), Eric Schmitt (Fondation des Lys)

Impressum : © ARCOS

Date de publication : Mars 2013

Cette publication est disponible en format PDF en français sur le site : www.arcosvd.ch

Remerciements :

Un grand nombre de personnes ont été impliquées dans ces travaux, et nous ne pourrions pas toutes les nommer personnellement. Nous remercions tout d'abord les patients et leurs proches qui ont accepté de participer à la recherche et nous ont fait confiance dans le développement d'une nouvelle activité. Les collaborateurs du case management de transition, qui réalisent quotidiennement les interventions auprès des patients, ont contribué avec beaucoup de ténacité au développement et au succès de cette intervention. Nous sommes reconnaissants aux équipes et aux responsables de la Clinique psychiatrique universitaire de Cery, en particulier à l'Unité d'accueil, observation et crise, d'avoir accueilli l'implantation de ce projet en leur sein, ainsi qu'aux professeurs Jacques Besson et Philippe Conus, à Roland Philippoz et à Muriel Baudraz, qui ont soutenu et poursuivent ces développements. Nous remercions le professeur Patrice Guex d'avoir initié la collaboration de réseau dans la filière de psychiatrie communautaire, et l'ensemble de la direction actuelle du Département de psychiatrie, le professeur Jacques Gasser, Luis Basterrechea et Jean-Michel Kaision de continuer à œuvrer dans cette perspective. Au sein du réseau ARCOS, nous remercions Dominique Hude, Marga Cambra et toutes les personnes impliquées dans la filière de psychiatrie communautaire, pour leur soutien infaillible, leurs commentaires et leurs encouragements dans la réalisation du projet.

Ce projet a bénéficié d'un soutien financier du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS # 3200B0 – 118347/1) et du réseau ARCOS. L'implantation clinique a été pérennisée dans le cadre du plan de santé mentale du canton de Vaud, par l'attribution d'un budget spécifique au Département de psychiatrie du CHUV.

Préambule

Ce rapport compile plusieurs travaux réalisés dans le cadre d'un projet soutenu par le réseau ARCOS visant à améliorer les conditions de sortie de l'hôpital psychiatrique. La première partie est une revue de littérature sur la problématique de la sortie de l'hôpital psychiatrique et des manières optimales de la gérer. La deuxième partie rend compte d'une étude-pilote et d'une étude comparative réalisées avec le soutien du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) sur le modèle de case management de transition que nous avons développé. La troisième partie décrit plus en détail le modèle clinique d'intervention que nous avons implanté après la période de recherche. La dernière partie propose des recommandations pour des développements ultérieurs dans le canton de Vaud.

Il s'agit du compte rendu d'un *work in progress*, avec ses défauts et ses qualités. Les défauts sont qu'il constitue un assemblage de textes dont les différences de contenus pourraient troubler le lecteur, entre l'aridité des résultats de recherche, l'exposé des questions organisationnelles ou la description clinique de l'intervention. Les qualités sont de montrer le cheminement complet d'un projet qui va d'une question simple de terrain, « améliorer les sorties de l'hôpital psychiatrique », et qui aboutit à l'implantation d'un modèle clinique, en passant par un ancrage profond dans le développement des connaissances par la recherche.

Le lecteur comprendra qu'il n'est pas forcé de suivre les chapitres de manière linéaire tels qu'ils sont présentés, mais qu'il peut s'aventurer à errer dans les parties qui l'intéressent, sans pour autant totalement se perdre. Nous espérons qu'il y trouve des pistes pour favoriser le rétablissement des personnes qui vivent cette transition difficile entre hospitalisation psychiatrique et retour à domicile.

Sommaire

Résumé	8
Introduction et revue de littérature	10
L'hospitalisation psychiatrique aujourd'hui	10
De la chronicité au rétablissement : un changement de paradigme	10
Les enjeux de l'articulation hospitalo-ambulatoire : rupture ou continuité.....	11
Collaboration en réseau et communication entre les acteurs	13
Les moyens d'accompagnement à la sortie de l'hôpital	13
Des recommandations comme objectif	15
Mesures organisationnelles.....	16
Attentes des partenaires et connexion avec le réseau	16
Colloque réseau hospitalier.....	16
Commission liaison hôpital-réseau	16
Liaison CMS	16
Protocole de collaboration DP-CMS	17
Le case management de transition.....	18
Description de l'intervention durant la phase de recherche	18
Population-cible.....	19
Processus d'intervention.....	19
Expérience-pilote.....	19
Implications pratiques :	23
Etude randomisée	23
Hypothèses	23
Méthode	24
Résultats	26
Le case management de transition : bilan et recommandations	34
1. Valeurs : de la chronicité au rétablissement	34
La diffusion du modèle du rétablissement auprès des différents partenaires impliqués.....	36
Le concept de transition comme organisateur des connexions entre spécialistes et intervenants de première ligne	36
Différencier le projet de vie de la personne et le projet thérapeutique.....	36
Le patient comme fil conducteur de sa propre histoire, malgré les obstacles institutionnels, culturels et conjoncturels.....	37
2. Processus: population-cible, intervention et outils.....	37
Une attention spécifique aux personnes hospitalisées en psychiatrie sans suivi institutionnel	37

Les étapes-clés pour systématiser un suivi optimal selon les besoins, en se référant au modèle du case management	38
Les cibles de l'intervention	44
La promotion des outils cliniques qui favorisent la culture du rétablissement	45
3. Développements et interactions avec les partenaires-clés	50
Systématiser le développement du case management de transition pour toutes les personnes qui sortent de l'hôpital psychiatrique sans suivi institutionnel	50
Diffuser le modèle Intervention en période critique	51
Regrouper et réorganiser le case management à l'hôpital	51
Promouvoir une formation ciblée en santé mentale	52
Favoriser le partenariat avec les intervenants de première ligne	52
Favoriser les liens avec les différents programmes du plan de santé mentale	53
4. Recommandations	53
Promouvoir les valeurs qui permettent à la psychiatrie de passer du modèle de la chronicité à celui du rétablissement au niveau du plan de santé mentale et des orientations stratégiques des institutions psychiatriques	53
Intégrer le développement du case management de transition dans la perspective plus large des moyens nécessaires pour connecter l'hôpital psychiatrique à son environnement dans le plan de santé mentale, dans la stratégie opérationnelle des institutions psychiatriques et dans les projets des réseaux	54
Développer le case management de transition dans le canton de Vaud pour toutes les personnes hospitalisées en psychiatrie sans suivi institutionnel, au moyen d'un processus qui garantisse l'identification systématique de la population-cible et un suivi optimal individualisé	54
Promouvoir largement des outils qui favorisent l'appropriation par le patient (ex : ELADEB), la connexion à l'environnement (ex : carte réseau), l'anticipation des périodes de crise (ex : Plan de crise conjoint) et la transmission d'informations entre professionnels (ex : DMST)	55
Regrouper et réorganiser le case management à l'hôpital, quel que soit le rattachement structurel des collaborateurs (Service de psychiatrie générale, Service de psychiatrie communautaire, réseau, etc.)	55
Favoriser la formation continue en santé mentale par le biais d'une plateforme de formation continue dans les domaines de la santé mentale	55
Favoriser le partenariat avec les intervenants de première ligne (CMS, médecins généralistes) aux niveaux du terrain, des directions des institutions et dans la constitution d'une culture commune	56
Favoriser l'implication des unités hospitalières à plusieurs niveaux dans les projets du réseau	56
Conclusion	57
Annexe	58
Annexe 1 : Plan de crise conjoint	58
Références bibliographiques :	60

Résumé

La personne sortant de l'hôpital psychiatrique fait face à un paradoxe : après amélioration durant le séjour hospitalier, ses problèmes restent plus sévères et plus nombreux au moment de la sortie que ceux de la plupart des autres personnes suivies de manière ambulatoire. La sortie de l'hôpital psychiatrique reste donc une période critique aux conséquences potentiellement graves. 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. Il est nécessaire, par conséquent, de trouver des solutions adaptées pour renforcer la connexion des soins au moment du retour dans la communauté.

Ce rapport a pour but d'édicter des recommandations sur les moyens cliniques et organisationnels nécessaires pour faire face au défi de la continuité du rétablissement lors de la sortie de l'hôpital psychiatrique. Ces recommandations se basent sur:

- une revue de littérature;
- une étude-pilote et une étude randomisée sur l'efficacité d'un suivi de transition à la sortie de l'hôpital;
- l'implantation clinique de celui-ci dans le Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

La 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 ré-admission, voire de suicide et que la connexion aux soins ambulatoires est généralement faible. Les moyens efficaces pour favoriser la continuité des soins sont identifiés, mais ils ne sont pas systématisés dans la pratique. Le modèle de secteur en France et de case management dans les pays anglo-saxons ont montré leur efficacité après des hospitalisations de longue durée et pour les hauts utilisateurs de soins psychiatriques. Un modèle « d'intervention au moment critique » a également fait ses preuves récemment pour les sans-abris, les sorties de prison et les sorties d'hôpital dans les troubles psychiatriques sévères. Par contre, les études manquent pour évaluer des modèles de suivi de transition pour des hospitalisations de courte durée dans des phases plus précoces de troubles psychiatriques, en articulation avec les soins de premier recours.

L'étude-pilote montre que les sujets à risque ne sont pas repérables à *priori* durant l'hospitalisation, mais que les difficultés apparaissent lors du retour à domicile. Les besoins de ces personnes sont sous-estimés durant le séjour hospitalier, où elles ne sont pas identifiées comme des patients problématiques. Les réseaux primaire (proches) et secondaire (soignants et autres intervenants) sont souvent mal identifiés dans les soins hospitaliers aigus qui restent focalisés sur les symptômes et leur évolution. Les projets de soins hospitaliers ne tiennent pas suffisamment compte des besoins et des attentes du réseau. Le retour à domicile constitue un stress majeur qui dépasse souvent la capacité de gestion du réseau, alors que les situations concernées apparaissent relativement faciles à gérer durant l'hospitalisation. Ce retour est vécu comme une crise qui fait resurgir les symptômes ayant amené à l'hospitalisation, phénomène souvent mal compris, alors que le sujet devrait être "guéri" par l'hospitalisation. L'intervention de case management de transition est bien acceptée et ap-

précieée par les patients, les proches et les soignants, en particulier les visites à domicile, l'attention aux problèmes concrets et l'aide dans la connexion avec le réseau.

L'étude randomisée montre que le suivi de transition diminue les réadmissions de 33% à 18% dans les trois mois qui suivent l'hospitalisation par rapport à un suivi standard. Le nombre de réadmissions a continué à diminuer après l'implantation clinique du modèle de case management de transition, pour se stabiliser à environ 10% de réadmissions dans les 3 mois et à 20% au terme de l'année qui suit l'hospitalisation.

Les divergences relevées dans l'appréciation des situations selon le contexte hospitalier ou communautaire entraînent un risque important de discontinuité des soins lors de la sortie de l'hôpital. L'implantation de mesures organisationnelles est nécessaire pour favoriser une culture commune entre une approche de soins aigus à l'hôpital et une approche globale à plus long terme en ambulatoire. Les mesures organisationnelles ne s'arrêtent donc pas à la mise en place d'une équipe de suivi de transition, mais concernent également le partage de valeurs communes sur le rétablissement, avec la mise en place de séminaires cliniques et de formation.

Les recommandations portent sur:

- les valeurs, la culture commune qui permettent de relever le défi de la sortie de l'hôpital;
- les outils et les moyens à mettre en place concrètement pour accompagner cette transition;
- les connexions nécessaires avec les acteurs-clés de l'environnement naturel du patient.

Pour les valeurs, nous recommandons de considérer la sortie de l'hôpital comme un moment critique aux conséquences potentiellement graves, qui doit dès lors systématiquement être l'objet d'une attention particulière. Ce moment critique représente un maillon faible, avec un risque de discontinuité dans le processus de rétablissement de la personne, de divergences dans la conception des soins, de rupture organisationnelle du suivi, de rupture du lien avec le patient et de la perte d'information dans le processus de transmission. Ainsi, nous recommandons de prendre acte des différences d'appréciations entre les intervenants et de s'accorder sur la primauté de la parole du patient et de son rétablissement pour organiser des interventions spécifiques adaptées à cette période critique. Le modèle d'intervention au moment critique et le modèle de rétablissement sont les modèles de référence sur lesquels s'appuyer. Les outils et les moyens concernent, premièrement, des aspects organisationnels et deuxièmement, la mise en place du suivi de transition. Les aspects organisationnels visent à :

- accentuer l'attention sur la période critique de la sortie de l'hôpital et de son anticipation;
- formuler les enjeux de la crise;
- favoriser la continuité des soins;
- mettre la parole du patient et de son rétablissement au centre du processus.

Dans la mise en place du suivi de transition, on examinera la population-cible, les phases et les objectifs de l'intervention. Enfin, dans la connexion à l'environnement, la connexion aux proches, aux professionnels de la santé de première ligne, on prendra en compte les besoins de base dans l'environnement naturel de la personne, les aspects asséurologiques et de protection sociale, ainsi que les activités et l'emploi.

Introduction et revue de littérature

L'hospitalisation psychiatrique aujourd'hui

Dans l'évolution récente des soins psychiatriques, le rôle de l'hôpital s'est profondément modifié, de même que ses interactions avec son environnement. Ce n'est plus un destin asilaire pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques, mais un moment critique de leur existence limité dans le temps, à partir duquel il s'agit de reprendre le cours de leur vie. Les hospitalisations psychiatriques brèves correspondent aussi à une réalité épidémiologique, puisque l'hôpital ne permet pas de répondre aux besoins que d'une fraction des personnes souffrant de troubles psychiques, même les plus sévères. Dénoncé comme une « institution totale » dans les années 60, l'hôpital psychiatrique a perdu sa fonction asilaire pour se concentrer sur les soins aigus.

Les soins hospitaliers sont devenus plus intensifs et plus spécialisés, augmentant ainsi la densité de soins sur une période plus limitée dans le temps. Les longs séjours ont été remplacés par des séjours plus nombreux et de courte durée, avec une augmentation consécutive des interactions entre l'hôpital et la communauté (Bonsack, Basterrechea et al. 2003). Divers modèles aidant à s'adapter à un raccourcissement des séjours ont été développés, mettant l'accent à la fois sur la place de l'hospitalisation « au service des soins ambulatoires » et sur des méthodes qui limitent la régression et favorisent une action rapide des traitements (McLeod-Bryant, Arana et al. 1997). Les professionnels de l'hôpital sont d'ailleurs très sollicités par ces soins, qui ont tendance à prendre le pas sur l'articulation avec le réseau. Or, ces modèles insistent sur la nécessité d'ajuster les objectifs thérapeutiques hospitaliers à l'insertion future dans la communauté: il ne sert à rien d'être « guéri » à l'hôpital, si cet état ne peut pas être maintenu dès le retour à domicile, sans toutefois préciser les moyens qui favoriseraient cette transition (Bonsack, Conus et al. 2001). Les transitions des patients entre l'hôpital et la communauté se sont donc accrues en nombre, en intensité et en complexité. Lorsque ces transitions échouent, elles peuvent conduire à des phénomènes de porte tournante, menant à un chaos qualifié de « nouvelle chronicité » (Bachrach 2001).

Parallèlement, l'éthique des soins a évolué de la prééminence du principe de bienfaisance qui autorisait une interprétation large des soins sous contrainte, à la prééminence du principe d'autonomie qui met au premier plan le choix et la liberté individuelle du sujet. Les traitements sous contrainte ont été strictement limités aux situations de danger vital. En conséquence, les sorties sont parfois aussi précipitées par les choix des patients, même lorsque les conditions ne sont pas satisfaisantes aux yeux des soignants (réseau secondaire) ou des autres personnes impliquées dans leur entourage (réseau primaire).

De la chronicité au rétablissement : un changement de paradigme

Parallèlement à la question asilaire, la notion de chronicité a prévalu en psychiatrie jusqu'à une période récente. La lutte idéologique contre le système asilaire n'a remis en cause que progressivement la notion de chronicité. Le terme de trouble mental chronique, jugé stigmatisant et prescriptif d'une issue négative, a d'abord été remplacé par la terminologie de « troubles mentaux sévères et persistants ». Ensuite, dans les années 80, les notions telles que « la schizophrénie, maladie du cerveau », ont été des tentatives de séparer le trouble de la

personne elle-même. Enfin, dans les années 2000 une véritable conception alternative au modèle médical de la guérison dans les troubles de santé mentale, a émergé: le modèle de rétablissement ou *recovery model* (Provencher 2002). Ce modèle de rétablissement constitue une véritable révolution: il n'est pas issu, en effet, des soins psychiatriques, mais plutôt de la prise en compte de l'expérience personnelle des personnes souffrant de troubles psychiques. Selon ce modèle, la disparition des symptômes n'est plus une condition nécessaire pour guérir, mais c'est bien l'existence au monde qui constitue l'essentiel de la guérison. De surcroît, la guérison n'est plus un résultat final, mais bien davantage un processus dans lequel s'engager. Fondé sur le principe, déjà défendu par Pinel en 1806, que les troubles psychiques n'atteignent jamais complètement l'entier de la personne ni ne durent toute son existence, le rétablissement s'appuie sur des valeurs identifiées et se déroule selon un chemin non linéaire. Les valeurs principales sont l'espoir (il existe un « après » le bouleversement lié à un trouble psychique) ; les connexions sociales (les liens sociaux et le rôle social sont partie intégrante de la guérison) ; la personne et ses besoins ne sont pas réduits à la maladie (et corollairement, le rétablissement ne dépend pas que des soins psychiatriques, mais peut se passer en dehors de ceux-ci). A partir des expériences de personnes rétablies de troubles psychiques, certaines phases communes du chemin non linéaire du rétablissement ont été identifiées : le moratoire, la conscience, la préparation, la reconstruction et la croissance. En phase de moratoire, la personne est bouleversée par la catastrophe du trouble psychiatrique. Décontenancée, désorganisée, ou dans le déni, elle n'est pas accessible à concevoir le trouble dans sa réalité, ni à chercher de l'aide pour y faire face. En phase de conscience, la personne prend progressivement conscience de ses difficultés et de ses ressources : elle identifie l'impact du trouble psychiatrique sur son existence, sans pourtant être encore en mesure de l'intégrer dans son identité, ni de connaître les moyens d'y faire face. En phase de préparation, la personne explore les voies possibles pour se rétablir, selon ses besoins en examinant ses ressources et celles qui sont disponibles dans son environnement. En phase de reconstruction, la personne travaille à retrouver des compétences et à reconstruire son identité à partir de l'expérience vécue. En phase de croissance, la personne a acquis une conscience élevée de son identité, qui a été transformée par l'expérience vécue. L'expérience vécue lui a permis de découvrir des pans ignorés de sa personnalité et de développer sa relation à autrui.

Le changement de paradigme de la chronicité au rétablissement semble essentiel pour accompagner le virage communautaire de la psychiatrie. En effet, si ce virage a été effectivement pris dans la pratique, la persistance de la référence aux valeurs de la chronicité continue à provoquer de nombreux malentendus et difficultés, notamment dans les attentes vis-à-vis de l'hospitalisation. L'hospitalisation n'est pas une fin en soi : il y a un « après » hospitalisation. Sans connexion à l'environnement, l'hospitalisation contribue à la guérison des symptômes, mais pas au rétablissement. L'hospitalisation survient par définition dans une période de crise : le bouleversement personnel vécu à ce moment-là sera donc probablement difficile à intégrer rapidement (période de moratoire). L'intégration de l'expérience vécue et de l'aide reçue va se poursuivre principalement au-delà de l'hospitalisation.

Les enjeux de l'articulation hospitalo-ambulatoire : rupture ou continuité ?

L'hospitalisation psychiatrique est une rupture dans l'expérience de vie du sujet. L'objectif de cette rupture est d'engager un processus accéléré de guérison dans un environnement protégé lorsqu'il n'est plus possible dans l'environnement naturel de la personne. Cette rupture a lieu en général dans une situation de crise impliquant le réseau primaire et secondaire de la

personne, le plus souvent après avoir épuisé d'autres formes d'aide. Les attentes du réseau envers les soins hospitaliers vont donc fréquemment au-delà de la guérison symptomatique, en particulier pour éviter la répétition d'autres situations de crise. Les questions du réseau ne sont néanmoins pas posées de manière explicite, ni les difficultés forcément visibles *in vitro* dans le contexte de l'hospitalisation. Par ailleurs, la « guérison » obtenue à l'hôpital doit pouvoir être interprétée et transposée dans la communauté, alors qu'il s'agit de réalités différentes, parfois difficilement conciliables. Par exemple : un patient parfaitement stabilisé dans un cadre hospitalier avec une médication complexe et importante, pourrait ne pas maintenir cet acquis sans une simplification du traitement et/ou une importante mobilisation de son réseau. La transition hospitalo-ambulatoire constitue donc un moment de crise durant lequel la personne est confrontée à de nombreuses questions, au moment même où le soutien important dont elle bénéficie à l'hôpital s'interrompt. Ces questions vont de la confrontation aux problèmes de la vie quotidienne aux conséquences de la crise qui a amené à l'hospitalisation, à la perception plus aiguë de certains effets secondaires des médicaments, jusqu'à l'incompréhension des proches quant à l'évolution des troubles, voire leur franche hostilité au traitement proposé. Dans le même temps, le patient va changer de référent thérapeutique et va, en général implicitement, être le vecteur principal de la transmission de l'information entre son séjour hospitalier et le suivi ambulatoire. Pour son rétablissement, c'est un moment de « crise », qui présente à la fois des risques et des opportunités. Les risques sont la rupture du processus de rétablissement, l'aggravation des symptômes, la perte d'espoir, voire le suicide. La première semaine qui suit la sortie de l'hôpital représente en effet une période de stress majeur où le risque suicidaire est multiplié par plus de cent, tous troubles confondus, et jusqu'à 2000 fois pour des femmes souffrant d'un trouble de l'humeur (Qin and Nordentoft 2005). Les opportunités sont celles de changer les comportements qui ont antérieurement amené à l'hospitalisation, de passer d'un rôle passif à un rôle actif dans la gestion de sa propre santé.

Dans cette période critique, la continuité des soins devient un élément central; sa compréhension peut cependant être variable selon la discipline et le champ de pratique de chaque intervenant. Reid, Haggerty et McKendry (2002), à partir d'une revue de littérature systématique et multidisciplinaire, en ont dégagé les éléments-clés transversaux qui favorisent l'émergence d'un langage et d'une pratique commune. La définition qu'ils proposent met en évidence deux éléments essentiels ainsi que trois types de continuité. Les éléments essentiels sont les soins vécus par une personne et reçus dans le temps. Les trois types de continuité sont la continuité informationnelle, relationnelle et d'approche. Ils peuvent être axés soit sur la maladie, soit sur la personne. La continuité informationnelle consiste en la transmission de l'information, mais également en son utilisation. Ces informations sont relatives à l'état de santé de l'individu ainsi qu'à ses données personnelles telles que ses valeurs, ses préférences, son contexte social et ses moyens de soutien. La continuité de l'information permet de relier les événements de soins passés, présents et futurs. En santé mentale, une attention particulière doit être portée aux données personnelles. La continuité relationnelle fait référence à la relation thérapeutique suivie entre un patient et un ou plusieurs intervenants. Cette relation est le support qui relie les soins dans le temps. La continuité de contact en fait partie. Elle se réfère à une approche dans laquelle le soignant va maintenir activement le contact avec son patient. C'est un aspect de la continuité relationnelle particulièrement mis en évidence dans les soins de santé mentale et de santé primaire. Finalement, la continuité d'approche ou managériale fait référence à une cohérence dans les soins qui peut être mise en œuvre dans un plan de soins partagé et clair. Ce dernier doit être personnalisé et adapté aux besoins, valeurs et contexte du patient. La souplesse est un élément fondamental de la conti-

nuité d'approche. Le plan de soins partagé doit être adapté aux changements de besoins de la personne et inclure une perspective évolutive.

Collaboration en réseau et communication entre les acteurs

En 2003, les acteurs du réseau de soins lausannois ont identifié les sorties d'hôpital comme l'un des obstacles les plus importants dans le maintien à domicile des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères (Bonsack, Schaffter et al. 2003). En effet, la complexité des situations, l'intrication des problèmes psychiatriques et sociaux impliquent souvent, de fait, la collaboration de plusieurs intervenants provenant de milieux différents. Dans une collaboration de réseau, le partage d'informations qui sert à coordonner les interventions, est particulièrement important, mais peut se heurter aux contraintes légales du secret professionnel et à la confidentialité nécessaire à l'établissement d'une relation de confiance respectueuse de la personne. Les attentes du réseau et son accès à l'information doivent être donc soigneusement évalués de façon différenciée et viser essentiellement à aider la prise de pouvoir par la personne (empowerment) sur sa maladie et son parcours de vie. Trouver cet équilibre dans le partage d'informations demande de l'engagement, du temps, et, sous la pression des soins aigus de courte durée, il est possible que l'on préfère le strict secret à un partage raisonné d'informations pertinentes, même si cela risque de nuire au suivi à long terme.

Enfin, l'implication des proches dans le suivi hospitalier apparaît comme un élément essentiel pour favoriser l'application et la transposition dans la vie quotidienne des résultats obtenus par le traitement hospitalier. Cependant, cette implication reste dans la pratique nettement insuffisante. Bien que la satisfaction des patients et des proches soit liée à un contact direct entre cliniciens et proches durant l'hospitalisation, pour plus de 80% des patients, ce contact demeure inexistant (Perreault, Tardif et al. 2005). Ainsi, l'évolution des soins psychiatriques oblige non seulement à modifier la pratique des soins intra-hospitaliers, mais aussi à développer des moyens pour améliorer les transitions entre l'hospitalisation et le retour dans la communauté et favoriser la continuité des soins.

Les moyens d'accompagnement à la sortie de l'hôpital

Les études montrent que, sans mesures particulières d'accompagnement, environ 50% des patients ne se rendent pas au premier rendez-vous après une hospitalisation (Olfson, Mechanic et al. 1998). Les patients sans rendez-vous ont deux fois plus de chances d'être ré-hospitalisés dans la même année que les patients qui se sont rendus au moins à un premier rendez-vous après l'hospitalisation (Nelson, Maruish et al. 2000). La discontinuité des soins hospitalo-ambulatoires et le risque de ré-hospitalisation semblent davantage en lien avec des caractéristiques du système de soins qu'avec celles du patient ou dues à la présence d'un trouble psychiatrique sévère (Boyer, McAlpine et al. 2000; Bruffaerts, Sabbe et al. 2004; Bonsack, Pfister et al. in press). Des mesures organisationnelles simples, telles que l'élaboration d'un projet de soins commun, la rencontre des intervenants ambulatoires et communautaires durant l'hospitalisation et l'élaboration de projets concrets dans la vie quotidienne du patient constitueraient les éléments essentiels d'une bonne transition hospitalo-ambulatoire, indépendamment de la sévérité des troubles.

Les moyens de transition, en termes d'organisation des services (par ex. suivi ambulatoire et hospitalier sous la même responsabilité, existence de case management), de processus de soins hospitaliers (par ex. révision du projet de sortie) et de suivi ambulatoire, ne sont pas suffi-

samment utilisés dans les services psychiatriques (Dorwart and Hoover 1994). Les méthodes les plus élémentaires pour faciliter la continuité des soins ne sont pas systématiques, en particulier lorsque le suivi se poursuit en dehors d'un cadre institutionnel. De nombreux patients sont suivis uniquement par le réseau primaire et secondaire existant, par préférence personnelle, en raison de l'incertitude quant à la durée et l'intensité future de leurs troubles ou à cause de l'inaccessibilité des soins spécialisés. Dans ces situations, les intervenants dans le réseau sont souvent démunis pour comprendre et articuler la crise psychiatrique, l'hospitalisation et le retour à domicile. Ce dernier devient alors difficile et met en péril l'acquis de l'hospitalisation, entraînant une insatisfaction de toute part. Le patient, son entourage et les professionnels impliqués doivent donc être aidés à transposer l'expérience de rétablissement à l'hôpital et l'intégrer dans l'expérience de vie dans la communauté.

Le case management constitue le modèle le mieux reconnu pour accompagner les patients dans la transition hospitalo-ambulatoire. Bien que plusieurs modèles existent, ils ont en commun des caractéristiques essentielles, telles que l'établissement d'une relation continue entre le patient et l'intervenant, l'implication du patient dans l'élaboration du projet thérapeutique et les liens avec les différents services engagés dans les soins aux patients (Bachrach 1993). Meisler et al. (Meisler, Santos et al. 1997) retiennent quatre éléments de la littérature pour assurer une continuité des soins : (1) des intervenants sont responsables d'un rôle de liaison entre les programmes de soins hospitaliers et ambulatoires et prennent la responsabilité de coordonner l'organisation des soins post-hospitaliers (Bogin, Anish, Taub, & Kline, 1984; Boyer et al., 1995; Tessler, 1987); (2) l'intervalle de temps entre la sortie et le début du traitement dans la communauté est bref (Axelrod & Wetzler, 1989; Tessler, Willis, & Gubman, 1986; Wells, 1992); (3) un case manager entre activement en contact pendant et après l'hospitalisation (Kanter, 1984) et (4) durant la période d'adaptation à la sortie, les clients sont soutenus de manière plus intensive qu'habituellement (Dincin et al., 1993; Wells, 1992). Dans une étude contrôlée plus récente, trois interventions cliniques multiplient par trois la chance d'un lien réussi avec les soins ambulatoires : la communication entre les cliniciens intra-hospitaliers et ambulatoires à propos du projet de sortie, le commencement du suivi ambulatoire avant la sortie et l'implication de la famille durant l'hospitalisation (Boyer, McAlpine et al. 2000). Les familles ont davantage de chance d'être satisfaites si elles ont été aidées à gérer les troubles mentaux dans la vie quotidienne plutôt qu'informées seulement par de la psychoéducation (Prince 2005). En outre, une intervention limitée à des rappels téléphoniques aux patients, à un encadrement plus soutenu des intervenants ambulatoires semble insuffisante pour améliorer l'adhésion aux soins ambulatoires (Cuffel, Held et al. 2002). Le « transitional discharge model » a été décrit pour faciliter le retour dans la communauté de patients longuement hospitalisés. Il consiste en : (1) un soutien par des pairs durant un an et (2) un suivi par l'équipe hospitalière jusqu'à ce qu'une relation thérapeutique soit établie avec l'intervenant ambulatoire. Deux études randomisées ont montré que le groupe-contrôle et le groupe-intervention évoluaient de manière semblable en termes de gravité des symptômes et de niveau de fonctionnement après cinq mois, mais que la durée d'hospitalisation des sujets « intervention » était diminuée de cent seize jours en moyenne (Forchuk, Martin et al. 2005) et le nombre de réadmissions divisé par deux (Reynolds, Lauder et al. 2004). Plus récemment, des « interventions brèves en période critique », développées initialement pour des populations-cibles spécifiques, ont été adaptées pour assurer la transition à la sortie de l'hôpital psychiatrique (Dixon, Goldberg et al. 2009). Les « critical time interventions » sont à l'origine un modèle d'intervention d'une durée de neuf mois mis au point pour prévenir l'occurrence répétitive de sans-abri parmi les hommes souffrant de troubles mentaux sortant de foyers pour sans-abri (Susser, Valencia et al. 1997). Le modèle original permettait de réduire efficacement

l'état des sans-abri et les symptômes négatifs pour des coûts inférieurs au traitement standard (Jones, Colson et al. 2003; Herman, Conover et al. 2011). Ce modèle a ensuite été étendu à d'autres populations telles que les sans-abri souffrant de troubles mentaux sortant de l'hôpital, les familles sans-abri, les vétérans sans-abri, et les hommes souffrant de troubles psychiques sortant de prison (Herman, Conover et al. 2007). L'adaptation sous forme d'intervention brève (trois mois) contribue efficacement à la continuité des soins après la sortie de l'hôpital (Dixon, Goldberg et al. 2009). Cette intervention est très proche de celle que nous avons développée pour le suivi de transition. Le case manager rencontre le patient et évalue ses besoins, identifie les barrières aux soins ambulatoires et établit un plan d'intervention. Les intervenants sont formés pour se focaliser sur la coordination du système et la stabilisation des symptômes psychiatriques, ainsi que l'identification de deux ou trois domaines-cibles supplémentaires. Deux phases ont été définies : articuler la transition et faciliter l'engagement dans les services de la communauté.

Des recommandations comme objectif

En résumé, des interventions efficaces ont été décrites pour assurer un suivi de transition hospitalo-ambulatoire de type case management pour : (1) des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères hautes utilisatrices de soins; (2) pour accompagner un processus de désinstitutionalisation dans le cas d'hospitalisations de longue durée et (3) pour améliorer la continuité des soins à la sortie d'une hospitalisation psychiatrique. Des interventions destinées à améliorer les transitions hospitalo-ambulatoires dans des phases plus précoces des troubles psychiatriques doivent être développées et validées dans le contexte actuel de raccourcissement des hospitalisations, d'augmentation nécessaire de la collaboration avec le réseau de soins primaires et de l'implication accrue des usagers et de leurs proches dans les soins psychiatriques.

Ce rapport a pour but de faire des recommandations sur les valeurs, les outils et les processus, ainsi que les interactions avec l'environnement, pour faire face au défi de la continuité du rétablissement lors de la sortie de l'hôpital psychiatrique. Ces recommandations se basent sur : (1) une revue de littérature ; (2) une étude-pilote et une étude randomisée sur l'efficacité d'une intervention de case management de transition (CMT) à la sortie de l'hôpital et (3) sur l'implantation clinique du suivi de transition dans le Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (DP-CHUV).

Mesures organisationnelles

Ce chapitre rend compte des mesures organisationnelles mises en place par le Département de psychiatrie du CHUV.

Attentes des partenaires et connexion avec le réseau

L'approche communautaire a été privilégiée pour saisir avec plus de précision les attentes spécifiques des partenaires du réseau sanitaire de la région lausannoise quant aux sorties de l'hôpital, préoccupation majeure partagée par l'ensemble des acteurs (Bonsack, Schaffter et al. 2003), dans le but d'optimiser l'existant plutôt que de multiplier les dispositifs. Les pratiques communautaires « impliquent d'abord de déconstruire nos représentations de l'autre, de soi, des problèmes, de nos savoirs, des situations et des systèmes, de construire ensemble des positionnements réciproques, des valeurs communes, des objectifs communs, des compétences et des ressources mutualisées. Elles deviennent donc des dynamiques créatrices et transformatrices, optimisant le potentiel de chacun » (Lefevre, 2001 p.351).

Ainsi, la première étape a été de rencontrer les divers partenaires concernés, afin de mieux connaître leur problématique de l'intérieur et développer des alliances pour assurer un ancrage durable au projet sur le terrain. Ces rencontres ont eu lieu par le biais de divers stages d'immersion, de rencontres de groupes interprofessionnels, d'entretiens plus formalisés ou encore grâce à un inventaire des travaux existants.

Colloque réseau hospitalier

Pour soutenir le développement d'une culture de la transition et d'une attention aux besoins du réseau par les collaborateurs de l'hôpital, un séminaire clinique et de formation a été mis sur pied. Ce séminaire interdisciplinaire mensuel s'appuie sur la « carte réseau » décrite plus bas. Le but est de présenter en équipe une situation de soins sous l'angle du réseau au premier plan, plutôt que sous l'angle de la psychopathologie. Les intervenants sont formés individuellement à l'outil « carte réseau », et un protocole a été élaboré, détaillant les étapes indispensables à la présentation. Ce séminaire est aujourd'hui implanté à l'hôpital et permet de discuter les situations cliniques et l'articulation du réseau de soins avec l'ensemble des collaborateurs de toutes les unités.

Commission liaison hôpital-réseau

Pour assurer l'encadrement et le soutien des démarches favorisant la continuité du rétablissement à l'hôpital, un groupe de travail réunissant médecins, infirmiers et assistants sociaux de toutes les sections hospitalières sur le sujet de la connexion avec le réseau a été mandaté. Le bilan de cette étape est présenté ci-dessous, selon les axes de travail prédéterminés.

Liaison CMS

Une activité de liaison psychiatrique en cohérence avec le plan de santé mentale du canton de Vaud 2007-2012 a été développée avec les infirmiers en psychiatrie de deux associations de soins à domicile de la région de Lausanne. Elle consiste en une animation mensuelle

en binôme médico-infirmier et d'une rencontre des infirmiers en psychiatrie des divers CMS, durant laquelle les aspects psychiatriques et relationnels d'une situation sont discutés.

Protocole de collaboration DP-CMS

Le travail sur la collaboration entre le Département de psychiatrie et les CMS s'est poursuivi. Il a débouché sur l'organisation de rencontres régulières entre les cadres des deux institutions et sur la poursuite de l'implantation du protocole de collaboration. La communication et la gestion des avis de non-conformité apparaissent comme des éléments essentiels pour améliorer la transition à la sortie de l'hôpital et mettent en évidence la nécessité d'une clarification au sein du DP-CHUV.

Le case management de transition

Une étude-pilote, puis une étude randomisée visant à étudier l'efficacité d'une intervention de case management de transition ont été réalisées.

Description de l'intervention durant la phase de recherche

Ce chapitre présente les interventions telles qu'elles ont été pratiquées durant l'étude-pilote et la recherche randomisée qui a suivi. Les lecteurs qui souhaitent une description clinique plus approfondie et plus actualisée de l'intervention sont invités à lire dans la partie « bilan et recommandation » le chapitre « Processus : population-cible, intervention et outils » (voir page 37).

L'intervention du groupe expérimental a été adaptée de « l'assertive community treatment (ACT) » (Stein and Test 1980), de l'intervention de milieu (Guay, Chabot et al. 2000) et du « transitional discharge model » (Reynolds, Lauder et al. 2004) en s'inspirant des compétences développées pour les patients difficilement accessibles (Bonsack, Haefliger et al. 2004; Bonsack, Adam et al. 2005). L'intervention de case management de transition porte une grande attention au réseau primaire ainsi qu'à ses attentes et cherche à renforcer la capacité de soutien de ce réseau plutôt qu'à se substituer à lui. Elle a lieu dans le milieu de vie du patient et se caractérise par son aspect actif et l'attention portée aux aspects de la vie quotidienne. Ces deux pans sont essentiels pour répondre à la fois au besoin spécifique d'une intervention spécialisée et au besoin de soutien et de collaboration avec le réseau existant, afin de satisfaire les critères de santé publique d'équité et d'accessibilité aux soins. Au vu de l'intensivité possible de l'intervention et de son caractère mobile, le nombre de cas (case-load) a été limité à dix patients par intervenant.

Le programme de case management de transition (CMT) a lieu au sein du secteur centre du Département de psychiatrie du CHUV, qui couvre les soins psychiatriques hospitaliers et ambulatoires d'un secteur de 300'000 habitants. Il fait partie de l'Unité de psychiatrie mobile (UPM), antenne du Service de psychiatrie communautaire (PCO), qui regroupe également la section de psychiatrie sociale (Unité de réhabilitation), la section d'addictologie et le dispositif cantonal de collaboration psychiatrie et handicap mental.

Durant cette phase, 0.8 EPT infirmier (activité clinique) et 0.3 EPT psychologue (activité de recherche) sont entièrement dévolus à cette activité. Les intervenants travaillent en étroite collaboration avec l'Unité hospitalière d'admission (AOC), mais sous une direction différente, dans le but de focaliser l'intervention sur les liens avec le réseau plutôt que sur le travail intra-hospitalier. Les situations complexes sont signalées par écrit aux urgences psychiatriques en cas de situation instable et de risque de ré-hospitalisation ; elles sont discutées et signalées aux unités ambulatoires lorsqu'un suivi ambulatoire spécialisé est souhaité à moyen terme. Les objectifs principaux de l'intervention sont:

- assurer que les progrès cliniques obtenus à l'hôpital peuvent être poursuivis dans la communauté ;
- mettre en lien le travail effectué par les intervenants hospitaliers avec celui effectué par les intervenants ambulatoires ;

- prévenir l'aggravation des troubles et la réadmission dans la période à risque de quatre semaines après la sortie.

Population-cible

L'intervention s'adresse à tous les patients hospitalisés dans l'unité AOC (unité qui accueille spécifiquement les premiers séjours), âgés entre 18 et 65 ans, rentrant à domicile et ne bénéficiant pas d'un suivi ambulatoire institutionnel à la sortie.

Processus d'intervention

L'activité de case management de transition porte sur deux aspects: (1) sur le plan organisationnel, il s'agit d'accorder une attention suffisante sur les attentes et les besoins du réseau durant l'hospitalisation et (2) à la sortie. Du point de vue clinique, il s'agit de relier des intervenants internes à l'hôpital au réseau dans la communauté. L'intervention commence au début de l'hospitalisation et se poursuit durant quatre semaines après la sortie. Il y a lieu de s'assurer que les changements acquis à l'hôpital sont transposés dans l'environnement naturel. Par ailleurs, il est crucial d'aider la personne à reprendre le cours de sa vie interrompu par l'hospitalisation. Les moyens s'appuient sur la transmission de connaissances, le lien de confiance, la compréhension des obstacles à l'accès aux soins et au maintien du processus de rétablissement.

Expérience-pilote

Le but de cette expérience-pilote était de développer une méthode d'intervention de transition et d'examiner sa faisabilité en vue d'une évaluation ultérieure de son efficacité. Ce chapitre est extrait d'un article publié pour décrire et illustrer par des exemples cliniques le modèle de case management de transition (Bonsack, Gibellini et al. 2009).

La première vignette montre à la fois la population-cible, le processus de guérison accéléré à l'hôpital et le problème de maintien des acquis à la sortie.

Danièle, une femme de 55 ans, est hospitalisée en mode volontaire par son psychiatre traitant en raison d'un état anxio-dépressif dans le contexte d'un licenciement professionnel. La patiente est effondrée lors de l'admission, puis, rapidement, elle se sent mieux. Elle arrive à mobiliser ses ressources et à reprendre le dessus de manière très active. Elle semble vouloir se battre pour récupérer son poste de travail et demande sa sortie de l'hôpital.

A priori, cette situation ne présente pas de difficultés particulières. Les symptômes dont elle souffre s'amendent rapidement et elle fait preuve de bonnes capacités fonctionnelles en affrontant ses difficultés.

De retour à son domicile, son état se dégrade au fur et à mesure qu'elle est confrontée à ses problèmes dans leur réalité. Alors qu'elle se rend à sa place de travail, elle se retrouve devant une porte fermée à clé, et elle est mise devant le fait accompli qu'elle n'a pas reçu de salaire depuis trois mois. L'employeur ne l'a pas signalée à l'assurance, elle ne peut pas s'inscrire au chômage en raison de son statut de malade. Des proches lui font des commentaires désobligeants sur son licenciement. Le case manager l'aide à clarifier, d'une part, ses différents soucis d'ordre juridique et administratif et d'autre part, à mobiliser des proches plus compréhensifs pouvant lui apporter un soutien positif dans cette période. Face à

l'exacerbation de la symptomatologie de la patiente, une nouvelle hospitalisation est évoquée.

Le retour à domicile constitue une crise en soi. Des problèmes « invisibles » durant l'hospitalisation apparaissent et remettent en cause l'amélioration des troubles. L'hospitalisation peut être perçue comme inutile par les intervenants ambulatoires.

Bien qu'elle ait ressenti l'hospitalisation comme bénéfique, Danièle pense que ce serait une manière de repousser ses problèmes. Il est alors décidé de faire un suivi plus intensif avec des entretiens fréquents avec le psychiatre traitant, un suivi par une infirmière des soins à domicile ainsi qu'une approche corporelle par une thérapeute privée. La transmission du case manager à l'infirmière à domicile se fait de manière progressive. Les amis et les voisins ont été sollicités pour la soutenir dans le quotidien (repas, présence, etc.).

L'intervention permet d'éviter de dissocier les acquis de l'hospitalisation de la situation difficile à domicile et d'organiser des espaces différenciés de confrontation avec le psychiatre, de régression par l'approche corporelle et de soutien dans le concret par l'infirmière à domicile.

Dans cette seconde vignette, la méfiance et l'isolement de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères peuvent occulter au médecin traitant certains problèmes concrets. Ceux-ci peuvent être mis en évidence lors d'une intervention de transition.

Alfredo, 53 ans, est connu pour une schizophrénie paranoïde. A l'admission, il est amaigri, sale, très délirant. Un traitement antipsychotique permet une rapide amélioration symptomatique. Le case manager de transition intervient dans la préparation de la sortie et entreprend des recherches sur les circonstances de l'admission et sur les projets de sortie. On apprend qu'Alfredo a emménagé depuis trois mois dans un nouvel appartement, mais qu'il ne l'a pas vraiment investi. Une visite à domicile est organisée. Le concierge indique qu'Alfredo a vécu essentiellement dans sa cave. L'appartement est vide et plusieurs éléments de réalité viennent aggraver son délire. Il est persuadé qu'un complot vise à l'évincer de cet appartement et qu'on va le tuer : en effet, « son nom n'est pas inscrit sur le digicode », et il ne comprend pas comment fermer sa porte à clé. La visite sur place permet de se rendre compte de ces obstacles. Le case manager aide Alfredo à faire les démarches auprès de la gérance et examine avec lui le dispositif de sécurité qui l'empêchait de fermer sa porte.

Cette connaissance plus concrète des circonstances de l'hospitalisation ouvre à une meilleure prise en compte des besoins du patient et de son réseau et d'anticiper une prochaine crise.

Durant l'hospitalisation, le contact est à nouveau établi entre Alfredo, le tuteur et le psychiatre traitant, qui sont bouleversés par la dégradation de la situation à domicile. Au vu de leur inquiétude, on propose, dès la sortie de l'hôpital, d'aider le patient à rédiger des directives anticipées pour définir des actions concertées en cas de rupture de traitement. Ces directives écrites et signées par le patient impliquent le réseau institutionnel et rassurent les intervenants ambulatoires quant aux mesures à prendre en cas de difficultés.

L'intensité du case management dépend de la complexité de la situation. L'intervention peut être indirecte (soutien des intervenants sans contact direct avec le patient) ou directe, selon les besoins. Pour les situations complexes (absence de collaboration au traitement, risque suicidaire, réseau complexe d'intervenants ou absence de réseau), l'intervention

comprend une rencontre de réseau pendant ou après l'hospitalisation et un accompagnement avec les intervenants ambulatoires.

L'intervention de transition facilite la circulation de l'information ciblée en fonction du destinataire à partir de l'accord du patient en évitant le clivage. L'entourage manifeste beaucoup d'intérêt vis-à-vis de cette transmission, car elle leur rend possible la compréhension des troubles. Enfin, pour permettre aux proches de soutenir la personne malade au quotidien, ces informations s'accompagnent d'outils d'aide et de soutien concrets.

Dans certaines situations complexes, l'identification des attentes du réseau et l'élaboration d'un projet en connexion avec le réseau primaire et secondaire aident à débloquer une situation difficile à gérer individuellement.

Thérèse est une femme de 44 ans, cadre dans une entreprise. Elle est hospitalisée après une tentative de suicide. Elle a gravi les échelons en travaillant dans la même entreprise depuis vingt ans. Depuis trois ans, elle se sent maltraitée par son nouveau chef après le départ de son ancien patron. Depuis, elle a accumulé de nombreux arrêts de travail. Le jour de sa tentative de suicide, elle a appris qu'elle serait écartée d'un contrat avec un client important dont elle était jusqu'alors le contact dans l'entreprise. Divorcée, elle est mère d'une fille de 11 ans et vit actuellement en ménage avec un compagnon. Au début de l'hospitalisation, elle regrette amèrement d'être encore en vie et persiste dans ses intentions de suicide. Ses préoccupations sont centrées sur des ruminations d'échec professionnel. D'une grande froideur, elle manifeste peu d'intérêt pour le vécu de sa fille.

Le désespoir et la détermination suicidaire de Thérèse mettent les soins psychiatriques dans une impasse tant que les attentes de son entourage ne sont pas prises en compte.

L'inquiétude de la fille se manifeste par une baisse de ses performances scolaires. Un premier rendez-vous de réseau est organisé avec elle alors que la patiente est toujours décidée à mourir. La préparation de cet entretien décentre la patiente de ses problèmes professionnels et lui permet de discuter de son rôle de mère. Sa fille, quant à elle, a préparé, avec l'aide de son entourage, une liste de questions précises. Mis face à leurs responsabilités durant l'entretien de réseau, la patiente et son ex-mari reprennent leur rôle parental.

Cette ouverture permet à la patiente de relativiser ses préoccupations professionnelles pour s'ouvrir aux questions familiales. Elle peut ainsi imaginer une négociation avec son employeur et des étapes concrètes de reprise d'activité, voire de changement d'affectation. Le case manager l'accompagne dans la rédaction de directives anticipées visant à prévenir les situations à risque et à obtenir l'appui de ses proches.

Une première évaluation à domicile a lieu dans les trois jours qui suivent la sortie et permet de préciser les risques *in vivo* pour chaque situation. L'essentiel du travail consiste ensuite à remettre la personne en lien avec son réseau habituel par le biais d'objectifs concrets, en s'assurant que l'information et le partage des rôles quant au suivi et à la prévention de la rechute soient clairs. Dans ce but, le case manager peut accompagner le patient dans les rendez-vous importants.

Les premiers résultats ont montré qu'à l'entrée à l'hôpital, le réseau était dans 40% des cas épuisé et dépassé. Il est redevenu, dans 52.5% des cas, adéquat et disponible lors de la sortie de l'hôpital, et dans 65% des cas, à la fin de l'intervention de case management de transition (voir figure 2, page 31). Par ailleurs, globalement, les réseaux primaires (proches) et secon-

daïres (soignants) restent mal identifiés dans les soins hospitaliers aigus focalisés sur les symptômes. Les sujets à risque ne sont pas aisément identifiables à *priori*: parfois « faciles » à l'hôpital, mais « difficiles » pour les intervenants ambulatoires. Le retour à domicile constitue un stress majeur qui dépasse souvent la capacité de gestion par le réseau et provoque des malentendus. L'intervention est bien acceptée et appréciée par les patients, les proches et les soignants. Les commentaires positifs sur l'intervention valorisent également la perception du séjour hospitalier. Considérons ci-dessous, par exemple, les commentaires de patients différents :

- #1 « [La case manager] ne s'est pas seulement occupée de moi mais de l'entourage aussi. C'est plus que l'on ne pouvait espérer. »
- #32 « Elle a fait le lien entre les intervenants [...] j'étais épuisée [...] à moi ça me semblait insurmontable. »
- #31 « ... car quand on rentre à domicile, on est fragile. Elle a permis à ma psy de mieux comprendre ce que je vivais. »
- #7 « [...] sa capacité à résoudre les problèmes concrets. »

L'étude de faisabilité a permis de mettre en évidence que les personnes retournant à domicile sans suivi institutionnel représentaient entre 20% et 70% des patients selon la fonction des unités hospitalières (20% pour une unité spécialisée dans la schizophrénie ; 70% d'une unité spécialisée dans les premières admissions). De plus, vu la difficulté à anticiper les indications d'un suivi de transition, un recours systématique à l'intervention de case management de transition a été privilégié indépendamment du diagnostic pour toutes les personnes retournant à domicile sans suivi institutionnel. Les deux tiers de cette population-cible sont des femmes souffrant de troubles de l'humeur. Comme elles sont souvent momentanément tranquillisées par le cadre hospitalier, ces situations apparaissent comme « simples » dans le cadre hospitalier, en raison de l'absence de troubles du comportement ou de symptômes dérangeants, de bonnes capacités relationnelles et d'un niveau de fonctionnement habituel plus élevé que les patients présentant des troubles psychiatriques sévères. De ce fait, leurs besoins, ceux de leurs proches et des autres intervenants dans la communauté restent sous-estimés, alors qu'il s'agit d'une population à risque de suicide dans les semaines qui suivent l'hospitalisation (Qin and Nordentoft 2005). L'insatisfaction des acteurs dans la communauté quant à la sortie de l'hôpital pourrait donc principalement reposer sur ce malentendu: les personnes considérées comme problématiques par le réseau de soins ambulatoires semblent principalement des personnes particulièrement compétentes sur le plan relationnel et peu symptomatiques dans le cadre de la vie quotidienne à l'hôpital. A ce moment-là, une systématique d'intervention permettrait de débiter le suivi dès l'admission, condition indispensable pour assurer une transition ultérieure dans un bref délai. L'intensité et l'objet du case management dépend par contre de la complexité de la situation. L'intervention peut être indirecte (soutien des intervenants sans contact direct avec le patient) ou directe, selon les besoins.

Pour soutenir ce travail de collaboration entre l'hôpital et le réseau, il est nécessaire d'implanter les outils tels que la carte réseau et l'échelle ELADEB (cf. infra) dans les équipes hospitalières: ils sont aptes à identifier et à contacter systématiquement les relations significatives du réseau primaire et secondaire dès l'admission; ils soutiennent la dimension communautaire du rôle de l'hospitalisation et permettent aux intervenants de s'ouvrir plus aisément aux préoccupations externes à la vie quotidienne dans l'hôpital, facilitant de la sorte la transposition du rétablissement *in vivo*. La crise du retour à domicile, sans passerelle, est sou-

vent mal vécue par le patient et ses proches, alors qu'à leurs yeux, la personne devrait être "guérie" par l'hospitalisation. Le dialogue avec le patient et son entourage dans la période de transition donne l'occasion d'identifier les sources de stress et de rédiger des directives anticipées ou un contrat de soin applicable après l'intervention. Le case manager de transition peut donc remplir un rôle déterminant, bien que limité dans le temps, dans une psychiatrie d'orientation communautaire où l'hôpital est intégré dans un réseau et son rôle centré sur les soins aigus. Les patients et les proches apprécient cette intervention, qui les « réconcilie » aussi avec le séjour hospitalier. Les ingrédients préférés de l'intervention sont les visites à domicile, les connexions avec les proches et les professionnels, la disponibilité et le soutien relationnel et l'aide dans l'organisation de la vie quotidienne.

Implications pratiques :

- après une première hospitalisation en psychiatrie, deux tiers des patients retournent à domicile sans suivi psychiatrique institutionnel;
- même si les situations sont « simples » à l'hôpital, les semaines qui suivent la sortie sont souvent difficiles, avec un risque accru de suicide;
- les situations à risque ne sont pas identifiables *à priori*, il est donc indispensable de faire preuve de proactivité et de systématique dans l'indication à l'intervention;
- un suivi de transition dans le mois qui suit l'hospitalisation permet une meilleure connexion avec le réseau ambulatoire et vise à prévenir les rechutes et les ré-hospitalisations précoces.

Etude randomisée

Dans un contexte où les connexions structurelles de l'hôpital psychiatrique dans le réseau jouent un rôle essentiel (Tyrer, Evans et al. 1998), l'efficacité d'une telle intervention restait encore à prouver. Après l'étude-pilote, une recherche randomisée financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique a donc débuté, pour comparer une intervention de case management de transition (CMT) à un traitement standard, en termes d'efficacité, sur des personnes rentrant à domicile après des soins aigus en hôpital psychiatrique et ne bénéficiant pas d'un suivi institutionnel. L'intervention, restée la même que durant la phase-pilote, visait à favoriser le rétablissement, gérer le stress lié au retour à domicile, favoriser les liens avec le réseau ambulatoire et prévenir les risques d'aggravation et de ré-hospitalisations précoces. Les données quantitatives et qualitatives (adhésion aux soins ambulatoires, nombre de réadmissions, symptomatologie, fonctionnement individuel et du réseau, satisfaction et stigmatisation) ont été récoltés à la sortie de l'hôpital puis après un, trois, six, et douze mois.

Hypothèses

L'hypothèse principale était que le case management de transition à la sortie de l'hôpital améliorerait le contact avec les soins ambulatoires, favoriserait le maintien de la réduction des symptômes psychiatriques après la sortie de l'hôpital et diminuerait le risque de réadmission comparativement au traitement standard. L'intervention devait également faire progresser le niveau de fonctionnement individuel et du réseau et la satisfaction pour le traitement reçu.

En résumé, l'intervention devait avoir un impact sur :

- l'adhésion aux soins ambulatoires ;
- le risque de réadmissions précoces ;

- les symptômes psychiatriques ;
- le niveau de fonctionnement individuel et du réseau ;
- la satisfaction.

Méthode

Identification des patients et recrutement

Le recrutement des patients a eu lieu à l'Unité d'accueil, observation et crise (AOC) du Département de psychiatrie du CHUV. Ils ont été identifiés lors du colloque hebdomadaire de présentation des projets thérapeutiques par des psychologues de recherche, entre mai 2007 et juin 2008, selon les critères suivants :

- retour à domicile;
- sans traitement immédiat dans le Département de psychiatrie;
- patients âgés entre 18 et 65 ans.

Les critères d'exclusion étaient : maladie cérébrale organique, autre maladie concurrente significative d'un point de vue clinique, mauvaise compréhension du français. Chaque individu répondant aux critères d'inclusion a été rencontré par l'un des psychologues de recherche afin de lui proposer l'étude. Chacun a été informé de ses buts et de l'implication d'une participation (est incluse l'assignation aléatoire à l'un des deux groupes : case management de transition ou traitement standard), de même que de la confidentialité des données et de son droit d'interrompre la participation à la recherche à tout instant sans préjudices d'aucune sorte. Chaque sujet a signé un consentement éclairé.

Randomisation

Dans le but de constituer des groupes homogènes, les sujets ont été randomisés, c'est-à-dire répartis de façon aléatoire, en deux groupes :

- premièrement, le groupe expérimental, « case management de transition » (groupe expérimental, treatment as usual (TAU) + case management de transition (CMT));
- deuxièmement, le groupe témoin, « suivi de l'évolution post-hospitalisation » (groupe contrôle, TAU).

L'évaluateur n'était en principe pas au courant du traitement reçu par les sujets; toutefois, quelques indications ont pu transparaitre dans les commentaires des patients pendant les évaluations.

Procédures d'évaluation et instruments

Les données pour les évaluations ont été récoltées à deux niveaux: la plupart obtenues par le contact direct avec le patient et quelques-unes extraites des bases de données existantes concernant les hospitalisations (jours d'hospitalisations dans le canton de Vaud) ou du dossier du patient.

Après signature du consentement et l'ouverture de l'enveloppe de randomisation, les sujets ont été évalués par un psychologue pendant l'hospitalisation (proche de la sortie) puis à un, trois, six et douze mois après la sortie.

Deux semaines avant chaque évaluation, le patient recevait une lettre lui rappelant cette dernière. Une semaine avant la date prévue, le sujet était contacté téléphoniquement pour

le choix d'une date et d'un endroit pour l'évaluation. En fonction des préférences et des possibilités, l'évaluation a pu être réalisée à l'hôpital psychiatrique, à la consultation ambulatoire ou dans la communauté. Un jour avant l'entretien, le patient était à nouveau contacté pour lui rappeler encore une dernière fois le rendez-vous.

Mesures quantitatives

Les instruments choisis permettaient d'observer les résultats attendus en termes :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1) d'adhésion aux soins ambulatoires, | 4) de fonctionnement individuel et du réseau |
| 2) de réadmission, | et |
| 3) de symptomatologie, | 5) de satisfaction. |

Le tableau ci-dessous décrit les instruments utilisés pour ces évaluations

Instruments	Description
1) Adhésion aux soins ambulatoires.	
Echelle de Boyer (Boyer, McAlpine, Pottick et al. 2000)	Evaluation des contacts avec les soins ambulatoires (informations sur l'admission, diagnostics, notes sur les problèmes de compliance, préparation pour la sortie et liens avec les réseaux de soins).
Inventaire d'alliance de travail , forme courte (WAI-SRp) (Horvath, 1984; Hatcherr & Gillaspay, 2006; traduction : Baillargeon & Leduc, 2000; de Roten, 2006).	Evaluation de la relation patient-soignant (douze énoncés).
2) Nombre de réadmissions	
Client socio-demographic and service receipt inventory (CSSRI – EU) (Chisholm, Knapp et al. 2000).	Evaluation sociodémographique, des prestations reçues (utilisation des services, durée d'hospitalisation et nombre de réadmissions) et profil médicamenteux.
3) Symptômes psychiatriques	
Symptom check-list (SCL-90 R) (Derogatis, 1977; traduction française Guelfi et Dreyfus, 1984).	Evaluation des symptômes psychiatriques (90 items). Possibilité d'extraire trois indices globaux de gravité : gravité globale, diversité des symptômes et degré de malaise.
Echelle de désespoir - Questionnaire H (Hopelessness scale) (Beck, 1974; traduction Cottraux, 1985).	Evaluation des risques de tentatives de suicide ou de suicide. Mesure du pessimisme (20 items).
Extrait du « Cannabis and Substance Use Assessment Scale » (CASUAS) (Edwards et al., 2003).	Evaluation de la consommation d'alcool et de drogues (prévalence sur la vie et fréquence).
Questionnaire « amélioration perçue » (Perreault, 2003)	Evaluation de l'amélioration clinique perçue par le patient (20 items).
Health of Nation Outcome Scale (HoNOS) (Wing & Curtis, 1996; traduction Bonsack, 1997).	Evaluation de la sévérité des problèmes en santé mentale. 12 problèmes fréquents répertoriés en 4 dimensions : comportement, handicap, symptômes, social.
Echelle de stigmatisation (King et al 2007; traduction Morandi, Gibellini et Bonsack 2012).	Evaluation de la stigmatisation perçue par les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Elle comporte 28 énoncés et trois sous-échelles (discrimination, transparence et aspects positifs). Une version en 9 items a été validée en français.
4) Fonctionnement individuel et du réseau	
Global Assessment of Functioning (GAF) , (Endicott, Spitzer et al. 1976; Boyer 1996).	Evaluation du niveau de fonctionnement global d'un sujet sur une échelle de 0 à 100.
Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) (Goldman, Skodol et Lave, 1992).	Evaluation du niveau de fonctionnement social et professionnel sur une échelle de 0 à 100.
Questionnaire « soutien social » (Community Mental Health Evaluation Initiative, CMHEI, 2002).	Evaluation du réseau et de la perception du patient concernant la disponibilité (14 items).
Questionnaire "Empowerment" (Community Mental Health Evaluation Initiative, CMHEI, 2002).	Mesure de l'empowerment. Items tirés de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965) et de trois sous-échelles du questionnaire « Making decisions » de Rogers (1994) (23 items).
5) Satisfaction et qualité de vie.	
Questionnaire de satisfaction du client (CSQ-8) (Attkisson, 1979; traduction Chambon, 1992).	Evaluation de la satisfaction des consommateurs des services psychiatriques (8 items).
6) Intervention CMT	
Un questionnaire adapté du « relevé quotidien des contacts (RQC) » de Gélinas et Dion (1999) permettant de noter la fréquence, la nature et le lieu des interventions a été rempli par les case managers après chaque consultation directe ou indirecte.	

Mesures qualitatives

Deux questions ouvertes concernant la satisfaction des patients quant aux soins reçus ont été posées lors des évaluations (« Qu'avez-vous le plus apprécié des soins hospitaliers et post-hospitaliers? », « Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ? »).

Condition-contrôle

Tous les patients ont reçu des soins standards définis comme le niveau habituel de soins au Département de psychiatrie du CHUV. Dans le groupe-contrôle, une rencontre du patient pour une évaluation a eu lieu durant l'hospitalisation puis après un, trois et six mois de la sortie de l'hôpital. Dans le groupe expérimental, on a ajouté l'intervention directe de case management de transition décrite plus haut.

Analyses statistiques

Les analyses de l'évaluation initiale (EV0) ont eu pour but de décrire la population cible effective et de s'assurer l'équivalence des deux groupes (groupe expérimental et groupe-contrôle) concernant les caractéristiques sociodémographiques et psychopathologiques.

Ensuite, d'autres analyses ont permis d'étudier l'évolution des deux groupes (après un, trois, six et douze mois de la sortie de l'hôpital).

Résultats

Recrutement des sujets

Cent dix sujets ont signé le consentement éclairé. Huit participants ont été retirés de l'étude : six n'ont pas complété l'évaluation initiale suite au refus de poursuivre la recherche et deux personnes n'ont pas pu bénéficier du CMT pour des raisons géographiques. Cent deux sujets ont été retenus pour les analyses. L'annexe 1 montre le nombre d'évaluations réalisées à chaque étape de l'étude. Le taux de rétention dans l'étude, avec 82.4% des patients évalués à douze mois, est bon.

Description des données initiales (baseline)

Les données personnelles et cliniques initiales des participants à l'étude montrent qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes pour les données sociodémographiques. L'âge moyen des sujets est de 40.7 ans (e.t.=11.2), 59.8% de ceux-ci étant des femmes (n=61) et 75.5% des patients ont été diagnostiqués comme souffrant de troubles anxieux ou de l'humeur (n=77).

Les patients se répartissent de manière semblable sur la durée des troubles psychiques : 34.3% souffrent de troubles psychiques depuis moins d'une année (n=35), 30.4% sont malades depuis une durée allant de un à cinq ans (n=31) et 35.3% souffrent de troubles psychiques depuis plus de cinq ans (n=36).

Données initiales concernant les variables de résultat

Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes sur l'ensemble des variables de résultats lors de l'évaluation initiale, ce qui indique un bon fonctionnement de la randomisation. Avant l'étude, au niveau de la fréquentation des soins, 87.3% des pa-

tients ont eu au moins un contact avec un membre du réseau ambulatoire et 58.8% avec un psychiatre. Parmi les participants ayant identifié un thérapeute de confiance (65.7%), l'alliance est assez bonne, avec un score moyen (65.8 sur un maximum de 84) à un inventaire d'alliance au travail. Pour 80.4% des sujets, il s'agit de leur première hospitalisation dans un établissement psychiatrique (n=82). Seuls 3.9% des sujets ont été hospitalisés au cours des trois mois précédant l'hospitalisation (n=4). Sur le plan de la symptomatologie, les participants obtiennent un score moyen de 7.8 à l'échelle du désespoir sur un maximum de 20, ce qui correspond à un niveau de pessimisme léger à modéré ; 31.4% des patients obtiennent un score ≥ 10 (n=32)¹.

La *symptom check-list* (SCL-90) révèle une moyenne de 1.15 au score de gravité globale (G.S.I.) sur un maximum de 4. La moyenne de la diversité des symptômes (P.S.T.) est de 49.13 sur un maximum de 90 et le degré de malaise (P.S.D.I.) moyen est de 2.01 sur un maximum de 4. Au niveau du fonctionnement individuel et du réseau, le niveau de fonctionnement est perturbé, avec un EGF moyen de 45.75 (e.t.=6.47). Le score de patients hospitalisés se situe généralement entre 1 et 40 (Guelfi 1997).

Pour 91% des patients ont une personne avec qui ils se sentent à l'aise pour parler de choses personnelles (n=93), 45.1% des sujets ont des contacts hebdomadaires avec des amis proches (n=46) et 84.3% avec la famille (n=86). Les sujets obtiennent un score moyen de 53.75 à l'échelle d'empowerment (e.t.=8.45) et de 23.44 à l'échelle d'estime de soi (e.t.=5.00).

Données sur l'hospitalisation et la préparation à la sortie

Les données initiales permettent de distinguer des différences entre les groupes au niveau : (1) de la durée d'hospitalisation et (2) dans les mesures prises pour préparer la sortie. Une différence statistiquement significative est constatée pour la durée de l'hospitalisation. Les patients ayant reçu l'intervention CMT présentent une durée d'hospitalisation plus élevée (Méd.=19) que les patients du groupe-contrôle (Méd.=16), $U=976.0$, $z=-2.18$, $p<.05$, $r=-0.22$.

L'analyse des résultats en fonction de la durée de la maladie psychique montre que la différence significative de la durée d'hospitalisation entre les deux groupes est présente pour les patients dont la durée des troubles psychiques est comprise entre un et cinq ans : le groupe ayant reçu l'intervention présente une durée d'hospitalisation plus longue (Méd.=24) que le groupe contrôle (Méd.=16), $U=62.5$, $z=-2.25$, $p<.05$, $r=-0.40$.

En ce qui concerne les projets de sortie, les personnes bénéficiant du case management de transition ont reçu davantage d'éducation auprès de la famille, d'aide pour trouver un travail, pour les activités de la vie quotidienne, pour la gestion des médicaments, pour trouver des activités de loisirs, pour la gestion des symptômes et de soutien pour établir des contacts sociaux. Ils ont généralement commencé le suivi ambulatoire pendant l'hospitalisation et plus fréquemment rendu visite au contact de suivi ambulatoire avant la sortie; ils ont aussi été davantage accompagnés au premier rendez-vous. Les parents se sont mieux impliqués au niveau de la prise en charge dans le groupe ayant reçu l'intervention, mais les époux ou concubins se sont moins impliqués que dans le groupe-contrôle. Les thérapeutes extérieurs

¹ Il a été démontré qu'un score de 10 identifie correctement 91% des suicides Guelfi, J. D. (1997). *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Boulogne, P. Fabre.

ont été plus souvent invités à rendre visite aux patients du groupe intervention durant l'hospitalisation.

Caractéristiques de l'intervention

L'intervention du case management de transition a duré en moyenne 74.71 jours (e.t.=36.85). En calculant la durée de celle-ci depuis la sortie de l'hôpital, la moyenne descend à 60.55 jours (e.t.=34.96). L'évaluation des impressions cliniques globales (CGI) établit qu'entre le début et la fin de l'intervention, 78.0% des patients présentent un état qui s'est amélioré (n=39), 8.0% ne manifestent aucun changement (n=4) et 14% ont vu leur état s'aggraver (n=7). Lors de l'admission, seulement 17.6% des patients avaient un réseau adéquat et disponible, ce taux montant à 52.9% à la sortie et atteignant 71.4% à la fin de l'intervention.

Résultats des évaluations post-hospitalisation

Adhésion aux soins ambulatoires

Globalement, un taux élevé de patients a eu au moins un contact avec un membre du réseau ambulatoire durant la période précédant les différentes évaluations, après un mois (n=89, 87.3%), après trois mois (n=88, 98.9%), après six mois (n=76, 96.2%) et après douze mois (n=81, 96.4%). Trois mois après la sortie de l'hôpital, une différence significative existe entre les deux groupes, 87.5% des patients du groupe contrôle ayant eu au moins un contact avec un membre du réseau ambulatoire les deux mois précédents, contre 100.0% des patients ayant reçu l'intervention ($p < 0.05$, FET). Un mois après la sortie, les patients du groupe-contrôle sont plus nombreux à avoir eu un contact avec leur généraliste (56.8%) que les patients ayant reçu l'intervention (28.9%) ($p < 0.05$, FET). De même, les patients du groupe-contrôle sont plus nombreux à avoir eu un contact avec une infirmière psychiatrique (15.9%) que les patients du groupe intervention (2.2%) ($p < 0.05$, FET). Les contacts avec les autres intervenants du réseau ambulatoire ne diffèrent pas entre les deux groupes. Il en est de même pour les contacts avec les services de justice.

Réadmissions précoces

Les données extraites des bases de données du CHUV mettent en évidence une diminution statistiquement significative des ré-hospitalisations à partir de trois mois de *follow-up* dans le groupe ayant bénéficié du CMT (Cox regression ; $p = 0.02$; OR=.451) (Figure 1). A trois mois, 33% des patients du groupe contrôle ont été ré-hospitalisés au moins une fois, contre seulement 18% des patients du groupe intervention. A six mois, 35.3% des patients du groupe contrôle ont été ré-hospitalisés au moins une fois, contre 22.0% des patients ayant reçu l'intervention. A douze mois, le taux de ré-hospitalisation s'élève à 43.1% pour le groupe-contrôle et à 28.0% pour le groupe ayant reçu l'intervention. Pour les patients souffrant de troubles psychiques depuis plus de cinq ans, une différence significative est présente à douze mois. Les patients du groupe-contrôle sont plus nombreux à avoir été ré-hospitalisés au moins une fois (60.0%) que les patients du groupe ayant reçu l'intervention (18.8%) ($p < 0.05$, FET).

Durant l'implantation clinique, 20% environ des patients ont été hospitalisés à douze mois (différence statistiquement significative avec le groupe-contrôle, Cox regression, $p = 0.001$; OR = 0.346).

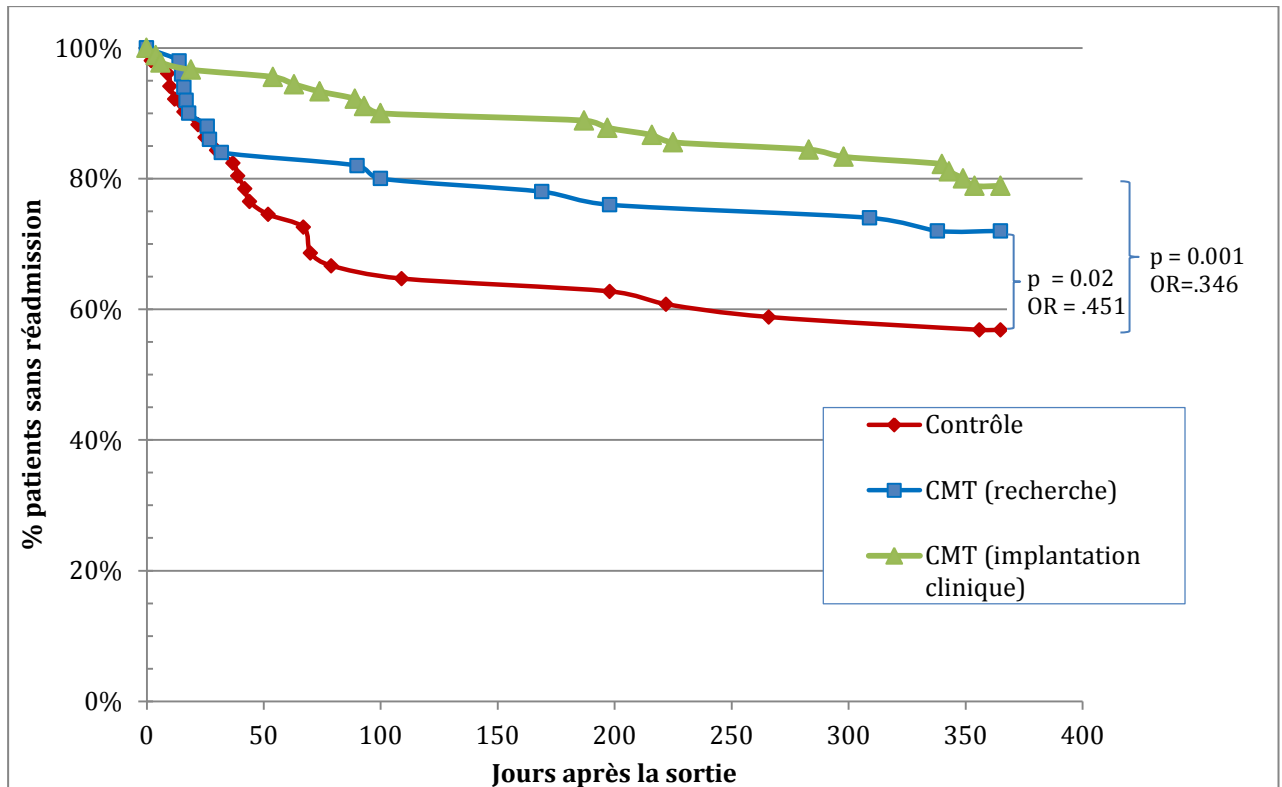


Figure 1 : Taux de réadmission dans l'année qui suit la sortie de l'hôpital avec et sans case management de transition

Symptômes psychiatriques

Les scores obtenus à l'échelle de désespoir (questionnaire H) présentent une différence statistiquement significative trois mois après la sortie de l'hôpital, les patients du groupe-contrôle ayant un score plus élevé (Méd.=8.00) que les patients du groupe intervention (Méd.=6.00, $U=996.5$, $z=-2.04$, $p<0.05$, $r=-0.20$). Pour les autres temps d'évaluation, les deux groupes ne diffèrent pas de manière significative.

L'évaluation des symptômes psychiatriques avec l'échelle SCL-90 R n'établit pas de différences significatives entre les deux groupes sur l'indice de gravité globale (GSI) à un mois (TAU: Méd.=0.77 ; CMT: Méd.=0.94 ; $U=1267.5$, $z=-0.22$, ns, $r=-0.02$), à trois mois (TAU: Méd.=0.77 ; CMT: Méd.=0.64 ; $U=1223.0$, $z=-0.52$, ns, $r=-0.05$), et à six mois (TAU: Méd.=0.77 ; CMT: Méd.=0.72 ; $U=1260.0$, $z=-0.27$, ns, $r=-0.03$). Les scores aux autres indices, ainsi qu'aux différentes sous-échelles n'indiquent également aucune différence significative. Globalement, nous constatons une décroissance progressive de la symptomatologie au cours du temps.

En ce qui concerne la consommation de substances, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes au cours du temps.

Les résultats obtenus à l'échelle de stigmatisation ne diffèrent pas significativement entre les deux groupes, que ce soit à un mois (TAU : Méd.=41.00 ; CMT : Méd.=48.00 ; $U=413.0$, $z=-0.12$, ns, $r=-0.02$), à trois mois (TAU : Méd.=36.00 ; CMT : Méd.=46.50 ; $U=582.5$, $z=-0.91$, ns, $r=-0.11$) ou à six mois (TAU : Méd.=41.00 ; CMT : Méd.=45.00 ; $U=932.0$, $z=-0.12$, ns, $r=-0.01$).

Fonctionnement individuel et de réseau

La mesure du niveau de fonctionnement global (EGF) ne permet pas de différencier les deux groupes, à un mois (TAU : Méd.=51.00 ; CMT : Méd.=51.00 ; U=1207.5, $z=-0.63$, ns, $r=-0.06$), à trois mois (TAU : Méd.=55.00 ; CMT : Méd.=58.00 ; U=1199.0, $z=-0.68$, ns, $r=-0.07$) et à six mois (TAU : Méd.=52.00 ; CMT : Méd.=59.00 ; U=1210.5, $z=-0.60$, ns, $r=-0.06$). De même, il n'y a pas de différence significative au niveau du fonctionnement social (SOFAS).

Les scores obtenus au questionnaire du soutien social (CMHEI) sont également comparables entre les deux groupes, à un mois (TAU : Méd.=26.00 ; CMT : Méd.=26.00 ; U=1244.0, $z=-0.38$, ns, $r=-0.04$), à trois mois (TAU : Méd.=26.00 ; CMT : Méd.=25.00 ; U=1287.0, $z=-0.09$, ns, $r=-0.01$), et à six mois (TAU : Méd.=26.00 ; CMT : Méd.=26.00 ; U=1266.0, $z=-0.23$, ns, $r=-0.02$). Il n'y a pas de différence entre les deux groupes dans le fait d'avoir ou non quelqu'un de proche avec qui aborder des choses personnelles. La diversité du réseau, ainsi que les contacts avec les amis ou la famille, demeurent comparables pour les deux groupes.

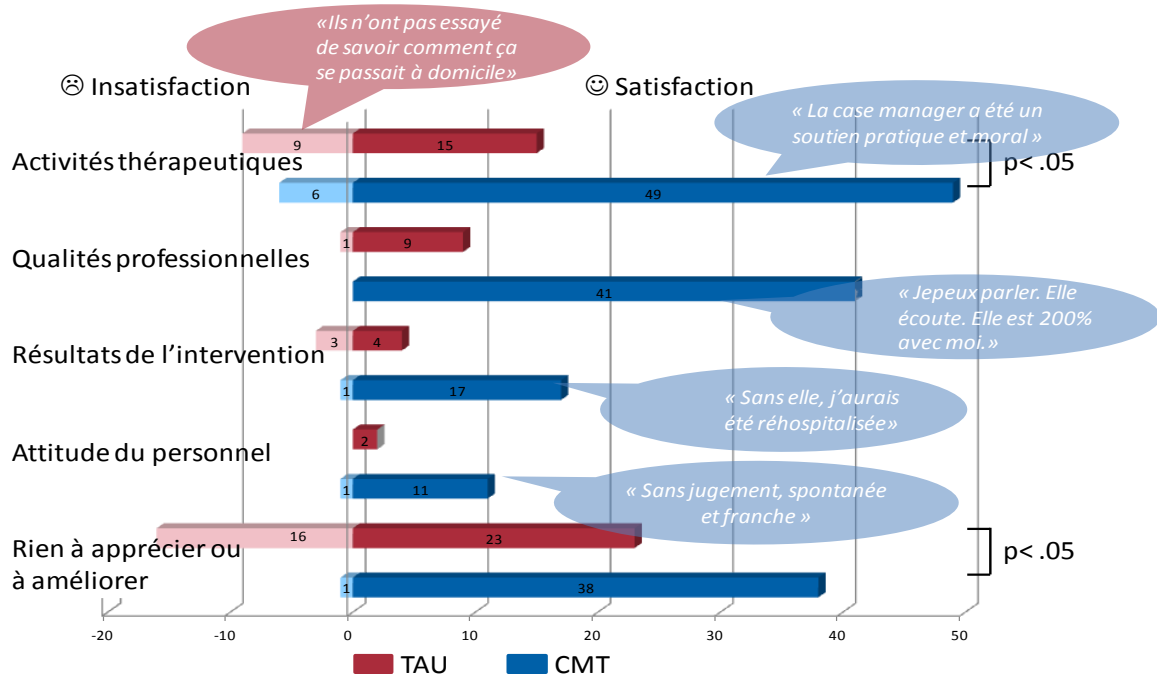
L'échelle d'empowerment ne présente pas de différences significatives entre les deux groupes à un mois (TAU : Méd.=53.00 ; CMT : Méd.=53.00 ; U=1261.5, $z=-0.26$, ns, $r=-0.03$), à trois mois (TAU : Méd.=53.00 ; CMT : Méd.=53.00 ; U=1196.0, $z=-0.70$, ns, $r=-0.07$) et à six mois (TAU : Méd.=52.00 ; CMT : Méd.=53.00 ; U=1267.0, $z=-0.22$, ns, $r=-0.02$). De même, les scores obtenus à l'échelle d'estime de soi ne présentent pas de différence entre les deux groupes à un, trois et six mois.

Satisfaction

La satisfaction évaluée grâce au questionnaire CSQ-8 démontre que la satisfaction concernant les soins reçus à Cery est élevée, pour le groupe-contrôle (Méd.=26.00) comme pour le groupe ayant bénéficié de l'intervention (Méd.=26.00), U=979.5, $z=-0.61$, ns, $r=-0.06$. La satisfaction concernant l'intervention de case management pour les patients l'ayant évaluée est très élevée (Méd.=30.00), par rapport au score maximal de l'échelle qui est de 32.

L'analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes sur ce qui a été apprécié ou sur ce qui pourrait être amélioré dans les soins établit que les patients ayant bénéficié de l'intervention citent davantage les qualités professionnelles des intervenants dans ce qui a été apprécié (83.0%) que les patients du groupe-contrôle (60.0%) ($p<0.01$, FET). De même, les patients du groupe intervention sont plus nombreux à ne pas apporter de proposition d'amélioration (98.0%) que les patients du groupe-contrôle (62.0%) ($p<0.01$, FET).

Figure 2 : Comparaison du nombre de commentaires de satisfaction et d'insatisfaction dans les différents domaines entre les deux groupes, (TAU) et (TAU+CMT)



Discussion

Cette recherche a permis plusieurs constats.

Premièrement, l'étude montre que l'intervention de case management de transition à la sortie de l'hôpital permet de diminuer significativement le nombre de réadmissions durant l'année qui suit l'hospitalisation, en comparaison d'une intervention standard. L'effet le plus important a lieu durant les trois premiers mois qui suivent l'hospitalisation. La diminution des réadmissions non seulement perdure, mais s'accroît lors de l'implantation clinique après la phase de recherche. Dans cet échantillon, les réadmissions restantes ne sont plus concentrées sur les trois premiers mois, mais se répartissent sur toute l'année, ce qui tend à démontrer que le CMT tel qu'il a été adapté dans l'implantation clinique est capable de prévenir une partie plus importante encore des réadmissions précoces.

Deuxièmement, il existe une catégorie de personnes hospitalisées en psychiatrie dont la sévérité symptomatique des troubles est moindre, mais dont l'impact des troubles sur leur fonctionnement est important. Pour ce groupe de personnes, le risque suicidaire, la charge des proches et les difficultés éprouvées par le réseau de soins restent souvent sous-estimés durant l'hospitalisation. Cette différence de point de vue génère d'importants malentendus entre les intervenants à l'hôpital et dans le réseau ambulatoire. Ces gens retournent fréquemment à domicile sans suivi institutionnel. Ce sont principalement des femmes d'âge moyen avec des troubles de l'humeur. Nous faisons l'hypothèse que ce groupe-là correspond à une population particulièrement vulnérable au risque de suicide dans les semaines suivant l'hospitalisation, tel qu'identifié dans des études à grande échelle (Qin and Nordentoft 2005).

Le suivi de transition a justifié la mise en évidence des besoins de cette population et de son réseau de soins.

Troisièmement, contrairement à ce que nous avons supposé sur la base des observations de psychoses débutantes (Bonsack, Pfister et al. 2006), les personnes qui retournent à domicile sans suivi institutionnel ne sont pas sans soins, mais restent en forte connexion avec un réseau ambulatoire existant, souvent épuisé et dépassé au moment de l'hospitalisation. De la sorte, l'intervention d'un case management de transition n'augmente pas le nombre de connexions aux soins ambulatoires, déjà très élevé dans les deux groupes. Par contre, nous faisons l'hypothèse, corroborée par l'étude de satisfaction, que le case management de transition améliore qualitativement les contacts avec le réseau ambulatoire plutôt que leur fréquence. L'intervention apparaît ainsi bien adaptée à la clientèle et a aidé à capter l'attention des intervenants sur la question de la préparation à la sortie de l'hôpital psychiatrique. Les patients disent avoir particulièrement apprécié les visites à domicile, l'attention portée aux problèmes concrets et l'aide dispensée dans la connexion avec le réseau.

Quatrièmement, si la durée des très longues hospitalisations peut être diminuée par un case management de transition, cette durée semble plutôt augmentée dans les hospitalisations aiguës. Plusieurs raisons pourraient l'expliquer : d'une part, le case management de transition s'occupe davantage des conditions du retour dans la communauté, alors que les équipes hospitalières sont surtout focalisées sur l'état clinique actuel de la personne. Ce travail d'anticipation fait apparaître des problématiques souvent ignorées dans le cadre hospitalier, voire évitées par le patient, pour qui l'hospitalisation constitue un répit. Cette vision du réseau, même si elle augmente la durée d'hospitalisation, semble essentielle pour prévenir la détresse et améliorer l'articulation avec les partenaires du suivi ambulatoire. D'autre part, le CMT a été conçu comme une préparation à la sortie et non comme une alternative possible au séjour hospitalier. Il se peut qu'une vision plus globale du suivi du patient, indépendante du lieu de séjour du patient, contribuerait à considérer le suivi de transition comme une alternative au séjour à l'hôpital et à raccourcir la durée des séjours.

Enfin, l'impact du case management de transition comme intervention individuelle reste largement tributaire d'autres aspects systémiques de l'hospitalisation. Tyrer et al. (Tyrer, Evans et al. 1998) avaient de même constaté, dans une étude similaire, que les changements systémiques dans l'organisation de l'hôpital (en l'occurrence un changement temporaire de lieu) avaient un impact plus important sur les durées d'hospitalisation et l'articulation avec le réseau que la contribution d'un case manager de transition. Dans l'environnement de cette étude, l'unité de soins où ont été recrutés les patients a subi une restructuration entre l'étude-pilote et la phase de recherche. Ces changements d'organisation de l'équipe hospitalière (élaboration d'un protocole d'hospitalisation contraignant) pourraient avoir des conséquences sur la durée d'hospitalisation par exemple. A l'inverse, il n'est pas exclu non plus que l'effet systémique du case management de transition, notamment dans l'éveil des équipes hospitalières aux problématiques de réseau, ait notablement aidé à modifier les pratiques pour l'ensemble des patients, y compris dans le groupe-contrôle. L'implantation du CMT a, entre autres, aussi été accompagnée de l'adoption, dans les équipes hospitalières, d'outils d'évaluation de réseau utilisés initialement dans le cadre de la recherche.

Compte tenu de ces résultats, les pistes de recherche pour l'avenir sont multiples. Premièrement, une recherche action pourrait examiner l'impact systémique du développement des équipes de psychiatrie mobile sur l'hôpital psychiatrique et ses partenaires. Une telle recherche permettrait de mieux comprendre comment accompagner les transformations du

système de santé vers une diminution de la durée des hospitalisations et un virage communautaire.

L'impact de cette recherche a été très positif sur la planification des services: le processus de recherche a appuyé l'implantation d'une intervention clinique dont le succès a ensuite largement inspiré l'extension des équipes de psychiatrie mobile dans le canton de Vaud. L'intégration entre les exigences de santé publique (améliorer l'intégration de l'hôpital psychiatrique dans les réseaux de soins), les attentes des patients et des proches (mieux accompagner la transition à la sortie de l'hôpital) et les contraintes de la recherche (élaborer une intervention structurée et la comparer au suivi standard) a consolidé le projet et son implantation clinique.

Le processus de recherche a été un élément déterminant : il a permis d'implanter une activité nouvelle clairement identifiée, le case management de transition, sans pourtant l'opposer au suivi standard, puisque le choix des participants était fait au hasard. La satisfaction des partenaires et des usagers et la rigueur du processus d'implantation sont apparues comme des garanties au succès de cette intervention.

En conclusion, notre étude a montré que le case management de transition diminue les réadmissions précoces dans l'année qui suit l'hospitalisation. Elle a aidé à identifier des patients « silencieux » à l'hôpital, mais représentant une charge importante pour leurs proches et leur réseau de soins, probablement avec un risque plus élevé de suicide et sources d'importants malentendus entre les équipes hospitalières et le réseau ambulatoire. Le processus de recherche a également permis de mettre en place une pratique clinique nouvelle avec un fort soutien du réseau. Par conséquent, ce projet a soutenu le développement des équipes de psychiatrie mobile dans les autres régions du canton, sur la base du modèle développé dans le cadre de la recherche.

Le case management de transition : bilan et recommandations

Au terme de la période de recherche, vu les résultats probants quant à la prévention des ré-hospitalisations et à la satisfaction des usagers, des proches et de l'ensemble des acteurs, la pratique du case management de transition s'est poursuivie par une implantation clinique. Cette dernière a été précédée d'un bilan des connaissances et des expériences réalisées. Ce bilan a permis de clarifier les éléments essentiels de l'intervention et la modification de certains aspects pour la rendre plus efficace et cohérente avec le concept de management clinique. Dès lors, des étapes-clés, le choix et le recours systématique à certains outils soutenant les valeurs du rétablissement ont été définis.

Pour ce bilan, nous utiliserons le modèle de Parsons (Parsons 1977), qui organise l'information recueillie en : (1) valeurs ; (2) processus et (3) interactions. Ce modèle suppose que tout organisme est régi par un cycle: les valeurs déterminent un cadre de référence aux actions; les processus sont la manière de réaliser les actions; les interactions sont l'impact des actions sur l'environnement. De manière rétroactive, ces interactions ont un impact sur le cadre de référence et modifient les valeurs.

Par exemple, le modèle asilaire avait : (1) pour valeur principale la bienfaisance au détriment de l'autonomie (faire tout pour le bien des personnes souffrant de troubles psychiatriques, même contre leur gré et malgré une restriction de leurs libertés). Ces valeurs ont déterminé (2) un fonctionnement hiérarchisé, dans lequel on privilégie le maintien du statu quo et la sécurité, au détriment des droits fondamentaux des personnes. L'interaction avec l'environnement ; (3) a ensuite entraîné le constat des effets négatifs de l'asile, tels que la perte d'autonomie et la discrimination. Ces constats ont entraîné la dénonciation de l'asile comme « institution totale », une mise en avant des valeurs comme l'autonomie et la liberté individuelle, puis une transformation complète du système.

Nous présenterons donc les valeurs essentielles qui sous-tendent l'action d'un case management de transition, puis le processus et les outils qui autorisent la réalisation de cette action et enfin, les développements et les partenaires-clés.

1. Valeurs : de la chronicité au rétablissement

Le case management de transition bouleverse des valeurs profondément ancrées dans la psychiatrie traditionnelle qui touchent aux notions de continuité physique et temporelle des troubles psychiatriques et de leur suivi. En effet, contrairement à un suivi psychiatrique classique de longue durée, le case management de transition a une durée limitée et s'intéresse au passage d'un état à un autre et d'un lieu à un autre. Ce passage est considéré à la fois comme menace de rupture de la continuité de l'identité de la personne et comme opportunité pour évoluer. Le case management de transition ne vise pas un suivi au long cours, ni une transformation profonde de la personne, mais différencie clairement un projet d'accompagnement dans une période critique de la réalisation autonome d'un projet de vie. Il renforce la personne comme vecteur de la continuité de son histoire dans une communauté ouverte et complexe. Il s'appuie sur les suivis traditionnels de psychiatrie plutôt qu'il ne les remplace, tout en ouvrant les capacités de la personne à s'appuyer sur un réseau

élargi. Ces changements de paradigme s'appuient sur les valeurs du rétablissement, sur les notions de période critique et sur une vision de santé publique d'utilisation efficiente des ressources spécialisées.

Le modèle de rétablissement (recovery) a été développé récemment, principalement par les usagers de la psychiatrie. Il vise à faire reconnaître la possibilité de guérir de troubles psychiatriques considérés traditionnellement comme chroniques, au-delà du modèle biomédical de guérison des symptômes et de cure des causes d'une maladie (Provencher 2002; Huguélet 2007; Favrod, Rexhaj et al. 2012). Dans ce modèle, c'est moins le résultat sur la maladie et ses symptômes que sur le processus d'appropriation par la personne de sa propre santé qui est mis en avant, de même que sa capacité à reconstruire son identité et son rôle social malgré le bouleversement provoqué par les troubles psychiatriques. Ce modèle s'oppose à la notion de chronicité, non pas en niant que les troubles puissent être durables, mais en insistant plutôt sur la capacité humaine de résilience : reconstruire son identité malgré tout, croître en étant transformé. Le modèle du rétablissement repose sur des récits de personnes rétablies de troubles psychiques et observe différentes phases dont le déroulement n'est pas forcément linéaire. La première phase, le moratoire, correspond au moment où la personne est bouleversée, sidérée par les troubles psychiques et encore incapable de s'engager activement dans un processus de rétablissement. Cette phase est suivie d'une phase de conscience, durant laquelle la personne peut progressivement prendre conscience de ce qui lui arrive et faire le bilan de ses forces et de ses faiblesses. Suivent les phases de préparation et de reconstruction, qui préparent et mettent en œuvre les moyens de reconstruire son identité et son rôle social. L'aboutissement est une phase de croissance, durant laquelle la personne a intégré son expérience auparavant bouleversante comme une part enrichie de son identité, et qui lui aura fait découvrir de nouveaux pans de l'existence et de ses rapports avec autrui. Le processus de rétablissement repose en outre sur des ingrédients essentiels tels que l'espoir, l'appropriation et la connexion à l'environnement. Le case management de transition s'appuie clairement sur tous les aspects du modèle du rétablissement : l'espoir de surmonter la crise qui a abouti à l'hospitalisation, le soutien à la personne pour s'approprier la gestion de sa santé, le soutien à la connexion aux personnes-clés de l'entourage et l'engagement dans un processus de rétablissement, principalement dans les phases de moratoire, conscience et préparation.

La deuxième valeur, celle de la période critique, a d'abord été développée pour répondre de manière efficiente aux besoins de personnes souffrant de troubles psychiques sortant de prison ou ayant vécu une période de sans-abri, en offrant un suivi intensif limité dans le temps destiné à ramener les personnes à risque de rupture vers un suivi standard (Dixon, Goldberg et al. 2009). Ce suivi, dénommé « critical time intervention », constitue une alternative récente, basée sur des preuves, à une autre intervention développée dans les années 80 et également bien étudiée dans la littérature, « l'assertive community treatment » (Stein and Test 1980), mais dont l'une des caractéristiques essentielles est la durée non limitée dans le temps. « L'assertive community treatment » était clairement issu d'une culture asilaire, « transférer dans la communauté les patients longuement institutionnalisés et les soignants d'une unité hospitalière » pour des suivis au long cours, alors que la « critical time intervention » prend acte d'une culture de psychiatrie communautaire, dans laquelle les personnes sont destinées à vivre dans la communauté quels que soient leurs troubles ou leur parcours de vie. Enfin, le case management de transition s'appuie sur une vision de santé publique dans laquelle l'intervention psychiatrique spécialisée gourmande en ressources (hospitalisation psychiatrique, suivi intensif dans le milieu, urgence psychiatrique, ...) s'appuie sur un large réseau

d'intervenants de première ligne moins spécialisés et/ou nécessitant moins de ressources. Ces intervenants de première ligne offrent la capacité de suivre dans la proximité un grand nombre de personnes engagées dans un processus de rétablissement, tout en nécessitant une connexion rapide avec les services spécialisés de psychiatrie lors de périodes critiques.

La diffusion du modèle du rétablissement auprès des différents partenaires impliqués

Le modèle du rétablissement bouleverse les aprioris du grand public vis-à-vis de la psychiatrie et ceux d'une partie des professionnels, en favorisant l'espoir et la résilience, sans nier le bouleversement identitaire que suppose un trouble psychiatrique. Le modèle du rétablissement permet aux professionnels de se décentrer de leur rôle pour adopter plus facilement une vision commune basée sur le projet de vie de la personne. Dans le case management de transition, ce modèle permet de situer l'intervention dans le cadre d'un engagement dans un processus de rétablissement et favorisant l'émergence de la parole du patient à l'hôpital (fonction de médiation), l'appropriation par le patient de la gestion de sa santé et la connexion à l'environnement.

Le concept de transition comme organisateur des connexions entre spécialistes et intervenants de première ligne

L'un des enjeux principaux de la médecine moderne n'est plus de découvrir de nouvelles méthodes de traitement, mais bien d'être capable d'appliquer les méthodes de traitement reconnues comme efficaces à la bonne personne, au bon endroit et au bon moment. Les intervenants de première ligne sont présents à proximité de la personne, mais ne disposent pas toujours des compétences et des moyens d'appliquer les traitements efficaces. Les spécialistes disposent de moyens efficaces pour une population-cible déterminée, mais n'ont pas d'accès direct à la population spécifique qui pourrait en bénéficier et courent le risque d'appliquer des traitements disproportionnés à une trop large population ou pour une durée excessive. Le case management de transition fait de cette nécessité une force et vise à assurer la continuité relationnelle et informative entre l'hôpital psychiatrique et les intervenants de première ligne dans la communauté, tout en s'assurant que la personne reste le principal vecteur de cette continuité.

Différencier le projet de vie de la personne et le projet thérapeutique

La volonté de prendre en compte l'ensemble des aspects de la personne pour soigner les troubles psychiatriques peut amener une confusion entre le projet de vie de la personne et le projet thérapeutique. Le case management de transition nécessite de distinguer très clairement ces deux aspects: le projet de vie est un travail infini qui implique la personne dans toutes ses composantes et suppose une transformation profonde et lente vers un idéal. Le projet thérapeutique est la contribution à court ou moyen terme à ce projet de vie par des moyens thérapeutiques dans le domaine de la santé mentale. Cette distinction permet, d'une part, de ne pas confondre l'identité de la personne avec sa maladie et, d'autre part, tout en offrant une place plus modeste aux soignants, laisse une part importante de liberté à la personne pour tous les aspects du rétablissement qui ne concernent pas directement les soins. Enfin, elle permet aux case managers de transition de cadrer leur intervention dans le temps et de situer les rôles des autres intervenants dans le réseau de la personne.

Le patient comme fil conducteur de sa propre histoire, malgré les obstacles institutionnels, culturels et conjoncturels

Dans un monde idéal, le patient devrait rester maître de la continuité de sa propre histoire. Les bouleversements liés à une crise psychique ou à un problème de santé mentale ont souvent pour conséquence une rupture dans le parcours de vie et une perte de maîtrise momentanée. La crise constitue en soi une discontinuité de l'expérience. La réaction de la personne, notamment dans la phase de moratoire décrite plus haut, aggrave cette discontinuité, par l'incapacité momentanée de gérer des bouleversements qui dépassent la capacité d'adaptation. Les troubles eux-mêmes peuvent contribuer à la discontinuité, soit par désorganisation, soit parce que la personne a appris à cloisonner les relations à autrui pour en rester maître. Outre la personne, la complexité de l'environnement, la fragmentation des aides dans le domaine de la santé et du social contribuent à la discontinuité de l'expérience. Si le rôle du case manager est d'éclairer et de guider la personne dans ce dédale, le but ultime est que la personne et son réseau de proximité puissent reprendre le contrôle. Les interventions telles que le case management de transition ne doivent s'ajouter que transitoirement au réseau existant. Il contribue à ce que la personne et son réseau de proximité (médecin traitant, infirmière de CMS, assistant social de commune, etc.) disposent des moyens et des outils nécessaires à son rétablissement et à la gestion autonome de sa santé. Il est attentif aux éléments qui pourraient désorganiser le suivi et anticipe les moyens d'y faire face (en particulier au moyen du plan de crise conjoint). Il identifie les réseaux primaire et secondaire et clarifie les rôles des uns et des autres (carte réseau). Il examine de manière globale les besoins de la personne et ses priorités, ce qui a pour conséquence d'éviter le cloisonnement (évaluation large des besoins). Dans un esprit de subsidiarité et de complémentarité, il va privilégier de manière concentrique, d'abord le recours aux ressources de la personne elle-même, puis à celles de ses proches, puis du médecin généraliste, des soins à domicile et des services sociaux locaux, appuyés en deuxième ligne par les services spécialisés si nécessaire. Son intervention vise à placer la personne et ses proches dans une zone de confiance, éclairée par la connaissance individualisée des ressources à leur disposition.

2. Processus: population-cible, intervention et outils

Une attention spécifique aux personnes hospitalisées en psychiatrie sans suivi institutionnel

- Assurer la continuité des soins et la mise en place d'un réseau psycho-social
- Maintenir l'insertion sociale et professionnelle
- Anticiper les aggravations, les complications et les rechutes

L'étude sur l'implantation du case management de transition a montré que les personnes qui sortent de l'hôpital sans suivi institutionnel ont des besoins particuliers. Premièrement, dans le cadre hospitalier, ces patients paraissent vivre sans grande difficulté. Comparés à d'autres personnes hospitalisées qui souffrent de troubles psychiatriques sévères, ils sont capables de mieux communiquer, ont fréquemment un réseau social élargi et, pour la majorité d'entre eux, ont poursuivi une activité professionnelle. Dans une perspective hospitalière, il s'agit donc de patients faciles. Par contre, dans une perspective communautaire, ils présentent de graves difficultés: ils ont des troubles psychiatriques ou une situation de crise suffisamment sévères pour nécessiter une hospitalisation. Il est fréquemment question de situations instables dans lesquelles le risque de perte de l'étayage social existant est important : risque de perte d'emploi, conflit avec l'entourage ou problèmes financiers. Le risque de suicide est très élevé dans cette population. De plus, les outils pour favoriser le rétablissement, comme le suivi psy-

chosocial, ne sont souvent pas solidement mis en place, alors que le potentiel de rétablissement reste encore élevé. Lorsqu'on compare ces patients à ceux qui sont en situation de troubles psychiatriques sévères, ces derniers présentent souvent beaucoup plus de difficultés en termes de gestion des symptômes et des comportements; par contre, leur réseau psychosocial est souvent déjà solidement constitué, les risques psychosociaux sont moins immédiats, et le projet de rétablissement a été construit avec le soutien de la psychiatrie institutionnelle. Les besoins des patients sortant de l'hôpital sans suivi institutionnel sont donc importants, urgents et spécifiques : aide à l'élaboration d'un projet de rétablissement à court terme, soutien à la mise en place d'un réseau psychosocial, maintien d'une activité professionnelle ou gestion d'un conflit familial, prévention du suicide. Ils justifient l'implantation du case management de transition pour cette population.

Les étapes-clés pour systématiser un suivi optimal selon les besoins, en se référant au modèle du case management

L'étude du case management de transition a mis en exergue un dilemme quant au déroulement de l'intervention. L'étude a en effet montré qu'il était impossible de prévoir à partir du point de vue hospitalier quelles situations présenteraient des difficultés après la sortie de l'hôpital: certaines situations apparemment simples à l'hôpital se révèlent extrêmement compliquées après la sortie, alors que certaines situations perçues comme complexes à l'hôpital se révèlent beaucoup plus simples après la sortie, comme nous l'avons développé plus haut. La tentation était donc grande de proposer le suivi maximum à tous les patients sortant de l'hôpital. Néanmoins, pour garantir la qualité, mais aussi l'efficacité de l'intervention, il était nécessaire de définir les étapes-clés avec des points de décision permettant de s'ajuster dans le but d'offrir un suivi optimal adapté individuellement à chaque situation. Ces étapes-clés correspondent aux étapes du modèle de case management, adapté spécifiquement au suivi de transition.

L'intervention du CMT se déroule selon un processus en six étapes:

1. Demande
 - Garantir que tous les patients dont on anticipe la sortie sans suivi psychiatrique institutionnel soient identifiés dès l'admission.
2. Première rencontre avec le patient
 - Présenter l'intervention au patient en présence de l'équipe hospitalière et examiner les enjeux initiaux.
3. Evaluation
 - Evaluation approfondie à l'aide des outils décrits plus bas (ELADEB, carte réseau).
 - Elaboration d'un plan de crise conjoint.
4. Première consultation dans le milieu
 - S'assurer que la planification du retour à domicile soit réalisable et que le réseau soit disponible.
 - Ajuster le plan de crise conjoint.
5. Ajuster un suivi optimal en fonction des besoins
 - CMT bref : à disposition en cas de besoin.
 - CMT standard : quatre contacts durant le mois de suivi.

- CMT intensif : plus de quatre contacts durant le mois de suivi ; transmission à un suivi spécialisé à plus long terme probable.
6. Bilan à un mois et transmission
- Assurer la continuité avec les intervenants de première ligne (information; relation; processus).
 - Prendre congé et rédiger un bilan écrit de l'intervention.

Après une description de chaque étape, une vignette permettra de l'illustrer de façon spécifique.

1. La demande

Dans le contexte du CMT, à la base, la demande est implicite. En effet, l'intervention se fait selon des critères prédéfinis : patients âgés de 18 à 65 ans qui rentrent à domicile sans suivi dans le DP. L'un des case managers participe aux colloques hospitaliers à raison de deux fois par semaine à l'AOC et une fois par semaine à Jaspers. Ce moment permet à l'équipe d'identifier tous les patients susceptibles d'être suivis. En revanche, le temps à disposition est insuffisant pour discuter les situations plus en détails. Dans un second temps, le CMT prend donc contact avec les membres de l'équipe hospitalière en charge des personnes qui remplissent les critères pour un suivi de transition. Les facteurs de crise ayant conduit à l'hospitalisation, les objectifs de cette dernière, l'état du réseau, les attentes du patient et de ses proches sont alors précisés. Le CMT s'informe également de la date du bilan qui représente un moment idéal pour la première rencontre avec le patient, puisqu'il réunit tous les intervenants hospitaliers. Enfin, on cherche à savoir quand aura lieu la sortie pour organiser au mieux le suivi de transition sur le temps hospitalier. Dans toutes les situations où l'intervention est indiquée, on agence la première rencontre avec le patient: idéalement, celle-ci a lieu au moment du bilan, qui se tient dans la semaine suivant l'entrée à l'hôpital et réunit tous les soignants en charge du patient. On y discute les observations de l'équipe et les projets du patient.

Durant cette phase, l'intervenant CMT remplit les deux premières pages du dossier patient (cf. annexe). Ce document permet de récolter les informations de base qui orienteront la suite de l'intervention.

Vignette 1 : Mme B

Mme B. est une patiente de 56 ans, hospitalisée à la section Jaspers depuis environ trois semaines au moment de l'intervention du CMT. Les intervenants hospitaliers souhaitent un appui au retour à domicile et une intervention de coordination du réseau ambulatoire pour une patiente connue pour un trouble dépressif récurrent et un syndrome de dépendance à l'alcool. La perspective du départ de sa fille unique aux Etats-Unis afin d'y suivre une formation constitue le facteur de crise actuel. Les objectifs hospitaliers pour la sortie sont la mise en place d'un étayage suffisant pour accompagner Mme B. au moment du départ de sa fille, l'aider dans les activités de la vie quotidienne (ménage, organisation à domicile, alimentation), dans les tâches administratives, ainsi que dans la mise en place d'un accompagnement spécialisé en alcoologie. La patiente souhaite rentrer à domicile et retrouver une certaine indépendance. Le réseau de soins s'annonce complexe (infirmier, ergothérapeute et auxiliaire du Centre médico-social, assistante sociale du Centre social régional, infirmière en alcoologie, psychiatre spécialisé en alcoologie).

La date de sortie n'est pas encore déterminée mais sera fixée lors d'un bilan qui aura lieu la semaine suivante.

2. La première rencontre avec le patient

Le suivi de transition est présenté au patient par l'équipe hospitalière. Dans les services concernés, des plaquettes informatives sont également à disposition des personnes hospitalisées. L'intention est de clarifier les buts de l'intervention et de définir ses modalités. On insiste sur l'aspect transitoire du suivi.

La première rencontre entre le patient et le CMT se fait idéalement en présence de l'équipe hospitalière. Le CMT complète les informations précédemment recueillies auprès des soignants. On répond aux éventuelles questions financières qui peuvent poser un problème à certains patients, la prestation étant facturée dès la sortie de l'hôpital au même titre qu'une intervention ambulatoire. Si les choses sont claires pour ce dernier et qu'il accepte le suivi, l'évaluation peut alors débuter au cours de la même séance. Si le patient n'accepte pas l'intervention, ce qui n'est survenu qu'une seule fois en plus de trois ans de pratique, le CMT discute les motifs du refus avec la personne et réfléchit avec lui et l'équipe hospitalière à des alternatives au suivi de transition.

Pour cette étape, l'intervenant CMT s'appuie sur la plaquette informative distribuée par l'équipe hospitalière pour discuter de son intervention avec le patient. Ce document est à disposition des patients dans les services et peut également lui être remis par l'équipe hospitalière en vue de préparer la rencontre avec le CMT.

Vignette 1 : Mme B

La présentation de l'intervention CMT se fait en présence du médecin assistant et de l'infirmière référente de Mme B. dans l'unité hospitalière. Elle se montre d'emblée très preneuse du suivi de transition, désirant profiter au maximum de toutes les possibilités offertes à l'hôpital. Contacté par le médecin assistant hospitalier, le psychiatre alcoologue accepte d'assurer le suivi médical de Mme B., mais ne pourra pas entamer sa prise en charge avant un mois.

3. L'évaluation

La demande faite par l'équipe hospitalière doit être rediscutée avec le patient, dans l'idée de préciser ses attentes, ses besoins et ses ressources. Cette démarche est entreprise au moment où le patient est encore hospitalisé. Ainsi, les éléments récoltés contribuent également à alimenter la réflexion de l'équipe hospitalière quant aux facteurs et hypothèses expliquant la crise actuelle. Le matériel obtenu conduit parfois à redéfinir les objectifs de l'hospitalisation. Les buts de l'évaluation sont les suivants:

- la définition des objectifs du suivi;
- l'identification ou l'absence de personnes ressource dans le réseau existant;
- la mise en évidence des facteurs de crise ayant conduit à l'hospitalisation;
- l'élaboration d'un plan de crise auquel le patient et son entourage pourront se référer au moment du retour à domicile.

L'évaluation se fait au moyen de l'échelle ELADEB et de la carte réseau. Le premier de ces deux outils permet, généralement sur deux séances, de définir les difficultés et besoins de la personne hospitalisée selon son propre point de vue. Le second fait l'état du réseau actuel et

futur, mobilisable par ce dernier au moment de son retour à domicile. Ces deux outils sont décrits en détail plus loin. Le CMT participe aussi aux différents réseaux, afin d'obtenir des renseignements sur les ressources et limites de chacun. Ces rencontres permettent par conséquent de définir les mandats respectifs des divers intervenants.

Vignette 1 : Mme B

L'évaluation ELADEB met en lumière de nombreuses difficultés dans quasiment tous les domaines proposés. Les problèmes principaux sont la dépression et la crainte de rechuter et les problèmes administratifs et financiers. A la fin du deuxième entretien consacré à l'évaluation ELADEB, Mme B. insiste pour aborder deux problèmes douloureux pour elle: tout d'abord, la relation conflictuelle avec sa fille; elle évoque alors la récente révélation d'abus dont sa fille aurait été victime pendant son enfance. L'auteur de ces abus serait son grand-père (père de Mme B., aujourd'hui décédé). Mme B. ressent un grand désarroi devant sa fille qui exprime le besoin d'en parler. Leurs échanges sont très intenses, devenant rapidement virulents.

Elle aborde ensuite la blessure qu'a constituée le licenciement de son dernier poste d'éducatrice. Elle serait venue alcoolisée au travail et aurait fait appel à la police lors d'une crise clastique sur son lieu de travail. La police aurait alors signalé la situation à sa supérieure hiérarchique. Mme B. ressent un vif sentiment d'injustice vis-à-vis de son employeur quand elle se réfère à sa forte implication dans son activité depuis de nombreuses années.

Le CMT relaie ces informations à l'équipe hospitalière et participe à deux rencontres de réseau. La première avec l'assistant social hospitalier et avec l'infirmière en alcoologie : l'assistant social hospitalier prendra contact directement avec l'assistante sociale du CSR pour lui transmettre le contenu de son intervention (ressources financières de Mme B., soutien administratif à envisager). L'infirmière en alcoologie fait part des objectifs et modalités de son suivi. Une date de sortie est fixée deux semaines plus tard. Dans l'intervalle, Mme B. prend des congés pendant lesquels elle s'alcoolise, supportant très mal la cohabitation avec sa fille. Un deuxième réseau avec l'infirmier en psychiatrie du CMS est organisé; il mettra en place une aide au ménage. Un plan de crise conjoint est élaboré, afin de déterminer les rôles des personnes-clés des réseaux primaire et secondaire, d'identifier les signes précoces d'une aggravation de la situation, les soins d'urgences et l'aide pratique en cas de nécessité.

4. La première consultation dans le milieu

La première rencontre dans le milieu permet de s'assurer que le retour à domicile se passe dans les meilleures conditions. Le CMT vérifie si le plan de crise mis en place lors de l'hospitalisation répond aux besoins de la personne. Il s'assure, de même, que les ressources soient mobilisables. Ce moment sert à réajuster les objectifs de l'intervention précédemment définis, en en précisant, si nécessaire, les modalités; il sert aussi à examiner, avec la personne rentrée à domicile, si les problèmes et ressources identifiés lors de l'évaluation sont présents et dans quelle mesure dans le contexte de vie naturelle.

Le CMT reprend les objectifs définis au fil des rencontres hospitalières. Ceux-ci figurent dans le dossier CMT. Il remplit également la grille d'évaluation du risque suicidaire. Au besoin, il discute avec le patient le plan de crise et l'adapte en fonction des difficultés survenues depuis la sortie de l'hôpital.

Vignette 1 : Mme B

Le retour à domicile est caractérisé par une recrudescence des symptômes dépressifs avec réapparition d'idées suicidaires, des consommations d'alcool et de multiples appels au CMT en lien avec le départ imminent de sa fille. Dans ce contexte, le CMT évalue la pertinence d'une ré-hospitalisation et revient sur le plan de crise élaboré à l'hôpital.

En même temps, Mme B. formule à plusieurs reprises les mêmes demandes concrètes (accompagnement, rangements à domicile) à tous les intervenants de première ligne (CMT, infirmier et ergothérapeute du CMS). Le CMT organise alors un réseau au domicile de la patiente avec ces intervenants, afin de clarifier le mandat de chacun.

5. Les différents types de suivis dans le milieu

Compte tenu de l'évaluation réalisée durant l'hospitalisation et le bilan fait au moment de la première rencontre à domicile, le CMT définit le type de transition qu'il va mettre en place. Durant cette phase, le CMT rencontre le patient dans son milieu. Il peut aussi s'entretenir avec lui par téléphone et participer à des rencontres pouvant inclure les différents membres du réseau. Nous avons défini trois types de suivi:

A. Le CMT bref :

Le retour à domicile et la connexion au réseau ambulatoire se déroulent sans difficulté. Le CMT se contente d'un contact téléphonique ou d'une rencontre avec le patient pour faire le point.

Vignette 2 : Mme L

Mme L. est une patiente de 56 ans, mariée, d'origine turque et mère de cinq enfants. Le dernier de ses fils est décédé l'été dernier d'une overdose. Depuis le décès de ce fils, la santé psychique de la patiente se dégrade. Lors de son admission à l'hôpital, Mme L. présente une aggravation de sa symptomatologie dépressive avec idéations suicidaires scénarisées.

Durant l'hospitalisation, hormis le travail propre au case-manager de transition, un réseau avec la famille de la patiente a eu lieu. La sortie de l'hôpital ainsi que la suite de la prise en charge ont été abordés. La patiente ne souhaite pas s'engager dans une activité occupationnelle pour diverses raisons propres à sa culture, à l'entourage préexistant ainsi qu'à son départ imminent en vacances. Pour elle, continuer le suivi auprès de son thérapeute est suffisant.

Dès la sortie de l'hôpital, un entretien de réseau est organisé au cabinet du psychiatre traitant. Lors de cet entretien sont évoqués le travail qui a été effectué à l'hôpital ainsi que les projets discutés.

Au terme de ce rendez-vous, il est convenu que le case-manager reste à disposition tant du médecin que de la patiente ou de son réseau, et ce pendant un mois. Il est convenu qu'à la fin de cette période, si personne n'a repris contact avec le case-manager, le dossier sera fermé.

B. Le CMT standard

Ce type de transition représente la grande majorité des interventions. La personne nécessite un soutien modéré pour son retour à domicile et pour la connexion à son réseau ambulatoire. Ce type d'intervention compte en moyenne quatre consultations durant le mois de suivi.

Vignette 1 : Mme B

Lors du réseau à domicile, les objectifs sont priorisés et les rôles des différents intervenants redéfinis. La patiente ayant besoin d'un suivi plus intense que prévu en lien avec l'exacerbation de la symptomatologie dépressive, l'infirmier en psychiatrie du CMS jouera un rôle actif centré sur la gestion des symptômes actuels, la dépression, la prévention de la rechute et abordera, dans un second temps, la question du licenciement (possibilité d'accompagner Mme B. pour une discussion avec son ancienne supérieure hiérarchique). L'ergothérapeute et l'auxiliaire la soutiendront dans l'organisation et le rangement à domicile. Le CMT travaillera désormais sur le départ de sa fille aux Etats-Unis, à savoir : la préparation du départ, l'accompagnement à l'aéroport, les messages qu'elle souhaite lui donner avant son départ, la formalisation d'un moment entre mère et fille autour d'un repas, les types de contact qu'elles auront lorsqu'elles seront séparées. La patiente refuse un entretien avec sa fille et le CMT.

Le potentiel suicidaire sera évalué à chaque rencontre. L'assistante sociale du CSR contactée par téléphone gèrera les questions administratives et financières. Les intervenants partagent régulièrement autour de l'évolution de Mme B. et maintiennent leurs objectifs respectifs.

C. Le CMT intensif

Dans les situations où la symptomatologie se dégrade gravement lors du retour à domicile, dans les situations où le potentiel suicidaire est élevé, lorsque l'engagement dans les soins s'avère difficile ou quand le réseau présente des dysfonctionnements graves, le CMT doit parfois intervenir de manière intensive. Les contacts avec le patient et ses proches peuvent avoir lieu plusieurs fois par semaine, voire de manière quotidienne. Si cette situation perdure, il faut parfois réorienter le suivi psychiatrique à long terme vers des services psychiatriques spécialisés tels que les consultations ambulatoires de Jaspers ou Minkowski ou vers le Suivi intensif dans le milieu.

Vignette 3 : Mme V

Mme V. est une patiente de 21 ans, célibataire, d'origine suisse. Elle a été hospitalisée d'office à l'AOC pour être mise à l'abri d'un geste auto-agressif et d'une alcoolisation massive. Durant le séjour hospitalier, Mme V. se montre collaborante et adhère au projet de suivi chez un psychiatre privé spécialisé en alcoologie. Elle accepte le suivi de transition, se disant rassurée d'être soutenue pour son retour à domicile. En effet, les difficultés et les besoins d'aide mis en évidence par ELADEV ont été sous-estimés, les membres du réseau identifiés comme ressources ne l'étaient pas et le plan de crise s'est avéré inefficace. De plus, la situation sociale, plus compliquée que ne l'avait estimé l'assistante sociale de l'hôpital, a nécessité une prise en charge intensive afin de la clarifier, avec accompagnement au rendez-vous et téléphone avec les différents intervenants. Les relations avec son ami et sa famille se sont révélées chaotiques avec de nombreuses disputes. Mme V. a rapidement repris une consommation massive d'alcool à chaque altercation avec un membre de son entourage. Le

psychiatre installé chez qui elle avait pris rendez-vous depuis l'hôpital ne lui a pas convenu, et elle a arrêté le suivi. L'indication d'un suivi institutionnel a été posée vu la complexité de la situation. Un suivi conjoint entre le Service d'alcoologie et l'Unité de réhabilitation a été organisé. Dans l'intervalle, la patiente a été vue chaque jour ouvrable.

6. Le bilan à un mois

Il a généralement lieu au cabinet du psychiatre traitant, comme c'est souvent le cas lors de la première consultation dans le milieu. Il permet de discuter ce qui a pu être réalisé durant les semaines écoulées. L'accent est mis sur les ressources du patient. C'est aussi le moment où est précisé ce qu'il reste à faire et où sont définis les objectifs pour la suite du suivi. Le CMT transmet aux membres du réseau ambulatoire ses conclusions et prend congé du patient.

Vignette 1 : Mme B

Dans le cas de Mme B., le bilan du suivi CMT se fait au cabinet du psychiatre alcoologue où a lieu la première rencontre entre le thérapeute et la patiente. Le CMT qui accompagne la patiente explique au psychiatre le rôle de chaque intervenant et amène la proposition de l'infirmier en psychiatrie du CMS de participer à un prochain entretien au cabinet.

La situation est reprise avec les intervenants du CMS lors d'une rencontre de liaison Département de psychiatrie/CMS, où la question des limites de chaque mandat est répétée. L'assistante sociale du CSR est contactée par téléphone; elle poursuit son travail social avec Mme B. L'infirmière en alcoologie continue aussi son accompagnement. Le suivi CMT prend fin lors d'une rencontre au domicile de la patiente.

Les cibles de l'intervention

Ce tableau s'inspire largement des neuf cibles de l'intervention critique (p. 453, Dixon et al., 2009), mais il n'en constitue aucunement une traduction fidèle. Les items ont en effet été transposés aux besoins de la population-cible du CMT et de son insertion dans le contexte local, en tenant compte des spécificités sur la continuité des soins.

Domaines-cibles de l'intervention du CMT

<i>Domaines-cibles d'intervention</i>	<i>Descriptions et buts</i>	<i>Exemple d'activité</i>
Coordination du système de soins	Assurer la coordination des services de santé et leur utilisation à bon escient (bon endroit au bon moment) ainsi qu'en faciliter l'accès.	Informar sur les cibles, les limites et responsabilités d'intervention de chaque offre de prestations ; déterminer un pilote de réseau ; élaborer une liste des personnes significatives du réseau et la transmettre.
Engagement dans les soins	Adhérer à des soins et réduire la durée du processus de rétablissement. Anticiper les obstacles à l'engagement dans les soins.	Travailler sur les représentations négatives de la psychiatrie; accompagner lors du premier contact si antécédents d'échec ou d'expériences traumatisantes ; amener le patient à faire un lien entre ses plaintes, sa souffrance, ses limitations fonctionnelles au quotidien et un trouble psychiatrique ; psychoéducation ; normalisation des symptômes ; déstigmatisation.
Compliance médicamenteuse	Améliorer la compliance au traitement dans la durée.	Education et gestion du traitement (information, semainier, échelles d'évaluation quotidiennes) ; permettre l'accès en cas de problèmes financiers (tiers garant) ; suivi du traitement-prévention des abus et surdosage à l'aide d'un garant (proche, famille, pharmacie, CMS) ; observation des effets secondaires et adaptation des dosages.

<i>Domaines-cibles d'intervention</i>	<i>Descriptions et buts</i>	<i>Exemple d'activité</i>
Soutien et implication de l'entourage	Soutenir et renforcer les compétences des proches. Prévenir l'épuisement et la violence domestique.	Donner des informations et astuces concrètes dans la gestion des troubles au quotidien. Valoriser les compétences et évaluer le besoin de soutien/suppléance en cas d'épuisement ou en prévention de ce dernier.
Soutien à l'emploi	Faciliter la reprise professionnelle. Maintenir un emploi. Favoriser la réinsertion au travail.	Travail avec l'employeur et l'employé autour d'un cadre de reprise professionnelle respectant le rythme du processus de rétablissement et les capacités actuelles de l'employé. Travail sur une reprise de rythme et d'exigences au travers des AVQ. Prévention de l'échec à court, moyen et long terme. Mobilisation de l'AI intervention précoce. Introduction de l'ergothérapie.
Habilités dans la vie quotidienne	Soutenir, renforcer, développer les habiletés dans les AVQ.	Elaborer des objectifs et un programme quotidien respectant les limitations actuelles en s'appuyant sur les ressources. Transposer les progrès obtenus à l'hôpital dans le milieu de vie du patient. Rechercher des alternatives (proches, CMS, activité séquencée, etc.).
Liens dans la communauté	Renforcer les liens existants, contribuer à la reprise de liens, développer de nouveaux liens pour favoriser l'intégration dans la communauté.	Accompagner dans la reprise de contact, psychoéducation ; visites de structures hors psychiatrie dans la communauté ; réseau d'échange de savoirs ; exercer les habiletés relationnelles sous forme de jeux de rôle.
Soutien et assistance au quotidien	S'assurer que le patient reçoit toute l'aide dont il a besoin. Trouver des moyens auxiliaires.	Evaluation quotidienne à domicile ; introduction de CMS, bénévoles ; défense des droits ; recours à la protection juridique ; aide sociale ; assurance-maladie ; etc.
Prévention de rechute	Assurer la continuité du processus de rétablissement. Prévenir le risque suicidaire. Prévenir la rechute dans le domaine des dépendances.	Evaluation du potentiel suicidaire ; limitation de l'accès aux moyens ; plan de crise conjoint ; développer des stratégies d'adaptation et de gestion du stress (relaxation, visualisation, sport, etc.) ; psychoéducation ; mettre en évidence des automatismes ; effectuer des balances décisionnelles, entretiens motivationnels ; attitude à la pince (système de transmission écrite pour l'hôpital, les urgences psychiatriques, la consultation ambulatoire en cas de débordement).
Transmissions d'information	Assurer une continuité, fluidité de la qualité d'information. Favoriser l'intégration et la compréhension des transmissions.	Plan de crise ; discuter de la circulation de l'information avec le patient ; organisation de réseau et bilan ; documents de transmission ; échanger sur les différentes manières d'appréhender une situation et opter pour une position de complémentarité.

La promotion des outils cliniques qui favorisent la culture du rétablissement

L'expérience du case management de transition a permis de sélectionner un set minimal d'outils qui permettent d'ancrer dans la pratique de l'intervention des valeurs défendues plus haut : l'appropriation par le patient (ex: ELADEB), la connexion à l'environnement (ex: carte réseau), l'anticipation des périodes de crise (ex: plan de crise conjoint) et la transmission d'information entre professionnels (ex: DMST). Premièrement, il est apparu que la parole du patient ne pouvait pas être clairement entendue dans le cadre d'une hospitalisation sans un outil qui fasse une place à l'expression de cette parole. En effet, le patient se trouve en situation d'extrême vulnérabilité, en crise, en dehors de son contexte habituel, seul face à une institution qui a son fonctionnement propre. Les préoccupations sont principalement centrées sur la gestion immédiate des comportements et des symptômes, à l'ajustement du traitement

et à la vie en communauté au sein de l'hôpital. L'évaluation des besoins à l'aide d'une échelle telle qu'ELADEB permet de structurer et de systématiser l'évaluation des besoins dans une perspective beaucoup plus large. Elle permet de faire émerger l'urgence et l'importance des besoins dans la perspective propre du patient, plutôt que dans celle des professionnels. Deuxièmement, l'hospitalisation doit faire face à des attentes contradictoires vis-à-vis de la connexion à l'environnement: d'une part, l'hospitalisation vise à éloigner la personne de son environnement habituel aux fins de la soigner; d'autre part, le rétablissement passe par une connexion étroite à l'environnement habituel de la personne. La carte réseau permet de faire le bilan de la connexion avec les proches et les professionnels dans l'environnement naturel, tout en respectant la distance momentanée avec ces personnes. Troisièmement, le plan de crise conjoint permet d'inscrire l'appropriation de sa santé par le patient dans une perspective temporelle, en anticipant la survenue de crise ultérieure. Ce plan de crise conjoint s'articule très étroitement avec la carte réseau, puisqu'il fait appel aux rôles des personnes importantes du réseau en situation de crise. Enfin, le document médico-social de transmission (DMST) ou les autres documents de transmission, constituent la colonne vertébrale de la transmission d'informations entre professionnels.

1. ELADEB (Pomini & Reymond, 1999)

ELADEB, pour *Echelle lausannoise d'auto-évaluation des difficultés et des besoins*, a pour but de donner la parole au patient et de la mettre au centre de l'intervention. Cet outil clinique permet au patient d'exprimer son point de vue même lorsqu'il est bouleversé par une crise ou qu'il s'exprime peu spontanément de manière verbale. Cet instrument aide également les soignants à se décentrer de leurs préoccupations (gérer les symptômes et les comportements, organiser les soins intra-hospitaliers) pour considérer les besoins importants et immédiats tels qu'ils sont considérés par le patient lui-même.

Etant une autoévaluation, cet outil laisse la parole au patient sans induire les réponses et met en évidence son appréciation des difficultés et ses besoins en aides supplémentaires. Un tel outil rend possible une comparaison entre le projet hospitalier et celui du patient, parfois divergents. La confrontation des différents points de vue, de l'auto et de l'hétéro-évaluation permet, selon les situations, de redéfinir le projet hospitalier et de sortie.

L'échelle se compose actuellement de vingt et une cartes représentant les différents domaines de la vie courante, répartis en quatre catégories : conditions de vie, pragmatique du quotidien, vie relationnelle et réseau social, sphère de la santé.

Dans un premier temps, le patient est invité à trier les cartes de façon systématique selon les domaines pour lesquels il rencontre actuellement des difficultés et à les classer par ordre d'importance. Dans un deuxième temps, il nomme ceux pour lesquels il a besoin d'une aide supplémentaire, de même que le degré d'urgence de cette aide. Il s'agit de besoins d'aide supplémentaire, le patient peut estimer recevoir déjà une aide tout à fait adéquate et efficace dans certains domaines. Le patient va ensuite être encouragé à décrire en détail et en termes concrets le contenu de son appréciation pour chacun des domaines qu'il aura retenus. Sur la base de cette évaluation, un projet de vie sera en mesure d'émerger et englobera le projet thérapeutique. La confrontation de ces projets aide à mettre en évidence des points de vue opposés et à réorienter, le cas échéant, le projet hospitalier et le projet de sortie, de façon à augmenter ses chances de réussite.

Le patient est particulièrement exposé à la « double victimisation » qui « renvoie aux situations dans lesquelles le patient doit faire face à une forme plus ou moins ouverte d'hostilité de la part des professionnels chargés de l'aider, en plus d'être aux prises avec les difficultés propres à sa situation ». Il n'est pas rare d'entendre des professionnels dire que le patient a mis en échec le projet tout en lui faisant porter toute la responsabilité de cet échec, sans forcément remettre en question la manière dont le projet a été construit. Si le projet est bâti en partenariat, la responsabilité est partagée, tant dans la réussite que dans l'échec. En effet, « un patient est motivé pour atteindre son objectif, il ne l'est pas pour atteindre celui d'un autre. Il est très difficile de changer une habitude et impossible d'amener quelqu'un à le faire s'il n'a pas une motivation suffisante. »². Ce processus fait donc émerger les ressources motivationnelles de la personne. ELADEB facilite l'expression et la formulation des motivations intrinsèques du patient. Le support visuel des cartes illustrées facilite la formulation des besoins par les patients souffrant de troubles psychiatriques, même lorsque la situation de crise ou les troubles limitent leur expression verbale spontanée. Dans le cadre du suivi de transition, ELADEB devient donc non seulement un outil d'évaluation, mais aussi un outil clinique qui soutient l'expression de la parole du patient et la structure, sans la déformer. C'est donc un instrument qui facilite l'appropriation du pouvoir par le patient. Par ce biais, ce pouvoir et cette parole sont mieux reconnus par les soignants, ce qui facilite grandement l'alliance thérapeutique. Le case manager peut alors se faire le porte-parole du patient, dans un rôle d'avocat, si nécessaire. Comme l'outil invite également le patient à imaginer qui serait susceptible de répondre à son besoin d'aide supplémentaire, il permet également de se prémunir contre la monopolisation professionnelle. En effet, les professionnels n'envisagent la plupart du temps en terme de résolution de problème que le recours à des solutions professionnelles, ce qui contribue à l'engorgement permanent du système de soins, et notamment des soins spécialisés. Cet aspect est primordial en raison de la très forte prévalence à vie des troubles psychiques dans la population et implique, au-delà des connexions au réseau existant du patient, une étroite collaboration avec les acteurs des soins primaires. La complémentarité des missions est essentielle. Elle présuppose nécessairement une vision dynamique et évolutive des troubles psychiatriques, autre valeur fondamentale et intrinsèque du modèle du rétablissement ouvrant à l'espoir d'une meilleure qualité de vie possible.

2. La carte réseau

La carte réseau est une représentation graphique des réseaux primaire, secondaire et tertiaire du patient. Le réseau primaire est composé de l'entourage proche de la personne, qui ne se limite pas à sa famille, contrairement à ce que pensent souvent les professionnels. Il peut être composé d'amis, de voisins, de collègues de travail, et aussi d'animaux ou de personnes défuntés. Le réseau secondaire peut être formel ou non formel et comprend des professionnels de la santé et du social. Le réseau secondaire formel implique en général un contrat et va générer des coûts. Le réseau secondaire non formel est mis sur pied à l'initiative de certains membres de réseaux primaires pour répondre à leurs propres besoins, pour trouver des solutions à des difficultés communes (associations de patients, par exemple). Le réseau tertiaire incarne les institutions qui exercent une autorité civile ou pénale, par exemple le Service de protection de la jeunesse, l'Office du Tuteur général, la justice pénale ou civile. Les

² Beauzée, N. , Cabié, M-C. Lelevrier-Vasseur A. & Ryback, C. (2003) *Un apport systémique en santé mentale. L'entretien infirmier en institution : un temps fondamental*. Thérapie familiale, Genève, vol 24.

individus, ainsi que les réseaux primaires et secondaires, sont soumis aux décisions de ces instances, qui cadrent et limitent leurs décisions et actions.

La carte réseau établit une photographie du réseau au moment de la demande d'intervention. Le but est de s'appuyer sur les ressources existantes autour du patient et de ne pas se substituer inutilement à elles.

Le patient remplit seul la carte réseau, après avoir été brièvement instruit sur ses représentations graphiques. Cette méthode permet de révéler une plus grande richesse dans la manière dont les patients présentent et se représentent leur réseau. Des ressources insoupçonnées sont mises en évidence de manière plus importante que lorsque les patients sont accompagnés dans cette démarche.

Après que le patient a nommé les membres de son réseau, on lui demande de qualifier les relations qu'il entretient actuellement avec ces personnes. Elles peuvent être bonnes (un trait), intenses (deux traits), conflictuelles (un éclair), distantes (des traits tillés) et/ou absentes. Puis sont identifiées les personnes à qui il peut demander l'aide dont il a besoin suite à ELABEB. Le case manager et le patient réfléchissent ensemble aux moyens de les mobiliser concrètement: c'est-à-dire de quoi ou de quelles informations ces personnes auraient besoin pour y répondre, si elles sont d'accord et au courant, quelles sont les limites de leur investissement et de leur responsabilité. Il peut choisir de mobiliser des personnes dans son réseau primaire, secondaire ou tertiaire. En ce sens, la carte réseau intègre totalement les différents niveaux de soins; la circulation de l'information est aussi abordée: le patient décide de ce qui doit être dit, de quoi on parle et avec qui. Cela oblige à travailler dans les limites du secret professionnel, selon la décision du patient. Le pilotage du réseau est également discuté et défini; le fait de nommer un pilote et d'identifier les ressources dans le réseau facilite le retrait du case manager de transition dans la limite temporelle d'un mois après la sortie de l'hôpital.

3. Plan de crise conjoint et directives anticipées

Les directives anticipées sont un document légal, produit par le patient, pour planifier des soins de santé future en cas de perte de la capacité de discernement. *Les contrats anticipés* supposent un accord entre les parties pour négocier la planification future des soins. *Le plan de crise conjoint* (Annexe1) fait partie de cette dernière catégorie.

La déclaration anticipée doit contenir les éléments suivants :

- la garantie que la déclaration reflète bien la parole du patient et non celle des soignants;
- toutes les informations qui permettent son application;
- l'assurance que la déclaration anticipée soit applicable par les soignants et que les traitements préférés soient accessibles;
- l'exploration des alternatives au traitement refusé et des mesures à prendre en amont pour éviter d' arriver à la nécessité absolue d'appliquer un traitement refusé dans la déclaration anticipée;
- la certitude qu'en aval, les mesures soient connues et appliquées.

Le plan de crise conjoint est la forme la mieux étudiée et la mieux validée scientifiquement parmi les contrats de soins (Henderson, Flood et al. 2004). Il est préparé entre le patient et l'équipe responsable des soins de crise avec l'aide d'un tiers expérimenté dans les soins psychiatriques, indépendant de l'équipe de crise. Le patient est en outre fortement encouragé à

inviter un proche à participer à la séance commune de préparation du *Plan de crise conjoint*. En outre, ce dernier est élaboré en dehors d'une période de crise aiguë.

Le plan de crise conjoint comporte quatre parties :

- 1) Les informations de contact
- 2) Les soins actuels et le projet thérapeutique
- 3) les soins en situation de crise
- 4) l'aide concrète en situation de crise

Les points 1 et 4 peuvent être remplis en avance par le patient. Le médiateur organise la rencontre qui permet d'élaborer le plan de crise. Il dirige l'entretien, agit comme médiateur et suggère des possibilités qui n'auraient pas été évoquées par les différentes parties. La rencontre peut être stressante pour le patient, puisqu'elle l'oblige à revenir sur des moments difficiles, voire traumatiques. Il est néanmoins nécessaire et utile de revenir sur les épisodes précédents, afin d'identifier les signes de rechute, les événements déclenchants, les éléments qui ont été utiles ou néfastes. Lorsque l'usager souhaite introduire des déclarations anticipées que l'équipe soignante juge néfastes, le médiateur explore les raisons de ces souhaits et aide à trouver des alternatives. Par exemple, un patient peut refuser un traitement, car il n'en tolère pas certains effets secondaires, et que ceux-ci pourraient être évités en dispensant d'autres médicaments alternatifs, aussi efficaces ; le refus d'être hospitalisé constitue une occasion d'explorer les solutions alternatives en amont lors d'une rechute. Le médiateur explique également dans quelles conditions légales les déclarations anticipées ne pourront pas être respectées à la lettre, mais qu'elles influenceront de toute façon la manière de gérer la crise; les points de désaccord sont notés comme tels.

Les études ont montré que les plans de crise conjoints réduisent les hospitalisations et les traitements contraints. Des études supplémentaires sont en cours sur des échantillons plus larges pour examiner l'impact sur les hospitalisations (Thornicroft, Farrelly et al. 2010).

Le plan de crise conjoint tel qu'il est décrit dans la littérature a pour avantage d'être produit avec l'aide d'un tiers non directement impliqué dans les soins aigus hospitaliers. Il ouvre des possibilités thérapeutiques et atténue les prises de position symétriques entre un patient traumatisé et les soignants hospitaliers. Il procure au patient la maîtrise de la gestion de sa propre santé. Il permet de guider les professionnels dans les soins préférés et ceux qui sont les plus efficaces pour le patient. Une fois ces objectifs atteints, un tel plan aide à prévenir rechutes et complications. De même, le processus encourage fortement la participation des proches comme partenaires, voire dans certaines formes de plan de crise conjoint, la participation d'un proche de l'entourage du patient, considérée comme nécessaire.

Le plan de crise et *les directives anticipées* sont deux outils essentiels pour anticiper les mesures à prendre lors de difficultés, d'aggravations des symptômes ou de crise après la sortie de l'hôpital.

La réalisation du plan de crise se fait par écrit avec l'aide du case manager de transition en présence de l'équipe hospitalière. Le patient est invité à répondre à des questions formulées de manière simple dans un document (Annexe 1) pour réfléchir aux facteurs de stress, aux signes précoces de crise, ainsi qu'aux stratégies personnelles et dans l'entourage proche pour y faire face. Les attentes par rapport à l'adaptation du suivi en situation de crise, les traitements souhaités ou à éviter et les mesures concrètes à prendre y sont également discu-

tées. Les réponses du patient sont ensuite approfondies dans un entretien avec le case manager et discutées avec l'équipe hospitalière. Après avoir discuté avec le patient de la nature de la crise et des facteurs de stress, les signes de rechute sont identifiés et hiérarchisés en fonction de leur sévérité. Les situations dans lesquelles ceux-ci risquent de survenir sont explorées. On met en lumière les ressources internes de la personne, qui lui permettront de gérer seule la situation. Si ces mesures s'avèrent insuffisantes, on identifie les proches qui pourront être sollicités et comment ils le seront (contacts directs, téléphones, courriels, sms), ainsi que la démarche à entreprendre si ces personnes ne sont pas disponibles. Le leader du réseau qu'il faudra informer de tout épisode de crise est déterminé, de même que le rôle que pourra jouer chacune des personnes identifiées sur la carte réseau. Enfin, le patient décidera à qui le plan de crise sera mis à disposition parmi les partenaires du réseau concerné et des urgences psychiatriques. Le plan de crise évoluera ensuite au cours du suivi ambulatoire et se modifiera en fonction des besoins de la personne.

4. Outils de transmission des informations entre professionnels

Nous recommandons l'utilisation d'un document de transmission écrit qui sera adressé aux différents membres du réseau professionnel au terme de l'intervention. Y figurent un résumé de la problématique, un bref descriptif de l'intervention et les objectifs pour la suite ainsi que les moyens mis en œuvre pour y parvenir, la médication actuelle et le réseau en place. Lorsqu'une situation est adressée à un CMS, l'intervenant CMT adresse à ce dernier un *Document médico-social de transmission* (DMST).

3. Développements et interactions avec les partenaires-clés

Le case management de transition illustre comment une intervention psychiatrique concrète peut se construire en phase avec des valeurs d'une psychiatrie communautaire orientée vers le rétablissement. Cette activité a été développée dans le cadre d'un projet spécifique qui a permis la clarification d'un mode d'intervention et l'utilisation d'outils choisis. Au-delà de ces interventions spécifiques, il s'agit d'examiner comment le modèle développé peut s'appliquer dans d'autres cadres et contribuer à développer une culture commune dans le réseau. En effet, l'objectif de ce développement n'est pas de complexifier l'offre de soins par une intervention spécifique, mais d'assurer le liant nécessaire pour retrouver simplicité et cohérence dans un système globalement orienté vers le rétablissement.

3. Développements et interactions avec les partenaires-clés

Systématiser le développement du case management de transition pour toutes les personnes qui sortent de l'hôpital psychiatrique sans suivi institutionnel

Le CMT a d'abord pris son essor dans le cadre d'un projet pilote soutenu par le réseau ARCOS, puis dans le cadre d'un projet de recherche soutenu par le Fonds national de recherche scientifique et, enfin, s'est implanté dans le secteur centre comme une activité clinique reconnue et pérennisée dans l'unité hospitalière d'admission. Il a ensuite fait partie intégrante des projets de développement d'équipe mobile dans les secteurs psychiatriques nord et ouest. Néanmoins, les moyens actuels ne sont pas en mesure de répondre systématiquement aux besoins de tous les patients qui sortent de l'hôpital psychiatrique sans suivi institutionnel. Dans les équipes mobiles des secteurs nord et ouest, le management de transition n'est en effet pas systématiquement ciblé sur les patients qui sortent de l'hôpital sans suivi institutionnel, mais plutôt sur indication de l'équipe hospitalière. Au secteur centre, seuls les

patients hospitalisés dans l'unité d'admission sont systématiquement suivis à leur sortie. Les ressources actuellement allouées ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins. Nous estimons qu'un tiers des patients sort de l'hôpital sans suivi psychiatrique institutionnel, soit environ 500 patients par an pour l'ensemble du canton de Vaud. Sachant que chaque case manager de transition peut suivre environ 50 patients par an au maximum, 10 équivalents plein-temps seraient nécessaires pour répondre aux besoins de l'ensemble des patients du canton (4 au secteur centre et 2 par secteur périphérique). Ces développements devraient faire partie d'un projet global incluant l'extension d'équipes mobiles pour adolescents et adultes, un accroissement de la filière d'hébergement psychiatrique et un regroupement organisationnel des case managers à l'hôpital, ce que nous préconisons plus bas.

Diffuser le modèle Intervention en période critique

Le développement du case management de transition a permis, non seulement d'expérimenter une intervention spécifique, mais également de développer un modèle qui s'apparente aux interventions en période critique plus largement décrites dans la littérature. Comme nous l'avons montré plus haut, ce modèle est ancré dans des valeurs qui deviennent essentielles dans la psychiatrie moderne, mais qui bousculent les habitudes acquises historiquement de la psychiatrie asilaire; de manière générale, il offre un cadre à des interventions ciblées, délimitées dans le temps, articulées avec un réseau dans la communauté, des étapes précises et des points de décision qui garantissent leur efficacité. De notre point de vue et pour garder une vision globale des actions de prise de management en psychiatrie, un tel modèle pourrait inspirer d'autres types d'interventions en période critique utilisant le même cadre de valeur. Par exemple, le suivi intensif dans le milieu a été adapté sur la base du modèle de l'*Assertive community treatment*. Dès l'origine, il s'en est démarqué pour répondre aux besoins d'une intervention limitée dans le temps et connectée à un réseau existant, sans véritablement pouvoir s'appuyer sur un modèle mieux adapté à ce type d'intervention. Le suivi intensif dans le milieu pourrait donc bénéficier d'une nouvelle clarification des étapes de son intervention sur la base de ce modèle. Des remarques similaires peuvent aussi s'appliquer aux autres équipes mobiles, et même à des équipes telles que le TIPP, qui s'appuient déjà, dans leur conception, sur la notion de période critique, même si cette période critique est notablement plus longue que celle dont il est question dans le management de transition. Elles pourraient, de surcroît, s'appliquer aux sorties de prison (comme cela a déjà été décrit dans la littérature) ou à la question des migrants. Cette convergence des modèles est également importante, à un stade où la multiplication des équipes spécialisées demande une vision et un message communs pour rester intelligible aux partenaires du réseau.

Regrouper et réorganiser le case management à l'hôpital

S'il est nécessaire de développer des interventions spécifiques dans des projets pilotes pour acquérir de nouvelles compétences, il s'agit ensuite de favoriser leur intégration dans un ensemble. Cette intégration devrait permettre à la fois l'imprégnation de l'ensemble du système des nouvelles méthodes et la simplification des dispositifs pour les rendre plus cohérents, compréhensibles et simples pour les partenaires. Cette intégration ne doit toutefois pas se faire aux dépens de la spécificité et de la qualité de l'intervention. Pour le case management de transition, nous suggérons de regrouper et de réorganiser les différentes fonctions de case manager à l'hôpital telles qu'assistant social, case manager de liaison-hébergement et case manager de transition en une seule équipe. Cette équipe unique devrait préserver l'identité et la spécificité des différents intervenants, mais renforcer leur culture commune et simplifier leur organisation. En effet, ces différentes fonctions ont en commun un rôle de case

manager (autonomie, première ligne, porte-parole du patient, maintien de la cohérence d'un projet, intervention structurée systématique), une fonction différente des équipes hospitalières (à cheval entre l'hôpital et la communauté). Chacune de ces fonctions reste isolément fragile par rapport à l'institution hospitalière et à son fonctionnement. Une organisation commune contribuerait à:

- renforcer l'identité des fonctions par rapport à l'hôpital;
- assurer la cohérence des interventions;
- y accéder par un guichet unique;
- assurer une discussion concertée des suivis;
- professionnaliser la fonction et l'adoption d'outils communs.

La connexion à l'hôpital pourrait en effet être professionnalisée et rendue plus efficiente, si elle impliquait une organisation commune avec l'encadrement médical et infirmier des unités hospitalières. On pourrait, entre autres, formellement confier aux infirmiers cliniciens la responsabilité de la connexion avec les équipes infirmières. La responsabilité médicale serait clairement étendue dans une période qui va au-delà de l'hospitalisation et partagée entre des médecins-cadres hospitalo-ambulatoires. Les acquis organisationnels et cliniques du case management de transition s'appliqueraient ainsi à tous : référence médicale hospitalo-ambulatoire, supervision individuelle et en groupes, connexions aux équipes hospitalières, outils communs, phases-clés d'intervention. Une formation et des colloques cliniques spécifiques permettraient d'asseoir la vitalité de ces fonctions au quotidien. De plus, une telle organisation soutiendrait de manière solide les développements préconisés par le projet de filière d'hébergement psychiatrique, en proposant une vision d'ensemble plutôt qu'une fragmentation des activités de case management à l'hôpital. Elle offrirait également une vision concertée des alternatives à l'hospitalisation et de la gestion des flux des patients à l'hôpital.

Promouvoir une formation ciblée en santé mentale

La pratique du case management de transition a fait apparaître d'importants besoins de formation dans des domaines ciblés : l'entretien de réseau, la prévention des conduites suicidaires, le case management clinique, le modèle du rétablissement et les outils favorisant le rétablissement. Ces cibles de formation rejoignent en partie les besoins exprimés dans le plan de santé mentale (prévention du suicide, liaison-coordination) ou dans d'autres programmes cantonaux tels que la filière d'hébergement. Il faudrait les intégrer dans la formation pré-graduée, post-graduée et continue des professions de santé, en s'appuyant sur une collaboration étroite avec les institutions locales de formation comme les HES ou l'Université.

Favoriser le partenariat avec les intervenants de première ligne

La collaboration avec les professionnels de première ligne (médecins généralistes et services de soins à domicile) est une priorité de santé publique et fait partie du plan de santé mentale. Cette collaboration doit être soutenue, au niveau du terrain dans les interventions de case management de transition, au niveau des directions des institutions concernées et dans les échanges de formation continue organisés par les réseaux. Sur le terrain, cette collaboration constitue la raison d'être du case management de transition, dont le rôle est précisément d'établir un lien entre les services spécialisés de l'hôpital et les intervenants de première ligne. Le soutien des directions d'institutions est indispensable, afin que les partenaires de terrain soient reconnus dans leur fonction et dans les délégations qu'ils portent. Les expériences

menées dans plusieurs réseaux du canton montrent que des rencontres annuelles entre les directions des hôpitaux et les associations de soins à domicile sont nécessaires et suffisantes pour faciliter les échanges et apaiser les malentendus. Enfin, des forums annuels réunissant largement les intervenants favorisent le développement d'une culture commune, la connaissance mutuelle, le partage d'informations sur l'évolution des services et une mise à jour des acquis.

Favoriser les liens avec les différents programmes du plan de santé mentale

En dernier lieu, le case management de transition se développe dans le cadre plus large du plan de santé mentale, en lien avec les axes liaison-coordination et prévention des conduites suicidaires. Ce développement ne peut être considéré de manière isolée : il entre en synergie et doit être coordonné avec les autres parties de ce plan: la filière d'hébergement, la formation des intervenants de première ligne ou le développement des équipes mobiles. Cette synergie se construit par l'adhésion à la stratégie du plan de santé mentale, par l'intégration dans une structure opérationnelle de gestion de projets, par le rapprochement conceptuel et organisationnel des équipes sur le terrain et en planifiant la diffusion de la connaissance et des outils par une coordination de la formation continue. Une grande partie des recommandations du présent rapport rejoignent ou précisent certains programmes du plan de santé mentale. Le cadre de valeurs présenté rejoint celui adopté dans la filière de l'hébergement psychiatrique, en précisant son application dans le domaine de la transition vers le domicile après une hospitalisation psychiatrique. Les propositions d'organisation d'une équipe de case managers à l'hôpital et d'outils communs dans le réseau poursuivent le travail de coordination et de simplification du système déjà entamé dans le développement des équipes mobiles dans le canton, tout en professionnalisant les fonctions spécifiques. Ce développement devrait s'inscrire formellement dans le cadre du *Project management office* (PMO) des projets cantonaux de psychiatrie. Les recommandations pour la formation rejoignent et précisent là aussi les éléments essentiels de formation nécessaires au développement d'une culture commune dans le réseau pour les notions de rétablissement et de case management et les compétences cliniques nécessaires pour accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques lors d'épisodes critiques.

4. Recommandations

Promouvoir les valeurs qui permettent à la psychiatrie de passer du modèle de la chronicité à celui du rétablissement au niveau du plan de santé mentale et des orientations stratégiques des institutions psychiatriques

Nous avons vu que de nombreux *aprioris* hérités de la psychiatrie asilaire continuent à influencer la manière dont on considère les troubles psychiques, que ce soit dans le grand public ou parmi les professionnels. Le modèle du rétablissement est capable de mettre en route un processus dynamique, quelle que soit la gravité des troubles ou leur permanence. Le modèle de l'intervention en période critique permet de concentrer les actions dans certaines périodes critiques (sortie d'hôpital, sortie de prison, période sans abri, etc.) pour une utilisation optimale des ressources. Le modèle de subsidiarité et de complémentarité entre les intervenants de première ligne et les spécialistes assure que les ressources soient utilisées au bon moment pour les personnes qui sont réellement aptes à en bénéficier. Ces principes imprègnent déjà en grande partie le fonctionnement des réseaux, le plan de santé mentale et certains projets cantonaux tels que la filière d'hébergement psychiatrique. Nous recommandons que ces valeurs imprègnent le développement du case management de transition et,

plus largement, l'ensemble des projets développés dans le cadre du plan de santé mentale et dans les orientations stratégiques des institutions psychiatriques.

Intégrer le développement du case management de transition dans la perspective plus large des moyens nécessaires pour connecter l'hôpital psychiatrique à son environnement dans le plan de santé mentale, dans la stratégie opérationnelle des institutions psychiatriques et dans les projets des réseaux

Les connexions entre l'hôpital psychiatrique et son environnement étaient par nature faibles dans le modèle asilaire, concentrées qu'elles étaient sur le suivi psychiatrique ambulatoire dans le modèle de secteur. Dans un modèle communautaire orienté vers le rétablissement, l'hôpital psychiatrique se retrouve en lien avec de nombreux partenaires dans la communauté, à une fréquence élevée et avec des séjours de brève durée. Le case management de transition fait partie des moyens à développer pour professionnaliser cette connexion, dans une vision globale qui inclut notamment le rôle des assistants sociaux ou la liaison avec l'hébergement psychiatrique. Pour que ce développement soit cohérent, il doit être intégré dans le plan de santé mentale, dans les projets opérationnels des institutions psychiatriques et dans les projets des réseaux, et associé aux développements des équipes mobiles, de la filière d'hébergement psychiatrique, voire à la question des flux de patients.

Après une expérience pilote pérennisée dans le secteur centre, le renforcement du concept et le développement cantonal du case management de transition passe par la synergie avec d'autres projets cantonaux du plan de santé mentale, tels que la filière d'hébergement psychiatrique, la prévention du suicide, le développement des équipes mobiles ou la gestion des flux de patients. Aujourd'hui, il ne s'agit plus de construire et de démontrer la pertinence d'un modèle d'intervention, mais bien d'examiner comment ce modèle peut s'intégrer dans une stratégie globale et l'influencer pour améliorer la connexion de l'hôpital psychiatrique à son environnement.

Développer le case management de transition dans le canton de Vaud pour toutes les personnes hospitalisées en psychiatrie sans suivi institutionnel, au moyen d'un processus qui garantit l'identification systématique de la population-cible et un suivi optimal individualisé

Environ un tiers des patients hospitalisés en psychiatrie ne bénéficie d'aucun suivi institutionnel à la sortie. Ces situations sont considérées comme simples durant l'hospitalisation, mais sont souvent très instables sur le plan psychosocial, avec des risques importants de dégradation et de suicide. Le case management de transition permet de prévenir les rechutes et les réadmissions, de faciliter l'appui par un réseau psychosocial de proximité, et de prévenir les mouvements de rupture, perte d'emploi et autres phénomènes de marginalisation. Le suivi systématique de ces patients dans un case management de transition nécessite théoriquement environ 2 EPT par secteur périphérique et 4 EPT dans le secteur centre (soit un total de 10 EPT dans l'ensemble du canton). Une partie de ce développement a été couplée aux équipes mobiles pour adolescents et adultes dans le canton de Vaud. Une autre partie pourrait être couplée aux développements futurs liés à la filière d'hébergement psychiatrique et à une réorganisation des activités de case management à l'hôpital psychiatrique. Un projet global devrait examiner les synergies entre les projets, préciser les cahiers des charges des collaborateurs impliqués et indiquer le nombre de collaborateurs nécessaires pour accomplir toutes les fonctions de case management à l'hôpital psychiatrique.

Promouvoir largement des outils qui favorisent l'appropriation par le patient (ex : ELADEB), la connexion à l'environnement (ex : carte réseau), l'anticipation des périodes de crise (ex : Plan de crise conjoint) et la transmission d'informations entre professionnels (ex : DMST)

Ces outils ont démontré leur utilité dans le cadre du case management de transition et pour véhiculer dans la pratique de l'intervention les valeurs du rétablissement et de l'intervention en période critique. Il s'agit d'un set d'outils relativement simples, qui sont utilisés systématiquement dans le case management de transition, et qui gagneraient à être diffusés dans le réseau et utilisés pour toutes les hospitalisations psychiatriques. Outre le DMST, qui fait déjà partie des standards exigés à la sortie de l'hôpital, *Le plan de crise conjoint* apparaît comme l'instrument le plus aisé à généraliser largement au sein du réseau.

Regrouper et réorganiser le case management à l'hôpital, quel que soit le rattachement structurel des collaborateurs (Service de psychiatrie générale, Service de psychiatrie communautaire, réseau, etc.)

Les fonctions de case management à l'hôpital (assistants sociaux, case managers de transition, case manager liaison-hébergement) permettent d'assurer la connexion de l'hôpital psychiatrique à son environnement, alors que les autres collaborateurs des unités de soins sont plutôt focalisés sur les soins à l'intérieur de l'hôpital. Sans organisation spécifique, les case managers restent faibles et peu entendus dans les équipes; les responsabilités qui leur sont déléguées ne sont pas clairement délimitées, ni la responsabilité médicale, notamment après la sortie de l'hôpital. Regrouper tous les collaborateurs ayant un rôle de case management à l'hôpital (assistants sociaux, case managers de transition, case manager liaison-hébergement) dans une seule et même organisation (quelle que soit leur appartenance structurelle, à l'institution psychiatrique hospitalo-ambulatoire, au réseau ou à un autre programme cantonal) renforce cette fonction de manière efficiente en évitant de dédoubler les activités : colloque clinique spécifique, supervision médicale et métier sur le modèle du médecin répondant pratiqué en psychiatrie sociale, procédure de révision des patients hospitalisés, guichet d'accès unique, cahiers des charges spécifiques, outils et procédures communs, modèle identique d'articulation avec les unités de soins.

Favoriser la formation continue en santé mentale par le biais d'une plateforme de formation continue dans les domaines de la santé mentale

- Entretien de réseau
- Plan de crise conjoint
- Prévention des conduites suicidaires
- Rétablissement et outils
- Case management clinique
- Entretien motivationnel et consommation de substances

La formation continue des professionnels du réseau doit à la fois avoir un ancrage certifiant et répondre aux besoins du terrain. Les besoins révélés par le case management de transition concerne l'entretien de réseau, le plan de crise conjoint, la prévention des conduites suicidaires, le modèle du rétablissement et ses outils, le case management clinique et les abus de substances. Une plateforme cantonale serait nécessaire pour coordonner l'offre des établissements de formation et les attentes du terrain. La systématisation de l'usage du *Plan de crise conjoint* pourrait constituer un objectif prioritaire pour l'ensemble des acteurs.

Favoriser le partenariat avec les intervenants de première ligne (CMS, médecins généralistes) aux niveaux du terrain, des directions des institutions et dans la constitution d'une culture commune

- Poursuivre et étendre les activités de coordination entre le DP-CHUV et les associations de soins à domicile (rencontre annuelle entre la direction du DP-CHUV et les directions des associations, infirmière de contact au DP-CHUV avec un cahier des charges spécifique)
- Développer cette activité par l'organisation de forums une fois par an avec les partenaires du réseau, en collaboration avec les organisations locales de réseau
- Clarifier la gestion des avis de non-conformité dans le cadre de la démarche qualité du DP-CHUV.

Les connexions développées sur le terrain autour de situations individuelles doivent être soutenues par des contacts entre les acteurs au-delà des situations en commun (p. ex. : forums) et par des contacts entre les directions des institutions concernées. L'expérience d'un coordinateur clairement identifié en charge de cette connexion paraît très favorable et devrait être pérennisée. Par ailleurs, la gestion des avis de non-conformité dans le département de psychiatrie du CHUV reste insatisfaisante et devrait être améliorée.

Favoriser l'implication des unités hospitalières à plusieurs niveaux dans les projets du réseau

- Favoriser la participation de la direction de l'hôpital psychiatrique dans les différentes instances des réseaux
- Différencier les rôles de case manager à l'hôpital et les rôles des équipes hospitalières
- Impliquer les cadres médicaux et soignants
- Implanter les outils de manière élargie dans les équipes hospitalières.

Pour réussir la connexion de l'hôpital psychiatrique à son environnement, l'implication de la direction de l'hôpital doit être forte dans les différentes instances du réseau. Le travail de l'hôpital durant les périodes de crise est important, parfois ingrat et souvent mal reconnu. Les cadres ont pour rôle d'intégrer les exigences du réseau, le rôle des cases managers de transition avec le rôle des équipes hospitalières. La pratique d'outils communs au service du rétablissement du patient constitue une autre manière de valoriser le travail hospitalier et de développer une culture commune. La carte réseau constitue déjà une première base. Le plan de crise conjoint pourrait être le prochain outil à diffuser largement, avec une pratique plus aisée à implanter que les directives anticipées, dont les équipes hospitalières ont déjà une expérience approfondie.

Conclusion

Le développement du case management de transition est parti des préoccupations du réseau sur les sorties de l'hôpital psychiatrique. Ces sorties étaient jugées mal préparées par les partenaires du réseau, alors que, pour les collaborateurs de l'hôpital, tous les efforts semblaient réalisés pour préparer correctement les sorties. Le projet pilote financé par le réseau a permis de constater que ces perceptions opposées étaient liées à un malentendu sur la population-cible et a permis de mettre en évidence les besoins importants de cette population de patients qui sortent de l'hôpital vers le domicile sans suivi institutionnel. La recherche financée par le Fonds national de la recherche scientifique qui s'en est suivie a impliqué le développement systématique d'une intervention structurée et a montré son potentiel pour diminuer le risque de réadmission précoce. Enfin, le présent rapport fait le bilan de ce développement après une implantation clinique partielle. Il indique que cette pratique ne se limite pas à une intervention spécifique qui s'ajoute à d'autres, mais peut contribuer à transformer de manière profonde les services de psychiatrie et notamment à une meilleure utilisation de l'hôpital psychiatrique.

Annexes

Annexe 1 : Plan de crise conjoint

Description de la situation qui a motivé le suivi : (évènements, conséquences, symptômes, antécédents)

Qu'est-ce qui pourrait provoquer un stress qui vous dépasse, et vous mettre en situation de crise ?

Comment cela se manifeste-t-il concrètement pour vous ? (pensées, émotions, réactions physiques, comportements)

Quelles stratégies personnelles ou avec votre entourage proche utilisez-vous lorsque ces signes apparaissent ? (moyens de diminuer le stress)

A qui pouvez-vous demander de l'aide dans votre entourage (proches et professionnels) ?
(Nom, Prénom, tél, rôle) :

En situation de crise, comment souhaiteriez-vous que les soins et traitements soient adaptés ?
(fréquence des rendez-vous, médication, recours aux urgences)

En situation de crise, quels soins ou traitements souhaiteriez-vous éviter ? Raisons ? Quelles sont les alternatives ?

Mesures concrètes à prendre en situation de crise pour préserver votre environnement (courrier, garde d'enfants, animaux, domicile, travail)

Quelle médication prenez-vous habituellement :

Médicament	Dosage	Date du début	Date de l'arrêt

Lieu et date :

Rôles & signatures :

Références bibliographiques :

- Bachrach, L. L. (1993). "Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients." Hosp Community Psychiatry **44**(5): 465-468.
- Bachrach, L. L. (2001). "The state of the state mental hospital at the turn of the century." New Dir Ment Health Serv(91): 89-106.
- Bonsack, C., L. Adam, et al. (2005). "Difficult-to-engage patients: a specific target for time-limited assertive outreach in a Swiss setting." Can J Psychiatry **50**(13): 845-850.
- Bonsack, C., L. Basterrechea, et al. (2003). "Changing patterns of psychiatric hospitalisation among high users during the last 10 years in Lausanne." The Journal of Mental Health Policy and Economics **6**(supp 1).
- Bonsack, C., P. Conus, et al. (2001). "Un modèle de soins adapté aux hospitalisations psychiatriques brèves." Revue Médicale de Suisse Romande **121**: 677-681.
- Bonsack, C., S. Gibellini, et al. (2009). "Le case management de transition : description d'une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique." Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie **160**(6): 246-252.
- Bonsack, C., T. Haefliger, et al. (2004). "Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique." Rev Med Suisse Romande **124**(4): 225-229.
- Bonsack, C., T. Pfister, et al. (2006). "Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose." Encephale **32**(5 Pt 1): 679-685.
- Bonsack, C., T. Pfister, et al. (in press). "Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour une psychose." Encephale.
- Bonsack, C., M. Schaffter, et al. (2003). Troubles psychiatriques, maintien à domicile et coopération : Le point de vue des acteurs d'un réseau de soins. Les publications du réseau ARCOS. Lausanne, ARCOS - Association "Réseau de la Communauté Sanitaire de la Région Lausannoise": 65.
- Boyer, C. A., D. D. McAlpine, et al. (2000). "Identifying Risk Factors and Key Strategies in Linkage to Outpatient Psychiatric Care." Am J Psychiatry **157**(10): 1592-1598.
- Boyer, P. (1996). EGF. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, tome 1. J. D. Guelfi, Éditions Pierre Fabre.
- Bruffaerts, R., M. Sabbe, et al. (2004). "Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients." Psychiatr Serv **55**(6): 685-690.
- Chisholm, D., M. R. Knapp, et al. (2000). "Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory--European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs." Br J Psychiatry Suppl(39): s28-33.

- Cuffel, B. J., M. Held, et al. (2002). "Predictive models and the effectiveness of strategies for improving outpatient follow-up under managed care." Psychiatr Serv **53**(11): 1438-1443.
- Dixon, L., R. Goldberg, et al. (2009). "Use of a critical time intervention to promote continuity of care after psychiatric inpatient hospitalization." Psychiatr Serv **60**(4): 451-458.
- Dorwart, R. A. and C. W. Hoover (1994). "A national study of transitional hospital services in mental health." Am J Public Health **84**(8): 1229-1234.
- Endicott, J., R. L. Spitzer, et al. (1976). "The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance." Arch Gen Psychiatry **33**(6): 766-771.
- Favrod, J., S. Rexhaj, et al. (2012). "Le processus du rétablissement." Santé Mentale(166): 32-37.
- Forchuk, C., M. L. Martin, et al. (2005). "Therapeutic relationships: from psychiatric hospital to community." J Psychiatr Ment Health Nurs **12**(5): 556-564.
- Guay, J., D. Chabot, et al. (2000). Principes et stratégies d'implantation de l'approche milieu. Montreal, Centre de Réadaptation Normand-Laramée - Centre Jeunesse de Laval.
- Guelfi, J. D. (1997). L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Boulogne, P. Fabre.
- Henderson, C., C. Flood, et al. (2004). "Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial." BMJ **329**(7458): 136.
- Herman, D., S. Conover, et al. (2007). "Critical Time Intervention: an empirically supported model for preventing homelessness in high risk groups." J Prim Prev **28**(3-4): 295-312.
- Herman, D. B., S. Conover, et al. (2011). "Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge." Psychiatr Serv **62**(7): 713-719.
- Huguelet, P. (2007). "Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de troubles mentaux sévères." Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie(158): 158:271-158.
- Jones, K., P. W. Colson, et al. (2003). "Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness." Psychiatr Serv **54**(6): 884-890.
- McLeod-Bryant, S., G. W. Arana, et al. (1997). Optimal psychiatric inpatient care: From comprehensive to efficient treatment. Innovative approaches for difficult-to-treat populations. S. W. S. A. B. Henggeler. Washington, DC, USA, American Psychiatric Press, Inc: 275-288.
- Meisler, N., A. B. Santos, et al. (1997). "Bridging the gap between inpatient and outpatient providers using organizational elements of assertive community treatment." Adm Policy Ment Health **25**(2): 141-152.
- Nelson, E. A., M. E. Maruish, et al. (2000). "Effects of Discharge Planning and Compliance With Outpatient Appointments on Readmission Rates." Psychiatric Services **51**(7): 885-889.
- Olfson, M., D. Mechanic, et al. (1998). "Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care." Psychiatric Services **49**(7): 911-917.
- Parsons, T. (1977). Social systems and the evolution of action theory, Free Press.

- Perreault, M., H. Tardif, et al. (2005). "The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: the perspective of patients and their relatives." Psychiatr Q **76**(4): 297-315.
- Prince, J. D. (2005). "Family involvement and satisfaction with community mental health care of individuals with schizophrenia." Community Ment Health J **41**(4): 419-430.
- Provencher, H. (2002). "L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques." Sante Ment Que **27**(1): 35-64.
- Qin, P. and M. Nordentoft (2005). "Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization: Evidence Based on Longitudinal Registers." Arch Gen Psychiatry **62**(4): 427-432.
- Reynolds, W., W. Lauder, et al. (2004). "The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients." Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing **11**(1): 82-88.
- Stein, L. I. and M. A. Test (1980). "Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation." Arch Gen Psychiatry **37**(4): 392-397.
- Susser, E., E. Valencia, et al. (1997). "Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter." Am J Public Health **87**(2): 256-262.
- Thornicroft, G., S. Farrelly, et al. (2010). "CRIMSON [CRisis plan IMPact: Subjective and Objective coercion and eNgagement] protocol: a randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment of people with psychosis." Trials **11**: 102.
- Tyrer, P., K. Evans, et al. (1998). "Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients." Bmj **316**(7125): 106-109.