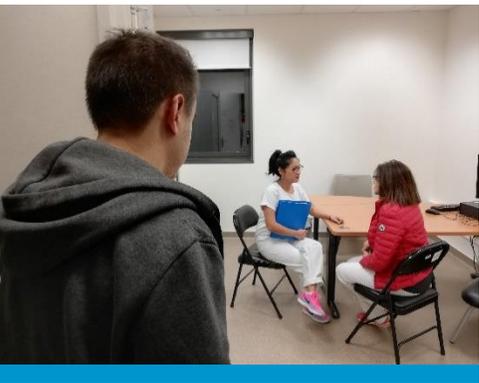




VECU TIERS PSY

Intervention Précoce et Suivi Infirmier auprès des « Tiers », qui participent à la première hospitalisation sans consentement d'un proche aux urgences psychiatriques.



Conférence introductive à la Recherche en Soins
Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté
20/02/2020



Etude Pilote IDE, Urgences Psychiatriques, CHU Purpan Toulouse.

Un constat aux urgences psychiatriques

1 - Les IDE prennent en charge les aidants, contexte d'augmentation des soins sans consentement (SSC) depuis 2011 [1]

2 - L'accès aux premiers soins est déclenché dans 59% des cas par l'entourage [2]

3 - L'entourage est le premier témoin des troubles

60% des patients en 1^{er} Soins sans consentement (SSC) vivent en milieu familial [3]

➔ Acteurs centraux du processus de rétablissement

4 - Enquête exploratoire auprès de 22 services d'urgence psychiatrique hospitaliers

➔ Constat partagé ++, aucun dispositif adapté, pas de temps formel dédié aux Tiers...

**Identification d'un vécu difficile pour le Patient,
Pour le « Tiers » lors des SSC, mais aussi pour les IDE**



Etre « Tiers » aidant en psychiatrie

Être aidant parfois ne se choisit pas, cela s'impose.

Le **niveau d'épuisement** (physique et moral) de l'aidant (accentué par la fragilisation de la structure familiale qui induit d'autres difficultés) est **souvent élevé**.

Avec un accompagnement adéquat, être aidant peut s'apprendre.



Devenir aidant impacte l'aidant lui-même :

- Fonctionnement psychologique
- Fonctionnement social
- Fonctionnement professionnel
- Santé physique

Devenir aidant impacte la dynamique familiale :

- Modification profonde des relations interpersonnelles
- Organisation et dynamique familiale modifiée
- Ensemble de ses membres confrontés à l'épreuve de la maladie.

Être TIERS d'une ASPDTu

Personne qui formule la demande de soins

(Membre de la famille du patient, ou justifiant de l'existence de relations antérieures à la demande, pouvant justifier de l'apparition ou aggravation des troubles)

Un interlocuteur central

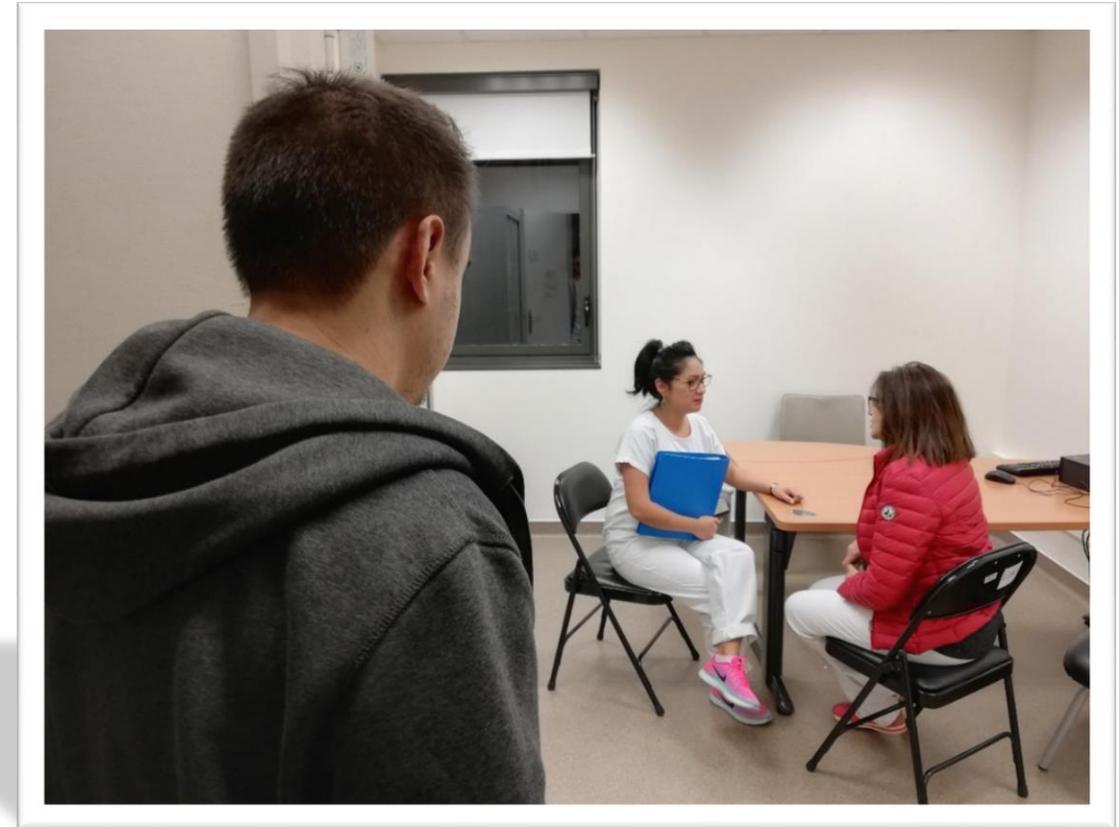
Depuis la loi de 2011 révisée en 2013, un témoin de l'aggravation des troubles ayant précédés le temps de l'urgence...

Une dynamique familiale perturbée

Au cœur d'une situation souvent complexe, douloureuse et anxieuse, pourtant le garant de l'aboutissement des soins sans consentement



**Un acteur central à l'initiative du soin,
souvent oublié sur le temps de l'urgence**



Être TIERS :

Epuisement



« On a tout essayé... On y arrive plus du tout. »

Les aidants ont contenu les symptômes à domicile, repoussant jusqu'alors le moment de l'appel à l'aide.

Impuissance



« Comment n'ai-je pas pu protéger mon frère de cette maladie ? »

Au devant de l'état clinique de leur proche qui s'aggrave inexorablement.

Culpabilité



« Je n'aurais jamais pensé enfermer mon fils un jour ! »

Priver son proche pour un moment donné, de sa volonté et de sa liberté de mouvement.

Ambivalence



« Je fais ça pour lui, mais pour l'instant il ne le comprend pas... »

En lien avec la dimension affective, relationnelle avec le patient et la nécessité d'imposer des soins.

Etat des connaissances

Population à risque des 18-30 ans

→ Après une première hospitalisation aux Urg Psy (non observance thérapeutique et de suivi... rechutes++) [5]

Psychoéducation des aidants

→ Partie intégrante des recommandations de bonnes pratiques HAS (1^{er} EPA). [4]

Efficacité des interventions précoces IDE

→ Intervention au moment du premier épisode de la maladie. [6]

Effizienz d'un suivi téléphonique IDE

→ Détection des prodromes par l'entourage, réduction du sentiment de fardeau, dans la rupture de l'isolement, et l'observance au temps ambulatoire

Avantages des groupes de parole

→ Sentiment d'utilité, de croissance personnelle, d'accomplissement d'un devoir familial, valorisation [7]

Création d'un dispositif pour les Tiers

Accueillir le Tiers, c'est :

- Lui accorder un **droit de répit**
- Ouvrir un lieu **d'échange et de parole**, rompre l'isolement
- Lui dédier un **temps spécifique** sur la crise et un **suivi individualisé** sur le post-urgence
- L'aider à construire son **positionnement d'aidant** dans la trajectoire de la maladie, de part la détection des prodromes, la connaissance des pathologies et traitements associés et du réseau de soins



Le dispositif -VécuTiersPsy-

Intervention Précoce et suivi infirmier aux « Tiers », qui participent à l'hospitalisation sans consentement d'un proche aux urgences psychiatriques.

Projet paramédical (IDE, AS, Psychologue)

Etude pilote

Fincancement interne CHU de Toulouse

Population de 120 Tiers Inclus (2 groupes de 60)

Sur 30 mois

VECU TIERS PSY
Intervention Précoce et Suivi Infirmier auprès des « Tiers », qui participent à la première hospitalisation sans consentement d'un proche aux urgences psychiatriques.

Hôpitaux de Toulouse ERUPT

Etude Pilote IDE, Urgences Psychiatriques, CHU Purpan Toulouse.

Le Dispositif Précoce et de Suivi Infirmier (DPSI)



ENTRETIEN PRÉCOCE

Entretien Individuel avec IDE dans les 72h

1 poste IDE dédié 3x/semaine

Bilan de la situation de crise

Ressources du Tiers à faire face

Stratégies, actions et aides proposées



SUIVI SUR 6 MOIS

Appels à J7, M2, M4 et M6

Suivi téléphonique individualisé :

Ecoute active

Reformulation et élaboration de ressources



GROUPE DE PARTAGE

Animé par les infirmiers référents et psychologue

Espace de communication, d'entraide et d'échange, réduire l'isolement, libérer la parole et l'expérience

Trouver ensemble les ressources pour faire face et se préserver

Devenir acteur du rétablissement de son proche

L'entretien précoce dans les 72h



Entretien Individuel avec IDE dans les 72h

1 poste IDE dédié 3x/semaine

Bilan de la situation de crise

Ressources du Tiers à faire face

Stratégies, actions et aides proposées

Le suivi infirmier sur 6 mois



Appels à J7, M2, M4 et M6

Suivi téléphonique individualisé :

Ecoute active

Reformulation et élaboration de ressources

Les groupes de parole



Animé par les infirmiers référents et psychologue

Espace de communication, d'entraide et d'échange, réduire l'isolement, libérer la parole et l'expérience

Trouver ensemble les ressources pour faire face et se préserver

Devenir acteur du rétablissement de son proche

Le DPI est construit selon 3 axes



• 1- **ECOUTE**

Chronologie des faits

Favoriser le récit biographique

Déceler les émotions

Les conséquences sur la propre santé et qualité de vie du Tiers

• 2- **REFORMULATION**

Entendre la position d'aidant

Faire face au refus de soin et de diagnostic, l'opposition, à l'agressivité verbale et physique, aux conduites addictives, au délire, au déni, aux mises en danger, à la culpabilité

Faire du lien entre le vécu et la pathologie

• 3- **ORIENTATION**

Adapter la communication et le comportement

Préparer le **temps post-hospitalier**

Permettre aux familles d'**utiliser les possibilités d'aide**

Services médico-sociaux

Groupe de Parole

→ Focus sur l'aidant

Temps d'écoute, de partage et d'échange dédié

- Partage de vécus, d'expériences et de ressentis
- Partage des représentations autour du rôle d'aidant

Objectifs :

- Sur un temps, **inverser la dynamique du soin**
- **Rompre l'isolement** et les tabous imposés par la maladie
- Favoriser **l'expression de la charge émotionnelle** relative à la situation d'aidant
- Permettre la recherche d'un **équilibre** entre rôle d'aidant et fonctionnement personnel
- Mutualiser les **ressources et compétences** entre pairs
- Favoriser la **compréhension** du système de soin en santé mentale
- Recensement et **identification des partenaires** / du réseau
- Consolider les informations délivrées lors des entretiens de suivis avec les infirmiers



Retombées attendues

1 Pour le Tiers

Réduire l'anxiété réactionnelle, l'état de choc, la sidération.

Travailler sur les représentations sociales : psychiatrie, contrainte, privation de liberté, contention, sédation.

Alléger le « fardeau de l'aidant », aider à détecter, savoir quoi dire, quoi faire...

Maintenir les dynamiques relationnelles : familiale, couple, amicale, pros..

Rompre l'isolement

2 Pour le Patient

Intervenir auprès de son partenaire de soin, phase précoce de la maladie

Favoriser l'observance après le temps de l'urgence (ttt, cslt°, projet...)

Re-Créer un dialogue autour des soins non consentis

Espacer les rechutes, Réduire le nombre de passage aux urgences

3 Pour la Prise en soin

Formaliser une **intervention adaptée et innovante** aux aidants, sur notre rôle propre IDE

Répondre à une demande forte du terrain, par les IDE et les aidants, pas encore investie jusque-là

Bibliographie

- 1] Datvian H., Scelles R., [La famille de patient schizophrène serait-elle devenue une ressource inépuisable ?](#) L'information psychiatrique, John Libbey Eurotext, Volume 89, Janvier 2013.
- 2] Walter M., Genest P., « [Réalités des urgences en psychiatrie](#) », L'information psychiatrique 2006/7 (Volume 82), p. 565-570.
- 3] Bungener M, « [Trajectoires brisées. La maladie mentale à domicile](#) ». La Recherche 14, Sociologie et Santé mentale, 1997
- 4] Haute Autorité de Santé, [Guide médical, ALD Schizophrénie](#), 2007
- 5] Lemasson S, « [Carrières d'aidants informels : étude sociologique de parcours dans le champ du maintien à domicile des personnes dépendantes](#) ». Université de Toulouse-Jean Jaurès, 2011.
- 6] Onwumere J, Bebbington P, « [Family interventions in early psychosis : specificity and effectiveness](#) ». Epidemiol Psychiatry Sci. 2011;20(2):113–119.
- 7] Del Goletto, Younès N, « [Analyse qualitative du vécu des aidants familiaux de patients atteints de schizophrénie à différents stades d'évolution de la maladie](#) », Annales Médico-Psychologiques 177 (2019) 740-748

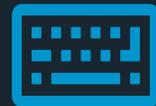


Merci!



ERUPT

Equipe de Recherche Urgences Psychiatriques de Toulouse



infirmiers.urgencespsy@gmail.com

castanet.al@chu-toulouse.fr



05 61 77 91 97

06 49 53 53 94