



Etats des lieux de la Psychiatrie de liaison

Au sein du Pôle Régional Santé

Contexte :

L'intégration de la psychiatrie de liaison au sein du Pôle Régional Santé (PRS), avec une intervention principalement ciblée dans les services des Urgences somatiques et les Soins Intensifs de l'eHnv d'Yverdon, a pour objectif d'implanter une pensée de soins psychosomatiques. Dans ce sens, l'objectif est de pouvoir offrir une meilleure accessibilité à des soins psychiatriques, d'offrir une réponse à la demande dans un laps de temps réduit, par le biais d'une évaluation spécialisée, de développer les soins transverses entre les milieux hospitaliers et le milieu communautaire, de développer les compétences des premières lignes et d'offrir une orientation ciblée aux besoins de cette patientèle, avec à terme l'objectif de détecter plus rapidement les patients et d'éviter les hospitalisations en milieu aigu.

En effet, un premier constat a été effectué par le PRS courant 2017 (B.Kauz, 2017), qui a mis en avant deux portes d'entrée pour les urgences psychiatriques, en vigueur à l'heure actuelle.

Les urgences psychiatriques basées au CPNVD, accueillent des patients qui s'y rendent spontanément, qui sont adressés par le médecin de garde de la ville, ou encore qui sont amenés par les forces de l'ordre, notamment lorsqu'ils sont connus du milieu psychiatrique ou que la problématique psychiatrique est mise en évidence, en premier plan.

L'autre accès à des soins psychiatriques est le service d'urgences somatiques. Cette porte d'entrée est régulièrement utilisée par des personnes avec une fragilité psychologique, fréquemment inconnue de la psychiatrie. Elle est également empruntée, en cas d'investigations somatiques, avant une prise en charge spécifique, afin d'exclure toutes composantes somatiques pouvant avoir un impact sur des manifestations d'ordre psychiatrique. Au sein des eHnv d'Yverdon, la psychiatrie de liaison est présente à raison de 5j sur 7j, jusqu'à 18h environ. Dans ce contexte, en 2017, l'équipe de la psychiatrie de liaison recensait 254 nouveaux cas, dans ce périmètre. A noter également, 152 patients transférés depuis les urgences pour une évaluation au CPNVD.

Au travers de ce compte rendu et selon la littérature (Bossis, M., Cornet, N., Guitteny, M., Vanelle, J.-M., Sauvaget, A. & Giffaud, S., 2012), il semble pertinent d'envisager une détection supplémentaire au sein des urgences somatiques, par le biais d'une évaluation spécialisée, notamment avec l'intégration de la psychiatrie de la liaison pour répondre à l'urgence.

Méthode :

L'état des lieux a été effectué sur le site des eHnv d'Yverdon. Pour se faire, plusieurs moyens ont été utilisés pour avoir un regard complet de la situation. Des journées d'observations au sein du service de Médecine et des Urgences, ont permis de prendre connaissances des pratiques médico-infirmières usuelles, mais également des entretiens formels et informels avec les soignants de premières lignes.

Des rencontres avec les médecins cadres, les infirmiers cadres ou encore divers cliniciens, ont permis de comprendre le fonctionnement institutionnel, leur procédures dans les prises en charge de patients avec une problématique psychiatrique et psychosomatique. Une rencontre bilatérale a été organisée entre l'institution des eHnv d'Yverdon et le CPNVD, afin de prendre en considération les protocoles de chacun, pour optimiser leur partenariat. Des revues de littérature ont également été consultées pour compléter cet état des lieux et le journal de bord a été mis à jour régulièrement pour visualiser son évolution.

Résultats principaux :

Le réseau psychiatrique existant, dans l'idée de répondre à l'urgence et ses perspectives d'évolution

Au niveau hospitalier, le CPNVD offre une prise en aigue, pour une patientèle ne pouvant être accompagnée en ambulatoire, dans le secteur nord. Il est accessible jour comme nuit, pour des demandes d'évaluations, pour des entretiens de crises ou pour débiter un début de prise en charge hospitalière ou ambulatoire. A noter également une ligne téléphonique d'urgence qui dépend de l'unité de l'Urgence Crise en journée, et d'une unité hospitalière la nuit. La réponse première est assurée par une infirmière en psychiatrie, puis selon le degré d'urgence, une intervention médicale vient superviser la demande. Elle est accessible 24h sur 24h, 7 jours sur 7 jours, ouvert à toutes personnes ayant le besoin d'une écoute ou d'un accompagnement thérapeutique, et de tout âge.

Dépendant de cette même institution, l'unité Urgence Crise accueille des patients de l'âge adulte à l'âge avancé, en ambulatoire, à fréquence variée en fonction du degré d'urgence. A noter également la fusion entre l'unité de Psychiatrie de Liaison intervenant dans aux eHnv (Yverdon, Orbe, St-Loup), aux HIB de Payerne et sur le site de St-Croix, et l'unité de l'Urgence Crise depuis le début de l'année 2019, permettant d'envisager des perspectives plus riches en matière de réponse à l'urgence psychiatrique. Elle permet de développer l'offre en soins ambulatoire plus complète, en fonction de la gravité et du degré d'urgence, notamment lorsqu'un patient est détecté au sein des différentes unités hospitalières somatiques. Parallèlement à cela, l'unité de Psychiatrie de Liaison propose, elle également la possibilité d'avoir un suivi de crise, dans un contexte où le patient serait consommateur des services somatiques, avec des comorbidités importantes nécessitant un contrôle régulier, ou encore des suivis de transition entre la crise et le réseau de soins habituel.

Aussi, pour compléter l'offre en soin présente depuis le mois de juillet 2019 sur le site des eHnv d'Yverdon, au sein des urgences somatiques, la Broye a pour projet de déployer une réponse à l'urgence psychiatrique aux urgences des HIB de Payerne, dès septembre 2019.

Il existe également plusieurs équipes mobiles, en ambulatoire, rattachées au département de psychiatrie du CHUV, dans le secteur nord, qui interviennent dans des contextes aigus pouvant être régulièrement confrontées à l'urgence du terrain:

Pour la population adulte :

- SIM (Suiv Intensif dans le Milieu) accessible à la demande d'un proche ou d'un professionnel. Pour des patients entre 16-65 ans ne parvenant pas à s'insérer dans le système de soins traditionnel. Lors de la première rencontre, elle se fait en présence de la personne demandeuse. Possibilité de consulter de manière rapprochée avec des modalités souples de consultation (hors maison et hors bureau). Equipe pluridisciplinaire.
- Programme TIPP (Programme de Traitement et d'Intervention Précoce de la Psychose) : pour une population de 16 à 35 ans. Possible si moins de 6 mois de traitement antipsychotique continu (sauf pédopsychiatrie, pas de limitation de 6 mois). Durée du programme de 3 ans. Travaille autour de la maladie et des enjeux annexes, afin d'éviter la récurrence de décompensation.

Pour la population psychogériatrique :

- CAPAA (Centre Ambulatoire de Psychiatrie de l'Age Avancé) regroupe la consultation générale de psychiatrie de l'âge avancé, l'hôpital de jour mais également l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé, qui se déplace au domicile, en binôme médico-infirmier, qui peut contenir la crise et détecter l'urgence au domicile.

Processus existants

Dans la pratique actuelle, un manque de compréhension des différents organismes psychiatriques et de la coordination du réseau de soin psychiatrique est rapporté, mettant à mal les premières lignes aux urgences somatiques, lorsque la Psychiatrie de Liaison ne répond pas présente. Durant la semaine, les différentes unités hospitalières peuvent bénéficier de consultations spécialisées, de supervisions, de conseils spécialisés à distance par la Psychiatrie de Liaison, mais ne peuvent pas compter d'office, sur une intervention dans un délais de moins de deux heures, le jour même. Or, les besoins se font ressentir notamment par les Urgences, quant à pouvoir donner une réponse psychiatrique satisfaisante et rapprochée de l'arrivée du patient. De plus, une demande émerge du terrain, de la part de l'équipe médico-infirmière, en ce qui concerne leur manque de connaissances et d'expertise, d'outils thérapeutiques ainsi que leur ressenti d'impuissance face à une patientèle avec une problématique psychiatrique au premier. Les consultations spécialisées par la Psychiatrie de Liaison se font actuellement dans les box des urgences, ou dans des chambres pouvant contenir jusqu'à deux patients, questionnent également les premières lignes.

Pratiques actuelles infirmières aux Urgences et aux Soins Intensifs

Les équipes infirmières manifestent un besoin de développer la culture somatopsychique au sein de l'hôpital général, surtout dans des unités de soins aigus telles que les Soins Intensifs et les Urgences. Une demande de collaboration plus soutenue, ainsi que des outils d'interventions, sont régulièrement demandés, afin de pouvoir au mieux comprendre et cibler la pertinence de leur intervention auprès de cette patientèle. Un manque de connaissances spécialisées amène les soignants à passer à côté d'interventions ciblées et pertinentes, et à sédaté la clinique psychiatrique, le temps que la Psychiatrie de Liaison intervienne ou que la problématique somatique ne soit stabilisée. Conjointement à cela, une des principales difficultés rapportées par les équipes infirmières, est le manque de temps à offrir à cette patientèle, dans un contexte de soins aigus et de charge de travail soutenue, et ce malgré un sentiment de bienveillance de pouvoir répondre à leur problématique psychiatrique.

Cultures des eHnv pluridisciplinaires

La Psychiatrie de Liaison appartient au Département de Psychiatrie du CHUV, Secteur Nord, qui intervient par le biais de conventions institutionnelles dans les hôpitaux généraux régionaux, en tant que consultant, notamment aux eHnv d'Yverdon. Plusieurs psychiatres, psychologues interviennent sur demandes travaillées, au sein des différentes unités, afin d'y amener un regard expert pour adapter la prise en charge biopsychosociale. Les outils informatiques de consultation ont été adaptés au besoin des évaluations psychiatriques.

Lorsque la Psychiatrie de Liaison est absente, les équipes de soins prennent directement contact avec le CPNVD afin de pouvoir demander une évaluation spécialisée ou encore des conseils de prise en charge. La collaboration ne cesse de se développer, dans un contexte où les limites d'interventions de chaque institution n'est pas toujours connue pour l'autre. Cependant, la mise en commun de ces procédures institutionnelles est régulièrement transmise par le biais de rencontres, de consiliums ou de supervisions avec l'équipe de la Psychiatrie de Liaison.

Analyse :

Le service des urgences somatiques des eHnv d'Yverdon, se montre prêt à implanter une culture somatopsychique. Les différents acteurs de la santé y travaillant, mettent en avant leurs difficultés à pouvoir répondre adéquatement aux problématiques psychiatriques, par manque de compétences spécialisées et également par manque de temps, dans un service régulièrement surchargé. Ils soulèvent également des difficultés de synchronisation avec le réseau psychiatrique hospitalier et ambulatoire, au vue de sa spécificité. Le constat à l'heure actuelle, est que l'infirmier du tri réalise une partie du travail de détection, lors de la première rencontre avec le patient. Dans un second temps, le médecin urgentiste réalise une détection complémentaire, lors de son évaluation somatique globale et décide du besoin d'une intervention psychiatrique ou non, engendrant un temps de prise en soin important aux urgences et rendant les interventions par la psychiatrie de liaison plus complexes.

De ce fait, il paraît constructif de pouvoir trouver des stratégies afin de pouvoir intervenir plus rapidement auprès du patient et de garantir les soins transverses, notamment en sensibilisant l'équipe médico-infirmière des urgences à la culture somatopsychique, en renforçant les compétences des premières lignes. Il semble important également de développer le partenariat somatopsychiatrique, afin de garantir une prise en charge globale du patient, en s'appuyant sur un modèle biopsychosocial, comme le soulève la littérature (Chocard, A.-S., Malka, J., Tourbez, G., Duverger, P., Gohier, B. & Garré, J.-B., 2005).

Recommandations :

Selon ce qui précède, les recommandations sont :

Implanter une culture psychosomatique au sein des urgences somatiques

- ➔ Favorisera l'aisance des soignants dans les prises en charge psychiatriques, notamment dans la collaboration et la coordination avec les différents réseaux de soins, nécessaire en l'absence de la psychiatrie de liaison.

Développer les compétences des premières lignes en matière de connaissances psychiatriques

- ➔ Permettra de pouvoir détecter de manière efficiente et efficace la population vulnérable et de leur apporter une offre en soin spécialisée et de qualité. Cette recommandation sera d'autant plus applicable si elle est accompagnée de supervision régulière d'équipe.

Renforcer et développer la collaboration, la communication et la coordination des différents intervenants, de manière transversale

- ➔ Permettra de renforcer la continuité des soins par des transmissions précises, sans pertes d'informations, entre les urgences et les différents intervenants entourant le patient et pouvoir ainsi garantir une prise en charge globale et complète.

Développer l'offre en soin ambulatoire de transition, à partir de l'hôpital général

- ➔ Permettra de pouvoir offrir une orientation adaptée à la problématique psychiatrique, en tenant compte de la comorbidité somatique. Il sera plus agréable et bénéfique pour le patient d'avoir un suivi de transition, par les mêmes thérapeutes rencontrés lors de la crise. Une diminution des hospitalisations en milieu psychiatrique est envisagée, dans le contexte d'une détection précoce avec la mise en place d'interventions ciblées (contenue en milieu ambulatoire).

Lexique :

- PRS : Pôle Régional Santé
- CPNVD : Centre Psychiatrique du Nord Vaudois
- SIM : Soins Intensifs du Milieu
- TIPP : Programme de Traitement et d'Intervention Précoce de la Psychose
- CAPAA : Centre Ambulatoire de Psychiatrie de l'Age Avancé

Références

Kauz B. (2017) Plan de gestion de projet. Pôle Régional Santé.

Dorogi, Y. (2000). Un infirmier en psychiatrie de liaison, *L'Écrit*, pp 2-8.

Chocard, A.-S., Malka, J., Tourbez, G., Duverger, P., Gohier, B. & Garré, J.-B. (2005). Psychiatrie de liaison. Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? *Annales Médico Psychologiques* 163, pp 691-696.

Bossis, M., Cornet, N., Guitteny, M., Vanelle, J.-M., Sauvaget, A. & Giffaud, S. (2012). L'infirmière de psychiatrie de liaison dans les services de soins somatiques, *Soins savoirs et pratiques*, n°768.