



Université Lille

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

MEMOIRE POUR LE DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE

« SANTE MENTALE DANS LA COMMUNAUTE »

Année 2021

**HOSPITALISATION DE SEMAINE AU CENTRE DE SOIN JEAN
BAPTISTE PUSSIN (59G04) : PLAN DE CRISE DES USAGERS**

SORY DRISSA

SIGLE ET ABREVIATION

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AFEJI : Association des Flandres pour l'Éducation, la formation des Jeunes et l'Insertion sociale et professionnelle

ANESM : Agence Nationale d'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux

APA : Activité Physique Adaptée

BAO : Bureau d'Accueil et d'Orientation

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CARDO : Centre d'Accueil, de Régulation et D'Orientation

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale

CDU : Commission Des Usagers

CH : Centre Hospitalier

CHA : Centre Hospitalier d'Armentières

CHD : Centre Hospitalier de Dunkerque

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CME : Commission Médicale d'Établissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

COPIL : Comité de Pilotage

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSIRMT : Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire

DAP : Directives Anticipées en Psychiatrie

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DIM : Département de l'Information Médicale

DIRM : Département de l'Information et de la Recherche Médicales

DSI : Direction des Systèmes d'Information

DRH : Direction des Ressources Humaines

DU : Diplôme Universitaire

EDAP : Équipe Diagnostic Autisme de Proximité

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante

EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

EPS : Établissement Public de Santé

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

EPSM F : Établissement Public de Santé Mentale des Flandres

EPSM LM : Établissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient ou Équivalent Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GH : Groupe Hospitalier

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HPDD : Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée

HTTP : Hospitalisation Temps Plein

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MSP : Médiateur de Santé Pair

PCC : Plan de Crise Conjoint

PEC : Prise En Charge

PECM : Prise En Charge Médicamenteuse

RPSM : Réseau Précarité-Santé Mentale

RRL : Résidence Reuze-Lied

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SDSI : Schéma Directeur des Systèmes d'Information

SI : Système d'Information

SMPP : Service Médico-Psychologique de Proximité

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SST : Service Santé au Travail

THADA : Trouble avec ou sans Hyperactivité de l'Adulte avec Déficit de l'Attention

UAO : Unité d'Accueil et d'Orientation

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Fiche d'identité du pole 59G04	4
Tableau II: Chiffres clés 2020 du centre de soin Jean Baptiste Pussin (rapport annuel 2020) 4	
Tableau III: Répartition des usagers hospitalisés en fonction du plan de crise établi ou non	17

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Parcours du patient pour intégrer l'hôpital de semaine	8
---	---

TABLE DES MATIERES

SIGLE ET ABREVIATION	i
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES	iv
TABLE DES MATIERES	v
INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME	1
1- Pôle de Psychiatrie 59G04 (Centre de soins Jean-Baptiste Pussin)	3
1-1- Unité AURORE (Hôpital De Semaine)	4
1-2- Unité BOREALE (Hospitalisation de longue de durée)	8
1-3- Unité HIVALO (Hôpital De Jour)	8
1-4- Centre d'Accueil de Régulation et d'Orientation (CARDO)	9
1-5- L'équipe mobile d'intervention au domicile	10
1-6- Centre Médico-Psychologique (CMP)-Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) de Gravelines et Grande-Synthe	11
1-6-1- Centre Médico-Psychologique (CMP)-Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) de Gravelines	11
1-6-2- Centre Médico-Psychologique (CMP) - Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) de Grande-Synthe	11
1-7- Equipe de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive du pôle	11
1-8- Antenne de consultation au Centre Médico-Social à Watten	12
1-9- Accueil Familial Thérapeutique (Réseau PROFAMILLE)	13
2- OBJECTIFS	13
2-1- Objectif général	13
2-2- Objectifs spécifiques	13
3- MATÉRIEL ET METHODES	14
3-1- Cadre d'étude	14
3-2- Type d'étude	14
3-3- Critères d'inclusion	14
3-4- Critères de non inclusion	14
3-5- Echantillon	14
3-6- Outils de collecte des données	14
3-7- Considérations éthiques	15
4- RESULTATS	16
4-1- Données quantitatives	16
4-2- Données qualitatives	17
5- COMMENTAIRES	24

5-1- Limite de l'étude	25
5-2- Usagers hôpital de semaine du 59G04	25
CONCLUSION.....	28
PERSPECTIVES.....	28
REFERENCES	29
RESUME.....	30
ANNEXE	31

INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

L'apparition de dispositifs tels que l'hospitalisation séquentielle, tournés vers une prise en charge qui ne serait pas exclusivement réalisée à l'intérieur de l'hôpital, a lieu dans les années 1960. Cette conception du soin fait suite à des mouvements historiques tels que la psychothérapie institutionnelle, le mouvement d'antipsychiatrie et la création du secteur de psychiatrie publique. Ce dernier mouvement émerge en France dans les années 60 et il vise à « transférer le centre de gravité du dispositif institutionnel de l'asile à la communauté ». C'est à la fin des années 50 et au début des années 60 que naissent les premières formes de soins psychiatriques alternatives à l'hospitalisation complète, qu'il s'agisse de soins ambulatoires ou à domicile, d'hôpital de jour ou d'hôpital de nuit, fruits de réflexion autour du secteur public de psychiatrie. Pour ce qui est de l'hospitalisation séquentielle, elle est décrite par L. Dreyfuss en 1968 comme « une fragilisation à bon escient du cordon ombilical » : la modification de l'hospitalisation pour un patient chronique est une opportunité pour la modification du système relationnel. Il souligne aussi que l'hospitalisation partielle « facilite le relâchement du lien au gré du soigné entre lui et l'institution soignante ». (Gendrault, 2015)

C'est Tomas Szasz qui évoque, dès 1982, la notion de vœu psychiatrique qui défendait alors un modèle de prise en charge conçu comme un moyen de défense pour le patient face au corps médical psychiatrique décrit comme tout puissant et aliénant. Au milieu des années 1990, les équipes de recherche commencent à s'approprier le sujet dans le cadre de la prise en charge médicale de pathologies psychiatriques chroniques sévères comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires, emboitant ainsi le pas aux associations de patients qui avaient commencé à s'intéresser à ce type de projet (Maitre et al, 2013).

La dénomination Plan de Crise Conjoint (PCC) apparaît dans la littérature au fil des années 90. Plus synthétique et d'un abord plus facile car impliquant nécessairement un partenariat soignant-soigné dans son élaboration, le PCC est issu du mouvement de self-help et d'advocacy des usagers des services de santé mentale au Royaume-Uni dans les années 80. Ce plan indique de façon anticipée et individualisée les contacts à mobiliser, les mesures pratiques à prendre pour préserver l'environnement de la personne, ainsi que les soins et traitements à préférer ou à éviter en cas de crise (Ferrari et al, 2018).

En donnant plus d'importance aux choix du patient concernant sa prise en charge lorsqu'il traverse une période difficile, les directives anticipées en psychiatrie (DAP) ont pour principal objectif la réduction de la fréquence des hospitalisations et notamment des soins sous contrainte.

Il s'agit d'aborder directement les aspects délicats de la prise en charge où le consentement du patient est sollicité et de formaliser des solutions concrètes à ces situations conflictuelles.

De surcroît, il s'agit aussi d'identifier — et d'aider le patient à identifier — les signes précurseurs de rechute, afin d'initier, d'une part, une prise en charge la plus précoce possible et, d'autre part, une aide à verbaliser autour de la maladie et de ses conséquences dans sa vie (Maitre et al, 2013).

Serait-il possible de sortir les usagers de ce cycle d'HDS à répétitions par l'élaboration de leur plan de crise ?

Quelles modalités de gestion de crise proposeraient les usagers eux-mêmes pour un retour à la vie en communauté adapté ?

1- Pôle de Psychiatrie 59G04 (Centre de soins Jean-Baptiste Pussin)

Le Pôle 59G04 de Psychiatrie Adulte fait partie, avec deux autres pôles (le 59G01-03 et 59G02), des pôles de Psychiatrie Adulte desservant la Flandre Maritime.

Présentation du pôle

Le centre de soins Jean-Baptiste Pussin est ouvert depuis le 19 avril 2016, sur la commune de Cappelle-la-Grande. Le secteur 59G04 couvre un territoire allant de Gravelines à Grande-Synthe et ayant pour point Sud Watten, ce qui en fait le secteur le plus étendu des 6 secteurs de psychiatrie adulte de l'EPSM des Flandres. Il couvre une population d'environ 73 619 habitants qui est composée d'environ 50 000 adultes de plus de 18 ans.

Si l'on s'en tient à l'incidence moyenne des différentes pathologies mentales qui est relativement transversale selon les pays et les cultures, on serait donc en position de prendre en charge 500 pathologies dissociatives (1%) soit entre 1000 et 2000 syndromes dépressifs majeurs caractérisés et près de 5000 troubles bipolaires

Le secteur géographique couvert par le 59G04 est polymorphe dans la mesure où il est composé d'une zone relativement urbaine et socialement défavorisée : Grande-Synthe (population d'environ 20 000 habitants marquée par une très forte industrialisation et une très grosse croissance démographique entre 1980 et 1990 et qui a la particularité d'accueillir une forte population d'origine étrangère).

A ceci s'ajoute la problématique des migrants qui s'est déplacée de Calais à Grande-Synthe et qui nous fait prendre en charge une population potentielle à plusieurs centaines de personnes en extrême difficultés psychologiques et affectives.

La région de Loon-Plage et de Gravelines, représentant plutôt une classe moyenne (en dehors de quelques quartiers), la région du Sud du secteur qui est essentiellement rurale, et qui représente environ 10 000 habitants répartis sur une zone géographique très étendue.

Les 27 communes du pôle

BOLLEZEELE, BOURBOURG, BROUCKERQUE, BROXEELE, CAPPELLEBROUCK, CRAYWICK, DRINCHAM, ERINGHEM, FORT MARDYCK, GRANDE-SYNTHE, GRAND-FORT-PHILIPPE, GRAVELINES, HOLQUE, LEDERZEELE, LOOBERGHE, LOON PLAGE, MARDYCK, MERCKEGHEM, MILLAM, NIEURLET, PETIT-FORT-

PHILIPPE, SAINT MOMELIN, SAINT PIERREBROUCK, SAINT GEORGES SUR L'AA,
VOLKERINCHOVE, WATTEN, WULVERDINGHE

Tableau I: Fiche d'identité du pôle 59G04

Fiche d'identité du pôle 59G04	
1 unité d'hospitalisation conventionnelle : 18 lits	<p>27 communes 73 619 habitants</p> <p>316,74 km²</p>
1 unité d'hospitalisation de semaine : 10 lits	
28 lits d'hospitalisation complète	
1 lit d'isolement	
1 lit d'accueil	
1 lit d'isolement septique	
5 places d'hospitalisation de jour	
3 places d'accueil familial thérapeutique	
2 CMP + 1 antenne à Watten	
2 CATTP	
1 équipe de réhabilitation psychosociale	
1 équipe mobile de psychiatrie	
1 ETP dédié pour les migrants	
11 structures hors EPSM couvertes grâce à la psychiatrie de liaison (50% des EHPAD du littoral)	

Tableau II: Chiffres clés 2020 du centre de soin Jean Baptiste Pussin (rapport annuel 2020)

	2020	2019	2018	2017	EVOLUTION
File active totale	1562	1579	1477	1354	-1,07%
File active exclusivement ambulatoire	1286	1294	1227	1303	-0,61%
Nombre de journées d'hospitalisation	6967	7742	8960	11831	-10,01%
Nombre de journées d'hospitalisation en HDS	1551	1709	105		-9,2%
Nombre de journées en hospitalisation à Boréale	4627	4592	8850		-0,76%
Nombre d'admissions	674	770	602	557	+12,4%
Taux d'occupation des structures d'hospitalisation			86 %	75 %	
	HDS	70 %	85,5 %		
	Boréale	70 %	62,84%		
Durée moyenne de séjour en hospitalisation	13,36	12,36	19,41	25,53(médiane 9)	+1 %
Nombre d'acte EDGAR	19037	14907	13719	10089	+27,7%

1-1- Unité AURORE (Hôpital De Semaine)

L'unité Aurore est l'Hôpital De Semaine (HDS) qui est un service dédié aux hospitalisations programmées d'une durée de 5 jours sur 1 à 3 semaines consécutives avec fréquences multiples possibles. L'HDS a une capacité de 10 lits. L'accueil des patients en Soins Libres (SL) est prévu du lundi 9h30 au vendredi 18h30, l'unité ouvre de 9h30 à 18h30. Le patient est hospitalisé pour

une durée de 5 jours sans rupture avec son milieu de vie (il doit être en mesure d'assurer son hébergement le week-end). Ce temps d'hospitalisation est renouvelable deux fois consécutivement en fonction des patients et de l'évolution de leur projet. L'HDS permet de proposer une nouvelle dynamique de soins mobilisant le patient par son implication dans la programmation de l'hospitalisation : il en devient l'acteur.

Les Objectifs de l'HDS : Toutes les pathologies psychiatriques peuvent être représentées. Mais on exclura de ce champ les prises en charge aiguës et tous les caractères d'urgence.

Les limites ou contre-indications sont les patients SDF (sans domicile fixe) ne permettant pas d'être accueillis le week-end, mais également les patients n'ayant pas l'autonomie suffisante pour rester à leur domicile.

Les objectifs attendus sont :

Pour le patient :

- Maintenir autant que possible, la personne dans son environnement : notamment le week-end
- Eviter les hospitalisations « revolving door » (les patients qui utilisent l'hôpital de façon itérative pour réassurance). Le patient et l'équipe maîtrisent la temporalité.
- Avoir des objectifs opérationnels à atteindre dans le temps d'hospitalisation.

Objectifs et diagnostic thérapeutique :

Etablir et proposer un bilan diagnostic et/ou thérapeutique :

- Evaluer la tolérance et l'efficacité du traitement.
- Hospitalisation pour ajustement précis de traitements nécessitant une stabilité

(Exemple : sevrage aux benzodiazépines).

- Des hospitalisations de mise en place de traitements complexes.
- Evaluation et observation étroite des signes décrits par le patient pour objectivation
- Mise en place d'un traitement retard, commencé par traitement per os avec vérification des réactions.

- Personnes présentant une psychose chronique et qui nécessitent une prise en soins (programme de soins) prolongée, comme la schizophrénie.
- Prévenir les pathologies saisonnières cycliques : équilibrer le traitement thymo-régulateur, séance de lumineothérapie.

Travail de liaison : concerne les patients pouvant être pris en charge par une ou plusieurs institutions différentes à des temps consécutifs (notion de coopération asynchrone)

- Hospitalisation avant une postcure.
- De bilans complémentaires en association avec les partenaires hospitaliers, par exemple avis sur des pathologies complexes avant, pendant ou après prise en charge par un service de Maladie comorbide ou le secteur libéral.
- Préparation à la sortie de patients dans les suites d'une hospitalisation conventionnelle.
- Travailler avec les médecins traitants dans un souci de fluidité du parcours patient et s'appuyer sur le réseau de soins avec les infirmier(e)s libéraux (ales), les pharmacies,

Pour les familles et des aidants :

- Leur offrir un temps de répit et objectiver les éventuels troubles relatés.

Ces objectifs ne sont pas exhaustifs et s'appuieront sur le projet individualisé du patient.

Le parcours du patient intégrant l'hôpital de semaine

Les patients peuvent être proposés à l'hôpital de semaine par :

- Les médecins généralistes du secteur,
- Les psychiatres libéraux,
- Les CMP Gravelines, et/ou Grande-Synthe,
- L'équipe mobile d'intervention à domicile du 59G04,
- L'équipe de réhabilitation du 59G04,
- Suite à une consultation à l'antenne de Watten,
- Suite à une consultation du réseau (maison de retraite, hôpital de Zuydcoote, Polyclinique de Grande-Synthe...),

- De l'hôpital de jour (IVALO),
- De l'unité d'hospitalisation complète (Boréale),

Un rendez-vous de Visite Pré-Admission (VPA) sera fixé et réalisé à JB Pussin. Il est à prendre auprès du secrétariat. Après la VPA, l'admission peut être entérinée sur décision du référent médical du patient et de l'équipe paramédicale de l'HDS. La date et l'heure du jour de l'admission seront transmises par le secrétariat.

L'orientation des patients ne repose pas seulement sur la pathologie qu'ils présentent mais surtout et en priorité sur le patient lui-même et son adhésion aux soins.

Tout au long de son séjour, le patient peut bénéficier :

- D'évaluations cliniques avec entretiens médicaux réguliers et programmés,
- D'entretiens psychologiques individuels avec bilan psychologique si nécessaire,
- D'entretiens infirmiers programmés,
- De rencontres avec les familles,
- D'activités socio thérapeutiques,

Les activités sont des supports pour cette démarche thérapeutique en permettant de mettre en évidence des symptômes. La participation à différentes activités permet de proposer la prise en charge la plus adaptée en ambulatoire. Elles permettent également une action thérapeutique préventive (luminothérapie pour les troubles saisonniers).

Les activités disponibles à ce jour sont :

- Balnéothérapie
- Snoezelen (Méditation)
- Activités physiques adaptées
- Luminothérapie
- Culinothérapie
- Activités manuelles

Des outils à type de grilles et échelles permettront à l'équipe d'avoir une mesure d'évaluation objective de surveillance des différentes problématiques.

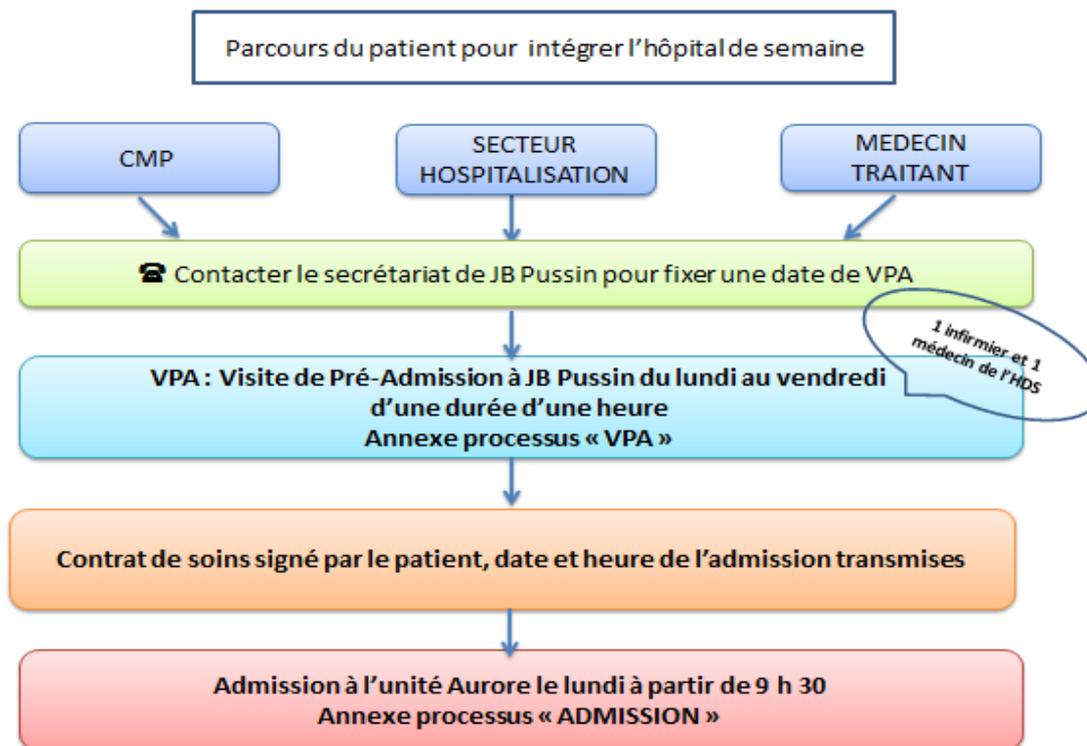


Figure 1: Parcours du patient pour intégrer l'hôpital de semaine

1-2- Unité BOREALE (Hospitalisation de longue durée)

L'unité Boréale est l'unité d'hospitalisation conventionnelle de plus ou moins longue durée. Elle accueille les patients hospitalisés sous le mode soins libres, soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en urgence, soins psychiatriques pour péril imminent, et les soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat. Cette unité dispose de 20 lits d'hospitalisation avec une salle d'isolement et contention, une salle d'isolement septique et une salle d'apaisement.

1-3- Unité HIVALO (Hôpital De Jour)

L'hôpital de jour IVALO psychiatrique accueille des personnes en difficultés et/ou souffrance psychique (troubles dépressifs et anxieux, dépendants psycho-affectives, psychose, fragilité narcissique, état limite...).

Il est élaboré avec les usagers un projet de vie cohérent, en synergie, avec les partenaires médico, médico-sociaux et de droit commun en tenant compte des potentialités du patient. IVALO se veut à l'interface de l'hospitalier et de l'extrahospitalier et a vocation à intervenir en amont et en aval d'un parcours thérapeutique. En amont, pour prévenir une hospitalisation et en aval, pour consolider et pérenniser les « bienfaits » d'une hospitalisation.

Avec une capacité d'accueil de 5 places, ce dispositif de soins pour les patients du secteur Grande-Synthe et Gravelines (59G04) offre une alternative à l'hospitalisation complète. Il s'articule étroitement avec les CMP/CATTP des secteurs concernés ainsi qu'avec les différents partenaires sociaux.

L'hôpital de jour assure des « soins intensifs et individualisés » après une visite de préadmission. La prise en charge s'appuie sur un projet de soin personnalisé, élaboré en collaboration avec le patient. Différents ateliers psycho-socio-thérapeutiques sont proposés durant un temps défini.

La prise en soin vise à : éviter les rechutes, stabiliser le patient, autonomiser, favoriser l'insertion sociale, l'inscription dans un réseau de soin, permettre une période de transition, évaluation des capacités du patient en situation réelle (évaluation écologique), lutter contre l'isolement, ...

Les patients sont accueillis du lundi au vendredi de 9h30 à 16h30. Fermeture le week-end et jour férié. Un contrat de soin est fixé avec le patient pour une durée de 3 mois renouvelable un fois.

1-4- **Centre d'Accueil de Régulation et d'Orientation (CARDO)**

Le centre d'Accueil, de Régulation et d'Orientation est une unité intersectorielle qui a 3 missions :

- **L'Accueil** des patients des secteurs du littoral Dunkerquois (59G01, G02, G03 et G04) et de la Flandre intérieure (59G05 et G06) pour les périodes allant de 18H00 à 8H30 ainsi que les week-ends et jours fériés. Les patients vus en consultation, se verront proposer :
 - Un retour au domicile avec orientation CMP
 - Une réorientation vers un centre hospitalier général lorsqu'un problème somatique est prépondérant
 - Une hospitalisation au CARDO (capacité de 6 lits). Dans ce cas, la durée d'hospitalisation dans l'unité sera de courte durée 24H à 48H (voire 72H dans l'hypothèse où il y a un jour férié qui s'accrole au week-end). Après ce délai, il sera envisagé un retour au domicile ou un transfert vers l'unité d'hospitalisation du secteur de référence des usagers.

- **La Régulation** puisque le CARDO est amené à coordonner les admissions de patients. Cette fonction de régulation concerne également les liaisons avec les autres dispositifs de soins des différents secteurs de l'ESPM des Flandres mais aussi avec le service des Urgences du CH Dunkerque et de la Polyclinique de Grande-Synthe.
- **L'orientation** qui s'étend à l'ensemble des dispositifs de soins propres à l'ESPM des Flandres, à ses partenaires extérieurs (services du CH Dunkerque, généralistes, ambulanciers...) ainsi qu'aux usagers. Concrètement, il s'agit le plus souvent d'appels téléphoniques et plus rarement de présentations spontanées d'usagers.

La Mission d'Orientation du CARDO s'effectue sur 2 axes :

- L'orientation des patients vers les unités d'admissions de leur secteur de référence géographique.
- L'orientation physique ou téléphonique des professionnels, des familles ou des usagers.

1-5- L'équipe mobile d'intervention au domicile

L'équipe mobile intervient de façon pluridisciplinaire, sur une période donnée, au domicile des patients souffrants de pathologies psychiatriques pour lesquels l'hospitalisation complète ne s'avère pas nécessaire ou qui la refuse. Les interventions débutent après un entretien avec un psychiatre du pôle durant lequel des objectifs de travail sont fixés. Ce dispositif permet d'éviter ou de raccourcir les hospitalisations. L'équipe n'intervient pas en cas d'urgence ou de risque suicidaire élevé.

Amplitude horaire :

- 8h30 / 18h du lundi au vendredi
- 8h / 16h le week-end et jours fériés

1-6- Centre Médico-Psychologique (CMP)-Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) de Gravelines et Grande-Synthe

1-6-1- Centre Médico-Psychologique (CMP)-Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) de Gravelines

Le Centre Médico Psychologique (CMP) est un lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation pour toute personne de plus de 16 ans en difficulté dans sa vie personnelle familiale, professionnelle et/ou sociale. Les consultations médicales et infirmières se font sur rendez-vous par le secrétariat.

Des permanences infirmières quotidiennes sont proposées. Elles ont pour objectifs l'accueil, l'écoute, qui permettent la dédramatisation afin d'évaluer les situations difficiles. Cette écoute n'a pas pour vocation de traiter les situations d'urgence nécessitant notamment une hospitalisation.

Le CMP dispose également d'un Centre d'Accueil et Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et d'une antenne à WATTEN.

1-6-2- Centre Médico-Psychologique (CMP) - Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) de Grande-Synthe

Le Centre Médico-Psychologique (CMP) est un lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation pour toute personne de plus de 16 ans en difficulté dans sa vie personnelle, familiale, professionnelle et/ou sociale. Les consultations médicales et infirmières se font sur rendez-vous par la secrétaire. Des permanences infirmières quotidiennes sont proposées. Elles ont pour objectif, l'accueil, l'écoute qui permettent la dédramatisation afin d'évaluer les situations difficiles. Cette écoute n'a pas pour vocation de traiter les situations d'urgence nécessitant notamment une hospitalisation. Le CMP dispose également d'un Centre d'Accueil et Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

1-7- Equipe de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive du pôle

Un programme d'éducation thérapeutique permet aux usagers de participer activement à leur prise en charge. Il aide les usagers à maintenir et améliorer leur qualité de vie, renforcer leur compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie face aux conséquences de la maladie. Les personnes présentant une psychose ont souvent des difficultés de communication et peuvent se retrouver en difficulté pour entretenir leurs relations avec les autres. Le

programme propose d'aborder ces questions et de les travailler au travers de 4 modules d'entraînement.

➤ **Module 1 : « Compétences »**

- Se sensibiliser au développement des habiletés sociales,
- Travailler ses compétences relationnelles,
- Améliorer sa compréhension et sa communication dans une situation sociale,
- Travailler sur les habiletés perceptives (comprendre les situations), les habiletés décisionnelles (donner des réponses appropriées, prendre des décisions), les habiletés comportementales (compétences pour mener à bien un échange).

➤ **Module 2 : « j'ai pas la Motiv' »**

- Aborder les questions du manque d'initiative de la perte d'entrain et de motivation dans la vie quotidienne
- Se sensibiliser au fait que la manque d'énergie, le manque de motivation et le retrait social peuvent accompagner la maladie
- Développer des aptitudes pour y faire face

➤ **Module 3 : « Se construire des soutiens sociaux »**

- Aborder les conséquences sociales de la maladie sur la vie relationnelle
- Comprendre l'intérêt de bénéficier de soutien social
- Développer des compétences pour se créer un réseau de soutien social

➤ **Module 4 : « Connaitre ses droits et le réseau d'aide »**

- Echanger autour de ses connaissances en matière de droits au sens large (soins, société etc...)
- Mieux connaître ses droits et se les approprier
- Comprendre comment exercer sa citoyenneté

Jour et horaires : le jeudi de 14h à 15h30.

1-8- Antenne de consultation au Centre Médico-Social à Watten

Il s'agit d'une antenne de consultation basé dans une maison de retraite (EHPAD de Watten), où les pensionnaires sont vus une fois par semaine en fonction des besoins et des troubles aussi bien somatiques que psychiatriques. Cette prise en charge permet de prévenir les décompensations psychiatriques dans cette population et d'assurer le suivi médico-psychologique des patients.

1-9- Accueil Familial Thérapeutique (Réseau PROFAMILLE)

Programme psychoéducatif destiné aux familles et proches de personne souffrant de **schizophrénie** ou de **troubles apparentés**. Le but est d'aider les familles à mieux faire face à la maladie et donner des possibilités aux malades de se rétablir.

Le programme psychoéducatif permet aux familles de mieux comprendre comment faire avec une personne malade dont certains symptômes paraissent difficiles à gérer. Par exemple comment mieux gérer ses problèmes suivants : refus de se reconnaître comme malade et de prendre un traitement ; opposition, agressivité ; manque d'initiative ; manque d'organisation ; anxiété excessive ; alcoolisme, toxicomanie ; état dépressif, désespoir.

Il permet aux familles d'apprendre à réduire les conséquences du stress sur elles-mêmes et sur leur propre santé : anxiété, irritabilité, mauvais sommeil, sentiment de culpabilité, sentiment de frustration, tristesse, abattement, fatigue, séparation, isolement.

Il permet aux familles de mieux utiliser les possibilités d'aide et de recourir plus efficacement aux services médicaux et sociaux.

Le programme **Profamille** est une formation structurée d'un ensemble de 14 séances réparties sur 5 mois (puis de 6 séances réparties sur l'année suivante). Les thèmes abordés sont : connaître la maladie et les traitements, développer des capacités relationnelles, apprendre à mieux gérer ses émotions, savoir obtenir de l'aide et développer un réseau de soutien.

2- OBJECTIFS

2-1- Objectif général

Elaborer un plan de crise pour les usagers de l'HDS hospitalisé pendant la période du mois de septembre

2-2- Objectifs spécifiques

1-Décrire les caractéristiques épidémiologiques des usagers en HDS

2-Etablir un plan de la crise des usagers de l'HDS

3-Analyser l'avis des usagers sur le plan de crise

3- MATÉRIEL ET METHODES

3-1- Cadre d'étude

Le centre de soin Jean Baptiste Pussin qui constitue notre site de stage dans le cadre du DFMS psychiatrie, nous a servi de cadre d'étude et plus spécifiquement le service d'AURORE (Hôpital De Semaine HDS).

3-2- Type d'étude

Il s'est agi d'une étude prospective descriptive portant sur les usagers hospitalisés à l'HDS et l'élaboration de leur plan de crise durant la période de septembre 2021.

3-3- Critères d'inclusion

Seront inclus dans cette étude les usagers de l'HDS hospitalisés durant la période de septembre 2021. Les usagers avec ou sans des récurrences d'hospitalisations en HDS et présent à l'HDS dans la période de septembre 2021.

3-4- Critères de non inclusion

Les usagers de l'HDS qui n'ont pas donné leur accord et/ou qui ont refusé d'établir leur plan de crise. Les usagers de l'HDS qui ont une récurrence d'hospitalisation et qui ne seront pas hospitalisés durant la période de l'étude.

3-5- Echantillon

L'échantillon a concerné les usagers de l'HDS hospitalisés durant la période de septembre. L'HDS compte 10 lits, dans les trois (03) dernières semaines du mois de septembre 2021, l'échantillon sera estimé à 30 patients, mais il est à noter que certains patients font souvent deux semaines successivement et rarement trois semaines d'affilé.

3-6- Outils de collecte des données

La collecte des données s'est fait à l'aide de questionnaire (Plan de crise) que nous allons administrer durant la période d'étude. Nous avons utilisé aussi la base de données de cariatides pour la liste et les informations d'hospitalisation en HDS des usagers.

La collecte s'est fait par nous-même et s'est déroulé au sein du service AURORE (HDS) auprès des usagers qui ont acceptés d'établir leur plan de crise. Sur le plan de la pratique, la démarche a comporté trois phases distinctes. Nous avons utilisé un plan de crise qui a déjà servi dans le secteur de psychiatrie du 59G21. Sa contextualisation était donc un acquis, sa présentation formelle avec vérification de sa compréhension a été fait auprès des usagers de l'hôpital de semaine, l'identification des personnes ressources à convoquer pour sa finalisation avait été prévu et faisait partie de la démarche, la rédaction puis la finalisation par l'application des signatures des personnes impliquées. Ensuite, la consultation du document permet son

application concrète. Enfin la révision des contenus est prévue de sorte qu'ils restent pertinents en fonction de l'évolution de la situation de la personne titulaire.

3-7- Considérations éthiques

Dans un souci de respect des règles éthiques et déontologique, nous allons adopter les mesures ci-après :

- Garantir l'anonymat : le questionnaire ne comporte que les initiales des nom et prénom de l'utilisateur qui a établi son plan de crise ;
- Garantir la confidentialité : les données seront mises dans le dossier médical de l'utilisateur et les informations ne seront pas divulguées, mais traitées dans un cadre professionnel régi par les lois de la déontologie médicale.

4- RESULTATS

4-1- Données quantitatives

Nous avons abordé le sujet du plan de crise et de la diminution ou l'arrêt des récurrences en HDS avec les usagers. Ce plan de crise devrait constituer une alternative aux hospitalisations et une prévention des hospitalisations en urgence. Nous nous sommes entretenues avec la cadre de l'unité Aurore et l'équipe infirmière pour les informer de notre démarche en faveur des usagers. Les équipes ont pris connaissances des exemplaires de plan de crise et du but de l'établissement du plan de crise par les usagers. Nos objectifs de mettre fin aux récurrences des hospitalisations en HDS et de la diminution voir l'arrêt des hospitalisations en urgence en temps de crise des usagers, ont été un peu mal accueilli par les équipes infirmières. Certaines ont exprimé leur crainte de voir le service Aurore se fermer par manque d'usagers. Ce qui pourrait conduire à leur mise au chômage. D'autres ont trouvé que ce plan pourrait bien convenir à certains usagers qui sont souvent hospitalisé très fréquemment. Nous avons tout de même été accompagnés par toute l'équipe de l'unité Aurore dans la sensibilisation, la psychoéducation thérapeutique et la bonne compréhension du plan de crise. L'équipe a également montré sa disponibilité à accompagner le processus de mise en place du plan de crise.

Durant trois semaines du 20 septembre au 08 octobre 2021 nous avons demandé aux usagers du service d'Aurore d'établir un plan de crise, sur 30 usagers possible, il y a eu 24 usagers (18 usagers vu et six (06) qui ont fait deux semaine d'hospitalisation d'affilé) en hospitalisation durant cette période.

1^{ère} semaine : du 20 septembre au 24 septembre 2021

Sur neuf (09) usagers en HDS pour 10 lits disponibles,

Cinq (05) ont été établit leur plan de crise,

Deux (02) n'ont pas souhaité le faire,

Un (01) usager est sorti de l'hospitalisation sans transmettre son plan de crise après avoir accepté de le faire, et

Un usager a été admis en hospitalisation HDS après le lundi et n'a pas reçu de fiche de plan de crise.

2^{ème} semaine : du 27 septembre au 01 octobre 2021

Sur huit (08) usagers en HDS pour 10 lits disponibles,

Trois (03) usagers étaient à leur 2^{ème} semaine d'hospitalisation,

Six (06) ont établi leur plan de crise dont un usager qui était à sa 2^{ème} semaine et qui avait été hospitalisé en cours de semaine de la semaine passée.

3^{ème} semaine : du 04 octobre au 08 octobre 2021

Sur sept (07) usagers en HDS pour 10 lits disponibles,

Deux (02) usagers étaient à leur 2^{ème} semaine d'hospitalisation en HDS et avaient déjà établi leur plan de crise la semaine d'avant,

Deux (02) usagers ont établi leur plan de crise sur 05 usagers qui devaient le faire,

Deux (02) usagers n'étaient pas à mesure d'établir un plan de crise car ayant en plus de troubles mentaux et une déficience intellectuelle associée à leur tableau, limitant leur capacité à décider ou comprendre les questions du plan de crise et

Un usager n'a pas souhaité établir de plan de crise.

Tableau III: Répartition des usagers hospitalisés en fonction du plan de crise établi ou non

Semaine de l'HDS	Usagers hospitalisés	Usagers + plan de crise	Usagers qui n'ont pas établi de plan de crise
1^{ère} semaine	09	05	04
2^{ème} semaine	08	06	02
3^{ème} semaine	07	02	05
Total	24	13	11

4-2- Données qualitatives

Nous avons après la rédaction des plans de crise, procédé à l'intégration des plans des usagers dans leur dossier. L'équipe infirmière a été informée de la disponibilité des plans et de la possibilité de l'exploiter au profit des usagers. Il est à noter que tous les usagers de l'unité Aurore à leur sortie d'hospitalisation reçoivent les coordonnées du service et peuvent appeler dans le service en cas de besoin. La majorité de notre échantillon aimerait être hospitalisée à Aurore en cas de crise et c'est ce que nous avons constaté durant notre stage, sauf pour les usagers qui vont avoir des contre-indications d'hospitalisation en HDS tels que l'ivresse aiguë, une décompensation psychotique sévère ou sous substance toxique.

Treize (13) usagers ont établi leur plan de crise, trois usagers n'ont pas souhaité établir leur plan de crise, deux usagers n'ont pu le faire à cause de leur déficience intellectuelle associée à leur tableau et six (06) usagers ont fait deux semaines d'hospitalisation durant la période d'étude. Nous allons analyser ces plans de crise afin de faire ressortir ce que ces usagers en pensent.

1^{ère} semaine

Cinq usagers ont établi leur plan de crise :

- Usagers **D A** homme de 27 ans a bien accueilli l'idée de plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont selon ses mots des « problèmes d'environnement/compréhension, de cohérence et action »

Ses signes avant-coureurs de crise sont des « gênes, signe d'ennui, d'anxiété et appartenance ». Dit ressentir le renfermement, le manque de confiance en lui, une énergie négative, l'étourdissement et la baisse de son attention. Dit éviter les sujets de discussions, de rester actif, faire des efforts physique trop important quand il commence à aller moins bien et pense être seul.

Il définit la crise comme une « situation instable-structure environnementale-crise sanitaire-régime strict perte de gout, ... »

Pour éviter la crise **D A** dit ne pas encore pensé à éviter une crise, dit ne pas penser pouvoir savoir comment faire en avance, dit préférer rester seul ou alors aller râler parce que cela le gêne. Dit pouvoir compter sur sa mère, son père et son frère en cas de crise et souhaite qu'ils l'aident sur le plan administratif, à s'organiser et pour les sortis, et jeux. Les attitudes qui favorisent son rétablissement sont avoir de nouvelles idées et être dans le dialogue. En cas de crise souhaite des cachets pour relaxer les muscles, des exercices de relaxation et être hospitalisé au centre de soin Jean Baptiste Pussin au service Aurore (HDS). Et les décisions à éviter lui crier dessus et utiliser un vocabulaire simple, neutre d'une voix plate.

- Usagers **P G** femme de 61 ans a bien accueilli l'idée de plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont selon ses mots sont « l'envie de rien, lorsque à la maison cela ne va pas comme il faut et la relation avec mon fils »

Ses signes avant-coureurs de crise sont le « manque de dynamisme, la boulimie, manger sucré et se replier sur soi-même, me laisser aller déborder des tâches quotidiennes ». Dit ressentir l'envie de rien et penser à la mort mais pas de là à se suicider.

Elle définit la crise comme le fait de « je me sens mal, des moments où je suis très gai et des moments où je suis très triste, des idées obsessionnelle, je prends du poids et je ne me sens pas bien dans ma peau »

Pour éviter la crise **P G** dit sortir avoir des contacts et s'occuper l'esprit manuellement. Dit pouvoir compter sur une infirmière de l'équipe de réhabilitation au CMP de Grande Synthe et son fils. Les attitudes qui favorisent son rétablissement sont le fait d'avoir son voisinage qui se dit disponible à l'aider. En cas de crise souhaite « prendre quelques choses pour éviter une crise de boulimie » et être hospitalisé au centre de soin Jean Baptiste Pussin au service de l'hôpital de jour en premier, puis a Aurore (HDS) et en troisième lieu le service de Boréale. Et les décisions à éviter c'est une hospitalisation de longue durée et un traitement de choc.

- Usagers **B D** femme de 46 ans a accepté d'établir son plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont selon ses mots sont « une contrariété qui me mine avec les enfants ou autre chose qui me contrarie, un souci qui me rumine »

Ses signes avant-coureurs de crise sont avoir du mal à faire les choses de la vie quotidienne, du mal à se secouer ; perdre le gout pour faire les choses, l'envie de rien. Dit ressentir le manque de motivation. Dit avoir envie de ne rien faire et essaie de penser à des choses positives.

Elle définit la crise comme ne plus avoir le goût à rien et se forcer pour faire les choses.

Pour éviter la crise **B D** dit essayer de se détendre, de positiver comme elle peut.. Dit pouvoir compter sur son mari, sa mère et son infirmière en psychiatrie en cas de crise et souhaite qu'ils soient un soutien, une écoute et une aide pour aller mieux. Les attitudes qui favorisent son rétablissement sont « m'entourer, m'écouter, me comprendre ». En cas de crise souhaite en discuter avec son psychiatre et être prise en charge par son psychiatre ou une infirmière. Et les décisions à éviter c'est « de ne pas me comprendre, de comprendre ma souffrance ».

- Usagers **K F** homme de 49 ans a accepté l'idée de plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont de rester enfermé ou de s'ennuyer.

Ses signes avant-coureurs de crise selon ses mots « je suis angoissé, je suis triste ». Dit ressentir son cœur s'emballer, une fatigue et la solitude. Dit prendre un cachet et se poser et pense à lui et sa famille.

Sa définition de la crise « je me sens mal, au décès »

Pour éviter la crise **K F** dit se reposer et changer les idées. Dit pouvoir compter sur sa sœur et un ami en cas de crise et attend d'eux qu'ils lui apportent un soutien et un reconfort. Les attitudes qui favorisent son rétablissement sont de voir un médecin, un infirmier. En cas de crise souhaite des médicaments ou injection et être hospitalisé au centre de soin Jean Baptiste Pussin au service Aurore (HDS) ou Boréale. Et les décisions à éviter c'est de le laisser seule ou lui faire une injection.

- Usagers **D J** homme de 35 ans a établi son plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont selon ses mots sont « le manque de sommeil que j'accumule et me rend plus fragile émotionnellement et j'ai du mal à prendre du recul. Je fais vite confiance et prend tous les choses à cœur »

Ses signes avant-coureurs de crise sont « beaucoup de nostalgie, de pleures et je me sens vider de l'intérieur et pas mal d'angoisse nocturne et d'insomnie ». Dit ressentir la fatigue, réfléchis, repense et pense ne plus avoir droit au bonheur.

Il définit la crise comme « je suis très angoissé, j'ai des idées noir et pas mal de pleure »

Pour éviter la crise **D J** dit se reposer et prendre un seresta 50mg pour se détendre. Dit pouvoir compter sur sa mère en cas de crise et souhaite qu'ensemble ils passent des moments pour parler. Les attitudes qui favorisent son rétablissement sont que des personnes le rassurent et soit à l'écoute même s'il a plutôt tendance à garder tout pour lui. En cas de crise souhaite une ou deux semaine d'hospitalisation au centre de soin Jean Baptiste Pussin au service Aurore (HDS) pour lui permettre de se vider la tête et de se reconcentrer sur l'avenir. Et les décisions à éviter le laisser repartir chez lui avec des médicaments.

2^{ème} semaine

Six (06) usagers ont établi leur plan de crise

- Usagers **D S** femme de 54 ans a bien accueilli l'idée de plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont les promesses que l'on lui fait sans les tenir et les rendez-vous avec ses enfants, le médecin et sa sœur.

Ses signes avant-coureurs de crise sont des « je me sens pas très bien quand je reste trop longtemps chez de la famille, et quand j'ai ma fille qui me dis de venir et ne viens pas je suis exécrable. Où des fois je n'ai pas envie de répondre au téléphone ». Dit ressentir le stress, ne pas avoir le moral, et rumine.

Elle n'a pas donné de définition de la crise.

Pour éviter la crise **D S** ne s'est pas prononcé et dit pouvoir compter sur sa sœur en cas de crise et s'attend à ce qu'elle soit à l'écoute. Les attitudes qui favorisent son rétablissement sont « être avec sa famille de temps en temps ». En cas de crise souhaite des médicaments et être hospitalisé au centre de soin Jean Baptiste Pussin au service Aurore. Et les décisions à éviter c'est le long écart entre les hospitalisations.

- Usagers **L L J** femme de 70 ans a établi son plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont selon ses mots « les disputes avec mon mari et la situation de mes enfants »

Ses signes avant-coureurs de crise « je pleure, je déprime ». Dit ressentir la peine, pense en avoir marre et voudrait être ailleurs.

Elle définit la crise par « je me laisse aller »

Pour éviter la crise **L L J** dit ne pas penser et aller se promener. Madame **L L J** n'a pas donné de personnes ressources. Les attitudes qui favorisent son rétablissement sont « les mots réconfortant de mes enfants ». En cas de crise souhaite être hospitalisé au centre de soin Jean Baptiste Pussin au service Aurore (HDS). Et les décisions à éviter c'est de « ne pas être hospitalisée a Boréale ».

- Usagers **B P** homme de 54 ans a accepté de faire son plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont une dépression qui dure, un peu de tout, ses relations sentimentales et la séparation d'avec sa femme.

Ses signes avant-coureurs de crise sont d'être stressés. Dit ressentir le dégoût de la vie, dit appelé le CMP pour parler et pense au suicide.

Il définit la crise comme « c'est dure, j'ai des tremblements, des douleurs à la tête »

Pour éviter la crise **B P** dit téléphoner au CMP pour parler à une infirmière. Dit pouvoir compter sur le CMP et son fils pour qu'il l'aide a sortir faire des courses. Ne s'est pas prononcé sur les attitudes qui favorisent son rétablissement. En cas de crise souhaite être hospitalisé au centre de soin Jean Baptiste Pussin au service Aurore (HDS) ou l'hôpital de jour ou avoir des visites à domicile. Et les décisions à éviter « pas d'hospitalisation à Boréale et pas d'injection ».

- Usagers **F M-J** femme de 55 ans a bien accueilli l'idée de plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont selon ses mots « dès que j'ai des soucis je ne me sens pas bien, exemple : je suis fort anxieuse ».

Ses signes avant-coureurs de crise sont le fait d'habiter chez sa fille qui a des enfants trop brouillant. Dit ressentir la peine, les angoisses, le mal-être et rumine.

Elle définit la crise comme le fait de ne pas se sentir bien du tout.

Pour éviter la crise **F M-J** n'a pas donné d'élément de réponse, mais dit pouvoir compter sur son psychiatre et le CMP et souhaite que l'on l'écoute. Elle n'a pas donné d'attitudes qui favorisent son rétablissement. En cas de crise souhaite être hospitalisé a Cappelle-la-Grande au centre de soin Jean Baptiste Pussin à l'unité Aurore (HDS). N'a pas donné de décisions à éviter.

- Usagers **W M C** femme de 61 ans a bien accueilli l'idée de plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont selon ses mots « ma fille est dans une anorexie mentale depuis 04 ans cela déséquilibre toute la famille donc un mal être générale. Nos journées sont très perturbés, il y a des jours c'est ingérables sa maladie »

Ses signes avant-coureurs de crise sont des « angoisses incontrôlables, des disputes avec mon mari qui n'y peut rien, je m'isole, je n'ai plus goût à rien, tout et tout le monde m'agace et j'ai envie de disparaître ». Dit ressentir des angoisses, des peurs et des pleurs, prend un cachet et pense en avoir marre.

Sa définition de la crise c'est « je n'ai plus faim, j'attrape mal à la tête, j'ai des angoisses terribles et je prends plus de médicaments pour aller mieux ».

Pour gérer la crise **W M C** dit utiliser sa volonté et sa famille. Dit pouvoir compter sur son mari, sa fille et son fils et souhaite qu'ils la comprennent. Les attitudes qui favorisent son rétablissement c'est « me laisser libre (moins de demande) ». En cas de crise « me laisser vivre » et les décisions à éviter « ce que je dois faire et choisir à ma place ».

- Usagers **N J-P** homme de 63 ans a fait son plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont des éléments en rapport avec sa santé somatique et le contexte sanitaire car il dit avoir eu plusieurs fois des reports pour des interventions chirurgicales et avoir contracté le covid 19. Et ajoute aussi les « problèmes de santé de ma mère placée en EHPAD, pas vu depuis longtemps d'abord elle a 85 ans »

Ses signes avant-coureurs de crise sont des « maux de tête insoutenable, insomnie, je répète toujours la même chose à ma famille... ». Dit avoir des idées noires et des cauchemars.

Il définit la crise comme une « idée noir, cauchemar, maux de tête, insomnie ».

Pour éviter la crise **N J-P** dit promener son chien, être en compagnie de ses petits-enfants et parler a des copains. Dit pouvoir compter sur le centre de soin Jean Baptiste Pussin et une infirmière qu'il a nommé au CMP de Gravelines. Les attitudes qui favorisent son rétablissement c'est de penser « que ça va s'arranger ». En cas de crise souhaite « une maison de repos ou me faire une piqure pour que je dorme et comme cela peut-être j'oublierais mes problèmes » et être hospitalisé au centre de soin Jean Baptiste Pussin au service Aurore (HDS). Et les décisions à éviter c'est « qu'on ne dise pas que c'est ma tête et d'aller voir un psychiatre c'est pourtant cela que j'ai fait ».

3^{ème} semaine

Deux usagers ont établi leur plan de crise

- Usagers **B A** homme de 39 ans a établi son plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont selon ses mots des « l'ennui, la peur, le manque de mes enfants ou de mes proches et être aimer »

Ses signes avant-coureurs de crise sont « la crise d'épilepsie me prévient souvent les hallucinations a venir visuelles, auditives et sensuelles ». Dit ressentir des choses qui le touche, des sons que lui seul entend et des choses que lui seul voit. Dit voir s'il est à jour de ses injections et pense « que je suis fou et que je suis le seul à le savoir ».

Il définit la crise comme « en plus de tous ces symptômes et état décrit au-dessus je n'ai plus d'appétit et m'enferme dans le noir parfois pendant plusieurs jours et je me coupe de la société »

Pour éviter la crise **B A** dit avoir besoin d'affection et de tendresse, de sa famille et de ses enfants. Dit pouvoir compter sur son ex-épouse et souhaite son soutien en matière de tout. Les attitudes qui favorisent son rétablissement sont « ne pas avoir peur de moi, me donner de la gentillesse et de l'amour surtout ne pas couper les ponts avec mes enfants ». En cas de crise ne sais pas quel traitement l'irait mieux et dit « j'aimerais faire une cure pour ne plus être dépendant de la buprenorphine ou subutex par le catapressan ». Et les décisions à éviter c'est de l'isoler sans son avis.

- Usagers **D A** homme de 27 ans a bien accueilli l'idée de plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont selon ses mots des « problèmes d'environnement/compréhension, de cohérence et action »

Ses signes avant-coureurs de crise sont des « gênes, signe d'ennui, d'anxiété et appartenance ». Dit ressentir le renfermement, le manque de confiance en lui, une énergie négative, l'étourdissement et la baisse de son attention. Dit éviter les sujets de discussions, de rester actif, faire des efforts physique trop important quand il commence a aller moins bien et pense être seul.

Il définit la crise comme une « situation instable-structure environnementale-crise sanitaire-régime strict perte de gout, ... »

Pour éviter la crise **D A** dit ne pas encore pensé à éviter une crise, dit ne pas penser pouvoir savoir comment faire en avance, dit préférer rester seul ou alors aller râler parce que cela le gêne. Dit pouvoir compter sur sa mère, son père et son frère en cas de crise et souhaite qu'ils l'aident sur le plan administratif, à s'organiser et pour les sortis, et jeux. Les attitudes qui favorisent son rétablissement sont avoir de nouvelles idées et être dans le dialogue. En cas de crise souhaite des cachets pour relaxer les muscles, des exercices de relaxation et être hospitalisé au centre de soin Jean Baptiste Pussin au service Aurore (HDS). Et les décisions à éviter lui crier dessus et utiliser un vocabulaire simple, neutre d'une voix plate.

- Usagers **C R** homme de 71 ans a fait son plan de crise.

Les déclencheurs de son mal-être sont selon ses mots des « décès ou quand je bois de l'alcool »

Ses signes avant-coureurs de crise sont « je suis énervé, j'agresse verbalement et des nuits blanches». Dit ne pas supporter son entourage quand il va moins bien et regarde la télé, met la musique a fond et pense aller mieux qu'avant.

Il définit la crise comme une situation dans laquelle il ne mange et se laisse aller.

Pour éviter la crise **C R** dit prendre du xanax, et s'allonger au bout d'une heure ou deux. Dit pouvoir compter sur sa filleul et sa sœur et souhaite qu'elles l'aident. Les attitudes qui favorisent son rétablissement sont les conseils. En cas de crise souhaite avoir un infirmier qui passe tous les jours, un traitement ou être hospitalisé au centre de soin Jean Baptiste Pussin au service Aurore (HDS). Et les décisions à éviter « qu'on ne me crie pas dessus et qu'on ne me frappe pas ».

5- COMMENTAIRES

5-1- Limite de l'étude

Cette étude a connu des limites qui sont d'ordre administrative et pratique

- Le nombre limité de l'échantillon du fait des récurrences en HDS des usagers, et le temps limité que nous avons pour élaborer ces plans.
- L'identification des personnes ressources à convoquer pour la finalisation du plan de crise n'a pu se faire pour contrainte de temps. En effet étant en DFMS psychiatrie et en stage en France nous devions rentrer en fin octobre au pays, et le retard accusé dans le DIU du fait de la pandémie du covid, ne nous a pas permis de contacter les familles des usagers pour la finalisation de la démarche.

5-2- Usagers hôpital de semaine du 59G04

Les directives anticipées en psychiatrie (DAP) sont des documents reconnus légalement qui permettent au patient d'exprimer ses volontés sur trois aspects de sa prise en charge : des préférences de traitements, la rédaction d'informations personnelles et pratiques à prendre en compte dans la prise en charge, et la désignation d'une personne de confiance (proxy decision maker) qui sera alors légalement en mesure de prendre des décisions concernant les traitements du patient. Les DAP sont remplies individuellement par le patient, à un moment où son discernement n'est pas altéré. Elles sont utilisées dans quelques pays dont les États-Unis, l'Australie ou encore la Suisse (Maitre et al, 2013).

Dans notre étude nous avons trouvé que l'élaboration de ces plans de crise en relation avec les usagers a permis une alliance dans l'observance des soins, des informations ont été apporté aux usagers sur leur trouble, leur suivi et les médications qui leurs sont administrés. La plupart des usagers ont souhaité en cas de crise une bonne écoute, un accompagnement social, la prise en compte de leur avis dans le soin, être pris en charge par leurs soignants habituels et éviter des soins sous contraintes ou l'hospitalisation dans certaines unités de l'hôpital.

D'autres résultats montrent que le plan de crise conjoint (PCC) favorise l'alliance thérapeutique, qu'il est un support à la psychoéducation, qu'il est considéré comme utile et pragmatique, confirmant les données de la littérature internationale. La présomption de contenus potentiellement inadéquats en termes de choix et de traitement de la part des usagers ne se vérifie pas. Ce que les usagers souhaitent le plus souvent, c'est de pouvoir augmenter leur médication, la fréquence des rendez-vous avec leur réseau habituel de soins et, en dernier recours, être hospitalisé, mais sur un mode volontaire. Ce qu'ils souhaitent le plus éviter est le recours à certaines molécules spécifiques, à différentes formes de contraintes de même qu'à

une hospitalisation. Précisons toutefois que peu d'alternatives sont mentionnées (Ferrari, 2018). Maitre et al (2013) ont trouvé que 80 à 93 % des patients choisissent de spécifier des traitements auxquels ils consentent à l'avance. Soixante-huit à 70 % des patients citent au moins un médicament qu'ils refusent. La crainte d'effets secondaires est la raison invoquée le plus fréquemment par les patients pour justifier leur refus de traitement et 36 % d'entre eux accepteraient un autre traitement s'il pouvait corriger ces effets secondaires. Aucun patient ne refuse tous les traitements psychotropes. Les patients utilisent fréquemment les directives pour détailler les symptômes prodromiques et la symptomatologie en période de crise. Les directives anticipées comprennent dans près de 90 % des cas un consentement à l'avance pour une hospitalisation. La conduite à tenir en cas de rechute et les circonstances devant conduire à une hospitalisation sont détaillées dans la majorité des directives (Maitre et al, 2013).

La majorité des usagers de l'HDS ont accepté d'établir leur plan de crise. Dans la littérature cela se confirme comme le souligne l'article de Maitre et al (2013), les patients perçoivent globalement bien les enjeux de cette intervention lorsqu'ils ont pu bénéficier d'une information transmise par les soignants. La compréhension est jugée bonne pour une large majorité des patients dans plusieurs études (90—82 %) (Maitre et al, 2013). Il est donc possible de maintenir à domicile les patients inclus que ce soit par un accompagnement au long cours ou par un soutien en temps de crise, même si les ré hospitalisations restent nécessaires pour les indications et un temps limités (Ramonet, 2013).

Nous avons eu le refus de certains usagers pour l'élaboration de leur plan de crise, qui ont avancé des raisons personnelles et aussi trouvés les questions mal venu ou mal posé. Des usagers aussi n'ont pu établir leur plan de crise à cause de leur tableau de trouble mentale associé à une déficience intellectuelle limitant la compréhension du concept et la capacité de décision. Pour Maitre et al (2013) les principales raisons du désintérêt pour les DAP étaient l'inquiétude de participer à un protocole de recherche (22 %), le déni de la pathologie psychiatrique (19 %) et le fait de disposer déjà d'un plan de crise (17 %) (Maitre et al, 2013). Selon Ferrari et al en 2018, les résultats montrent encore que le Plan de crise conjoint peut être utilisé avec des adultes souffrant de tout type de diagnostics psychiatriques. Jusque-là les études ont porté essentiellement sur les personnes souffrant de troubles psychotiques, bipolaires et de la personnalité. En termes de population cible, trois obstacles à l'élaboration d'un PCC peuvent être mentionnés : la sévérité des troubles, en particulier cognitifs, la motivation à entrer dans une telle démarche, ainsi que la compréhension et le sens donnés à l'outil (Ferrari et al, 2018).

Pour Maitre et al ; il faut rappeler que, dans les pays où elles existent, aucune loi n'oblige un médecin à appliquer les directives anticipées. Le statut même des directives implique la liberté de choix du médecin. De plus, les lois régissant l'hospitalisation sous contrainte supplantent les directives anticipées. Ainsi, plus de la moitié des psychiatres interrogés considère que des antécédents de violence (55 %) ou de suicide (51 %) sont les facteurs les plus importants dans leur prise de décision. Les éléments en rapport avec la sévérité de la maladie sont aussi jugés comme des facteurs parmi les plus importants : le fonctionnement cognitif du patient (43 %), le niveau d'*insight* (36 %), l'histoire de la maladie psychotique (29 %). Près d'un quart des psychiatres rapporte leur préoccupation de devoir se défendre en justice comme étant associée à leur décision d'initier ou d'arrêter un traitement pour un patient présentant une maladie mentale sévère (Maitre et al, 2013).

CONCLUSION

Notre étude s'est déroulée dans un service ouvert en hospitalisation de semaine chez des usagers en soin libre. Bien accueilli par la majorité des usagers, le plan de crise a pour but de prévenir les hospitalisations en urgence et de réduire les hospitalisations à répétition. Une prise en charge axé sur l'utilisateur et son plan de crise permet des soins dans la communauté, avec l'implication des familles des usagers, et des équipes de soins pluridisciplinaires.

PERSPECTIVES

- Pour une étude plus quantitative il nous aurait fallu si nous avions eu plus de temps, environ une vingtaine d'utilisateurs avec plan de crise, et une vingtaine d'autres sans plan de crise, pour évaluer la consommation de soins et d'hospitalisation à un an.
- Dans notre contexte du Burkina Faso, pays en voie de développement, où il n'existe pas de sécurité sociale ni d'assurance santé pour tout le monde, la psychiatrie communautaire serait une alternative salutaire. En effet vu le nombre élevé de population vivant en dessous du seuil de pauvreté, un plan de crise et un suivi à domicile sont des projets à mettre en route. Cela aura certainement un impact positif sur la connaissance de la maladie mentale et une baisse réelle des hospitalisations afin d'améliorer les conditions d'existence des populations. Une approche du plan de crise au sein des usagers des services de psychiatrie au Burkina, permettra de mieux suivre les usagers, de prévenir les hospitalisations à répétition et de réduire les coûts de la prise en charge des pathologies psychiatriques chroniques.

REFERENCES

Gendrault C, Caudie AL, Massoubre C. L'hospitalisation séquentielle : intérêt thérapeutique dans les troubles de l'attachement. *L'Information psychiatrique* 2015 ; 91 : 365-72
doi:10.1684/ipe.2015.1319

Godrie B. Révolution tranquille. L'implication des usagers dans l'organisation des soins et l'intervention en santé mentale. *Revue française des affaires sociales*. 2016 ; vol (2) : p. 89 à 104
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-89.htm>

Maître E, et al. Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *Encéphale* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2012.10.012>

Nicolas F, Gilliot E. Restaurer les capacités d'autodétermination pour favoriser le rétablissement. *Perspectives Psy.* 2017 juillet-septembre ; Vol 56 (No 3) : p. 203-210
<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2017-3-page-203.htm>

Pascale Ferrari, Caroline Suter, Mathilde Chinet, Laura Elena Raileanu, «Un plan de crise conjoint pour les patient·e·s», REISO, *Revue d'information sociale*, mis en ligne le 21 novembre 2018, <https://www.reiso.org/document/3731>

Ramonet M, Roelandt J-L. Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve. *Ann Med Psychol (Paris)* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.01.037>

Roelandt JL, El Ghozi L. Santé mentale et citoyenneté : une histoire française. *L'Information psychiatrique* 2015 ; 91 : 539-48 doi:10.1684/ipe.2015.1371

Roelandt J.-L. et Desmons P., *La psychiatrie citoyenne*, 2001, Éditions InPress.

RESUME

En donnant plus d'importance aux choix du patient concernant sa prise en charge lorsqu'il traverse une période difficile, les directives anticipées en psychiatrie (DAP) ont pour principal objectif la réduction de la fréquence des hospitalisations et notamment des soins sous contrainte. Il s'agit d'aborder directement les aspects délicats de la prise en charge où le consentement du patient est sollicité et de formaliser des solutions concrètes à ces situations conflictuelles.

Notre objectif général a été d'élaborer un plan de crise pour les usagers de l'HDS hospitalisé pendant la période du mois de septembre, et plus spécifiquement de décrire les caractéristiques épidémiologiques des usagers en HDS, d'établir un plan de la crise des usagers de l'HDS et d'analyser l'avis des usagers sur le plan de crise.

Il s'est agi d'une étude prospective descriptive portant sur les usagers hospitalisés à l'HDS durant la période allant du 20 septembre au 08 octobre 2021. Ce plan de crise devrait constituer une alternative aux hospitalisations et une prévention des hospitalisations en urgence. L'équipe infirmière du service Aurore a été impliquée et associée dans la démarche d'établissement des plans de crise. Sur 30 lits d'usagers possibles, il y a eu 24 usagers en hospitalisation durant cette période. Treize (13) usagers ont établi leur plan de crise, trois usagers n'ont pas souhaité établir leur plan de crise, deux usagers n'ont pu le faire à cause de leur déficience intellectuelle associée à leur tableau. Nous avons après la rédaction des plans de crise, procédé à l'intégration des plans des usagers dans leur dossier. L'équipe infirmière a été informée de la disponibilité des plans de crise et de la possibilité de l'exploiter au profit des usagers. Tous les usagers de l'HDS reçoivent les coordonnées du service à leur sortie d'hospitalisation et peuvent appeler dans le service en cas de besoin. La majorité de notre échantillon voudrait être hospitalisée au service d'Aurore du centre de soin Jean Baptiste Pussin en cas de crise.

Une prise en charge axée sur l'utilisateur et son plan de crise permet des soins dans la communauté, avec l'implication des familles de l'utilisateur, et des équipes de soins pluridisciplinaires.

Mots clés : hôpital de semaine, plan de crise, usagers, centre de soin Jean Baptiste Pussin.

ANNEXE

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

MON PLAN DE CRISE

Qu'entend-on par « CRISE » ?

La crise est un moment pour lequel on ne parvient plus à gérer les émotions. C'est une phase difficile que personne n'aime traverser. La crise peut être un moment pour rechercher un nouvel équilibre.

Pourquoi ce plan ?

Prendre soin de soi et développer ou renforcer son pouvoir d'agir. Prendre conscience que l'on peut aller moins bien, réagir rapidement afin de réduire les risques de vivre une crise et ses dommages, ou de savoir quoi faire pour la gérer.

1) Les déclencheurs de mon mal-être

Qu'est-ce qui fait que je vais moins bien ?

Je peux ici décrire les situations qui perturbent mon bien-être, les éléments "déclencheurs".

.....
.....
.....
.....
.....

2) Les signes avant-coureurs

Qu'est ce qui m'indique que je vais moins bien ?

Je peux ici décrire comment je me sens et comment j'agis quand je vais moins bien.

.....
.....
.....
.....
.....

Si je ne sais pas quoi répondre, je peux demander de l'aide à des personnes en qui j'ai confiance et m'aider du tableau ci-dessous.

Qu'est-ce qui change pour moi quand je commence à aller moins bien ?

<i>Ce que je ressens</i>	<i>Ce que je fais</i>	<i>Ce que je pense</i>

3) Ma définition de la crise

Quand plus rien ne va, que se passe-t-il pour moi ?

Je peux décrire ici mes ressentis, mes comportements et les signes physiques qui m'indiquent que les choses s'aggravent, que je suis en crise.

.....
.....
.....

Je peux compléter ma réponse en demandant à mon entourage de me dire ce qu'il perçoit de moi lorsque je suis en crise.

.....
.....

4) Éviter ou gérer la crise

4.1 Mes ressources personnelles

Qu'est-ce que je peux faire pour gérer ou éviter la crise ?

Je peux ici décrire mes forces, mes ressources personnelles, celles que j'ai peut-être déjà inscrites dans mon plan de rétablissement. Qu'ai-je déjà réussi à faire pour m'apaiser, pour aller mieux ?

.....
.....
.....

4.2 Mes personnes ressources

Qui peut m'aider à éviter ou gérer la crise et qu'est-ce que je veux qu'elles fassent pour moi ?

Je peux repérer ici les personnes que je considère comme ressources et décrire les choses, les actions que j'attends d'elles pour m'aider à aller mieux, ou pour gérer et sortir de la crise.

<i>Personne ressource</i>	<i>Lien avec moi</i>	<i>Numéro de téléphone</i>	<i>Ce que j'attends d'elle</i>

Voici quelques exemples :

- avant la crise : m'aider à sortir, me parler, être présent, m'aider à me poser des limites, me rassurer, s'occuper de mes enfants, de mes animaux, de mon logement, me faire rire, m'accompagner chez mon médecin traitant, au CMP, etc...*
- pendant la crise : appeler le CMP ou les urgences, demander mon hospitalisation, me prendre provisoirement ma carte bancaire pour éviter que je dépense tout mon argent, me parler ou parler à mes proches pour expliquer ce qui m'arrive, mettre en lieu sûr les médicaments, m'aider à gérer mon traitement, etc...*

Est-ce que ma personne de confiance apparaît dans le tableau ? Si oui, je l'entoure.

Je peux demander à un professionnel de santé de m'informer sur ce qu'est une personne de confiance (cf l'article L 1111-6 du Code de Santé Publique).

4.3 Les attitudes qui favorisent mon rétablissement

Comment les autres peuvent se comporter pour m'aider à me sentir mieux ?

Je peux écrire ici les attitudes, les mots des autres qui m'aident à me sentir mieux, à me sentir en sécurité.

.....
.....

4.4 Mon traitement et autres thérapies

Quel est mon traitement actuel ?

.....
.....

En cas de crise, quel(s) traitement(s) ou thérapie(s) pourraient être introduits en plus ?

Je peux ici indiquer les traitements que j'ai peut-être déjà pris par le passé qui m'ont aidé-e. J'en discute avec mon médecin traitant et/ou mon psychiatre.

.....
.....

4.5 Types et lieux de soin

Si mon état nécessite un accompagnement spécifique ou une hospitalisation, quelles sont mes préférences (lieu, équipe) :

Je peux ici lister et hiérarchiser les types de soin ou d'accompagnement par ordre de préférence.

.....
.....
.....

Je me renseigne auprès des professionnels de santé pour connaître les différents services existants près de chez moi.

4.6 Les décisions à éviter

Quelles sont les propositions que je ne veux plus qu'on me fasse, les décisions que je ne veux pas ou plus qu'on prenne quand je vais mal ?

Je peux écrire ici les choses à éviter de dire ou de faire quand je suis en crise, indiquer les personnes que je ne souhaite pas voir et qui ne doivent pas être impliquées dans les décisions. Je peux aussi écrire les traitements et thérapies qu'il ne faut plus me proposer.

.....
.....
.....

Plan rédigé le (date)

Avec l'aide de(facultatif)

Ma signature

Signature du(des) témoin(s)