
PERTINENCE DE L'ETP DANS LE PARCOURS DE SOIN EN PSYCHIATRIE

JEDP 18 AVRIL 2017

B. COMBES DESLAUGIERS

PSYCHIATRE – COORDONNATEUR PETP BIPOLIS- MASTER ETP

INTRODUCTION

L'ETP - QUELQUES BASES

Définition

Evaluation

Financement

Effectivité de ce droit

ETP - Définition

« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le **parcours de soins** du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie... non opposable...compétences nécessaires... décret. »

Code de la santé publique - 2009

UN DROIT DU PATIENT comment discuter la pertinence d'un droit ? Pas une obligation.

UNE OBLIGATION POUR LE SOIGNANT ? Proposer l'ETP ...

ETP évaluée

PAR L'ARS POUR LES PROGRAMMES ETP (PETP)

- **Pendant le programme** : bilan éducatif partagé des besoins du patient et synthèse finale des compétences acquises (autosoin et psychosociales ou adaptatives).
- **Annuelle** : du nombre de patients ayant effectué le PETP
- **Quadriennale** : de la pertinence du programme par autoévaluation par l'équipe activité globale, processus et atteinte des objectifs **pour le patient**.

ETP financée

Visibilité ?

DIFFÉRENTES SOURCES pour l'ETP ambulatoire / à l'hôpital / dans les réseaux .

MAIS LE TERME AMBULATOIRE à l'hôpital psychiatrique couvre Hôpital de jour, CMP qui reçoivent des patients ambulatoires et de tous les secteurs de santé.

EN PRATIQUE :

- Incertitude sur l'effectif ETP pour l'établissement
- Manque de disponibilité pour des recherches **médico économiques** des programmes (nombre des hospitalisations, gravité des hospitalisations)

Impression de prendre du temps si précieux au dispositif de soin ?

Une réglementation pertinence des innovations et ouvertures

UNE CLASSIFICATION DE L'OFFRE ETP :

- **PETP autorisés ARS** : patients bénéficiant d'une ALD
- Activités éducatives ciblées, actions d'accompagnement (profamille), actions d'apprentissage

UNE COORDINATION DANS LE PARCOURS DE SOIN, l'ETP est :

- Complémentaire du traitement médicamenteux et psychothérapique
- Un des outils des stratégies psychosociales avec lesquelles elle s'articule : avant entraînement aux habiletés sociales / après la remédiation cognitive

OUVERTURE A DE NOUVEAUX ACTEURS :

- Assurée par les professionnels de santé
- Des associations et organismes agréés
- Des patients suivant leur degré d'implication : patients **témoins** (action pédagogique, vécu et compétences psychosociales) / patients **éducateurs** (formés 40 h coconstruisent, animent le programme)
- Pluridisciplinarité en rapport avec la vie de la personne

OUVERTURE A DE NOUVELLES TECHNIQUES associant pédagogie et soins

PERTINENCE DE L'ETP EN PSYCHIATRIE?

Une vraie question

ETP psychiatrique/ETP somatique différentes?

Préférence de certains pour la psychoéducation

Une vraie question

PETP EN MP 2015 :

- 215 PETP (19027 bénéficiaires) dont 10 en psychiatrie (7 en HG, 1 en Gers, Tarn, Aveyron).

EN FRANCE <50 PROGRAMMES en psychiatrie labélisés par les ARS ; recensement 02/2017.

CHU TOULOUSE

- Une UTEP pathologie somatique

POURTANT

- Pour exemple : le trouble bipolaire, pathologie chronique psychiatrique touche 3 à 5 % de la population française. Il représente la 6^{ème} cause de handicap dans le monde selon l'OMS.

ETP psychiatrique / ETP somatique différentes ?

DES DOMAINES DE SANTÉ PRIORITAIRES POUR L'ETP :
Diabète-Nutrition, pathologies cardio-vasculaires, pathologies respiratoires

1 ALD, la 23 pour toutes les pathologies psychiatriques

LA MALLETTE DE SOIN DE PSYCHIATRIE comprenait déjà des **outils** d'accompagnement aux habilités et à l'insertion sociales, d'entretien motivationnel, de remédiation cognitive, groupe éducatif lithium 1980... et des **lieux** frontières avec le soin (CMP, CATTP, HJ...)

Préférence de certains, pour le terme psychoéducation

PARCE QUE

- Ce serait un terme pour toutes les langues
- Issue de la Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC),
 - Technique de **soin psychiatrique** revendiquée comme outil d'ETP (enseignement de stratégies, apprendre à résoudre les problèmes du quotidien à contrôler le stress, pratiquée par des soignants, indications strictes).
 - Incluant dans le processus éducatif, des **échelles d'évaluation médicale** de l'effet sur la maladie qui serait ainsi validé scientifiquement.... *évaluation médicale ou évaluation ETP ?*

DES ÉQUIPES PSYCHIATRIQUES présentent des programmes dans « l'esprit de l'ETP » en annonçant que la **psychoéducation** est l'application de l'ETP dans le champ de la psychiatrie

UN AUTRE OUTIL DE PERTINENCE DE L'ETP : LA METHODE

Choisir une méthode

Penser une ETP partagée par les acteurs de santé

Matérialiser la maladie chronique

Allier soin et enseignement : paradoxe relationnel

Poser les indications d'ETP

S'entendre sur des principes éducatifs

Utiliser des outils, supports de travail

Choisir une méthode

QUI SERAIT UN VECTEUR de l'échange théorique et pratique entre patient et soignant **et pas seulement un enseignement.**

QUI PERMETTRAIT

- De poser des **repères conceptuels** pour penser l'articulation soin et ETP
- De proposer **une trame** pour que les équipes construisent un programme **sans perdre leur originalité** et les activités ETP existantes.

⇒ **LA MÉTHODE DES SARA** ® : Stages d'aide au rétablissement ambulatoire a permis l'élaboration du PETP Bipolis que Mme A Rodier vous présentera en suivant. **Elle propose**

Penser une ETP partagée

par les acteurs du parcours de soin : patients et soignants

LA VOLONTE D'UNE EQUIPE

- **De penser l'ETP dès le début du soin**
- **De travailler dans une logique de soin conjoint avec** circulation efficace des informations et langage partagés, coopération solidaire, qui donne sa place au patient et prépare les acteurs à la posture ETP
- **D'être pertinent pour :**
 - **Le patient** : inscription souple et permanente, accueillant le patient « là où il en est », respectant son autogestion de l'apprentissage (environ 2 ans en psychiatrie pour couvrir un PETP complet)
 - **Le professionnel** : plusieurs disciplines, évolutivité des intervenants au fur à mesure des formations et motivations.
 - **L'institution** : ne reposant pas sur la même personne de manière à ne pas impacter le soin régulier.

Matérialiser la maladie chronique

COMME UN ÉVÈNEMENT

- **Non immuable**, « tare génétique » inéluctable. Tenir compte de l'acquis, environnement, conditions de vie, éducation...
- **Fragilisant** l'être dans son intégrité *psychique et somatique, sociale et ses habitudes et hygiène de vie.*
- **Amenant** de nouvelles tâches au patient : travail pour *s'approprier* sa maladie, gérer *la rechute*, être acteur de son soin, retrouver une continuité de vie satisfaisante pour lui.

COMME UN DEFI À RELEVER

- **Réinventer** une démarche, pour éviter un « ronron thérapeutique »
- **Transformer** les domaines de fragilisation, en domaines de travail dans un objectif de rétablissement (dépasser la simple réponse au traitement pour refonctionner)
- **Désacraliser la rechute**, pour en diminuer la gravité, construire son observance en acceptant plusieurs étapes de stabilisation, en connaissant la phase aiguë, moment riche en symptomatologie qui sert de repères et d'ancrage pour la relation thérapeutique et éducative.

Allier soin et enseignement : Négocier un paradoxe relationnel

VOULOIR PARTAGER DES CONNAISSANCES auxquelles on a été formé
TENIR COMPTE DES SAVOIRS QUE LE MALADE A DÉVELOPPÉS
(empowerment) « mettre des paroles et des actes sur la chanson médicale du soignant »

SAVOIR DISTINGUER LES DIFFÉRENTS MOMENTS et compétences du déroulé du soin : Le soin technique « réparateur », est *une* compétence *parmi d'autres*, qui l'encadrent pour être humainement supportable et efficace (banalisation, harmonisation empathique, retour réflexif de construction de l'expérience et d'apprentissage).

➔ Dans le temps éducatif

- Le soignant pose sa blouse, se distancie du soin technique pour créer un espace et un temps d'apprentissage.
- Le patient met la maladie en position d'objet pour mieux la travailler individuellement et adopte une posture d'expertise de la maladie dans le groupe sans livrer son intimité.

Poser les indications d'ETP

Indications biopsychosociales = « la vraie vie »

EXCLURE DES PATIENTS DU FAIT ?

- Des comorbidités addictives (ex plus de 50% des patients bipolaires)
- Des comorbidités somatiques (idem certains PETP somatiques excluent la maladie psychiatrique)
- Des troubles de la personnalité, des signes « à cheval » entre 2 diagnostics
- Après une inclusion selon échelles médicales : problème déontologique, problème de déni du diagnostic (venir en **ETP** ≠ **d'accepter** la maladie ou de la nommer)

PROPOSER L'ETP dès qu'un palier de stabilisation psychique et somatique est acquis permettant de travailler en groupe avec l'aide des proches si le patient le désire.

S'entendre sur des principes éducatifs

INFORMER LE PATIENT Avec un *vrai contenu scientifique* dans un langage que l'équipe soignante s'approprie et communique au patient.

AIDER LE PATIENT À REFAIRE LA LECTURE de sa maladie. Donner des stratégies « clés en main » est parfois être utile ponctuellement mais pas toujours durable.

AIDER LE PATIENT A S'AUTOÉVALUER

Pas contrôler ses connaissances

SAVOIR QU'IL EXISTE UN TEMPS D'APPROPRIATION *tout n'est pas compris tout de suite mais est utile*

Utiliser des outils, supports de travail

POUR LA RECHERCHE ACTIVE DU PATIENT (décryptage, enquête, mémorisation) dans chaque domaine de travail de la maladie : symptômes, traitement, prodromes, facteurs déclenchant...

POUR LA CONSTRUCTION DE STRATÉGIES PERSONNALISÉES face à la déstabilisation et pour la reconstruction et la durabilité de la phase stable. Etre préventif pour soi-même, ce qui est dans le soin régulier le travail dévolu au soignant.

POUR FAIRE « le différentiel vie malade et non malade » en travaillant les supports en « stable/instable », outil de formation novateur pour matérialiser la phase stable (que le patient connaît mal), étudier la phase aigüe (qu'il redoute) et repérer les signes résiduels (séance ebook)

POUR DÉSTIGMATISER LA SOUFFRANCE MENTALE accompagnant toutes maladies chroniques en décrivant le **fonctionnement psychique et réponse comportementale** en termes simples, selon des degrés allant « de l'utile au nocif » que le patient peut parcourir s'éloignant des cases « normal et anormal ». pour comprendre signes et traitement,

CONCLUSION

Des améliorations

POUR LE PATIENT qui devient progressivement expert de son fonctionnement et de sa qualité de vie.

POUR LE BINÔME PATIENT/SOIGNANT :

- Ajustement du diagnostic (10 ans de retard, hésitation entre 2 diagnostics)
- Ajustement des posologies : effet « prescription/ ressenti de la prescription
- Atout pour une spécialité médicale sans preuves biologiques

POUR LES PRATIQUES : formation continue (contenu médical tenu à jour). Dynamique pluridisciplinaire pour un **parcours de soin plus lisible**.

POUR QUALITÉ DES SOINS : le patient **s'approprie le** langage médical et améliore l'échange dans **son soin régulier**. La gravité des rechutes et des hospitalisations diminue, rationalisation des consultations.

Le malade reste le seul maître de son apprentissage. il va créer en restructurant ce qu'on lui énonce.

LE PETP BIPOLIS

UN DÉBUT AVEC LES PATIENTS BIPOLAIRES

A. RODIER
INFIRMIÈRE RÉFÉRENTE S.A.R.L. BIPOLIS

Bipolis ?

Pour quels participants?

Patients : trouble bipolaire ou traité comme tel

+/- un proche (démarche éducative du patient),

Pas d'obligation de suivi par le CMP, programme ouvert à tous les secteurs.

Des objectifs communs

- Désir du patient de mieux vivre avec sa maladie,
- Acquisition de compétences, pour améliorer et prolonger sa stabilité, mieux gérer les épisodes de déstabilisation, et prévenir la rechute,
- Acquisition d'un langage commun,
- Accéder à une information médicale, scientifique.

Réalisation du programme

->2 sites, du CHS G. Marchant: autorisation 2011

En secteur urbain: CMP des Arènes

En secteur rural: CMP de Carbonne,

->une équipe élargie, et pluridisciplinaire: médecins psychiatres, addictologue, endocrinologue, pharmacien, psychologue, assistante sociale, infirmiers.

- . Équipe ayant bénéficié de la formation aux PETP.

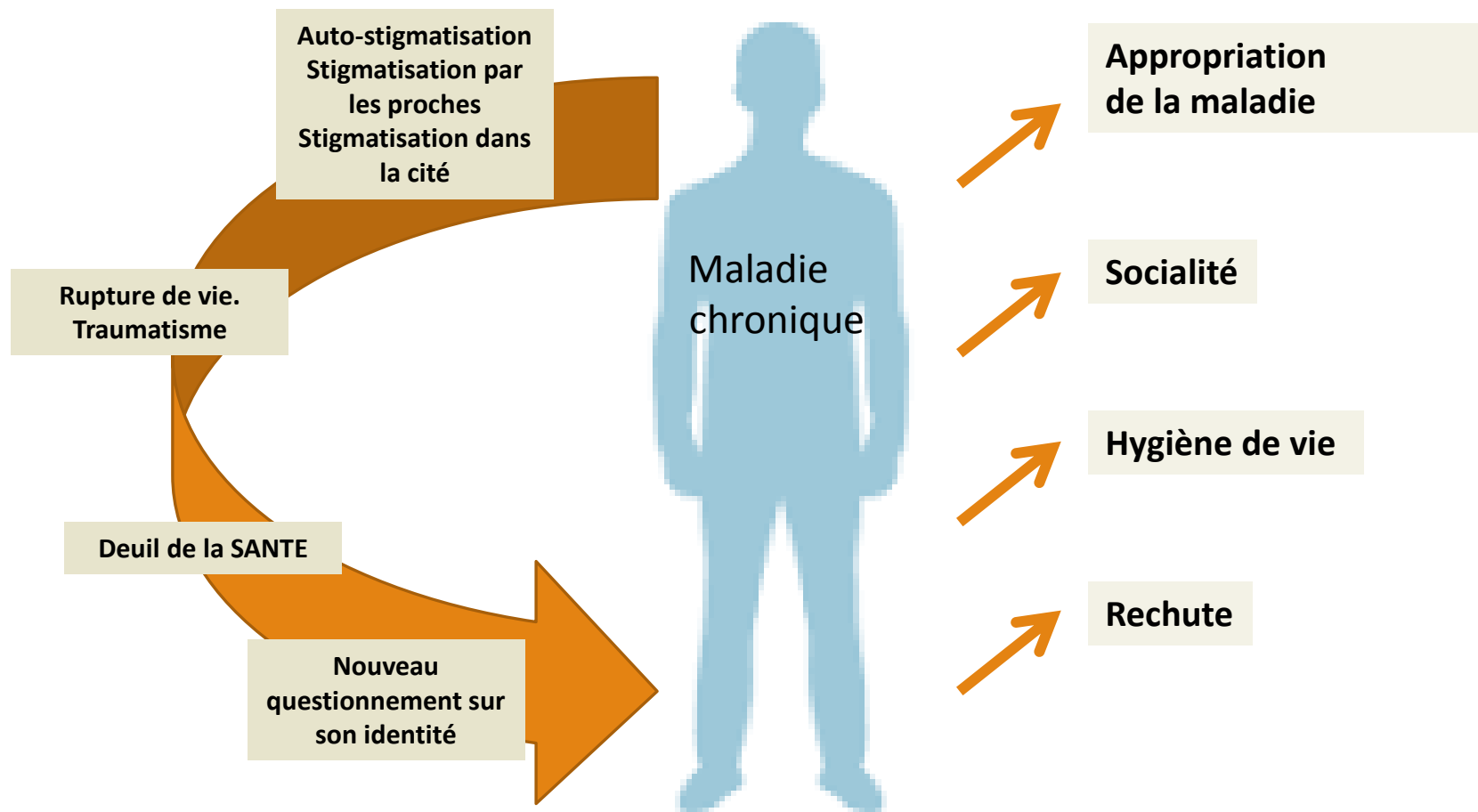
- . Animation de la séance en binôme.

->un planning : de septembre à juin, organisé pendant les périodes scolaires.

->des supports : diaporama - tableaux de décryptage stable/instable - scénarios de vie – outils sensoriels – relaxation- trame et un jeu d'écriture

Méthode centrée sur le patient et son champ expérientiel

4 domaines d'activités thérapeutiques.



Le programme Bipolis =

4 sous-programmes indépendants et complémentaires
4 S.A.R.A. ® (Stage d'Aide au Rétablissement Ambulatoire)



Appropriation de la maladie

Comprendre sa maladie,
pour mieux la gérer
Repérer et s'approprier
ses signes cliniques,
Connaitre les principes
des traitements,
Travailler les émotions,
les conflits, les stratégies
comportementales
Devenir/rester observant,
Autogérer son traitement

Socialité

Repérer des difficultés
dans sa vie de relation et
identifier des solutions,
Utiliser les ressources
sanitaires, associatives,
judiciaires, sociales,
culturelles...
Savoir rechercher/
solliciter de l'aide,
Faire valoir ses droits.
Lutter contre l'isolement
et la stigmatisation (par
soi même et par les
autres)
Rester un citoyen.

Hygiène de vie

Faire le lien entre
corps et psychisme,
Découvrir ses outils
sensoriels les plus
performants,
Re-habiter la phase de
stabilité.

Rechute

Repérer ses
prodromes. Repérer
dans son histoire ses
facteurs
déclenchants,
Faire face à des
situations
potentiellement
déstabilisantes, et
mettre en place des
stratégies
comportementales
Etablir des liens entre
sa maladie et son
histoire de vie.

RETOUR D'EXPERIENCES

Dynamique de groupe dans l'ETP

Bienveillance , environnement protecteur : émergence d'un espace de parole sécurisé.

Contact avec sa maladie et celle de l'autre:

représentations partagées ou antagonistes de la maladie,
repères identificateurs, synergies.

Mobilisation des **expériences antérieures**, des processus psychiques, permet de préparer **un travail individuel** (relation d'appui sur ses pairs).

Le patient/participant/ apprenant

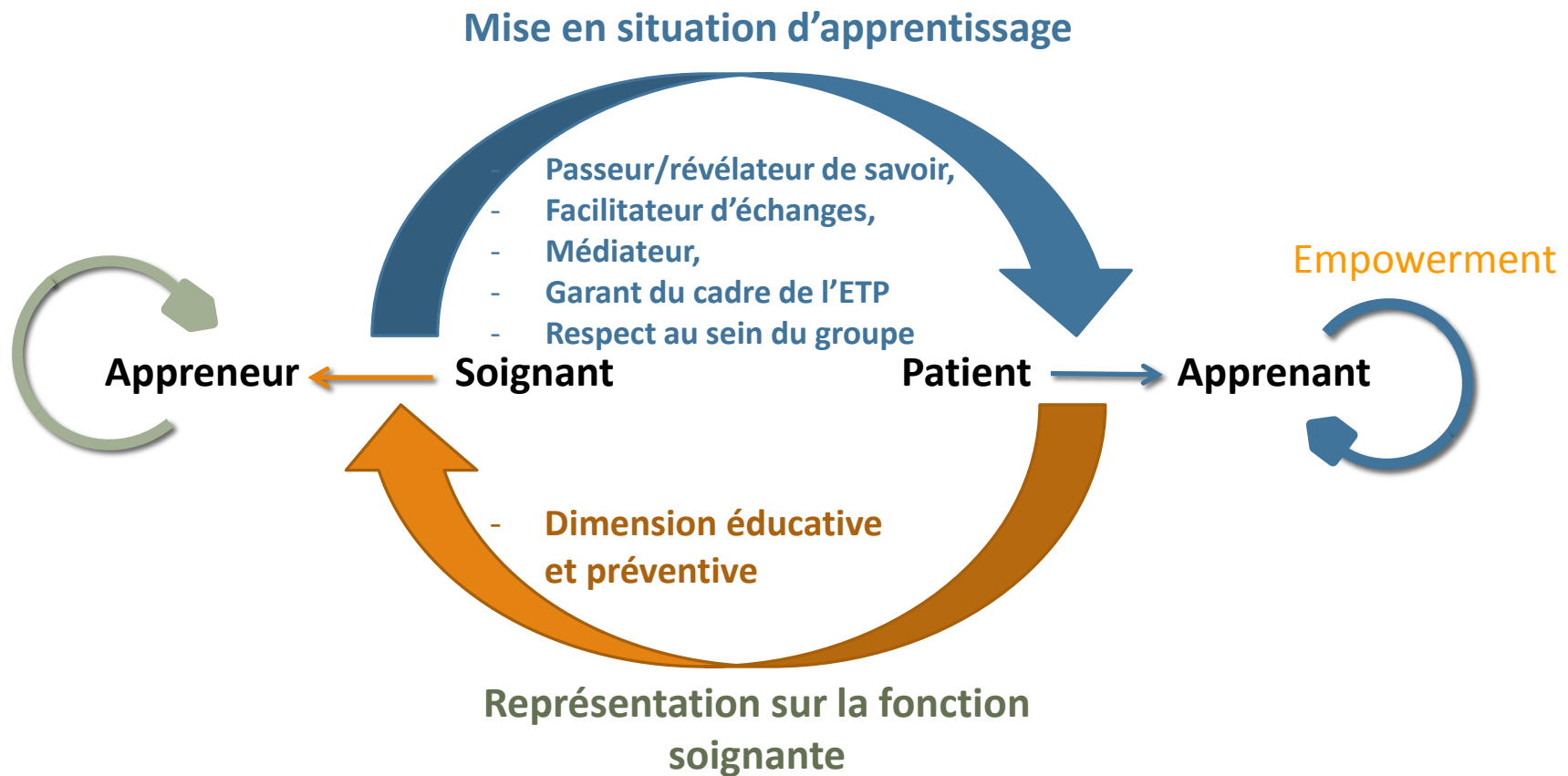
S'appuie sur **son expérience**, sur **ses nouvelles compétences**, issues de l'ETP: devient acteur de son soin et de son rétablissement,

Les « essais-erreurs » peuvent devenir des étapes d'un **changement**.



Expert de son soin

Le soignant/apprenneur → nouvelle compétence soignante



CONCLUSIONS

- Programme déployé sur le secteur **rural et urbain**,
- Un programme en **constante évolution**, les participants **s'approprient ce dispositif de soin**: assiduité (en moyenne 70 par an), les séances d'une année sur l'autre sont très différentes,
- Favorise **l'alliance thérapeutique**, diminue la rechute (audit : 2 rechutes sur 30 à 1 an, et étude sur 5 ans, en cours),
- **Mme H**: « Mon médicament m'aide, mais avec Bipolis, je l'aide à mieux m'aider ».

Merci



ET EN CONSTRUCTION...

**Un programme
pour les patients psychotiques**

POUR EN SAVOIR PLUS

COMBES-DESLAUGIERS, B. (2015), « Le diagnostic éducatif tout au long de l'ETP » Santé mentale n°198 mai 2015, pp 56-61- (la méthode des S.A.R.A. ®, encadré p59)

HAS-INPES. Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ d'une maladie chronique. Juin 2007.

SANDRIN-BERTHON B. (2010) « Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé? » Médecine des maladies métaboliques vol-4-N°1, p 38-43.

© 2015 COMBES B. INPI 534265-65

LACROIX, A. (2007), « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? », Santé publique, volume 19, n° 4, pp. 271-281

Guide de Recommandation Patients Intervenants SETSO - juin 2016 ARS LRMP



<http://www.santementale.fr/boutique/acheter-e-book/penser-et-pratiquer-l-etp-en-psychiatrie-le-programme-bipolis.html>