



Psymobile

Professeur Jean Louis Terra

Centre hospitalier le Vinatier

SHU Psymobile et centre de prévention du suicide

Laboratoire Santé, Individu, Société EAM 4128

Université Claude Bernard Lyon 1

Membre de l'observatoire national du suicide



mobile^{PSY}



26/02/2015

Psymobile Luxembourg JL Terra



Missions et structuration

1. Equipe mobile de psychiatrie
2. Centre de Prévention du Suicide
3. Unité de recherche



Psymobile, parce que ...

- Les ruptures thérapeutiques comme **première cause de rechute et de ré hospitalisation pour la schizophrénie**
- Beaucoup de patients qui rechutent redoutent une nouvelle hospitalisation
- Les familles peuvent hésiter à recourir aux grands moyens



Parce que

- Il est difficile de prendre des décisions face à des situations :
 - de « crise chronique » avec un pseudo-équilibre
 - d'ambivalence fondée sur les échecs des interventions passées
 - où l'intervention pourrait aggraver les choses



Nous proposons ...

Avec Psymobile :

- d'aller vers le patient
- de lui proposer une consultation de psychiatrie médico-infirmière
- dans un lieu négocié



Psymobile

- Objectifs
- Principes d'action
- Ressources
- Etapes du processus
- Résultats



Objectifs

- **Améliorer** l'accès aux soins des patients des personnes qui ont des besoins de santé mentale mais pas (ou trop peu) de demande
- **Favoriser** la reprise de leur parcours de soins psychiatriques
- **Prévenir** les décompensations aiguës, les passages à l'acte, leurs conséquences et les hospitalisations sans consentement



Principes d'action

- **Aller au devant** des patients en rupture ou en besoin de soins psychiatriques
- **Hors** situation d'urgence et programme de soin de la loi du 05/07/2011 (SPDT et SPDRE)
- **Agir** par le biais d'une consultation de psychiatrie médico-infirmière **accompagnée du demandeur**
- **Donner**, au maximum, le goût de se soigner
- **Travailler** avec les acteurs qui peuvent jouer sur le contexte et le réseau naturel : nidothérapie



Périmètre d'intervention

- De 18 à 65 ans sauf accord des équipes de psychiatrie du sujet âgé
- Initialement l'aire populationnelle desservie par le CH le Vinatier
- Finalement sur le département du Rhône, soit 1,7 million habitants



Ressources : notre équipe

- Psychiatres :

- Pr Jean Louis Terra
- Dr Michèle Pacaut-Troncin
- Dr Nicolas Chauliac
- Dr Audrey Couillet
- Interne : Maxime Lecompte

- Psychologue

- Patrick Polo

- Cadre de santé :

- Sylvie Straub

- Infirmiers :

- Pascaline Bordin
- Elisabeth Kroupa
- Pierre Depraz

- Attachée de Recherche Clinique

- Nassima Brochard

- Assistante médico-administrative

- Yamina Lagha



Etapes du processus

- Enregistrement de la demande par un infirmier, premier recueil de données
- Information du centre médico-psychologique de référence
- Analyse en équipe
- Recueil d'informations complémentaires
- Analyse en équipe de la pertinence d'une intervention : réussite et potentiel thérapeutique (risques/bénéfices)



Etapes du processus

- Préparation de l'intervention
- Intervention et orientation vers une prise en charge adaptée
- Retour d'expérience avec l'équipe et le tiers demandeur

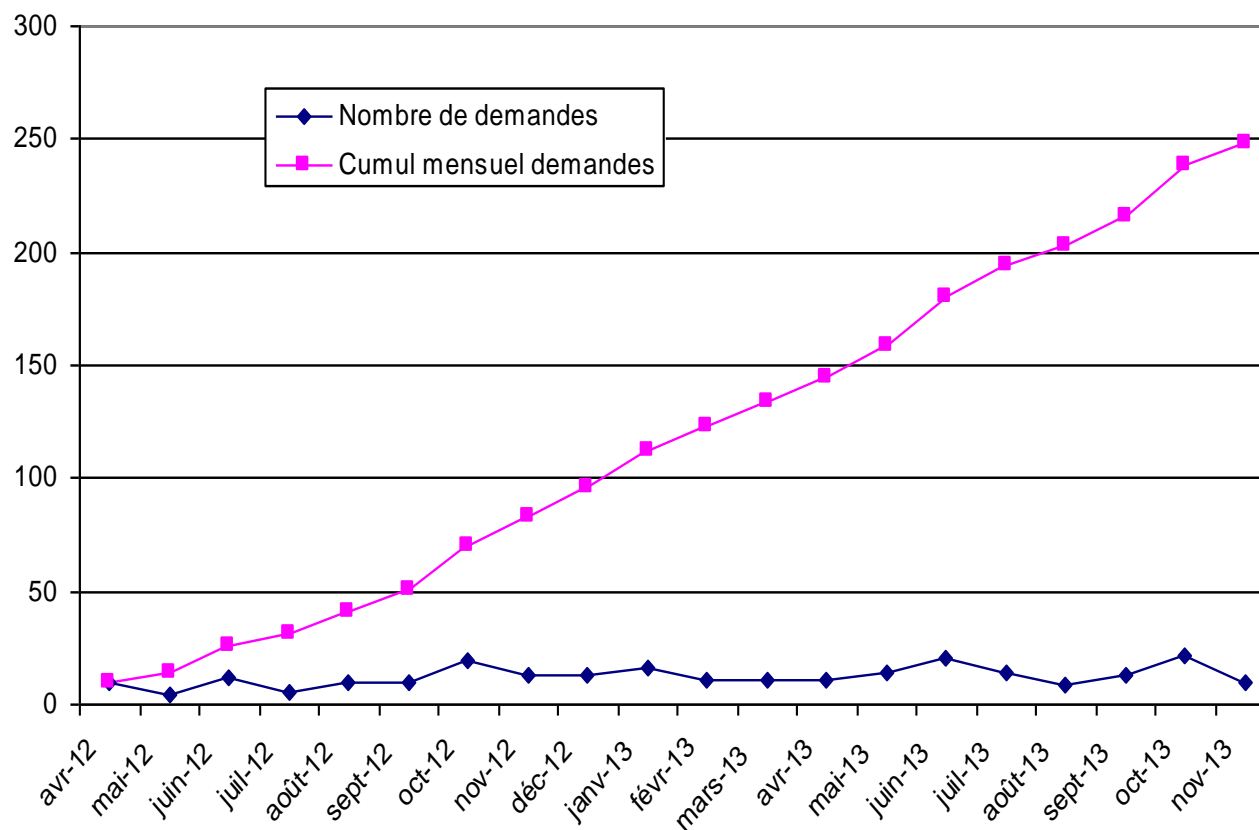
- Une exigence forte : qualité des données, se représenter le point de vue du patient, connaître ses points forts et ses **mots noirs**



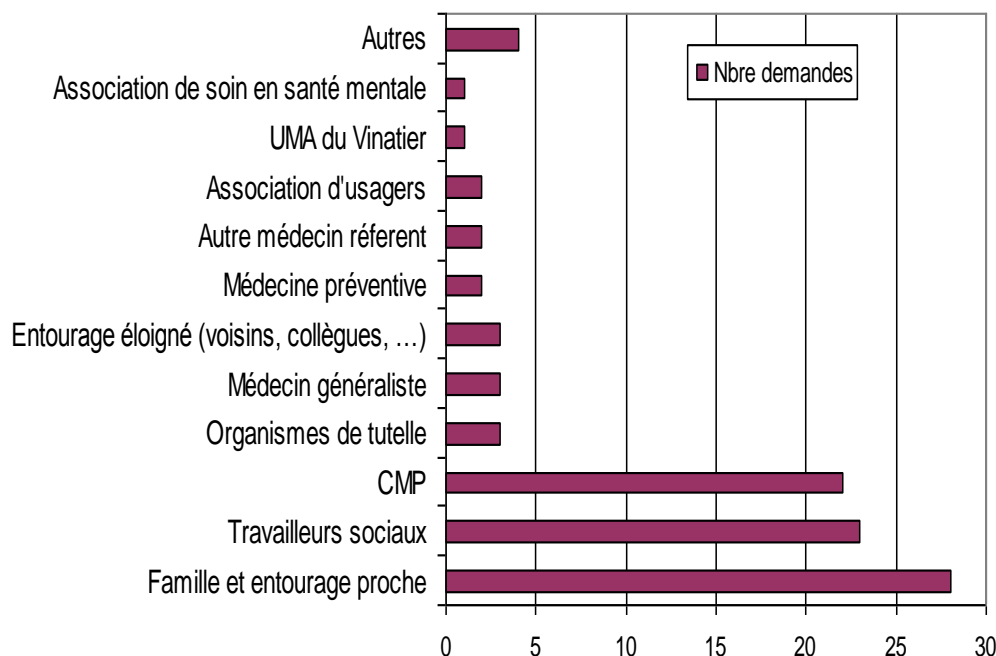
Une obsession

- La sécurité :
 - du patient
 - de la famille
 - du demandeur
 - de l'équipe
- Anticiper les risques courus et sécuriser l'intervention en fonction
- Evaluer les ratios bénéfice/risque d'intervenir versus ne pas intervenir

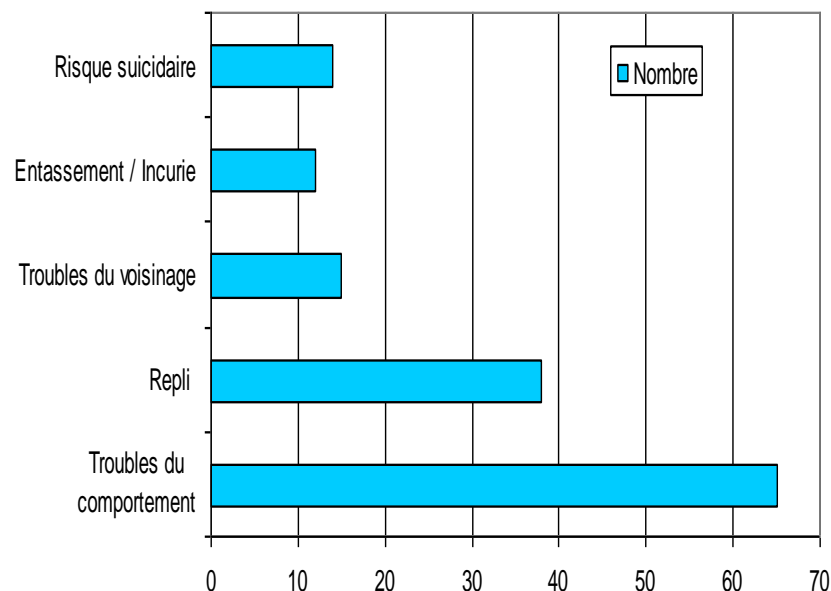
Démarrage : progression des demandes



Origine des demandes et troubles à l'origine des demandes (2012)

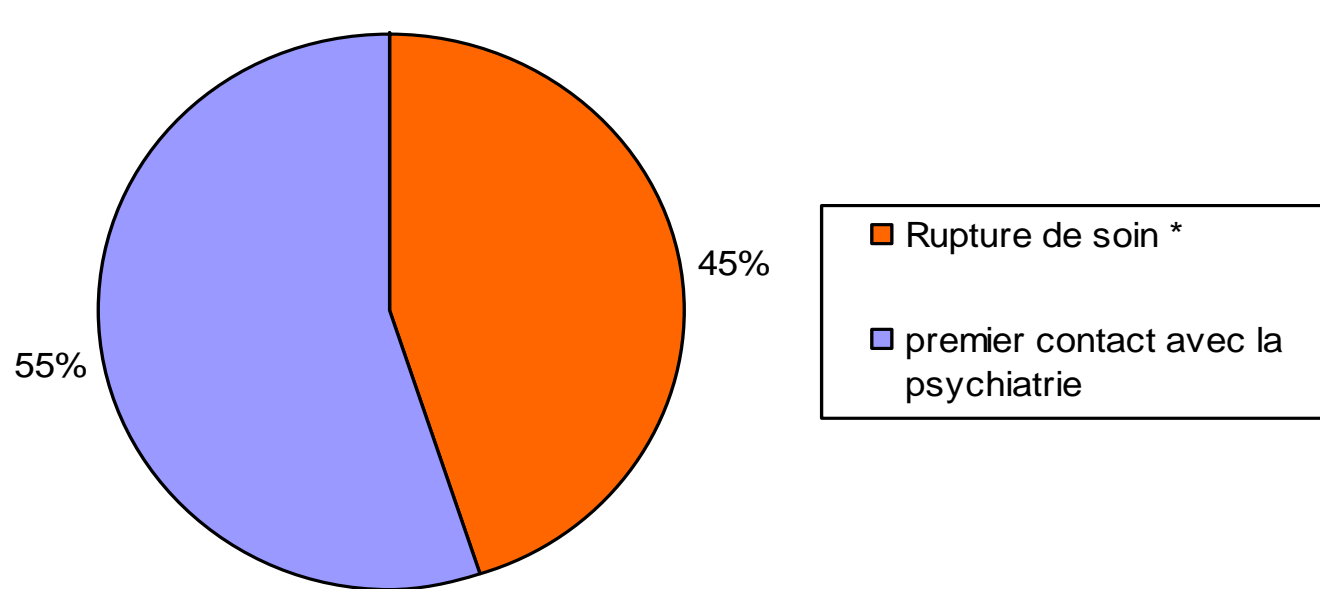


Origine des demandes



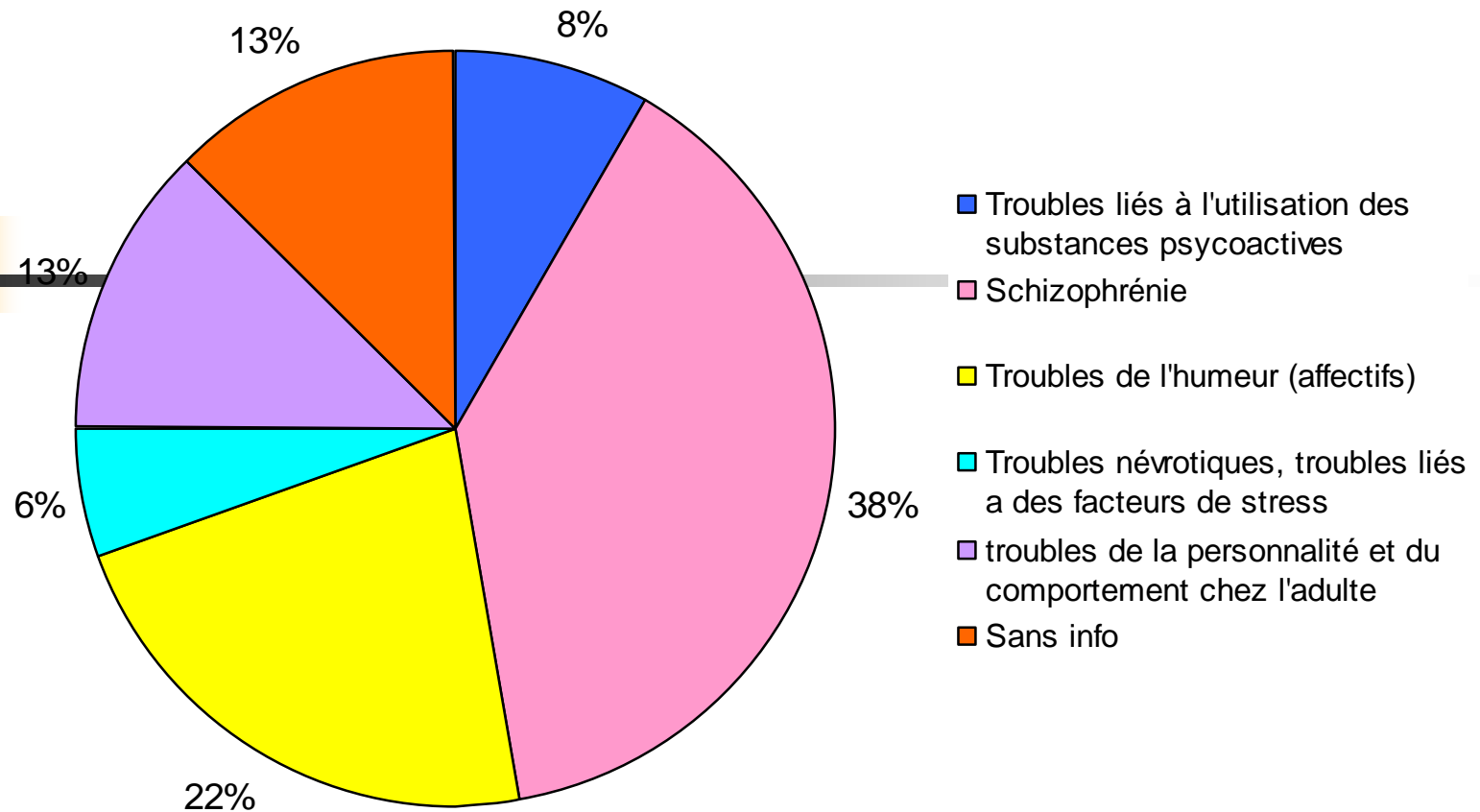
Troubles à l'origine des demandes

Répartition entre « premier contact » et « rupture des soins »

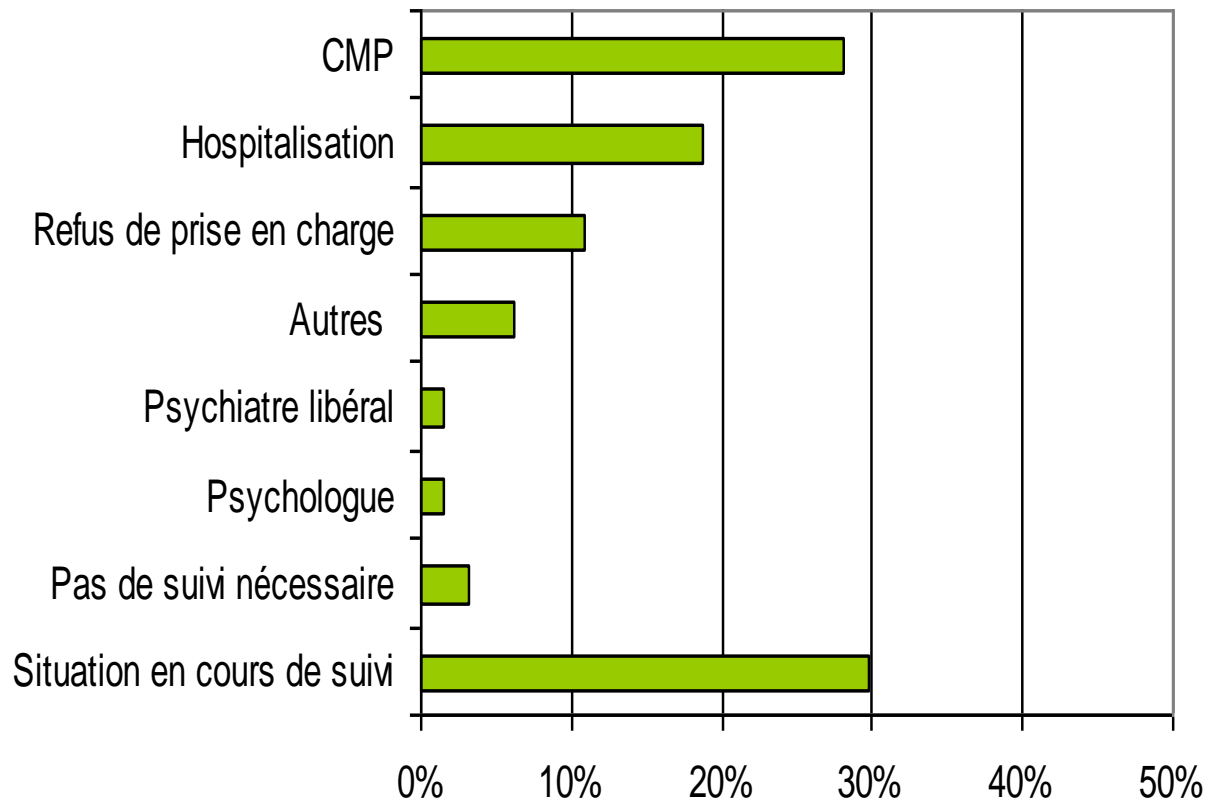


* La durée moyenne de la rupture de soins est de **384 jours**

Code diagnostique des pathologies prises en charge selon la CIM 10 (2012)



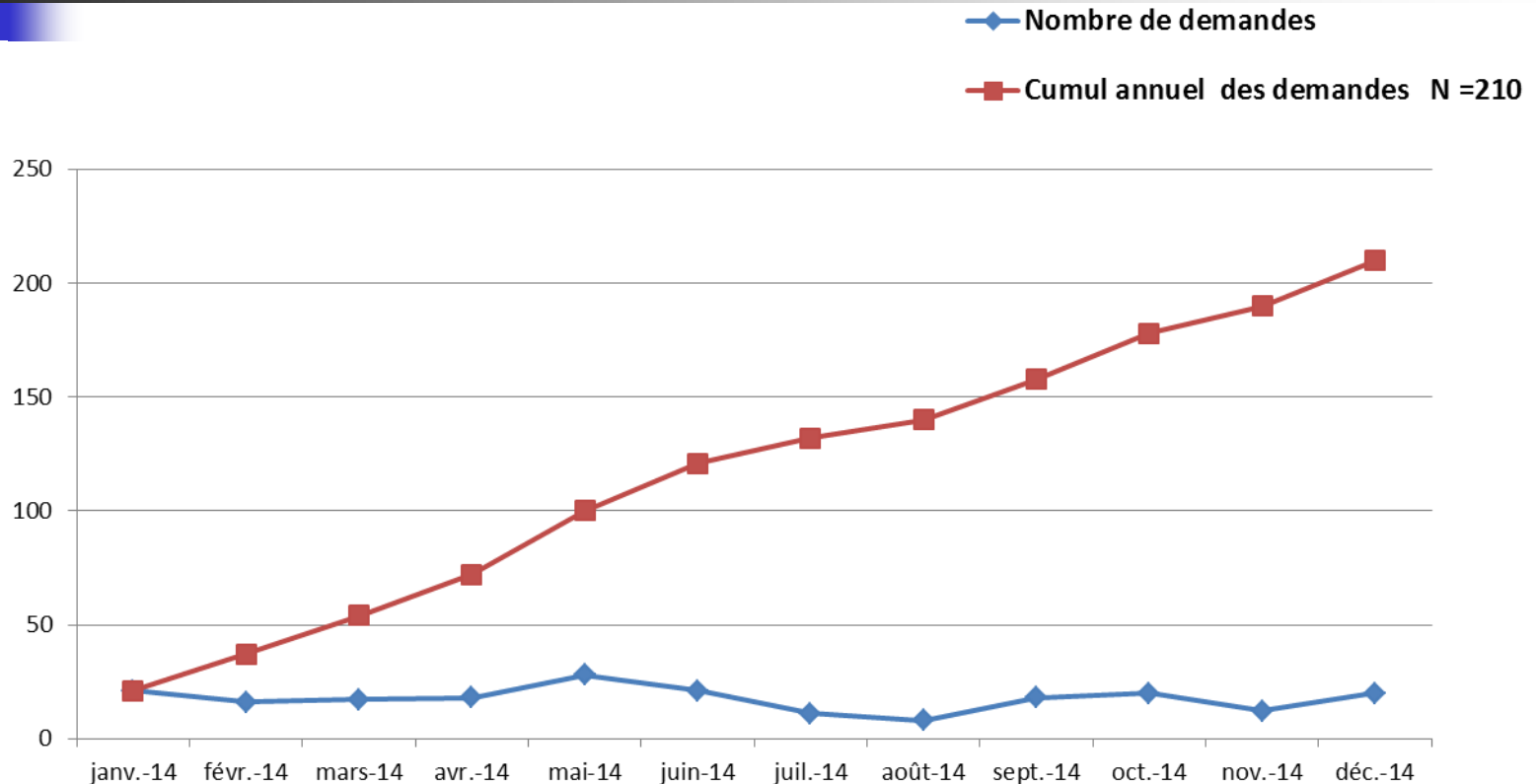
Orientation des patients pris en charge (2012)



Cumul des demandes en 2014

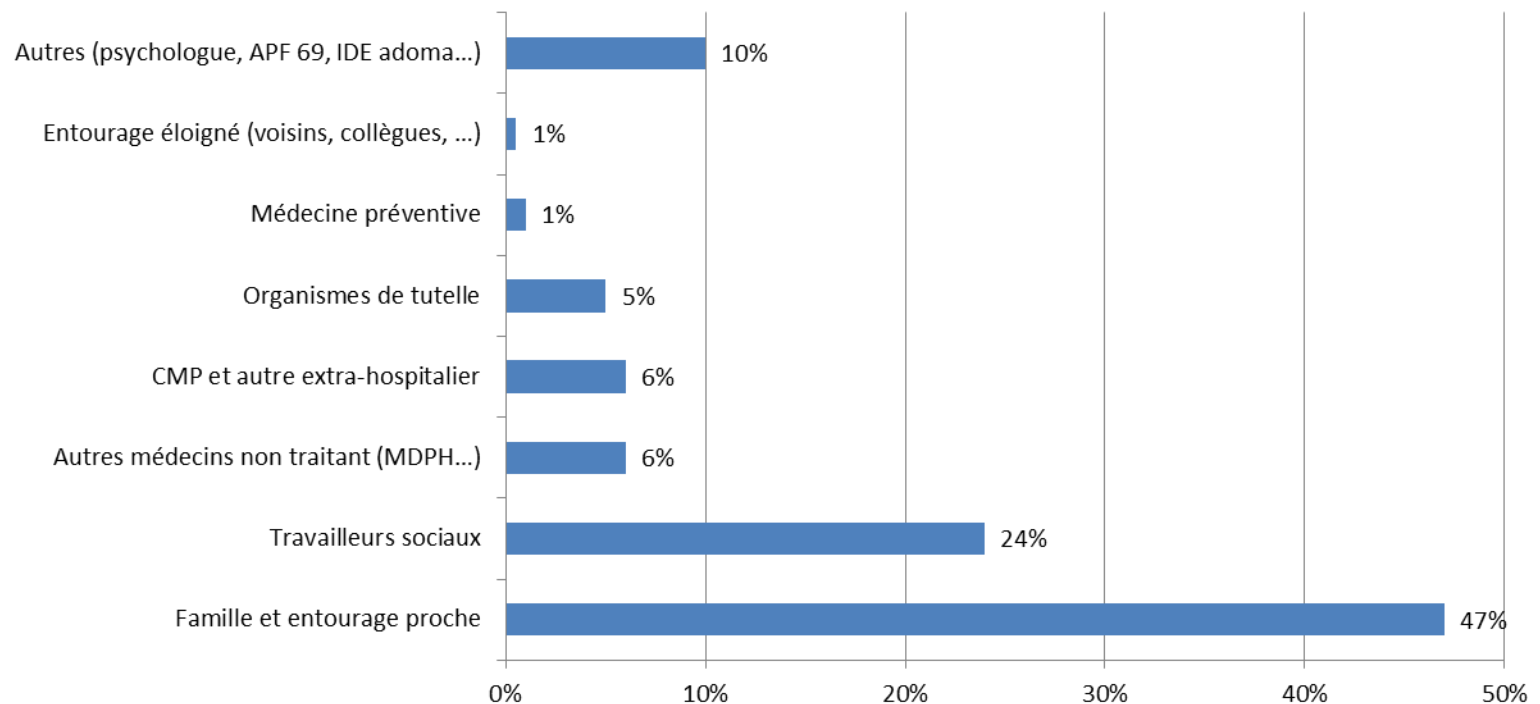
210 nouvelles demandes

A noter 38 situations en cours au 01/01/14

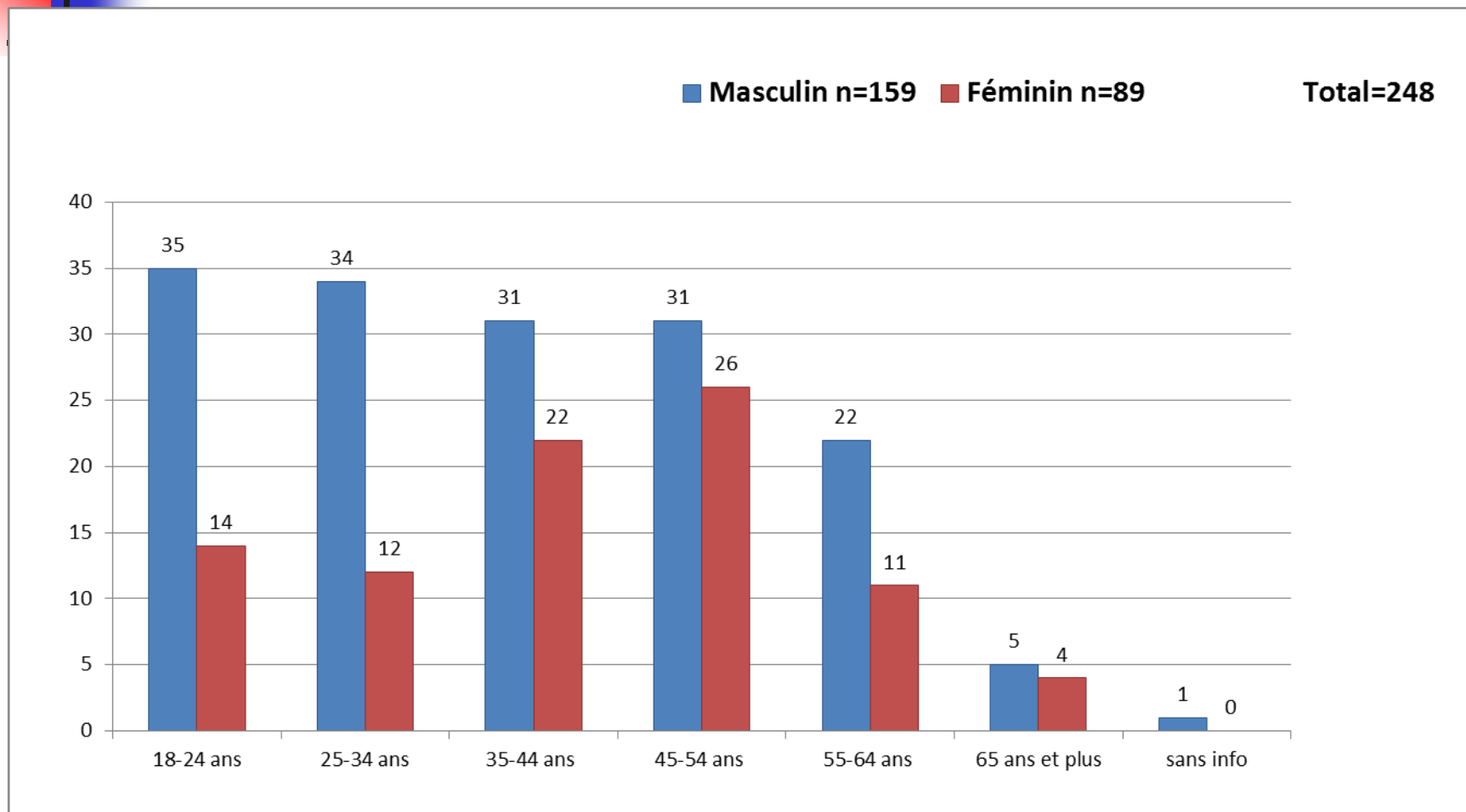


Origine des demandes traitées en 2014

■ % demandes N=248



Répartition par tranche d'âge et sexe

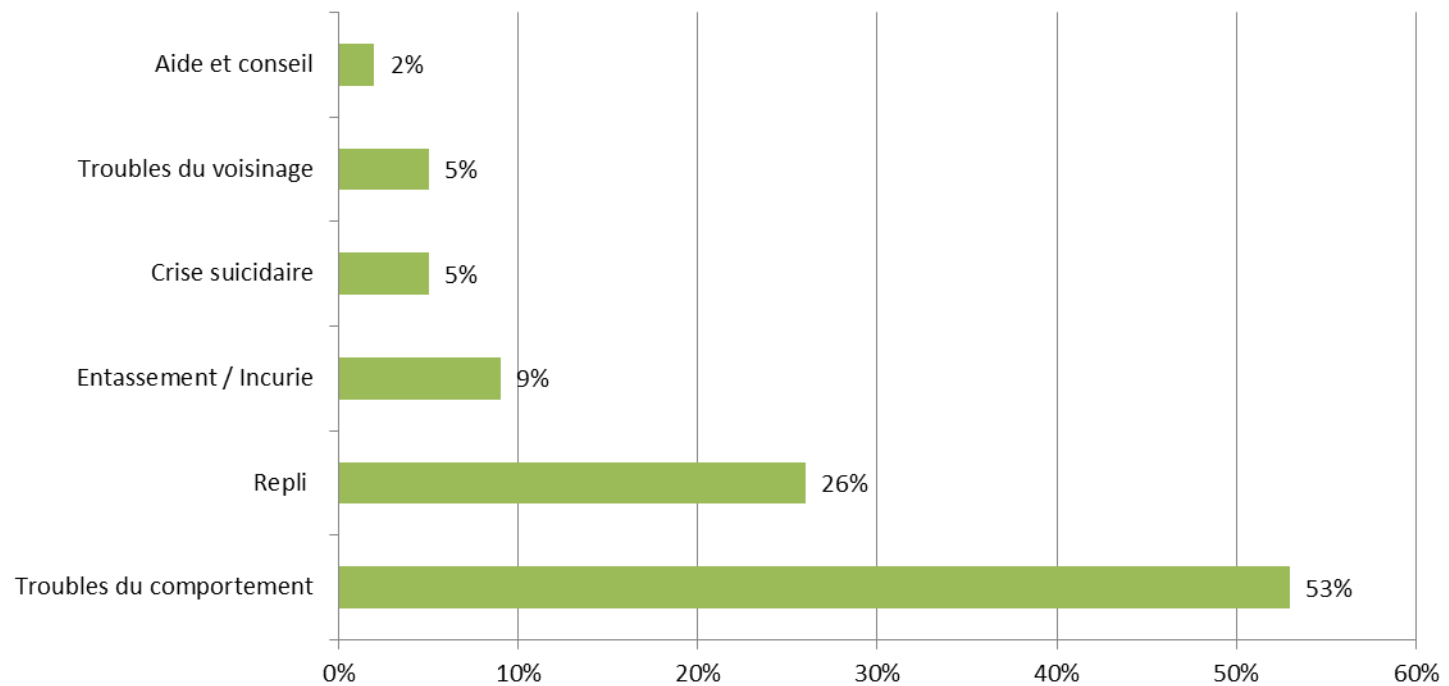




Troubles à l'origine de la demande

Total N = 248

■ % de demandes



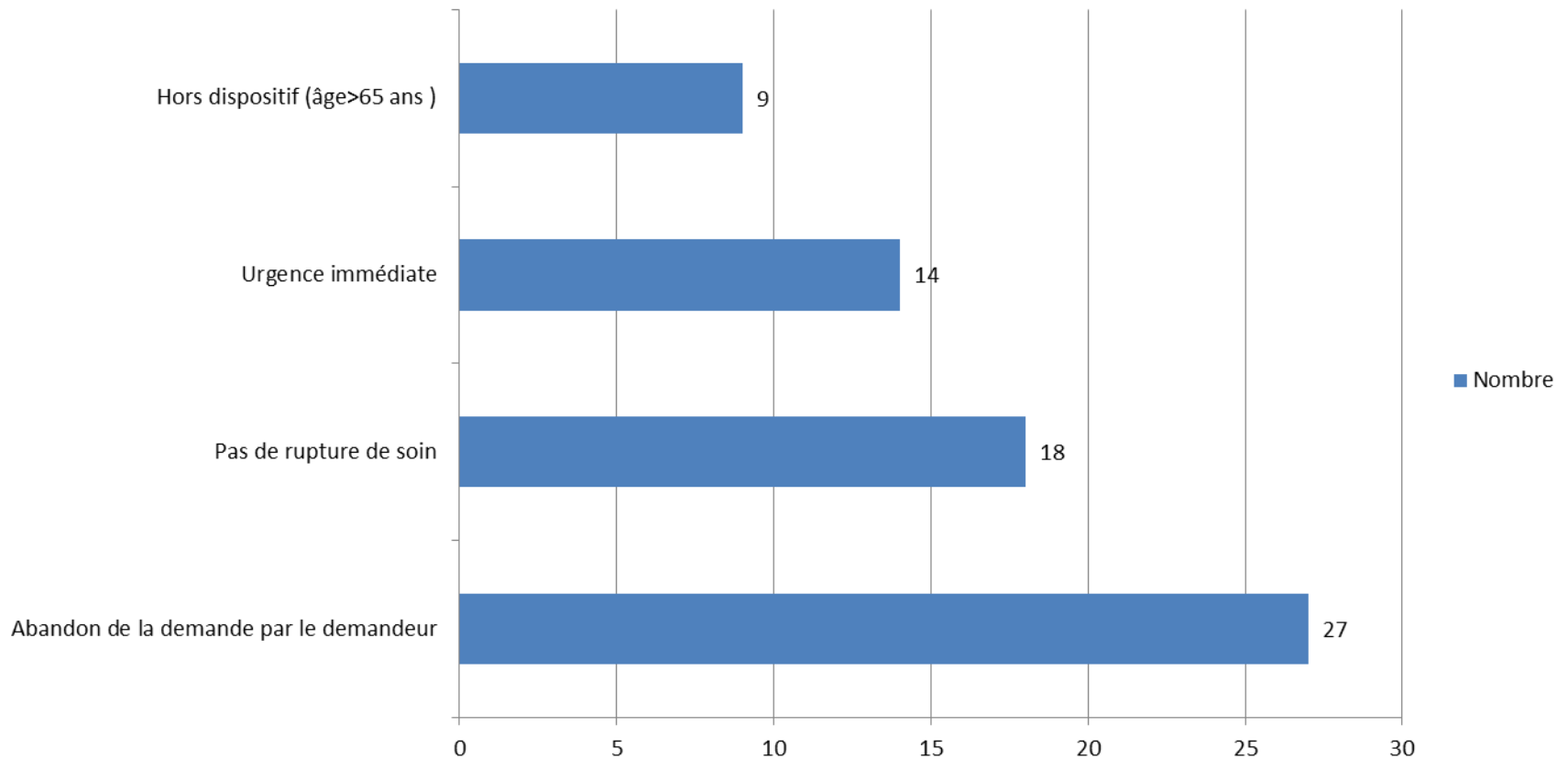


Rupture de soin

| Année d'activité | Durée moyenne de la rupture de soin | Nombre de patients |
|--------------------------|--|---------------------------|
| 2012 (9 mois d'activité) | 384 jours | 31 |
| 2013 | 329 jours | 70 |
| 2014 | 784 jours | 44 |

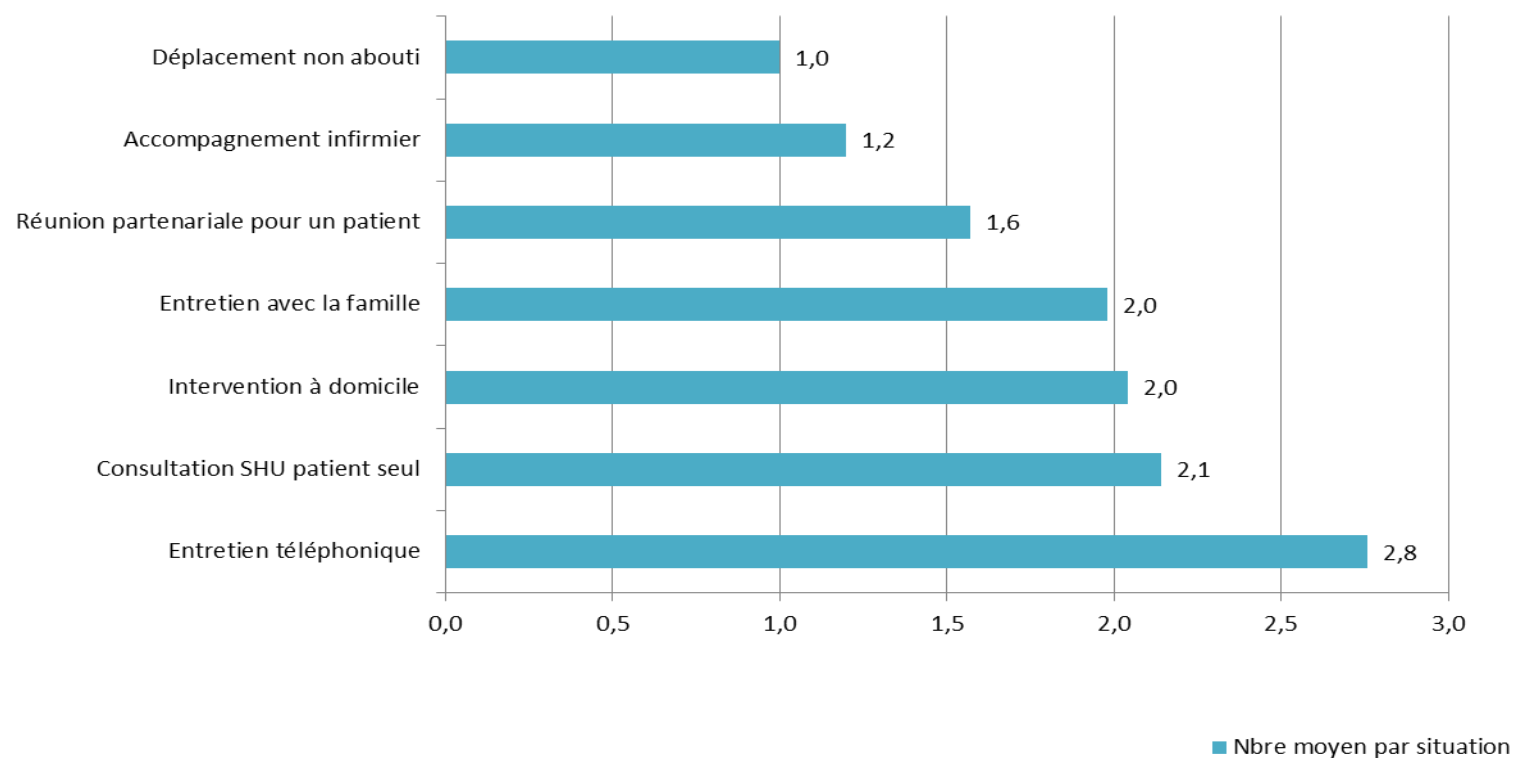
Demandes sans intervention

N= 68



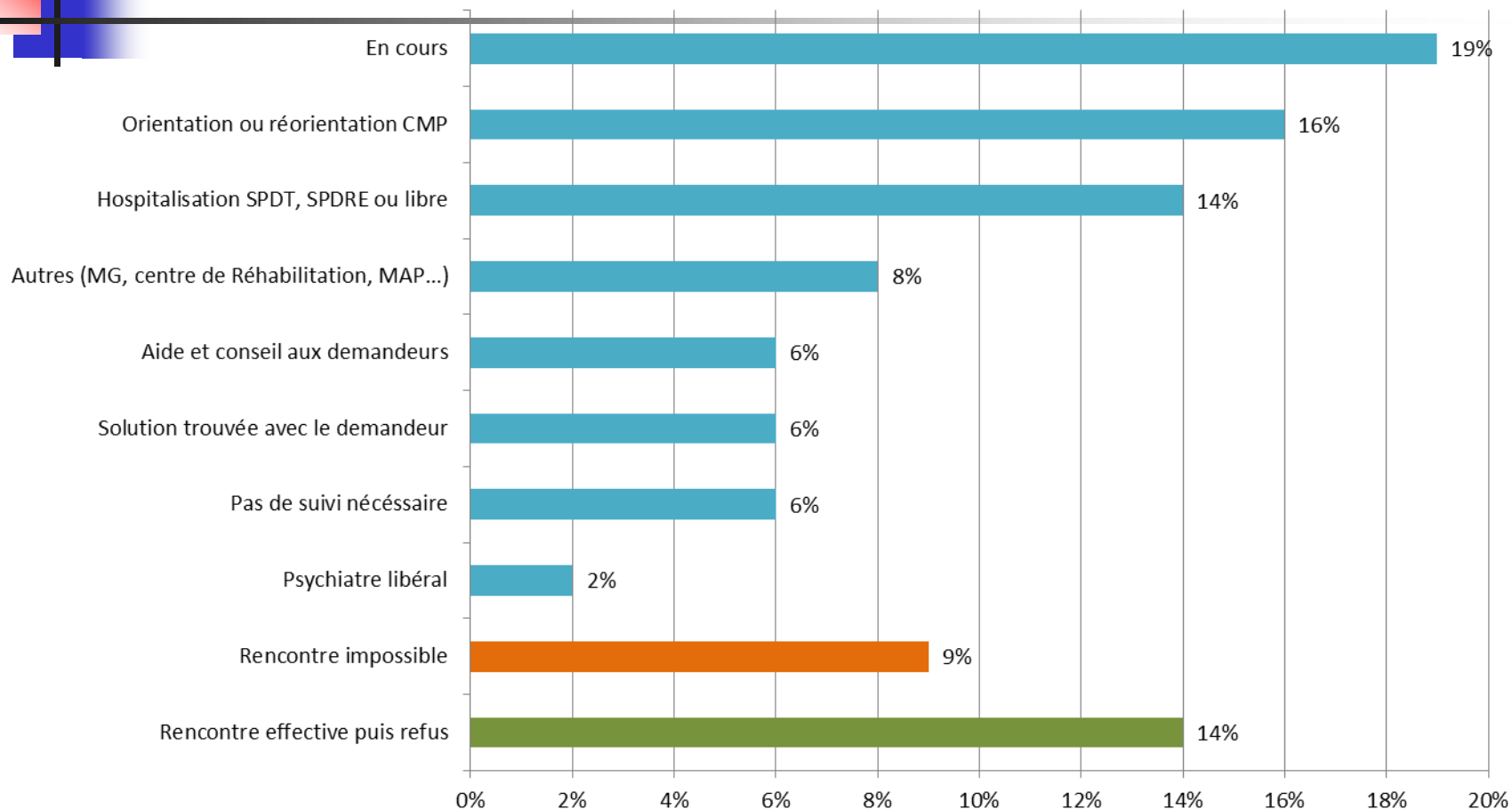


Types de prise en charge





Orientation après prise en charge



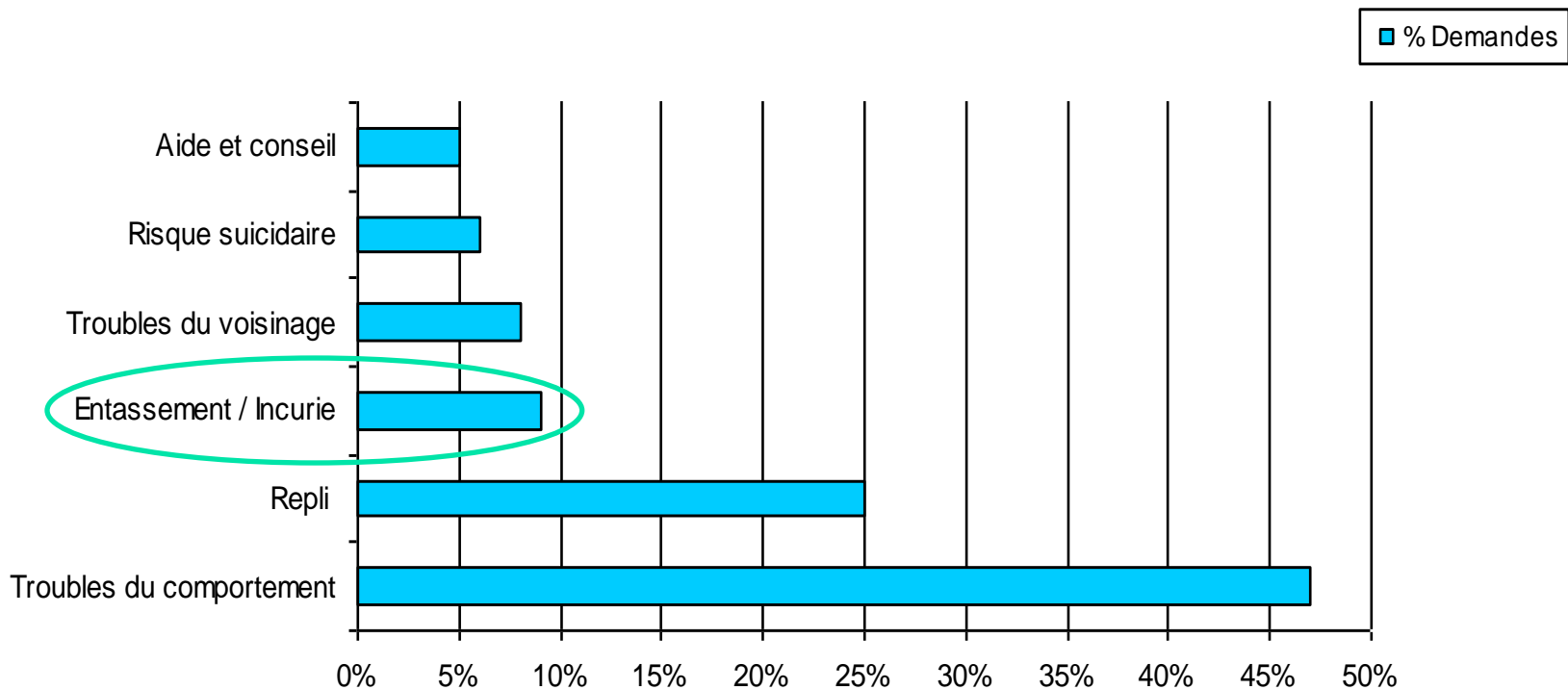


Un cas avec psychopathologie sévère

- Homme de 20 ans
- Agresse gravement suite à une « moquerie »
- Double peine : exclusion de la communauté et placement sous bracelet électronique
- Tableau de schizophrénie évoluée : mutisme, gestes d'intention, stéréotypies, incurie
- Ambiance familiale protectrice mais lucide
- Forte exigence thérapeutique des parents
- Le travail d'approche thérapeutique a pris deux mois



Incurie



Source : Rapport d'activité, Psymobile, 2013



Homme âgé de 54 ans

- Demande émanant du service municipal de la santé, alerté par son ex-épouse
- Vit seul, divorcé depuis plus de 20 ans, 2 enfants âgés de 23 et 25 ans
- Travaille à la restauration dans un EHPAD
- Antécédents médicaux :
 - Epilepsie depuis l'adolescence, suivi neurologique arrêté
 - Pas de consommation d'alcool ni de toxiques



Anamnèse

- Il y a 2 mois environ apparition brutale de nausées et des vomissements puis de troubles de l'équilibre
- Depuis, ne sort quasiment pas de chez lui
- En venant lui apporter des médicaments, son ex-épouse constate qu'il entasse des ordures dans son appartement et le signale à la mairie qui se tourne vers Psymobile



Intervention au domicile

- Odeur insupportable
- Plus de papier peint aux murs
- Cafards courant sur le sol
- Dans le salon, plusieurs tas bien individualisés :
 - Dans un coin : boîtes de camembert et emballages de tranches de jambon sur 1,5 m de hauteur
 - Sur la table et la table basse : monceaux de boîtes de médicaments vides
 - Sur le canapé : entassements de divers papiers
- Dans la cuisine : filtres à café moisissant sur plus d'un mètre de hauteur
- Sur le balcon : présence de déjections de pigeon sur environ 15 cm d'épaisseur
- Un chien et deux chats qui se nourrissent dans le tas d'ordure et font leurs besoins dans l'appartement



Intervention

- Vêtements propres mais défaut d'hygiène corporelle
- Se dit conscient des problèmes d'hygiène dans son appartement
- Explications peu claires sur les raisons de cet entassement : coût trop élevé d'une poubelle, dégradation depuis le départ de son fils du domicile, éducation trop laxiste de ses parents
- Entassement ancien, avec déjà plusieurs interventions au cours des années passées
- Pas de pathologie psychiatrique manifeste



Prise en charge

- Hospitalisation dans le service de médecine générale avec découverte d'un AVC cérébelleux ancien
- Débarrassage du logement en présence du patient et nettoyage
- Mise en place d'une aide-ménagère
- Suivi en CMP

Hikikomori : quelques cas identifiés





Définition de l'HIKIKOMORI

(directives 2010 du ministère de la santé du JAPON)

« Il s'agit de l'état d'une personne qui évite toute participation sociale en raison de différents facteurs et causes et qui reste cloîtrée presque en permanence pendant plus de 6 mois.

Le hikikomori n'est pas une maladie psychiatrique.
À noter qu'il est fort probable qu'un certain nombre de cas de schizophrénie, avant l'établissement du diagnostic définitif, soit compris dans les cas d'Hikikomori.»

Etymologie

HIKIKOMORU : Se cloîtrer, se renfermer sur soi
(ひきこもり ou 引き籠もり)

HIKU : reculer

KOMORU : se reclure, rentrer à l'intérieur



Bref historique



Années 70 : syndrome d'Inertie des étudiants (« *student apathy* ») pour expliquer une forme légère de retrait plutôt à type de retrait scolaire sur une population jeune

Années 80 : « syndrome d'inertie » - retrait social et retrait des relations humaines

1985 : TOMIRA parle d'HIKIKOMORI après avoir interrogé plusieurs personnes recluses

1998 : le Pr SAITO évoque l'HIKIKOMORI social excluant une pathologie primaire

Actuellement deux approches pour comprendre et soigner : sociologique et psychiatrique



Quelques chiffres

- Population du Japon 127, 6 millions (chiffres 2012)
- Environ un million d'HIKIKOMORI à l'heure actuelle
- En 2012, 169 pédopsychiatres dans l'archipel



Profil des HIKIKOMORIS au Japon

- 80 % d'hommes
- 27 ans en moyenne
- Sortent parfois de leur chambre
- Plutôt issus des classes moyennes ou aisées



Différentes tentatives de classification

- HIKIKOMORI primaire :
 - pas de psychopathologie évidente
 - échappe aux classifications habituelles
- HIKIKOMORI secondaire :
 - intriqué aux syndromes dépressifs, anxieux ou obsessionnel compulsif
- 3 sous types de HIKIKOMORI :
 - type narcissique
 - type schizoïde
 - type évitant



Une représentation...



...subjective



Le mythe d'AMATERASU

神



Les principes de l'intervention

- Déclencher l'urgence plus que la subir
- Anticiper les issues possibles
- Préparer l'aval
- Eviter la force
- Etre facilitateur
- Privilégier la sécurité



La négociation

- Tension entre deux parties
- Volonté de quelqu'un qui veut obtenir quelque chose
- Force de proposition thérapeutique
- Echange : gagnant/gagnant au mieux
- Préserver l'intégrité de chacun



Qualités du négociateur

- Accepter l'incertitude
- Accepter d'être responsable de 100% de la moitié de la négociation
- Maturité émotionnelle
- Implication
- Inspirer confiance
- Capable de travailler en binôme (un négocie, l'autre reste « au balcon »)



L'intervention

- Schéma mental pour préparer la prise de contact
- Distinguer zone d'approche, de travail, de contact
- Se présenter



Souvent le début d'une phase passionnelle a minima

- Déclenchée par un événement de haut niveau émotionnel
- Sentiment d'insécurité (Pyramide de Maslow)
- Discussion difficile voire impossible
- Phase très intense, souvent courte



Escalier de l'agressivité

5 Passage à l'acte
4 Intimidations

3 Émotions

2 Négations

1 Questions



La phase passionnelle : CAT

- Ne pas interrompre : jamais bien accepté
- Vigilance (aire de sécurité) et patience
- Eviter le dialogue
- Ne pas parler à la place de la personne
- Pas d'attitude supérieure
- Position basse : on ne sait jamais qui est en face à ce moment précis, surtout quelqu'un de connu



La phase passionnelle : CAT

- Ecouter : accepter qu'il y a à entendre même lorsque les propos sont répétitifs
- Ne rien s'interdire d'entendre
- Moins on est sur la défensive, meilleure est l'écoute
- Collecte de renseignements
- A éviter absolument : *Calmez-vous !*



La phase d'entendement

- Diminution de l'excitation
- Pondération du langage (moins brutal)
- Changement de la voix
- Discours moins passionné
- Commence à donner des informations
- Pense maîtriser la situation
- Emergence d'une réflexion



La phase d'entendement : CAT

- Prendre le temps
- Initialiser le dialogue
- Entretenir le dialogue
- Prendre en compte des exigences (ce qui ne veux pas dire y répondre)
- Apporter des éléments de réassurance
- Assurer les besoins essentiels



La phase d'entendement : CAT

- Ne pas se précipiter
- Ne pas faire perdre la face
- Observer la montée de la tension psychique en fonction des thèmes
- Vigilance car pas de certitude sur l'issue



La phase de raison

- Moins mobile
- Voix : normalisation du ton, volume et débit
- Discussion plus ouverte
- Clairvoyance de la situation
- Elaboration d'un plan pour sortir de la situation
- Tentatives pour imposer des exigences



La phase de raison : CAT

- Négocier fermement avec loyauté
- Sans précipitation
- Permettre une sortie tête haute
- Demander de s'engager : ouvrir la voie de la concession
- Mise en face de la réalité, des faits seulement
- Proposer une alternative dont la voie du soin qui peut être vécue comme une reddition



Phase de démoralisation

- Conséquence du stress, de l'insomnie, de l'épuisement, de l'impuissance
- Phase dangereuse qui peut basculer à chaque instant
- Lassitude dans la voix
- Propos défaitistes voire suicidaires
- Souhait d'abandonner
- Retour en phase passionnelle toujours possible



Les facteurs de risque

- Avoir déjà blessé ou plus
- Détermination
- Froideur
- Vengeance
- Jalousie
- Injustice
- Séparation



Les facteurs de risque

- Epuisement, insomnie
- Désespoir inexorable
- Facteur toxique
- Crise suicidaire
- Contexte menaçant (expulsion, huissier...)
- Persécution (délire, hallucinations)



Profils difficiles

- 2 i

Irritabilité - Instabilité

- 2 t

Théâtralisme – Toxicomanie

- 2 p

Paranoïa - Perversion



Ce qu'il faut retenir

- Ne pas négliger les facteurs de risque :
se protéger avant de protéger
- Notre style de questionnement est
déterminant
- Garder en tête les étapes de la crise
- Faire de la prévention plutôt qu'avoir à
réagir



Bibliographie (1)

- Bonemaison J. « AMATERASU O MI KAMI, La Déesse du Soleil, éclaire jusqu'au cœur de l'AÏKIDO », *Shumekain*, n°1 (2008).
<http://www.dojoshinkai.org/articles/amaterasu.pdf>
- De Luca M, Thoret Y. « Hikikomori à l'adolescence. Syndrome de retrait à domicile chez les adolescents japonais », *EMC Psychiatrie* (2013).
- Furuhashi T et al. « État des lieux, points communs et différences entre des jeunes adultes retirants sociaux en France et au Japon (Hikikomori) », *L'évolution psychiatrique*, 78 (2013) 249–266.



Bibliographie (2)

- Gayral L, Carrie J, Bonnet J. « La claustration », *Annales Médico-Psychologiques*, 111^{ème} année, n°1 (1953), 470-96.
- Guedj-Bourdiau MJ. « Claustration à domicile de l'adolescent. Hikikomori », *Annales Médico-Psychologiques*, 169 (2011) 668-673.
- Gozlan M. « Des cas d'"hikikomori" en France », *Le Monde* (2012).
http://www.lemonde.fr/sciences/article/2012/06/07/des-cas-d-hikikomori-en-france_1714707_1650684.html
- Jones M. « Shutting themselves in », *New York Times* (2006).

Bibliographie (3)



- Melville H. « Bartleby le scribe », *Gallimard* (1996)
- Murakami R. « Parasites », *Picquier* (2002)
- Priestly I. « Newstart NPO offers a way back into the world for lost generation of Japanese 'hikikomori' social withdrawal children », *Tokyo Weekender magazine* (2004).
<http://www.tokyoweekender.com/2004/07/newstart-npo/>
- Site MYTHOLOGICA. « Mythologie japonaise : Amaterasu ». <http://mythologica.fr/japon/amaterasu.htm> [consulté le 24 mars 2014]