

Présentation 23 février 2015 :
Centre Ambulatoire de Psychiatrie et Psychothérapie Intégrés (CAPPI)
du Secteur Pâquis

Ce CAPPI fait partie d'un des quatre secteurs du Service de psychiatrie générale (SPG) du Département de santé mentale et psychiatrie (DSMP) des HUG. Le responsable du CAPPI Pâquis, le **Dr Jean-Pierre Bacchetta**, médecin adjoint, explique que le secteur comprend le CAPPI et un unité de 16 lits à la Clinique de Belle-Idée, l'Unité des Sillons ; les trois autres secteurs ont eux aussi un CAPPI et des unités à la clinique. Il met l'accent sur l'intégration de la psychiatrie et de la psychothérapie dans le travail du Centre.

Le CAPPI Pâquis a deux pôles d'activité : un pôle de psychiatrie et psychothérapie intensif et de crise (qui succède au Centre de thérapie brève (CTB) et qui prend en charge 40-50 patients), et un pôle de psychiatrie et psychothérapie communautaire.

Le travail communautaire du CAPPI comprend

- des consultations (suivi de 350-400 patients)
- un programme de jour (suivi de 20-30 patients) et
- un secteur « liaison et mobilité » qui s'occupe des traitements à domicile (TAD).

L'équipe soignant est multidisciplinaire et comprend médecins, infirmiers/ères, psychologues, ergothérapeute, assistants/es sociaux/ales, psychomotricienne, etc. Dans les soins sont compris : suivis individuels, interventions auprès des familles et des proches, approches groupales (de paroles, médiations et approches corporelles...) et accueil de nuit.

Le Dr Bacchetta explique que suite à la suppression en 2014 des quatre lits de nuit dans chaque CAPPI, on a centralisé l'accueil de nuit au CAPPA (Centre pour personnes âgées, rue des Epinettes). Sont mis à disposition 8 lits, dont 4 sont réservés pour personnes âgées. Il évoque un taux d'occupation de 70 % et un retour positif des patients ; il semblerait que cette suppression n'a pas provoqué des hospitalisations supplémentaires.

Mme J. Laici, Infirmière spécialiste santé mentale, et **Mme B. Clerc**, Infirmière spécialiste santé mentale, résument le travail du **pôle ambulatoire de soins intensifs (SAI)**.

Tél. : 022 305 44 11

Ici, « la crise » est comprise comme un processus avec évènements déclencheurs. La durée moyenne de la prise en soins par l'équipe de 15 personnes est de 6-8 semaines. Les moyens de traitement comprennent l'entretien médical/infirmier (qui inclut l'entretien de famille/couple, de personnes ressources et du réseau), des approches de groupe et/ou corporelles et le soutien téléphonique. Le programme s'adresse entre autres aux patients en l'absence de leur thérapeute ou nouvellement sortis de la clinique. (Mme C. Favero, infirmière responsable du CAPPI, précise que les proches peuvent aussi avoir un soutien du programme.)

Mme Laici trace le parcours de soins hypothétique d'une personne qui subit un épisode de dépression aiguë provoquée par des difficultés familiales et au travail. La personne a un arrêt de travail. Son programme hebdomadaire dure 8 semaines et comprend beaucoup de travail en groupe. A la sortie on l'oriente vers un suivi par psychiatre privé et une thérapie de couple ; elle reprend le travail à 50 %.

Discussion

Q : Que se passe t-il si le patient ne va pas mieux après ?

R : C'est une approche destinée aux personnes qui n'ont pas d'antécédents psychiatriques. Mais même au cas contraire, les crises ont tendance à s'estomper.

Q : Les CTB restaient ouverts pendant le weekend et les patients pouvaient prendre les repas ensemble. Qu'en est-il maintenant ?

R : Les CAPPI restent ouverts aussi ; seulement il n'y a pas de soins structurés. Il n'y a pas de repas du soir parce que le centre ferme à 18h, mais on peut prendre un repas de midi en commun.

Mme N. Bergeon, Infirmière spécialiste santé mentale, et **M. Y. Bessard**, Infirmier programme de jour, résument le travail du **programme de jour du pôle santé communautaire** créé en 2013. L'équipe pluridisciplinaire accueille des patients présentant un déficit chronique d'intégration psychosocial et qui sont isolés socialement. On leur propose un « espace d'intégration » de trois jours avant d'adhérer au programme. Après quoi ils suivent une approche groupale (80%) et individuelle (20%). Les soins proposés comprennent des entretiens systémiques, des réunions de réseau et des visites à domicile si nécessaire. Le programme dure trois mois en moyenne.

Les trois axes du programme de jour sont : les compétences sociales, la mobilisation et l'expression, le tout basé sur le concept du **rétablissement**. C'est un concept fondé sur l'espoir, l'auto-détermination et le but de se réapproprier sa propre vie. Le programme a comme mission d'aider les patients à trouver de l'espoir, redéfinir une identité positive, trouver un sens à la vie et prendre eux-mêmes le contrôle de leur processus de rétablissement.

Il leur permet de retrouver un rythme de jour et de structurer leurs journées ; il maintient et encourage des contacts avec la communauté à l'extérieur, les associations etc. On travaille en partenariat avec des proches/familles.

Discussion

Q : Est-ce difficile pour les patients ayant trouvé un soutien, voire une « vie sociale », dans le groupe de le quitter à la sortie du programme ?

R : Ils sont systématiquement orientés vers d'autres activités et structures. S'il ne « crochent » pas, nous pouvons les orienter vers l'Équipe mobile.

Q : Comment les patients viennent-ils au programme ? Viennent-ils seuls ?

R : Nous créons des liens avec eux, et ils y rencontrent d'autres personnes avec le même problème d'isolement, de déficit chronique d'intégration psychosociale. Ces liens peuvent constituer un levier pour se mobiliser à l'avenir. Sinon et s'ils ne viennent pas, l'équipe leur téléphonent, les recherche.

Q : Combien de patients par groupe ?

R : 7-8.

Q : En cas de rupture, les patients peuvent-ils réintégrer le groupe ?

R : Cela dépend du temps qu'a duré la rupture. Après un certain temps, il faudrait passer par une ré-évaluation et l'intégration dans un autre groupe. Certains patients ne sont pas prêts à s'engager mais le seraient peut-être une année plus tard.

Q : Qui sont ces patients (de quelles maladies souffrent-ils) ?

R : Le programme n'est pas axé sur des pathologies particulières ; les participants vivent avec des difficultés variées ; ce qu'ils ont en commun est le déficit social de longue durée.

Q : Quelle articulation avec des programmes d'activités et de réhabilitation et avec des groupes de patients en dehors des HUG ? Y a-t-il de la concurrence (y inclus financière) avec ces autres programmes ?

R : Non. Dans le souci constant de ne pas encourager la chronicité, le programme accompagne les patients vers l'extérieur. « Nous cédon à la concurrence ! Nous sommes des passeurs, le relais ! »

Q : Le patient doit-il être envoyé par un médecin ?

R : Non, il peut venir sans autre. Il sera évalué par un médecin du CAPPI.

Q : Recevez-vous des familles quand un patient n'est pas intéressé ?

R : Non. Nous orientons la famille vers l'Équipe mobile.

Mme J. Lacoste, Infirmière de liaison et **M. S. Dupraz**, Infirmier de liaison, résument l'approche des **traitements à domicile (TAD)** du **programme « liaison et mobilité »**. Cette approche est conçue pour des personnes atteintes de troubles psychiques sévères qui peuvent bénéficier d'une prise en soins à domicile avec quelques aspects ressemblants à ceux de la clinique. Les patients doivent être d'accord !

Le programme de 4-6 semaines comprend un minimum de trois visites hebdomadaires infirmières et un entretien médical à domicile pour évaluer l'état du patient. L'accent est mis sur les besoins exprimés des personnes, souvent des problèmes concrets. Les infirmiers/ères sont très disponibles et œuvrent à inspirer la confiance des patients. A la fin du programme, les patients sont orientés vers le programme de jour et/ou la consultation.

Discussion

Q : Vous avez décrit une approche idéale. Mais cela ne se passe pas comme cela ; ce n'est pas vraiment une alternative à l'hospitalisation.

R : C'est vrai que ce n'est pas une alternative à l'hospitalisation pour tous les patients. Mais ça peut l'être pour 10-20 %. On ne peut pas imposer un TAD si le patient y est très opposé. Il faut essayer d'anticiper, d'être réactif aux signes avant-coureurs des crises.

R : Dans un système idéal, les patients, familles et soignants travailleraient ensemble en respectant le tempo du patient. Nous ne réussissons pas toujours à l'atteindre.

Q (témoignage) : Mon fils est soigné dans le CAPPI depuis un an. Les gens doivent savoir que c'est une équipe extraordinaire, près des malades ; je n'ai jamais vu une telle équipe auparavant. Un grand merci !

Ont participé également à cette soirée :

Dre M. Mitala, Médecin cdc, responsable pôle

Mme D. Defrene, psychomotricienne (absente)

Un grand merci à toute cette équipe soignante et en particulier au Dr Bachetta et à Mme C. Favero qui ont beaucoup contribué à la réussite de cette soirée !