



SAR PEP

SYSTÈME APPRENANT RAPIDE
POUR LES PROGRAMMES DE
PREMIERS ÉPISODES PSYCHOTIQUES

***SAR PEP : Formation et échanges sur le
PLAN DE TRANSFERT***

CRCHUM
CENTRE DE RECHERCHE

Centre de recherche
sur les soins et les services de
première ligne de l'Université Laval

CENTRE DE RECHERCHE
CERVO
BRAIN RESEARCH CENTRE

Douglas
CENTRE DE RECHERCHE
RESEARCH CENTRE

Financement - FRQS-Partenariat Innovation Québec - Janssen
8 octobre 2021



INVITATION

FORMATION CONTINUE SAR PEP

ECHANGES SUR LES PRATIQUES - TRANSFERT DE CONNAISSANCES

8 octobre 2021— de 9h00 à 10h30

C'est avec grand plaisir, que l'équipe du projet SAR PEP vous invite à sa session de Transfert de Connaissances sur le thème

Du plan de transfert.

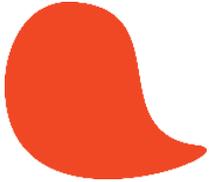
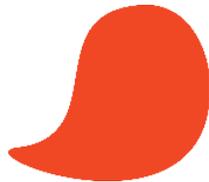
- Échanger entre cliniques et avec des experts afin de vous permettre de partager sur vos pratiques, vos obstacles et vos réussites.
- Apprendre des nouvelles informations intéressantes et repartir avec des idées nouvelles pour votre milieu .

RSVP et lien zoom

Celine.villemus.chum@ssss.gouv.ca



ORDRE DU JOUR

- 
1. Le transfert, qu'est ce que c'est ?
 2. Ce qui se passe sur le terrain : Obstacles et facilitateurs
- 

- 
3. Que trouve-t-on dans le plan de transfert?
 4. Les outils SAR PEP pour un transfert réussi
- 

- 
5. Questions
- 

**LE TRANSFERT,
QU'EST CE QUE
C'EST ?**



Comment définissez-vous le transfert post-PIPEP?

Quels sont les étapes / le processus ?

**CE QUI SE PASSE
SUR LE TERRAIN
: ENJEUX,
OBSTACLES ET
FACILITATEURS.**



Les enjeux :

PATIENTS

Créer l'alliance / attachement

Difficulté pour les jeunes sans support familial

Inquiétudes que les besoins du patient soient répondus (peur de la rechute par ex.)

Doivent réviser leurs attentes (PIPEP est tout ce qu'ils connaissent après la psychose)

Inquiétude quant à la médication (est-ce qu'on va les obliger à prendre un traitement ?)

L'impact du transfert pourrait être sous-estimé pour les patients +fonctionnels

Difficulté de comprendre le processus et obtenir des services pour les patients marginaux (RDV manqués etc.) – SENSIBILITÉ CULTURELLE

FAMILLES

Réaction des familles (dispo équipe PEP vs autres équipes/diff. d'avoir un contact)

Lien de confiance (not. ref la médication)

PIPEP

Équipe PIPEP veulent maintenir les gains/liens d'attachement aux patients (diff. À éviter le désengagement)

Difficulté à lâcher prise

Intervenants peuvent se désengager en cas de difficulté avec le patient (=transfert impossible/difficile)

Défi : trouver le bon moment pour le transfert

Systeme de santé

Autres équipes manquent de connaissance ref l'approche PEP (outreach/prise en charge intensive/caseloads plus grands/travail avec les familles...)

Écart entre la compréhension de l'organisation et les pratiques cliniques à adresser.

Manque de moyen des autres équipes pour offrir le même type de suivi (ex : travailler avec les familles, faire de l'outreach etc.)

Communication entre les différents services (entre les différents CISSS/CIUSSS) compliquée (ou envoyer la demande ? Comment obtenir du feedback vis-à-vis des demandes ? Liste d'attente....)

Déménagement complique le processus à cause de gros délais d'attente.

Enjeux légaux

SENSIBILITÉ CULTURELLE

ÉCHANGES ENTRE LES CLINIQUES



OBSTACLES :

(voir précédente diapo)

Refus d'accès dans le nouveau programme :

Aux intervenants PEP

Aux familles

Problématique d'abandon (rend le transfert compliqué)

Charge administrative des démarches de transfert (ressource pour coordonner les démarches)

FACILITATEURS :

Planifier d'AVANCE (Au moins 6 mois)

= donne le temps de rassurer le jeune

Faire le résumé de dossiers en partie avec le patient (facteurs de protection-bilan du suivi) – **Impliquer le jeune** dans le montage du dossier

Accompagnement au 1^{er} RDV

Relever les bons coups / Évolution du jeune

Impliquer la famille dans le processus

Revoir le patient après le 1^{er} RDV pour faire un suivi et renforcer le lien de confiance (suivi conjoint lorsque possible)

Offrir à l'autre équipe de venir faire le 1^{er} contact dans le PIPEP

Laisser une ouverture pour revenir (témoigner ou autre)

Nommer avec le jeune comment il se sent / l'aider à identifier les besoins

Rendre le transfert positif (diminue l'anxiété)

Bien identifier à qui le jeune est transféré/pourquoi cette personne/équipe plutôt qu'une autre – patient a besoin d'être informé

Clarifier aux jeunes et leurs familles comment ça fonctionne dans le système de santé et à quoi s'attendre... expliquer en quoi ce sera différent du PIPEP.

Possibilité d'adapter le service PIPEP en avance, pour voir si la solution offerte peut fonctionner. (ex: moins d'intervention intensive si l'orientation est l'omni)

ÉCHANGES ENTRE LES CLINIQUES



LE PROCESSUS
DE TRANSFERT :
PRINCIPES CLÉS ET SOLUTIONS
AUX ENJEUX

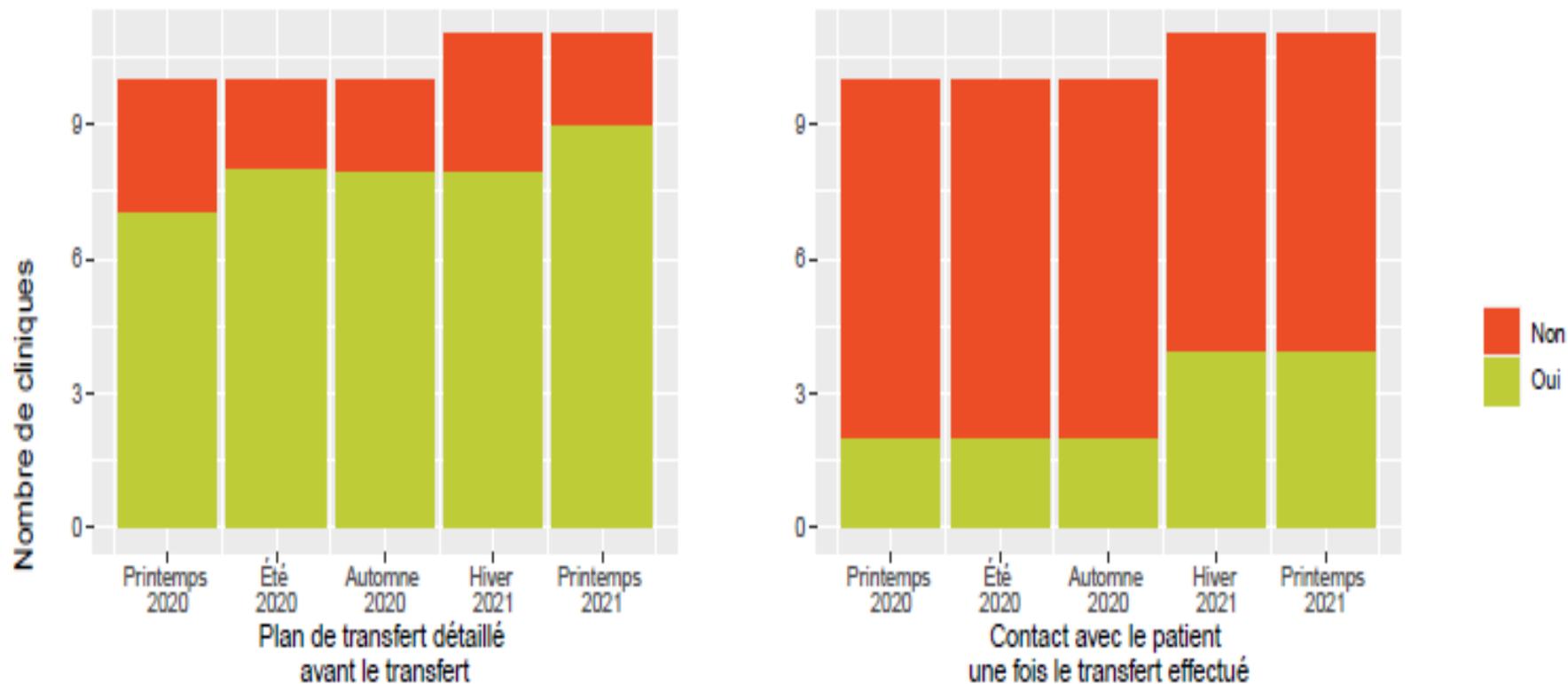


• DOCUMENTATION :

- Préparer une documentation **complète à destination de la nouvelle équipe**, comprenant:
 - Le Plan d'intervention à jour
 - Un résumé de dossier incluant
 - les essais pharmacologiques, leur(s) réponse(s) et les effets secondaires ressentis
 - Les interventions psychosociales, la réponse
 - les signes avant coureurs et plan de prévention de la rechute
 - les risques (suicidaire, hétéro-agressif, etc) .
- Planifier une période de transition entre les deux équipes cliniques durant le transfert. Une période de transition graduelle permet d'optimiser l'adhésion du jeune et de sa famille à la nouvelle offre de service, et créer un lien et se familiariser avec la nouvelle équipe.
- **Planifier au minimum, une rencontre de transfert** (peut varier selon les besoins du jeune) avec le nouveau et l'ancien intervenant **vs plusieurs rencontres**

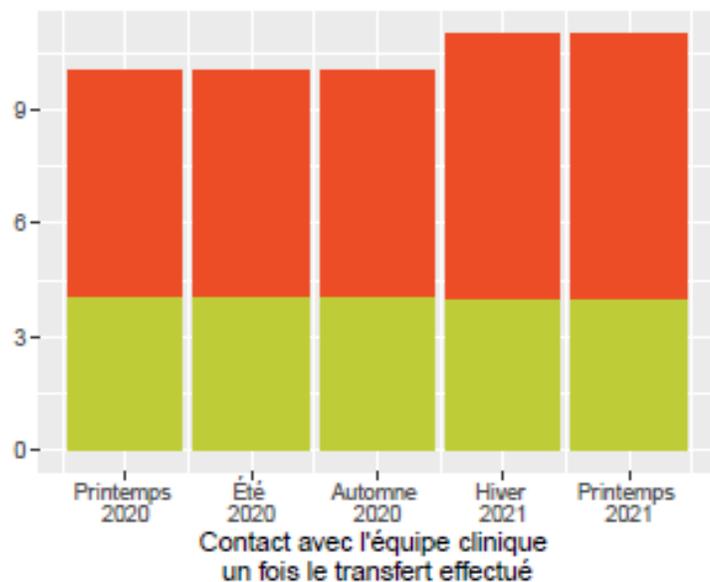


Continuité des soins après le PIPEP





Continuité des soins après le PIPEP Pratiques sur le terrain



Bravo il apparaît dans vos réponses que vous faites le suivi avec les équipes cliniques qui prennent en charge vos patients à la fin de leur suivi avec vous. Ceci favorise une meilleure continuité de soins qui maximise la probabilité que les acquis de la période de suivi au PIPEP persistent après le transfert vers une autre équipe de soins et que le lien de confiance entre le jeune et le PIPEP soit transféré vers l'équipe qui prendra le relais.

Pour ce faire, il est important de:

- planifier le transfert au moins 3 mois avant la date prévue, vers le service qui sera requis à la fin de la période de soins, avec la personne admise au PIPEP et les services appropriés
- rédiger un plan de transfert détaillé et le faire connaître, avant le transfert de la personne suivie, au service qui prendra le relais
- vous assurer de manière systématique que le patient et/ou l'équipe où a été transféré le jeune, soient recontactés au moins une fois ou idéalement plusieurs fois après que le transfert ait été effectué pour s'assurer de la continuité de soins. Cette période de soutien et consolidation du transfert peut s'étendre sur quelques semaines ou quelques mois selon les besoins du client et l'équipe à qui le client est transféré.



PLAN DE TRANSFERT

Puisque le PIPEP sert de « porte d'accès principale », il est important de faire des liens avec les autres services qui prendront la relève après la période de soins.

Période de transition graduelle (3 à 6 mois) pour optimiser l'adhésion du jeune et de sa famille à la nouvelle offre de service, créer un lien et se familiariser avec la nouvelle équipe.

S'assurer de la compréhension du jeune du processus de transfert

Trouver le moment opportun pour le jeune et sa famille :
FLEXIBILITÉ

Évaluer les risques dans la transition



- Documents importants
- 1) Plan d'Intervention
 - 2) résumé de transfert
- état actuel, symptômes et traitements
 - aperçu des progrès du jeune
 - historique des interventions et traitements offerts
 - notes médicales/ consultations importantes.



Impliquer les proches

**LES OUTILS SAR
PEP POUR UN
TRANSFERT
RÉUSSI**



- 1. La brochure à destination des intervenants
- 2. La brochure à destination des patients et des familles
- 3. Le plan de transfert SAR PEP
- 4. Le soutien de la conseillère PIPEP :
Emmanuelle Seery



Ce que le Cadre de référence des PIPEP nous dit :

Puisque le PIPEP sert de « porte d'accès principal », il est important de faire des liens avec les autres services qui prendront la relève après la période de soins.

- Les intervenants de l'équipe de PIPEP prévoient et planifient, avec l'utilisateur, les mécanismes qui permettront la stabilité dans l'offre de services lors des périodes critiques telles que l'hospitalisation, le retour en première ligne ou l'orientation vers d'autres services de santé mentale.
- La transition se fait plus ou moins graduellement selon les besoins cliniques, mais elle est toujours planifiée avec la personne admise au PIPEP et l'intervenant ou le service qui l'accueillera.
- Le service est ciblé selon les besoins de la personne, en intensité de services, de façon à maintenir le même niveau de fonctionnement. Il peut s'agir entre autres de médecins de famille, de services de suivi intensif dans le milieu (SIM) ou de soutien d'intensité variable (SIV), de l'équipe de santé mentale de première ligne, des organismes communautaires ou des GMF. Idéalement, la personne admise au PIPEP, l'intervenant du PIPEP et le nouveau service qui l'accueillera participent à des rencontres de transfert.
- Le transfert doit être accompagné d'un plan d'intervention détaillé spécifique au transfert et écrit, qui spécifie les objectifs atteints et à réaliser, les moyens pour y arriver de même que les situations à prévoir où un retour vers une équipe spécialisée de santé mentale de deuxième ligne est recommandé.
- L'intervenant du PIPEP doit faire connaître, à l'intervenant à qui la personne est transférée, la façon dont il peut être contacté. À la fin de la période de soins, il assure le lien vers les services appropriés.
- Afin d'assurer la continuité des soins, l'équipe de PIPEP recontactera la personne transférée ou le service qui doit la recevoir jusqu'à ce qu'elle soit assurée de la continuité des soins par le nouveau service et de l'engagement de la personne. Elle s'assure ainsi que la personne transférée continue de recevoir les services appropriés sans subir de rupture de services.

Éléments Cliniques pour un bon transfert

- Planifier une **période de transition** entre les deux équipes cliniques durant le transfert. Une période de transition graduelle permet d'**optimiser l'adhésion du jeune et de sa famille à la nouvelle offre de service, et créer un lien et se familiariser avec la nouvelle équipe.**
- Préparer une documentation **complète à destination de la nouvelle équipe** comprenant le Plan d'Intervention à jour, un résumé de dossier (incluant les essais pharmacologiques, leur(s) réponse(s) et les effets secondaires ressentis), les signes avant-coureurs ou plan de rechute et les facteurs de risques (suicidaire, hétéro-agressif).
- Planifier au minimum, une **rencontre de transfert** (peut varier selon les besoins du jeune) avec la nouvelle et l'ancienne équipe (intervenant et/ou psychiatre)

Processus de transfert

Objectif: s'assurer que tous les acteurs impliqués dans le transfert comprennent leur rôle.

Devrait inclure

1) Accompagnement dans le transfert:

Un plan d'intervention qui inclue la période de transfert.

Au moment approprié :

- aborder le transfert et développer cet élément dans les derniers mois du suivi. (au minimum 3 mois avant la date de transfert prévue, idéalement 6)
- Accompagner le patient au premier RDV et faire le suivi pour s'assurer du confort et de la confiance vis-à-vis de la nouvelle équipe.

2) Documentation résumée pour le transfert:

- une histoire de la présentation du jeune : état actuel, symptômes et traitements (y compris tout médicament qui n'était pas efficace ou arrêté en raison d'effets secondaires)
- un aperçu des progrès du jeune depuis son admission au PIPEP
- toutes autres notes médicales, professionnelles, consultations ou investigations importantes pour la suite du suivi



- 1 Lettre de demande de transfert signée et datée
- 2 Identification et contexte (modèle, ou selon préférence)
- 3 Tableau clinique incluant : à l'admission et actuel
- 4 Consommation antérieures et actuelles
- 5 Pharmacologie, prescriptions, antérieures et actuelles
- 6 Situation psychosociale antérieure et actuelle
- 7 Situation légale antérieure et actuelle
- 8 Plan de prévention des rechutes
- 9 Auto-évaluation des besoins et de l'autonomie du patient

Nous remercions les cliniques de Granby, JAP et PEPP pour leur partage qui ont inspirés la création de cet outil.



PLAN DE TRANSFERT

Date : 2021/09/22

HISTORIQUE PHARMACEUTIQUE

Rx/Dose	Réponse Thérapeutique	Effet secondaire	Raison de l'arrêt	Date/Durée	Observance
	Choisissez un élément.	Autre (préciser dans observations)			Choisissez un élément.
	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.			Choisissez un élément.
	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.			Choisissez un élément.
	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.			Choisissez un élément.
	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.			Choisissez un élément.

Observations/Précisions :

[]

RX ACTUELLE(S)

Rx/Dose	Réponse Thérapeutique	Effet secondaire	Date/Durée	Observance
	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.
	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.
	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.
	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.

Observations/Précisions :

[]

Autocritique	Collaboration	Attitude
Assiduité RDV Médicaux	[]	[]
Assiduité RDV Infirmiers	[]	[]

PLAN DE TRANSFERT

Date : 2021/09/22

CONSOMMATION

	Consommation Antérieure	Consommation actuelle	Souhaite
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choisissez un élément.
Amphétamines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choisissez un élément.
Métamphétamines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choisissez un élément.
Cocaine/ Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choisissez un élément.
Opiacés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choisissez un élément.
ROH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choisissez un élément.
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choisissez un élément.

Comportement à risque

Consommation M	<input type="checkbox"/>
Risque ITSS	<input type="checkbox"/>

PLAN DE TRANSFERT

Date : 2021/09/22

SITUATION LEGALE

	OUI/NON	Date de début	Date de début	Durée	Observation/ Commentaires
Antécédents judiciaires	<input type="checkbox"/>				[]
TAQ	<input type="checkbox"/>	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	[]	[]
Régime de protection	<input type="checkbox"/>	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	[]	[]
Ordonnance de traitement	<input type="checkbox"/>	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	[]	[]
Ordonnance d'hébergement	<input type="checkbox"/>	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	[]	[]

SITUATION PSYCHOSOCIALE

	ANTÉRIEURE(S)			ACTUELLE	
	AVANT COMMENCEMENT	A COMMENCEMENT	DE COURS DE SUITE	OCCUPATION	
OCCUPATION Type	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	Domaine	Choisissez un élément.
Durée				Depuis le :	Choisissez un élément.
Type(s) d'hébergements durant le suivi	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	MILIEU DE VIE ACTUEL	Choisissez un élément.
SITUATION RELATIONNELLE	Choisissez un élément.			SITUATION RELATIONNELLE	Choisissez un élément.
Nom de la personne Ressourcée	Dev être	révisé		Numéro de la personne ressource	

Projet de vie (étude, emploi projet, projet hébergement, vie sociale et amoureuse et loisir si pertinent) :

[]

Recommandations de l'équipe soignante, thèmes à aborder, démarches :

[]



QUESTIONS ?