

SITUATIONS BLOQUANTES AU SEIN DES SITES HOSPITALIERS DE PSYCHIATRIE ADULTE

Membres du GT :	Romaine David Inf. de liaison hébergement Nant, Frédéric Schmutz coordinateur AS DP, Virginie Moritz CMLH Cery, Nathalie Bandi RUS SPANO ouest, Sarah Winteregg RUS SPANO nord, Nourredine Rar resp. gestion du flux des patients, Colette Held-Speiser et Valérie Bugnon - CCICp.
Animatrice du GT :	Valérie Dénériaz resp. CCICp
Destinataires :	Directions médicales et directions des soins du Département de psychiatrie adulte (DP CHUV), Direction médicale et direction des soins de la Fondation de Nant, Commission partenariale de la CCICp, Bureau de l'Observatoire de psychiatrie (AVOP, HévivA, FEDEREMS), Anouchka Roman resp. PPAD/DGCS
Copie :	Directions de la DGCS et de la DGS/OMC
Date :	11 juin 2021

Concerne : bilan 2020 du GT situations bloquantes

Ce bilan fait suite à :

- La note du 27 septembre 2019 adressée aux membres de la Commission partenariale de la CCICp et présentant un rapport intermédiaire du GT situations bloquantes.
- Le bilan daté du 26 février 2020 présentant les constats et analyse des situations traitées en 2019 (N=119).

Les membres de ce GT se sont réunis régulièrement en 2020 mais moins qu'en 2019 en raison de la crise sanitaire.

Les mêmes tableaux de données ont été complétés concernant ces situations de patients dont le projet de recherche d'un lieu de vie peine à se concrétiser.

Les données récoltées sont :

1. *Le statut des demandes, c'est-à-dire si la demande est active, aboutie ou retirée ;*
2. *Des informations sur le patient : nom, sexe, diagnostic psychiatrique, mesures légales ;*
3. *Les facteurs bloquants identifiés ;*
4. *Le type d'établissement recherché et le nom de l'EPSM qui a admis le patient,*
5. *La durée du processus et son issue.*

Si les données 2019 avaient été traitées de manière plutôt quantitative afin de mettre en exergue les leviers d'actions et les pistes utilisées pour trouver des solutions, les membres du GT ont décidé d'avoir une approche plus qualitative avec les données de 2020.

Concrètement, il a été demandé à chaque représentant d'un site hospitalier de choisir une situation emblématique et de la présenter au groupe.

GT situations bloquantes

1) Demandes 2020

Avant de présenter l'analyse des situations emblématiques, citons tout de même quelques chiffres pour 2020.

Par rapport à 2019, un peu moins de situations ont été identifiées durant l'année :

2019	119
2020	90

Parmi ces 90 demandes, on distingue 3 types de statut :

- **Actif** : celles qui sont encore en cours à la fin de l'année 2020 ;
- **Abouti** : celles qui ont abouti à une admission dans un établissement d'hébergement (+ quelques situations en appartement supervisé) ;
- **Retiré** : celles pour qui le processus a été interrompu.

Statut	SPO	Nant	SPC	SPN	TOTAL	
actif	1	5	4	1	11	12.22%
abouti	16	9	19	7	51	56.67%
retiré	13	5	6	4	28	31.11%
	30	19	29	12	90	

Le nombre de demandes abouties en 2020 est au prorata quasi identique à 2019. La durée médiane d'aboutissement de ces 51 demandes est de **168 jours** (147 jours en 2019).

2019	68	57.14%
2020	51	56.67%

Par contre, un plus grand nombre de demandes ont été *retirées* en cours de processus (près d'1/3) :

2019	21	17.75%
2020	28	31.11%

Parmi ces 28 demandes dites *retirées*, certaines ont eu une autre issue qu'une admission en EPSM :

- un retour à domicile avec un suivi obligatoire ou non (N=12),
- une admission dans une autre filière que psychiatrique : ESE addiction ou handicap (N=4),
- une clôture de la demande en raison du refus de la personne avec le projet (avec ou sans fugue, N=8),
- d'autres raisons (réhospitalisation, prison, problème de permis ou décès, n=4).

2) Analyse des situations emblématiques choisies pour 2020

Après la présentation de chacune des situations, le groupe les a analysées en mettant en évidence :

- a) Les difficultés rencontrées pour ces projets d'hébergement
- b) Les ressources ou moyens utilisés

a) Les difficultés

Au niveau organisationnel

- Difficultés de coordination au sein du réseau autour du projet de la personne ;
- Processus ralenti par l'attente d'investigations complémentaires (bilan neurocognitif) ;
- Temps de recours lié aux décisions de la justice de Paix ;
- Rencontre hebdomadaire des patients en lit C 1x semaine.
- Utilisation complexe du logiciel Soarian pour la retranscription des informations dans le DMST ;
- Tournus des médecins assistants et difficulté de disposer d'un DMT;
- Processus d'admission dans certains EPSM (par ex. visites de préadmission et journées d'observation vécues de manière anxiogène pour le patient)

Au niveau du patient / projet

- Renoncement au projet de la part du patient et/ou de l'EPSM ;
- Délai d'attente dans les demandes de levées/maintien du PLFA ;
- Hospitalisme de certains patients (contexte sécurisant de l'hôpital) ;
- Refus du patient d'intégrer un EPSM en mode volontaire ;
- Anosognosie du patient qui refuse les tests et autres examens ;
- Refus de l'accompagnement socio-éducatif proposé par l'EPSM ;
- Intolérance à la frustration et risque de passage à l'acte ;
- Difficulté à s'engager dans un suivi médical.

Au niveau du réseau d'hébergement

- Profil complexe de certains patients, ainsi que leurs besoins en termes d'accompagnement ne correspondent pas aux prestations qu'offrent les EPSM et leurs diverses missions. Ce sont parfois des personnes relevant d'un double diagnostic et souffrant de comorbidités (handicap/psychiatrie, addiction/psychiatrie, etc.) ;
- Absence d'activité du patient est un frein en raison des critères des EPSM à mission de réhabilitation ;
- Parcours institutionnel de certains patients peut induire un refus d'entrée en matière des établissements ;
- Porte d'entrée unique pour des EPSM faisant partie du même groupe ;
- Manque de places dans les EPSM avec une mission de réduction des risques et engagement reste une difficulté majeure. Pour ces EPSM, le manque de possibilité de décharge ou de transfert pour certaines situations complexes fait que l'EPSM arrive au bout de son accompagnement et n'a que peu de perspectives pour soulager les intervenants ou la personne concernée.

b) Les ressources ou moyens

Au niveau de l'organisation

- Malgré les pressions financières pour diminuer les durées de séjour, les membres du GT relèvent une fois encore l'importance du travail hospitalier. De manière générale, il est constaté qu'aujourd'hui on demande aux équipes hospitalières de régler la crise et la stabilité psychique du patient au détriment du travail sur les attitudes, du lien thérapeutique et d'un projet ;
- Dans ces situations complexes, il est important de pouvoir s'appuyer sur une collaboration entre le milieu somatique et la psychiatrie afin de prendre le temps de bien évaluer un patient (bilan neuropsychologique, ergothérapie, social, IRM, MOCA, adaptation du traitement, etc.) ;
- Certains projets nécessitent un accord entre les sites hospitaliers afin que l'hôpital de départ reste en référence pour le suivi même si l'EPSM se situe en dehors de son secteur régional. Ces accords sont favorables à condition que ce soient les mêmes collaborateurs (cadre, méd. assistants, directeur) ;
- Comme relevé à nouveau dans d'autres rapports, certains patients ont besoin d'un accompagnement dans la transition (CMLH à Cery ou autre organisation) afin de maintenir le lien thérapeutique avec les collaborateurs de l'hôpital en attendant qu'ils puissent en créer de nouveaux au sein de la structure ;
- Dans certains cas, il est relevé l'importance pour l'équipe hospitalière et de l'hébergement de bénéficier d'une supervision afin de travailler sur le lien avec le patient (attachement ou rejet).

Au niveau du patient / projet

- Afin d'associer le patient dans la construction du projet, la rédaction d'un plan de crise conjoint (PCC) peut être un atout ;
- Le recours aux proches aidants et représentant thérapeutique dans l'élaboration du projet ;
- La rédaction d'un DMST explicite en ce qui concerne les besoins en matière d'accompagnement favorise l'entrée en matière des EPSM ;
- Une demande auprès de la DGCS d'un complément financier pour cas de rigueur ou d'un supplément soins d'entrée facilite dans certaines situations l'admission de patients qui nécessitent un renfort dans la dotation de l'EPSM;
- Dans certaines situations particulièrement complexes, les admissions peuvent aussi être facilitées par un accord écrit entre l'hôpital et l'EPSM fixant les conditions d'une hospitalisation de décharge et/ou de réhospitalisation facilitée (par ex. documents attitude particulière à Cery ou cadre de soins hospitalier au CPNVD).

Au niveau du réseau d'hébergement

- Le réseau d'hébergement a le choix de l'accueil du résident. Certains EPSM s'engagent particulièrement pour des situations complexes et adaptent leur procédure d'admission ;
- D'autres adaptent leur organisation aux besoins des personnes ritualisées ;
- Pour certains patients, une intégration progressive favorise leur adaptation ;

GT situations bloquantes

- Dans certaines situations, il est judicieux de se rencontrer entre professionnels (déjà et futurs impliqués) en préparation de la 1ère rencontre avec le patient. Cette étape, impliquant l'ensemble de l'équipe thérapeutique hospitalière avec le partenaire EPSM, favorise un échange plus riche qui permet :
 - de vérifier l'orientation, lorsqu'il s'agit de préserver un patient qui, par exemple, cumulerait les refus ou les processus avortés,
 - et/ou compléter et redonner du sens à un travail hospitalier en difficulté,
 - et/ou favoriser un bon partenariat dès le début du processus ce qui consolide la suite et favorise la pérennité d'un placement.

Ces rencontres contribuent à rappeler à chaque partenaire leur mission commune et c'est une façon de prendre soin de l'autre entre partenaires.

3) Mesures en cours et abouties

Afin de soutenir l'évolution du réseau afin qu'il puisse répondre aux besoins de ces situations bloquantes, le PPAD et la CCICp ont mis en place des mesures abouties ou en cours comme :

- Un encouragement pour certains EPSM à simplifier leurs procédures d'admission et à adapter leurs critères d'admission ;
- La possibilité pour les structures d'annoncer dans la Brioche psy les disponibilités dans leurs logements supervisés afin de faciliter ce type de recherche sans devoir transiter nécessairement par un EPSM ;
- Un accès à la plateforme Brioche psy pour les équipes ambulatoires de psychiatrie et addictions afin de préparer le projet en amont ;
- Un GT en 2021 avec des directions d'ESE et d'EPSM avec une mission de réduction des risques ;
- Un renforcement des coordinations entre les dispositifs d'orientation (BRIOs, DCISH, DCISA et CCICp) afin de répondre aux situations de comorbidités;
- Une analyse des besoins cantonaux en matière d'hébergement de personnes âgées avec un trouble psychiatrique (autre que démences) et/ou des problèmes liés à la consommation;
- Un mode d'emploi du DMST en psychiatrie est sur le point d'être diffusé.

GT situations bloquantes

4) Conclusion

Dans la conclusion du bilan 2019 de ce même GT, certaines pistes avaient été évoquées.

De manière générale, il était relevé l'importance de mener une réflexion globale sur l'adaptation aux demandes actuelles de toute l'offre en hébergement. Les besoins de la population souffrant de troubles psychiques en matière d'hébergement ont évolué et c'est aux professionnels de s'adapter.

Selon les membres du GT, il faudrait agir à deux niveaux :

- a) Au niveau du réseau cantonal : comme le mentionne la conclusion du rapport d'activité 2020 de la CCICp, il est temps de mettre à disposition des partenaires la possibilité de faire appel à une **plateforme cantonale situations complexes**. Cette plateforme se veut complémentaire aux groupes régionaux existants au sein du RSNB et du RSHL. Elle aura pour but de fédérer des représentants du monde hospitalier, de l'ambulatoire et de l'hébergement autour de situations pour lesquelles le réseau n'arrive pas à trouver de réponse adéquate. Cela pourra être des personnes hospitalisées (bloquantes-bloquées) mais aussi des personnes résidant en EPSM ou à domicile.
- b) Au niveau des sites hospitaliers, les membres du GT souhaitent la mise en place d'une **commission** dans chaque site garante de la décision concertée du placement des situations bloquantes. Cette commission devrait être constituée d'un chef de service et du service placeur puis selon les situations de la Justice de Paix, du représentant légal, etc.

Afin de présenter plus en détails les constats du GT et ses propositions, des contacts seront pris au sein de chaque site hospitalier mais aussi auprès des faitières des EPSM.

Un important travail reste à faire et c'est grâce à l'implication de chaque partenaire que le réseau psychiatrique arrivera à répondre aux besoins de cette population vulnérable et complexe, qui nous oblige à mettre en place des outils de partenariat et à réviser certaines de nos pratiques.

La recherche d'une solution pour ces situations bloquantes devrait inclure une juste répartition des contraintes entre les différents acteurs, autrement dit, de quelle manière partager les risques y compris avec le patient.