

SITUATIONS BLOQUANTES AU SEIN DES SITES HOSPITALIERS DE PSYCHIATRIE ADULTE

Expéditeurs : Responsables chargés de l'orientation dans les 4 sites hospitaliers (DP et Nant), responsable de la gestion du flux des patients DP-FDN-La Métairie, CCICp

Destinataires : Directions hospitalières de psychiatrie adulte, membres de la Commission partenariale de la CCICp, Responsable PPAD/DGCS

Copie : Direction de la DGCS/DIRHEB, DGS/OMC

Date : 26 février 2020

Concerne : bilan 2019 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.

Rappelons que l'objectif de ce GT mis en place au début 2019 est de recenser toutes les situations de patients dont le projet d'hébergement peine à se concrétiser.

Ce bilan a pour objectif de présenter les constats et analyses concernant toutes les situations identifiées en 2019 (N=119).

Afin d'avoir une vision à la fois exhaustive et précise de ces situations bloquantes, la CCICp a invité à ce GT les personnes responsables de l'orientation en psychiatrie adulte dans les 4 sites hospitaliers ainsi que le responsable de la gestion du flux des patients sur les 4 secteurs. Ce groupe s'est réuni à 9 reprises entre février et décembre 2019.

Les membres du GT ont décidé de distinguer :

- Les **situations bloquantes** correspondent à des patients «*ne nécessitant plus de soins aigus à l'hôpital. Du point de vue médical, ils sont sortants*».
- Les **situations bloquées** sont des patients pour qui un EPSM a donné son accord pour une admission mais ne dispose pas de place pour l'instant (ou seulement une chambre double incompatible avec les besoins du patient).

Sur la base de l'outil Brioches psy, la CCICp s'est chargée lors de chaque séance de mettre à jour un **tableau commun** avec l'ensemble des dossiers de patients identifiés. A noter que pour le site de Cery, il a été décidé en cours d'année de distinguer les situations des patients hospitalisés dans l'unité des Roseaux du reste de l'hôpital.

Lors de ces rencontres, un passage en revue des nouvelles situations était l'occasion d'échanges entre les participants sur les situations ou sur une thématique touchant au domaine.

En fait les données recensées ont été réparties dans 4 tableaux évolutifs :

Les demandes actives, les demandes abouties, les demandes retirées et un dernier tableau établi en fin d'année avec l'ensemble des demandes 2019 (en annexe).

Les données récoltées dans ces tableaux 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.*

Ce rapport va donc présenter une analyse de toutes ces données puis conclura avec

6. *Les leviers d'action utilisés ;*
7. *Une conclusion avec des propositions d'amélioration.*

1. Statut des demandes

Comme mentionné, l'identification de ces patients dits *situation bloquante/bloquée* a débuté au début de l'année 2019 à l'aide d'un signet permettant de les recenser facilement dans la Brioche psy.

A fin 2019, on recense **119** demandes.

Parmi celles-ci, on distingue 3 types de statut :

- **Actif** : celles qui sont encore en cours à la fin de l'année 2019 ;
- **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 | Roseaux | SPN | | |
|---------------|-----|------|-----|---------|-----|------------|--------|
| actif | 8 | 6 | 4 | 9 | 3 | 30 | 25.21% |
| abouti | 17 | 15 | 19 | 6 | 11 | 68 | 57.14% |
| retiré | 5 | 3 | 7 | 1 | 5 | 21 | 17.65% |
| | 30 | 24 | 30 | 15 | 19 | 119 | |

On constate que plus de la moitié des demandes ont **abouti** : N=68 / 57.14%. Cela permet d'affirmer qu'un travail considérable est effectué par les services chargés de l'orientation en collaboration avec les EPSM pour trouver une solution d'hébergement pour ces patients.

Parmi les 30 demandes encore **actives**, le tiers d'entre elles (11) sont ouvertes depuis plus de 6 mois (1^{er} semestre 2019). Parmi ces 11 demandes, 3 sont des situations *bloquées* et non *bloquantes* c'est-à-dire que l'EPSM a donné son accord mais ne dispose pas de place actuellement ou seulement dans une chambre double (Soleil Levant, Champ-Fleuri, Colombière). Pour d'autres, le projet est réorienté vers un appartement supervisé (Rôtillon) ou un ESE addiction. Enfin pour d'autres une demande de levée de Plafa est en cours.

Un certain nombre de demandes (21 – 17.75%) ont été **retirées** pour différentes raisons :

| | |
|---|---|
| Fugue | 7 |
| Décompensation | 7 |
| Retour à domicile | 3 |
| Divers (transfert dans un autre site, décès, rue) | 4 |

Ce pourcentage de 17.75% de demandes retirées est légèrement inférieur au pourcentage de demandes retirées pour l'ensemble des demandes traitées par la CCICp en 2019 (151 demandes retirées sur 633 – 23.85%).

2. Informations sur les patients

A première vue la population concernée semble assez hétérogène :

- Sexe : on compte 53 femmes et 65 hommes. L'âge n'a pas été recensé mais cela sera fait dès 2020 ;
- Mesures : la majorité des patients sont sous PLAFa civil ce qui inévitablement amène certains blocages. Cette information a été rajoutée en cours d'année mais à nouveau sera indiquée systématiquement en 2020 ;
- NB personnes : ces 119 demandes concernent 108 patients puisque pour 11 d'entre eux la 1^{ère} demande a été retirée avant d'ouvrir une seconde demande en 2019 ;
- Diagnostic psychiatrique : ces diagnostics ont été relevés sur la base des documents médicaux de transmission utilisés dans le cadre du projet d'hébergement. Seul le diagnostic principal a été retenu :

Cela confirme bien l'hétérogénéité des patients et correspond sans doute au type de diagnostic psychiatrique le plus souvent présent parmi les personnes hospitalisées avec un projet d'hébergement.

| | | |
|-----------------------------|-----------|--------|
| Trouble psychotique | 46 | 38.66% |
| Trouble lié à une addiction | 23 | 19.33% |
| Trouble schizoaffectif | 17 | 14.29% |
| Trouble de la personnalité | 17 | 14.29% |
| Trouble de l'humeur | 10 | 8.40% |
| Déficience intellectuelle | 6 | 5.04% |

Il n'en reste pas moins que les troubles liés à **l'addiction** sont très présents. Ce type de trouble fait partie des facteurs bloquants identifiés les plus fréquents (cf. page suivante).

Concernant les patients souffrant de déficience intellectuelle (6), il faut rajouter 2 autres patients à Cery et Prangins en attente d'un placement dans un établissement socio-éducatif du handicap et donc suivis exclusivement par le **DCISH**.

3. Facteurs bloquants

La mission principale que s'est donnée le GT est d'identifier les facteurs pour lesquels certains patients peinent à aboutir vers un lieu d'hébergement, autrement dit les facteurs bloquants.

Les membres du GT ont identifié pour chaque patient les principaux facteurs :

- Comme mentionné en page précédente, les problèmes d'**addiction** sont le plus souvent cités (23.65%). Le manque de places en EPSM de réduction des risques est le principal frein (cf. page suivante).
- Puis l'**instabilité clinique** (17.82%) qui, de manière logique, empêche le projet de se construire. Là c'est sans doute l'obligation pour les hôpitaux de réduire la durée des séjours qui se heurte à la fragilité de certains patients pour qui la résolution de la crise reste fragile.
- C'est principalement l'**hétéro-agressivité** (14.94% et non l'auto) qui est la plus présente chez ses patients. Certains passages à l'acte et autres menaces inquiètent les EPSM qui ne disposent pas des mêmes moyens pour assurer la sécurité au sein de l'établissement.

| | | |
|-----------------------------|----|--------|
| Addiction | 41 | 23.56% |
| Instabilité clinique | 31 | 17.82% |
| Auto hétéro agressivité | 26 | 14.94% |
| Non compliance | 26 | 14.94% |
| Comorbidité somatique | 13 | 7.47% |
| Autre | 9 | 5.17% |
| En attente réponse JDP | 8 | 4.60% |
| Déficience intellectuelle | 6 | 3.45% |
| En attente autre dispositif | 6 | 3.45% |
| En attente place | 6 | 3.45% |
| En attente réponse admin | 2 | 1.15% |

La **non compliance** du patient (ou non adhésion au projet - 14.94%) est souvent présente d'où l'importance du travail hospitalier, autrement dit la manière dont l'ensemble de l'équipe médico-infirmière et le service social soutient d'une même voix le projet du patient. La non compliance est aussi parfois en lien avec un PLAFa civil qui oblige les professionnels à faire accepter un placement que refuse la personne concernée. Parmi ces situations, certains ont demandé une levée de la mesure (**en attente d'une réponse de la Justice de Paix** – 4.60%).

La **comorbidité somatique** (7.47%) est aussi un frein. Le réseau d'hébergement psychiatrique dispose d'un nombre insuffisant d'EPSM sans barrière architecturale- Il manque également des structures disposant d'un effectif en personnel soignant suffisant pour assurer les soins somatiques à ce type de résidents. Néanmoins, 8 patients sur les 13 recensés ont pu être admis dans un établissement d'hébergement.

Parmi les 6 patients identifiés avec une **déficience intellectuelle** (3.45%), 2 ont été admis en EPSM, 2 en ESE Handicap et 2 sont des demandes encore actives. La CCICp est en train de renforcer sa collaboration avec le DCISH et le SPDM afin d'améliorer l'orientation de ces personnes.

Le facteur bloquant **en attente autre dispositif** concerne 3 dispositifs : DCISH (3), DCISA (1) et BRIO (2). Ces 6 situations ont abouti à une admission à l'exception d'une demande qui a été retirée (fugue).

Parmi les 6 situations **en attente de place**, 5 ont finalement abouti et la dernière attend une chambre individuelle.

Les 2 situations **en attente d'une réponse administrative** concernaient l'attente du renouvellement du permis de séjour ; les 2 personnes ont pu finalement être admises en EPSM.

4. Type d'établissement et admissions

En 2019, le réseau d'hébergement compte 42 établissements pour 918 places qui se répartissent en 4 missions.

| Mission : | NB d'établ. | NB de places réseau |
|-------------------|-------------|---------------------|
| Base | 2 | 63 |
| Maintien Réhab | 27 | 597 |
| Réduction risques | 6 | 151 |
| Insertion | 7 | 107 |
| | 42 | 918 |

Parmi les 119 demandes, la mission recherchée de maintien des acquis et réhabilitation est la plus souvent mentionnée (N=68) ce qui est logique puisque ce sont les établissements de cette mission qui sont les plus nombreux (N=27).

La mission de Réduction des risques et engagement est sur-représentée dans le type de recherche (N=36) par rapport au nombre d'EPSM réel (N=6)

| Mission : | Nb de demandes | pourcentage |
|-------------------|----------------|-------------|
| Base | 4 | 3.36% |
| Maintien Réhab | 68 | 57.14% |
| Réduction risques | 36 | 30.25% |
| Insertion | 4 | 3.36% |
| Appart. superv. | 7 | 5.88% |
| | 119 | |

Lorsqu'on examine les **68 demandes abouties**, on constate que 60% (N=41) des demandes aboutissent dans la mission recherchée au départ et donc 40% sont admis dans d'autres types de structures.

Par exemple, parmi les 36 demandes pour un EPSM de réduction des risques, 20 ont abouti à une admission mais seulement 10 dans ce type d'établissement. Les autres ont été admises dans un EPSM de maintien des acquis et réhabilitation, en ESE addiction et dans un établissement hors canton.

Concernant les 68 demandes pour un EPSM de maintien des acquis et réhabilitation, 39 ont abouti mais 24 dans ce type d'établissement.

| Mission : | NB de demandes abouties | NB de demandes dans mission de départ |
|-------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| Base | 1 | 1 |
| Maintien Réhab | 39 | 24 |
| Réduction risques | 20 | 10 |
| Insertion | 3 | 1 |
| Appart. superv. | 3 | 3 |
| EMS | 2 | 2 |
| | 68 | 41 |

Type d'établissement :

Il est aussi intéressant de remarquer le nombre d'admissions au total par type d'établissement sans tenir compte de la demande de départ :

- Les EPSM ont accueilli 50 résidents sur 68.
- A nouveau avec une sur-représentation des EPSM avec une mission de réduction des risques (16) par rapport au nombre total d'EPSM.
- Les autres personnes ont été admises dans des EMS, des ESE ou en appartement supervisé. Au total, 18 admissions sur 68 (26.47%)

| Mission : | NB d'admissions | pourcentage |
|-------------------|-----------------|-------------|
| Base | 1 | 1.47% |
| Maintien Réhab | 31 | 45.59% |
| Réduction risques | 16 | 23.53% |
| Insertion | 2 | 2.94% |
| Appart. superv. | 6 | 8.82% |
| EMS | 5 | 7.35% |
| ESE addictions | 4 | 5.88% |
| ESE handicap | 2 | 2.94% |
| Hors canton | 1 | 1.47% |
| | 68 | |

} 50

Nombre d'établissement :

Ces 68 personnes ont été admises au sein de 36 établissements différents :

- **25 EPSM** : près de la moitié d'entre eux (12) ont admis une seule personne. Les établissements qui ont fait le plus d'admissions sont dans la mission de réduction des risques :
 - o Résidence : 5 admissions (9 places annoncées au total)
 - o Rôtillon : 5 (8 places annoncées)
 - o Champ Fleuri : 4 (6 places annoncées)
- **11 autres structures** : appartement supervisé, EMS, ESE addictions et handicap et un établissement hors canton.

| NB d'EPSM | NB d'admissions |
|-----------|-----------------|
| 12 | 1 |
| 6 | 2 |
| 3 | 3 |
| 2 | 4 |
| 2 | 5 |
| 25 | |

En 2020, il est prévu de pouvoir mieux suivre les trajectoires des patients et ainsi pouvoir vérifier si ces admissions sont pérennes ou non.

5. Durée du processus et Issue

Ces situations complexes et donc bloquantes nécessitent souvent un travail hospitalier conséquent. Cela explique la durée moyenne du processus depuis le début du projet jusqu'à l'admission de la personne.

La durée générale en jours pour les 68 demandes qui ont abouti est d'environ **5 mois** : 159 jours (médiane 147 jours).

moyenne

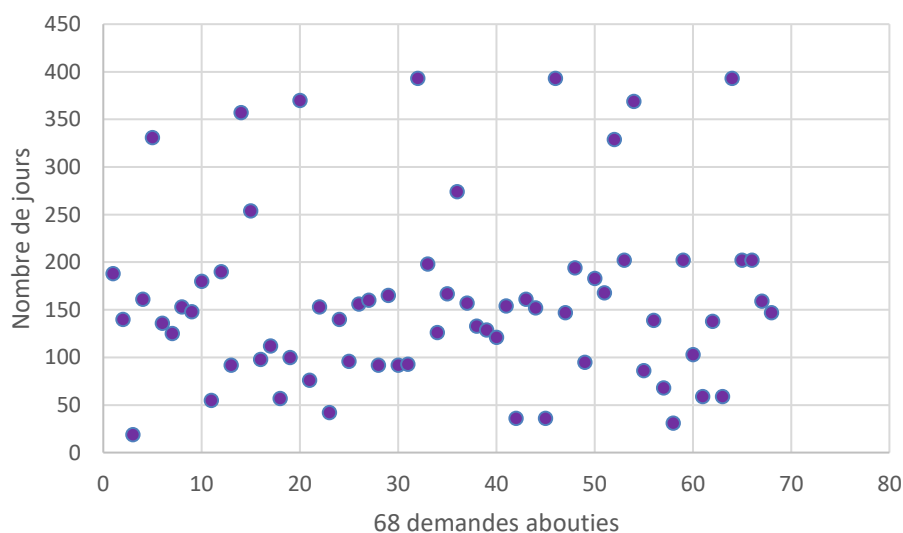
159.35

médiane

147.5

Les durées sont très variables. Elles se situent entre 19 et 393 jours.

Parmi les 68 demandes abouties, 8 ont dépassé les 300 jours et 9 sont inférieures à 60 jours.



A préciser que la date d'ouverture de la demande dans la Brioche psy ne correspond pas toujours au début du processus d'orientation.

En 2020, il est prévu de distinguer la date d'ouverture de la demande de celle où le patient est réellement capable de commencer le projet de sortie qui serait la date de début du processus. Une autre date à relever serait celle de l'envoi du dossier aux établissements choisis.

Une des particularités de ce type de situations est la multiplicité des intervenants, ce qui freine passablement le processus tant il est difficile parfois de réunir l'ensemble des personnes concernées pour un réseau par ex..

Des changements sont en cours au sein de certains sites hospitaliers afin de faciliter cette organisation et ainsi réduire la durée de séjour.

6. Leviers d'action

Outre l'identification des facteurs bloquants, l'objectif de ce GT est de pouvoir mettre en évidence certains leviers d'action ou moyens facilitateurs à la concrétisation du projet d'hébergement. Ci-dessous une liste non exhaustive de moyens utilisés dans ces situations bloquantes ou à utiliser de manière plus systématique :

- **L'implication des médecins cadres** est indispensable dans les situations complexes qui nécessitent la mise en place de mesures spécifiques. Ces aménagements requièrent un pouvoir décisionnel notamment pour des attitudes particulières qui engagent l'hôpital ou l'intervention d'un tiers de Justice . Un double regard apporté par un médecin qui n'est pas dans la prise en charge peut s'avérer déterminant pour débloquer une situation, pour autant que les compétences et les responsabilités de chaque professionnel soit respectées.
- Outre le soutien des cadres, il s'agit également qu'au sein de l'équipe, le projet du patient soit construit avec lui de manière cohérente et concertée. Cela en respectant les **responsabilités et les compétences** de chaque professionnel. Par exemple, la connaissance du réseau d'hébergement relève du service social (ou de l'IDL de Nant) ;
- **La coordination avec les différents intervenants** (réseau primaire et secondaire) est certes parfois difficile à réaliser mais permet de maintenir une cohérence dans le discours de chacun autour du projet ;
- Dans certains cas, des mesures particulières peuvent être envisagées comme le recours à un **complément financier** (supplément soins d'entrée et complément cas de rigueur) qui facilite l'admission au sein d'un EPSM ;
- De plus en plus souvent, l'élaboration d'un **plan de crise conjoint** (PCC) établi avec le patient, l'hôpital et l'EPSM qui va l'accueillir permet d'établir les mesures à prendre en cas de crise. Les comportements hétéro agressifs et la non compliance sont des caractéristiques de cette population. Elaborer un PCC qui prend en compte la parole du patient et fixe les décisions à prendre en cas de crise permet au moins d'anticiper la réflexion et de proposer un contrat avec un partage des risques et des responsabilités.
- Une des mesures peut aussi être une réhospitalisation facilitée et donc la signature d'une **convention de réadmission** ;
- Le **recours à la CCICp** dans le cas de ces situations particulières pourrait être plus fréquent. Les échanges au sein de ce GT ont démontré l'intérêt de partager entre professionnels.
- Pour les problèmes d'addiction, un renforcement des **collaborations entre les dispositifs** DCISA et CCICp est en cours. De plus, le rapprochement des établissements de l'addiction et des EPSM au sein d'une seule et même filière devra être l'occasion de réfléchir à un ajustement de ces établissements aux besoins actuels de la population.

Il n'en reste pas moins que certains facteurs bloquants ne dépendent pas toujours de la volonté des intervenants. On peut citer l'instabilité clinique sur laquelle on peut le moins agir. Certains patients ont besoin de plus de temps que la durée de séjour fixée par les nouvelles règles administratives et financières.

7. Conclusion

Comme on le constate, l'orientation de ces personnes au sein du réseau d'hébergement de psychiatrie est difficile mais pas irréalisable.

Les établissements d'hébergement désormais réunis au sein d'une seule et même filière s'efforcent de répondre aux besoins d'une population souffrant de troubles psychiques de plus en plus complexes. De leur côté, les hôpitaux doivent répondre à des pressions financières mais aussi à une demande accrue de soins aigus qui les obligent à diminuer les durées de séjour.

Aujourd'hui les enjeux sont multiples et parfois contradictoires. C'est pourquoi, chaque partenaire est concerné par la nécessité de faire évoluer ses pratiques :

- La DGCS et la DGS doivent soutenir la mise en place de la filière de psychiatrie par le PPAD afin de garantir à toute la population vaudoise l'accès à un hébergement adapté dans chaque région mais aussi la possibilité d'avoir recours à un suivi ambulatoire et/ou à une équipe mobile ;
- L'augmentation du nombre de personnes présentant des comorbidités telles que la déficience intellectuelle, l'addiction, les besoins en soins somatiques, etc. doivent induire une réflexion globale sur l'adaptation aux demandes actuelles de toute l'offre en hébergement ;
- Il s'agit aussi de développer des solutions alternatives à l'hébergement comme des structures de transition et des accueils bas seuil pour des personnes réfractaires à la vie en collectivité ;
- Dans certains EPSM, les procédures d'admission ne sont pas adaptées à un type de population. Les exigences en termes de journée d'essai ou de formulaire d'admission à remplir empêchent dans certains cas les démarches d'aboutir ;
- Bien que plusieurs EPSM aient révisé leurs critères d'admission, le seuil reste encore trop haut pour certains patients. Désormais, certains patients autrefois orientés vers un hébergement peuvent accéder directement à un logement supervisé ou non. En conséquence, les personnes avec un projet d'hébergement sont des personnes plus vulnérables et/ou instables ;
- La volonté de la filière de mettre en place le modèle du rétablissement qui prône, entre autres l'autodétermination de la personne, se heurte à l'augmentation du nombre de placement à des fins d'assistance (PLAFA). Cette mesure de protection qui permet de placer ou de retenir une personne, contre sa volonté, dans une institution n'est pas toujours une solution appropriée. Une proposition concrète serait d'obtenir de la JDP la levée de certaines mesures dans des délais raisonnables (48h-72h) en cas d'engorgement critique. Cela sous-entend un contact direct entre la JDP et le corps médical afin de mettre en place des règles qui fixent un partage des responsabilités.
- La question de la collaboration avec l'OCTP reste encore trop souvent préoccupante. Des séances de régulation au sein des différents groupes régionaux pourraient être l'occasion pour clarifier les rôles et compétences de chacun.

Comme constaté, certains EPSM font des admissions même si elles comportent un certain risque. Ils le font souvent parce que l'hôpital s'engage à assumer sa propre part de risque. Dans ces situations, il s'agit de faire un réel travail en réseau dont le fondement est le **principe du risque partagé**.

La question est alors de savoir comment convaincre chaque partenaire d'accepter de prendre ce risque ?