

Filière psychiatrie adulte
Proposition d'un modèle
de coordination et orientation
Réseau Nord Broye

RAPPORT FINAL DU GROUPE DE TRAVAIL

rédigé par May Rivier

avec la participation de

David Boada, Infirmier chef de l'EMS de Bru
Dario Caffaro, Directeur du Foyer du Midi
Jo Montandon, Directrice du Secteur Psychiatrique du Nord Vaudois
Dominique Pinto, Fondation l'Estérelle-Arcadie
Olivier Pommaz, Infirmier chef, Fondation Mont-Riant
François Simonin, Directeur du Foyer de la Thièle
Yves Kühne, Secrétaire général du Réseau Nord Broye

Novembre 2010

Table des matières

Table des matières	1
1. Introduction	2
1.1 Mandat	2
1.2 Démarche suivie	2
1.3 L'origine du projet et le contexte régional.....	2
1.4 Contexte cantonal.....	3
2. Situation actuelle	4
2.1 Difficultés et limites	4
2.2 Besoins identifiés.....	4
3. Modèle de coordination et orientation: proposition	6
3.1 Missions de la coordination et de l'orientation.....	6
3.1.1 Elaboration d'un projet d'orientation concerté	6
3.1.2 Gestion des demandes et des disponibilités en lien avec l'hébergement.....	7
3.1.3 Orientation des sorties d'hôpital.....	8
3.1.4 Diffusion de l'information en lien avec l'offre de la filière	9
3.2 Mode de financement	9
3.3 Développement d'un système de communication	9
3.4 Avantages du dispositif.....	10
3.5 Désavantages.....	10
3.6 Enjeux	11
3.7 Les urgences-crises	11
4. Recommandations et perspectives	12

1. Introduction

1.1 Mandat

Les partenaires de la filière psychiatrie adulte et le Réseau Nord Broye ont mandaté une cheffe de projet pour travailler avec le Comité de pilotage sur les axes de développement suivants :

- La reconnaissance et la création d'unité d'accueil temporaire psychiatrique.
- Un modèle de coordination et d'orientation.
- La réactualisation de l'inventaire des structures socio-sanitaire de la filière et des données utiles pour l'orientation dans le réseau.

Le mandat du présent rapport porte sur le deuxième point et est libellé comme suit :

Proposer un modèle d'organisation favorisant l'amélioration du processus d'orientation et de liaison¹, ainsi que l'interface entre les partenaires (notamment lors des situations urgences-crisis).

De nombreux professionnels soulignent les faiblesses de la coordination dans la filière psychiatrie actuelle qui doit faire face, entre autres, à des exigences socio-économiques, à des durées hospitalières de plus en plus courtes et à une multiplicité d'intervenants dans la prise en charge. C'est dans ce contexte que le mandat ci-dessus va s'ancrer et être pertinent.

Le rapport décrit dans les premiers chapitres les constats, difficultés et besoins identifiés dans la situation actuelle, sur lesquels s'appuieront les réflexions pour le modèle futur. Dans la deuxième partie, le modèle est présenté avec les avantages, désavantages et enjeux. Pour terminer, le Copil propose les recommandations qui favoriseront le développement effectif du dispositif de coordination et le passage à une phase opérationnelle. Ce travail s'intègre dans le système organisationnel du Réseau Nord Broye et ceci en tenant compte de la logique cantonale.

1.2 Démarche suivie

Toute la démarche d'élaboration du projet de coordination a été réalisée avec le Comité de pilotage et avec la participation des partenaires à l'occasion d'un groupe de travail, d'entretiens individualisés et des séances de la plateforme psychiatrique.

Le mandat s'articule autour des étapes ci-dessous :

- Constitution d'un comité de pilotage représentant différents partenaires : EMS, foyers socio-éducatifs, addictions, secteur psychiatrique nord, RNB.
- Sous-groupe de travail en lien avec la coordination représentant les soins aigus, les institutions, les addictions, les soins à domicile, le RNB².
- Entretiens avec les partenaires réalisés en 2006 et réactualisés en 2010.
- Séances de consultation de la plateforme psychiatrique pour confirmer l'avance des travaux.
- Validation du rapport et des recommandations par le COPIL et l'ensemble des partenaires.
- Remise du rapport final au Comité du RNB.

1.3 L'origine du projet et le contexte régional

Dans un souci de décloisonnement et de meilleure visibilité du système socio-sanitaire, le RNB soutient depuis 2006 les travaux menés avec l'ensemble des partenaires de la filière, soit l'état des lieux de l'offre et des besoins en 2007 et la création de la plateforme psychiatrique et addictions en 2008. Cette dernière est représentative des EMS, des foyers socio-éducatifs, du Secteur psychiatrique nord, des soins à domicile, du GRAAP, des institutions en lien avec l'addiction, et dès 2010 des libre-praticiens et des associations à mission psychiatrique.

¹ Le terme « liaison » prête à confusion en référence aux équipes psychiatriques de liaison (prestations de soins de 2^{ème} ligne, supervision d'équipe). Le terme « coordination » sera préféré dans la suite du rapport.

² Le sous-groupe est composé de David Boada (EMS Bru), Marie Mc Cormick (CPNVD), Dominique Pinto (L'Arcadie), Béatrice Rappange (CMS Grandson), May Rivier (RNB)

Elle a pour objectifs de :

- Favoriser la réflexion commune, la coordination, le partage des compétences et la vision globale du dispositif et des besoins.
- Piloter les axes de développement de la filière.

A noter que les travaux menés sur le réseau, la reconnaissance ou la création de dispositif, doivent répondre aux conditions de besoins et planification régionale, ainsi que d'équité et accessibilité pour l'utilisateur.

Historiquement, la problématique liée à la coordination a déjà été une préoccupation du réseau lors de la mise en place de l'orientation dans la filière gériatrie et psychogériatrie.

En effet, la psychiatrie devait être intégrée au Brio³, dispositif régional d'orientation gériatrie et psychogériatrie. Mais il s'est avéré rapidement que les procédures utilisées ne répondaient pas aux spécificités de la psychiatrie. Le choix a alors été fait de renoncer à l'orientation de cette clientèle⁴.

Ultérieurement, la coordination est reconnue comme une priorité au sein de la filière, de fait, les structures se connaissent peu entre elles, avec pour conséquences un manque de vision globale et des orientations pas toujours en lien avec les prestations. Elle a fait alors l'objet d'une des recommandations du rapport de 2007⁵.

1.4 Contexte cantonal

Il est évident pour la filière que les réflexions menées au niveau régional doivent être en cohérence avec celles menées par le canton. Le futur modèle de coordination devra s'inscrire dans une logique cantonale.

Un mandat cantonal est en cours sous l'égide du Service de santé publique (SSP), du Service des assurances sociales et hébergement (SASH) et du Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) avec le but de construire une filière d'hébergement psychiatrique⁶ cohérente et coordonnée pour 2011. Il s'agira de réunir les actuels foyers socio-éducatifs (FSE), les établissements médico-sociaux (EMS), les homes non médicalisés (HNM) et les pensions pour personnes psychiatriques (PPP) en une seule filière. L'un des enjeux majeurs sera de développer un financement commun et une complémentarité entre les prestations socio-éducatives et médico-sociales, composantes indissociables d'une prise en charge répondant aux besoins des résidents.

Dans le cadre de ce mandat, des membres du Réseau Nord Broye participent au COPIL cantonal et aux groupes de travail mis en place (groupe de référence, groupe orientation) et souhaitent rester pro-actifs et garantir la cohérence entre les travaux cantonaux et régionaux.

Par ailleurs⁷, l'évolution de la psychiatrie confirme le développement important des soins ambulatoires, de la réadaptation et de la prise en charge dans la communauté. Le nombre de lits d'hospitalisation pour 1'000 habitants était de 1,7 en 1980, il n'était plus que de 0,7 en 2006. La diminution des lits s'est répercutée en termes de pression sur les structures confrontées à une plus forte complexité. Elle a mis aussi en évidence des manques dans la filière, comme des accueils de jour, des séjours de transition/décharge, des dispositifs de soutien pour les équipes extra-hospitalières.

En définitive, les préoccupations régionales et cantonales quant à une meilleure coordination, à une visibilité de la filière et à une orientation adaptée aux besoins de la personne, sont proches. Le modèle qui répondra à ces besoins devrait aussi avoir un impact positif sur l'utilisateur et son entourage en améliorant la continuité des soins et l'information sur les structures existantes.

³ Bureau régional d'information et d'orientation

⁴ Cf rapport final du groupe de travail santé mentale « orientation dans la filière », novembre 2002

⁵ Cf le rapport « Psychiatrie adulte, filière réhabilitation : Etat des lieux de l'offre et des besoins dans le Nord Vaudois et la Broye », juin 2007

⁶ La filière psychiatrie au niveau cantonal ne comprend pas les institutions en lien avec les addictions

⁷ Politique de santé mentale : plan d'actions 2007-2012, novembre 2008

2. Situation actuelle

En l'état actuel, les collaborations reposent sur des initiatives intéressantes et sont le plus souvent liées à l'implication individuelle des personnes qui les mettent en place et les portent. Il y a donc peu de collaboration inter-institutionnelle et aucun moyen de centraliser la demande. Par conséquent, il est relevé une mauvaise utilisation des ressources avec par exemple des places qui restent vacantes et des orientations inadéquates (la personne n'est pas à la bonne place). Ce qui nous amène aux constats suivants:

- Le manque de formalisation et de coordinations entre les institutions.
- Le manque de visibilité de l'offre.
- Les lacunes sur la garantie pour les usagers d'un accès équitable aux institutions.
- La faiblesse des corrélations entre l'offre et la demande selon le principe de la bonne personne au bon endroit.
- La difficulté de planification régionale.

Dans le but de proposer un projet de coordination qui réponde aux attentes des partenaires de la filière, il convient à ce stade d'expliquer les obstacles, les limites et les besoins identifiés dans le système en place.

2.1 Difficultés et limites

Les principales difficultés relevées par les partenaires, concernent l'anticipation en lien avec le projet d'orientation, les financements, l'orientation des situations avec des comorbidités, et la gestion des décompensations.

En soins aigus, la préparation d'une sortie se fait souvent trop tard et ne permet pas de mettre en place les futures prestations de manière optimale. La courte durée des séjours et le manque d'alternative entre l'hôpital et le domicile viennent encore aggraver cet état de fait. Dans le cadre d'un projet d'hébergement d'une personne encore très fragile, l'institution a peu de garantie de l'hôpital en cas de difficultés suite à l'admission (soutien voir procédure de réhospitalisation). Elle différera alors l'admission ou renoncera à entrer en matière.

En outre, l'orientation des situations avec des comorbidités somatiques, de handicap mental ou d'addiction, s'avère particulièrement ardue et des adaptations sont nécessaires pour trouver des solutions.

Une autre problématique rencontrée est liée au financement et aux démarches administratives qui demandent du temps. Les financements actuels sont différents selon le type d'orientation (SASH, SPAS) avec des conséquences sur la réponse à l'offre de places et l'adéquation des prestations. Ces difficultés peuvent aller jusqu'à contrecarrer le projet, plus particulièrement si la personne n'a pas d'AI/PC.

Les différents obstacles mentionnés ci-dessus, retardent les sorties de l'hôpital et se soldent souvent par une hospitalisation en soins aigus inappropriée avec pour conséquence un reclassement en C (c-à-d un statut d'hébergement).

D'autres points sont encore relevés par le sous-groupe de travail : l'épuisement ou l'absence d'entourage qui peut devenir une limite au maintien à domicile, l'inadéquation entre les objectifs du résident et la mission/prestations de l'institution. Dans ces deux cas de figure, des réajustements ou une réorientation pourraient être nécessaires.

Quant à la gestion des décompensations, les institutions et les soins à domicile sont particulièrement démunis. Les admissions d'urgence à l'hôpital sont très difficiles, voir refusées, et il y a peu de soutien possible. Des procédures existent mais devraient être réactualisées.

2.2 Besoins identifiés

Les besoins identifiés découlent logiquement des constats et des difficultés discutées dans les paragraphes précédents. Ils sont classés en différents domaines :

- Ø Le besoin de cohérence et de vision globale de la filière. Ce qui passera par la définition de « qui fait quoi » en termes de mission, de prestations et de profil de la clientèle et par l'élaboration d'une convention de coopération.

- Ø Le besoin d'anticipation et de préparation du projet d'orientation. Il se traduit par un travail en amont du projet avec la personne, son entourage, par une intégration rapide des futurs professionnels dans les rencontres de réseau et par un modèle qui respecte le lien et un suivi de la trajectoire.
- Ø Le besoin d'outils et de documents cantonaux aussi bien pour l'évaluation des situations que pour l'orientation et la priorisation. A ce jour, il manque aussi un outil d'évaluation des prestations socio-éducatives et un glossaire des termes en lien avec un langage commun de la filière.
- Ø Le besoin de séjour alternatif (transition/décharge) permettant une sortie par paliers, par exemple une étape en EMS/foyer socio-éducatif pour consolider le projet et le réseau futur avant le retour à domicile.
- Ø Le besoin de collaboration pour la gestion des situations psychiatriques avec des comorbidités somatiques, handicap mental et addiction.

Avant de passer au modèle proprement dit, résumons les grandes lignes qui sous-tendent les réflexions de la filière.

Par la mise en place d'une coordination, il s'agit de permettre à la population fragilisée par des troubles psychiatriques et/ou addictifs et à leur entourage d'identifier les bonnes structures de prise en charge et de suivi pour garantir l'intervention de professionnels compétents au bon moment. La continuité de la prise en charge passe par la capacité à garder le contact avec l'utilisateur. Le dispositif d'orientation devra prendre en compte cet aspect et offrir un cadre propice à l'efficacité, la proximité et la disponibilité en lien avec les trajectoires des personnes fragilisées. La marge de manœuvre des usagers et des professionnels devra être respectée dans le choix et la concrétisation du projet.

Il est indispensable de trouver une cohérence et les outils nécessaires à une généralisation d'un dispositif qui sera partie intégrante de la filière psychiatrie régionale et cantonale. Celui-ci devra répondre aux options cantonales telles que le programme de maintien à domicile, l'exigence de la diminution des durées de séjours hospitaliers et l'utilisation rationnelle des ressources en termes d'hébergement.

3. Modèle de coordination et orientation: proposition

Le modèle, privilégié par les partenaires, est conçu comme rassembleur et comme pivot dans le système socio-sanitaire avec l'avantage de favoriser l'équité de traitement des usagers et des partenaires.

Il est rassembleur autour du projet d'orientation de la personne en réponse à des organisations de soins fragmentées et comptant de nombreux intervenants. Il favorise la concertation entre les différents acteurs et la recherche des complémentarités entre les structures. Il a donc une dimension pluridisciplinaire et inter-institutionnel car l'utilisateur doit pouvoir bénéficier d'une continuité des soins où l'hospitalisation n'est qu'une étape possible et où la réinsertion est favorisée par la pratique de réseau avec les partenaires sanitaires, éducatifs, sociaux et judiciaires.

Il est le pivot à partir duquel, s'organisent les actions ambulatoires ou d'hébergement en articulation avec l'hôpital et s'élaborent les projets d'alternatives à l'hospitalisation et de réinsertion du patient. Cette coordination assurerait une plus grande cohérence des trajectoires des usagers et pourrait probablement permettre d'éviter des hospitalisations et hébergements inappropriés.

Le modèle choisi favorise une organisation fédérative entre les différents secteurs par voie de conventions de collaboration. Cette nouvelle organisation recommande que les secteurs privés et semi-privés y soient associés (médecins, psychiatres, ergothérapeutes, infirmiers, association de patient, associations).

Le modèle est clairement destiné à la coordination et à l'orientation et en aucun cas à des prestations de soins ou socio-éducatives. Il tient compte des spécificités suivantes liées à la psychiatrie :

- Plusieurs étapes jalonnent la trajectoire de l'utilisateur dans le système socio-sanitaire avec un risque de rupture et/ou de pertes d'informations.
- L'importance du lien avec l'utilisateur.
- Les démarches d'admission prennent du temps : entretien, visite, temps d'essai.
- L'offre en psychiatrie est cantonale impliquant une mobilité accrue de l'utilisateur.

L'orientation et la coordination⁸ sont assurées par des collaborateurs compétents et représentatifs des différents partenaires : infirmier-ère en psychiatrie, éducateur-trice, assistant-e social-e. Ils sont contractuellement rattachés au réseau et sont au service de l'ensemble des membres, garantie de neutralité et sans intérêt financier propre.

3.1 Missions de la coordination et de l'orientation

La coordination se comprend comme une entité avec des compétences spécifiques au service de l'utilisateur et des partenaires. Les quatre missions en lien avec le dispositif sont décrites dans les prochains chapitres :

- Elaboration d'un projet d'orientation concerté.
- Gestion des demandes et des disponibilités en lien avec l'hébergement.
- Orientation des sorties d'hôpital.
- Diffusion de l'information en lien avec l'offre de la filière.

3.1.1 Elaboration d'un projet d'orientation concerté

La coordination pourra être sollicitée par les différents professionnels aussi bien du champ hospitalier que du champ extra-hospitalier : médecins installés, soins à domicile, institution, hôpital ou autres. Elle peut, de par ses compétences, co-construire les projets d'orientation en informant sur les prestations régionales et le financement, en amenant un regard extérieur et neutre dans la réflexion, en explorant les alternatives à l'hébergement.

Toute élaboration de projet comprend une évaluation des attentes, besoins, ressources et objectifs de l'utilisateur. Elle se fait en concertation avec la personne et son entourage, ainsi qu'avec les intervenants concernés. Des outils cantonaux d'évaluation et d'orientation (profil de la clientèle en lien avec des options de prise en charge), seront indispensables.

⁸ Pour faciliter la lecture, le modèle de coordination et orientation sera appelé la coordination dans la suite du travail

La coordination sollicite des rencontres de réseau s'il y a la nécessité de clarifier des situations. Des modalités de collaboration et des critères pré-établis permettront de préciser l'indication à ces rencontres dans un but de cohérence, c'est-à-dire éviter des évaluations répétitives et éviter la multiplication des intervenants.

Des espaces de régulation doivent exister avec les partenaires pour relayer les besoins, les attentes des uns et des autres. Des situations atypiques feront l'objet de concertation.

La plateforme psychiatrique pourrait également être un espace de débat, de soutien et de résolution pour les situations complexes et problématiques. Elle serait une aire de concertation et de coordination des actions à entreprendre au plan local avec l'ensemble des partenaires.

Le groupe de travail a identifié les faiblesses de l'offre liées aux situations d'urgence à la courte durée d'hospitalisation qui ne permet pas de consolider un projet de retour à domicile, ainsi qu'au manque de structures intermédiaires comme l'accueil de jour. Le souhait est de garder une diversité de l'offre cantonale et une mixité de la clientèle au sein des institutions. Il propose une synthèse de ses réflexions en lien avec la situation actuelle et les faiblesses identifiées.

Tableau 1. Lieux de séjour et faiblesses de la filière

Séjour existant	Indications	Faiblesses
Domicile Suivi à domicile ou ambulatoire	Autonomie Soins ou socio-éducatifs ambulatoires	
Accueils de jour Ateliers	Réhabilitation et maintien à domicile Occupation	Accueil de jour et atelier qui favoriseraient le soutien du maintien à domicile
Appartement protégé Habitat groupé	Cadre minimum et suivi	
Court-séjour <i>max 6 mois</i>	Soutenir le MAD, soulager l'entourage	Séjour de transition : palier avant le RAD pour consolider le projet et le réseau futur, éviter une hospitalisation inappropriée. Séjour planifié pour la prévention de la décompensation et la reconnaissance des facteurs de risque soit à l'hôpital soit en institution
Réhabilitation <i>3 mois à 3 ans</i>	Recouvrement des habiletés Socio-médical ou socio-éducatif Réinsertion sociale, voire professionnelle	
Long séjour <i>durée indéterminée</i>	Lieu de vie Stabilisation, maintien des acquis	
Hospitalisation	Diagnostic Traitement à instaurer, évaluer, réadapter Sécurité	Accueil d'urgence de 1-3 jours pour sécurité et régulations médicales.

3.1.2 Gestion des demandes et des disponibilités en lien avec l'hébergement

Le dispositif de gestion des disponibilités et des demandes est co-géré par les différents partenaires du réseau selon des conventions et des modalités à définir ensemble. Il permet :

- La centralisation des disponibilités et des demandes en matière d'hébergement.
- La redistribution équitable des ressources avec un système de priorisation.
- L'adéquation de l'offre et de la demande.
- L'émergence des besoins.
- L'offre des alternatives à l'hébergement.

Les partenaires s'engagent à annoncer les places d'hébergement disponibles à la coordination. L'annonce précise, la mission et le profil souhaité de l'usager. Les disponibilités sont visibles en temps réel au niveau régional et cantonal. Plus de la moitié des demandes sont interrégionales, voir plus rarement intercantionales.

Toute demande comprend une évaluation de la situation faite avec la personne, son entourage et les intervenants. Elle précise les attentes, besoins et objectifs de la personne. Si nécessaire la coordination sollicite des clarifications auprès des différents acteurs.

La coordination gère les flux des disponibilités en les mettant en corrélation avec les demandes sur la base du principe de « la bonne personne au bon endroit » et avec des outils cantonaux de priorisation et d'orientation (à créer). Outre le souci d'économie, le dispositif doit offrir une prise en charge harmonisée et équitable aux personnes.

Pour permettre de construire un capital confiance, les partenaires souhaitent, lors de la mise en place du dispositif, participer à cette gestion par des rencontres régulières pour prendre connaissance des situations et des orientations proposées. Ces rencontres permettraient aussi de se concerter sur les difficultés rencontrées et rechercher des solutions : par exemple, pour les places inoccupées ou pour les situations atypiques.

Dans une phase ultérieure et après la mise en place du dispositif pour l'hébergement, l'opportunité de la gestion des places en accueil de jour et en appartements protégés par la coordination devrait être étudiée.

Actuellement au niveau cantonal, la question d'une centralisation des demandes et disponibilités se pose. En effet, l'offre en psychiatrie est répartie sur l'ensemble du canton et les demandes sont pour environ la moitié interrégionales.

3.1.3 Orientation des sorties d'hôpital

La coordination en intra-hospitalier serait assurée par des professionnels, tandem infirmier-ère/assistant-e social-e, contractuellement rattachés au réseau. Cette option choisie favorise la neutralité dans la filière et renforce le rôle pivot spécifique de la coordination dans le système socio-sanitaire.

A partir de critères pré-définis, la coordination est sollicitée pour co-construire et mettre en place le projet d'orientation et la suite de la prise en charge de la personne : retour à domicile avec ou sans suivi, accueil de jour, réhabilitation, hébergement etc.

Les critères suivants semblent pertinents pour « alerter » la coordination : les réhospitalisations, les difficultés signalées par les professionnels ou l'entourage, des éléments de fragilité dans le DMST, des notions d'épuisement de l'entourage et/ou du réseau, etc. Le tableau ci-dessous synthétise les caractéristiques de la situation liées à la complexité.

Tableau 2. Degré de complexité: proposition

S I M P L E		Caractéristiques de la situation : Vit avec sa maladie Intégré socialement Compliance Capacité d'anticipation Capacité d'identifier les symptômes Demande adaptée et réaliste Réseau existant satisfaisant Si transfert d'institution : évolution des objectifs et du projet traités à temps
A		Réseau existant non satisfaisant Propositions peuvent être négociées Besoin de break, de requestionnement Epuisement de l'entourage Manque de ressources financières Peu de réseau professionnel Peu d'entourage Réhospitalisation
C O M P L E X E		Entourage « frein » Pas d'entourage Dénier de la maladie Comorbidités : mental, addiction, somatique Décompensation Tr de comportement (violence...) Non compliance de la personne Réseau démuné Pas de collaboration possible avec entourage Passe à travers les mailles du réseau (clochardisation, bas-seuil...)

Les modalités de fonctionnement de la coordination devront tenir compte de l'importance de l'anticipation et de la préparation du projet en collaboration avec la personne, l'entourage, les réseaux existants et futurs. Il y a une demande des partenaires pour leur intégration rapide dans les rencontres de réseau s'il y a un doute lié au RAD, s'il y a besoin d'une zone transitoire en EMS avant le RAD ou s'il y a une recherche de lieu de vie.

Une attention particulière doit être portée à l'articulation des étapes qui est souvent un moment de forte fragilité dans la trajectoire de la personne. La coordination est garante de la désignation d'un référent fil rouge reconnu par l'usager et les intervenants. Le suivi est assuré d'entente avec les différents partenaires concernés et selon une procédure à créer.

Les rôles et les critères d'intervention des différents professionnels devront être définis précisément pour maintenir le lien avec l'usager et la continuité de la prise en charge. Plusieurs dispositifs existent déjà ou sont en réflexion : équipe de liaison psychiatrie, équipe mobile de psychiatrie, case management de transition. Le risque de la multiplication des intervenants est grand et doit être pris en compte dans toutes les négociations de collaboration.

En milieu somatique, le dispositif Brio gère les sorties des patients selon des modalités établies. Des collaborations avec le Brio, la psychiatrie de liaison, Evita et DCItox devront être mises en place concernant la gestion des situations psychiatriques.

3.1.4 Diffusion de l'information en lien avec l'offre de la filière

L'information diffusée à la population et aux partenaires est essentielle. Elle est exigeante et requiert une connaissance des différentes structures d'hébergement (mission, prestations, profil de la clientèle) et des alternatives à l'hébergement (accueil de jour, appartement protégé, suivi à domicile...). Elle doit être réactualisée régulièrement selon des modalités à définir.

Un inventaire détaillé des structures et de l'offre sur la région est en cours d'élaboration.

3.2 Mode de financement

Nous proposons un co-financement en lien avec les charges d'exploitation net des partenaires.

C'est un modèle participatif qui va dans la ligne des modèles « réseaux de soins ». Il implique et responsabilise ses membres. Le financement direct de l'Etat se monte approximativement à 40%. Le 60% restant est réparti entre l'hôpital, les institutions et les soins à domicile du réseau.

La clé de répartition financière devra être définie dans un 2^{ème} temps.

3.3 Développement d'un système de communication

Le système de communication est primordial dans un dispositif comme celui proposé. Il permet de suivre les informations liées aux usagers et aux partenaires. Il comprend un ensemble d'outils mettant à disposition des professionnels les données concernant les situations traitées, comme par exemple, le document médico-social de transmission (DMST). Ce système devra répondre de manière rigoureuse à un code éthique et à la loi sur la protection des données.

L'informatisation donne des informations sur le flux des demandes et des disponibilités qui sont mises à disposition des Réseaux de soins et de l'Etat. Les données récoltées seront à définir, mais elles pourraient répertorier les types de séjours, les niveaux de priorité, les problèmes spécifiques présentés par les usagers et les difficultés rencontrées lors de la mise en corrélation de l'offre et la demande. Ainsi elles seraient utiles pour la planification cantonale et l'évaluation de la filière (besoins, manques, faiblesses).

Le logiciel Brioche destiné à la gestion des disponibilités/demandes et à la production d'informations statistiques avec des indicateurs définis en collaboration avec l'IUMSP, est actuellement utilisé par les Brios et pourrait être adapté et complété pour la psychiatrie.

3.4 Avantages du dispositif

Pour la clientèle :

- Elle est associée à toutes les étapes de la démarche à l'intérieur d'un dispositif cohérent. Elle a accès aux missions et prestations des différentes structures et bénéficie d'informations de qualité, garantie d'une meilleure équité.
- L'importance donnée à la préparation du projet et à l'articulation entre les différentes étapes (fil rouge, case management).

Pour la filière :

- Visibilité des besoins de la clientèle qui sont détectés, reconnus et intégrés dans la procédure d'orientation.
- Détection des faiblesses et des carences de la filière : dans certaines situations complexes ou atypiques, les offres disponibles ne sont pas adaptées aux besoins du client. Le dispositif peut révéler des manques et permettre de nouvelles adaptations plus adéquates dans le système existant.
- Connaissances et implications des uns et des autres : les différents partenaires prennent connaissance des spécificités liées à chaque lieu et les utilisent de manière optimale. Leur intégration dans un dispositif à la fois régional et cantonal, leur permet de gérer des situations complexes et de disposer d'organes de soutien (plateforme psychiatrique, la coordination). Ce recours évite l'isolement de la structure dans des situations problématiques. Les expériences partagées et cumulées offrent la possibilité d'oser des solutions nouvelles adaptées aux problématiques rencontrées.
- Rapprochement des professionnels dans des coopérations pour qu'ils deviennent les initiateurs de nouvelles organisations de soins.
- Meilleure fluidité et souplesse en lien avec la trajectoire de la personne. La réactualisation des objectifs va impliquer des changements dans les trajectoires des clients et probablement nécessiter une réorientation. Le dispositif proposé permettra la recherche d'une structure appropriée aux nouveaux besoins (bonne personne au bon endroit).
- Gain de temps sur le moyen et long terme : une meilleure anticipation et préparation dans l'élaboration du projet d'orientation permet de choisir le lieu le plus adéquat et d'anticiper les problèmes à venir. Ce temps engagé dans l'élaboration permettra un gain de temps dans la suite de la prise en charge.
- Confidentialité: la bonne connaissance du réseau et de ses disponibilités permet une diffusion restreinte des documents sensibles lors de la recherche d'une orientation.

Pour la région et le canton :

- L'informatisation des données permet des statistiques utilisées pour la planification cantonale et pour l'évaluation de la filière (besoins, manques, faiblesses).
- Le dispositif s'inspire d'un modèle existant pour la filière gériatrie et psychogériatrie. La coordination pourrait bénéficier des expériences et évaluation des Brios dans les différentes phases de sa mise en place, voir développer des synergies entre les deux dispositifs.

3.5 Désavantages

- Exigences du dispositif : il nécessite une annonce transparente des places disponibles et le traitement des dossiers priorisés selon des critères prédéfinis par l'ensemble des partenaires.
- Sentiment d'ingérence dans le traitement des dossiers : actuellement, chaque structure traite les situations de manière autonome. La mise en commun des différentes données peut être ressentie comme une intrusion dans un fonctionnement existant.
- Besoin de disponibilité de temps à court terme : le travail en amont pour l'élaboration et la co-construction du projet, ainsi que pour l'anticipation des difficultés possibles nécessite une contribution et des disponibilités de la part du partenaire. Elles peuvent paraître excessives dans un emploi du temps déjà chargé.
- Intermédiaire supplémentaire : le modèle proposé implique de nouveaux intervenants dans la trajectoire de la personne.

3.6 Enjeux

Le dispositif est tributaire de la qualité de coopération, de la capacité de coordination des partenaires et de responsabilités partagées. Il implique:

- La reconnaissance de la légitimité du dispositif par les membres du réseau.
- La définition claire des missions et critères d'admission des établissements.
- La clarification du processus d'évaluation employé par les professionnels.
- La fiabilité des informations transmises (médicales, sociales et administratives).
- Le respect des engagements.

La transparence des différents partenaires est la garantie d'un bon fonctionnement du dispositif. L'établissement d'un lien de confiance entre les professionnels permettra d'éviter de dénaturer le système.

Le bon fonctionnement du dispositif nécessitera des ajustements. Il devra s'adapter aux variables suivantes : temps nécessaire à chaque admission, fluctuations de l'offre et de la demande et corrélation entre la mission de l'institution et le profil de l'utilisateur. Ces différents paramètres peuvent impliquer des lits inoccupés, préjudiciables particulièrement aux petites structures.

Le dispositif sera exigeant pour les différents partenaires. Les professionnels devront s'engager à travailler ensemble, à se former, à intégrer des sources multiples, et à privilégier le débat dans des objectifs opérationnels (c'est-à-dire tournés vers l'action).

3.7 Les urgences-crises

Actuellement, les structures sont démunies en cas de décompensation d'un usager. La structure anticipe et identifie les difficultés et les fragilités d'une situation. Mais, par manque de ressources et de soutien, l'issue se solde souvent par une hospitalisation. Les médecins de garde n'ont pas toujours l'expertise nécessaire, et en dernier recours la police doit parfois intervenir. L'interface hôpital/institution reste très compliquée de l'avis des uns et des autres : manque de place, manque de reconnaissance de l'expertise de l'institution.

Le dispositif urgence-crise n'entre pas dans la mission de la coordination, en effet il nécessite des prestations de soins et une indication médicale à l'hospitalisation ou non. Nous proposons qu'il soit réfléchi et construit avec l'hôpital, la psychiatrie de liaison, les soins à domicile, les institutions, les médecins installés et l'équipe mobile de psychiatrie dans le cadre d'un groupe de travail.

Les propositions suivantes ont été évoquées : la création d'une unité d'accueil (maximum 72h) pour observation et régulations médicales, ainsi que la réactualisation des modalités de collaboration et de la procédure d'hospitalisation en urgence.

Par contre, la coordination peut être sollicitée en amont si son intervention est jugée nécessaire. Ses différentes interventions, soit l'anticipation, le soutien à la structure, une évaluation concertée de la situation et une meilleure information, auraient le bénéfice, de l'avis de plusieurs intervenants, de permettre à l'utilisateur et à la structure de trouver des solutions, y compris d'envisager une réorientation.

4. Recommandations et perspectives

Au vu de l'ensemble du rapport, du modèle proposé et de ses enjeux, le Comité de pilotage propose les recommandations suivantes:

1. La mise en place du modèle de coordination et orientation

Le modèle s'insère dans la stratégie cantonale et nécessite les conditions ci-dessous pour sa mise en place :

- **Elaborer une Convention de collaboration**

Les différents partenaires définiront les domaines de coopérations et le cahier des charges de chacun, dans le respect de la transparence et de la continuité. La Convention reconnaîtra l'expertise des uns et des autres y compris celle de l'utilisateur. Elle définira le partenariat entre les différents intervenants y compris les dispositifs actuels (équipe mobile de psychiatrie, psychiatrie de liaison, Evita, DCItox). Elle déterminera la place et les missions de chacun dans la trajectoire de l'utilisateur. Elle posera le partenariat comme seul susceptible de répondre aux questions organisationnelles, voire de prise en charge en cas d'absence de solution adaptée.

- **Négocier un incitatif financier avec l'Etat**

Pendant la mise en place du dispositif, un incitatif financier devra être déterminé en cas de place inoccupée due à la mise en place du projet ou à la non corrélation entre les demandes en cours et la mission de la structure.

- **Privilégier un dispositif régional**

La régionalisation du dispositif garantit un partenariat de proximité, géographiquement rationnel. La bonne connaissance de la filière régionale offre un espace de partage des difficultés et une meilleure utilisation des ressources. Du fait de l'informatisation, les disponibilités régionales seront visibles au niveau cantonal. La gestion des demandes et disponibilités pourrait être centralisée pour le canton selon les négociations en cours avec la filière psychiatrie cantonale.

- **Définir le mode de financement du dispositif**

Un modèle participatif qui sollicite et implique les membres du réseau sera à privilégier. Il favorise la solidarité et la responsabilité. Il accentue le sentiment d'appartenance.

2. Evaluer la possibilité de synergies des dispositifs Brio et coordination psychiatrique.

La réflexion devra porter sur l'opportunité de collaboration entre le Brio et la coordination psychiatrie. Ces synergies permettraient la rationalisation des différents dispositifs de coordination

3. Mettre en place les procédures de gestion des urgences-crisis

Créer rapidement un groupe de travail régional chargé de mettre en place les modalités de collaboration et les procédures entre l'hôpital et l'extérieur. Actuellement, la filière doit faire face à un manque d'articulation qui affaiblit la chaîne de prestations et pose des questions importantes dans la gestion de la crise.

Dans la perspective du fonctionnement du modèle en 2012, il convient de planifier les étapes ci-après :

Etape 1

- Budgétisation de la mise en œuvre.
- Budgétisation du fonctionnement.
- Dotation pour l'ensemble du dispositif.

Etape 2

- Elaboration de la convention de collaboration et des procédures.
- Mise en place du système de communication.