

Plateforme Santé Mentale et Addiction

Synthèse 2024 GT Situations complexes



Rapport rédigé par Nathalie Conod
Coordinatrice Santé Mentale et Addiction

18/12/2024

Contexte

Le Groupe de Travail (GT) initial intitulé « situations complexes », au sein de la Plateforme Santé Mentale et Addiction (SMAd) du RSNB, a été créé en 2013. Ce GT avait comme objectif de permettre aux partenaires une prise de recul sur une situation donnée, une clarification de son projet, d'identifier des pistes de compréhension, mais aussi les besoins et les conditions pour un futur partenaire impliqué, ainsi que l'identification des limites de chacun dans une situation identifiée comme complexe au sein d'un hébergement ou de l'hôpital psychiatrique du CPNVD.

Jusqu'en 2017, ces rencontres s'organisaient sur demande d'une institution partenaire auprès de la coordinatrice SMAd, essentiellement par les membres de la Plateforme, mais parfois par d'autres institutions de l'hébergement ou du milieu communautaire. Ceci toujours dans le but de proposer des pistes d'accompagnement et de préciser les rôles des différentes parties impliquées. Lors de chaque demande, un premier échange sur la situation se faisait entre le demandeur et la coordinatrice SMAd afin, au besoin, de constituer un nouveau GT « Situations complexes » sous forme d'intervision. Il se constituait alors avec différents partenaires du réseau pouvant amener une expertise et une lecture complémentaire de la situation.

Jusqu'en 2019, ce GT se constituait et se réunissait autour de deux situations par année environ, essentiellement sur demande du CPNVD, des EPSM et plus rarement du CMS ou autre OSAD. Depuis l'épidémie du Covid en 2020, ce dispositif n'a été que peu sollicité et uniquement par le CPNVD.

Modèle pilote 2024

Suite à ce constat et différents échanges avec les membres de la Plateforme SMAd, un nouveau modèle pilote, inspiré du modèle PIC (Plateforme d'Intégration Communautaire) de Nant, a été retenu fin 2023 et a pu être testé en 2024 sur 4-5 séances.

Composition du GT Situations complexes – modèle pilote 2024

- Hôpital psychiatrique du CPNVD : représentation soignante (des urgences, des soins mobiles, des services d'hospitalisation), sociale et médicale (une importance était donnée à intégrer le corps médical hospitalier à ces échanges)
- Responsables des hébergements régionaux ESE et EPSM
- Vision et approche en santé communautaire avec l'implication d'une OSAD psy (Fondation Saphir)
- CCICp
- Coordinatrice Plateforme SMAd – RSNB : animation et coordination
- Autres intervenants : possibilité d'accueillir ou d'inviter d'autres partenaires SMAd ou autre si besoin ou indication

Objectifs principaux

- Maintenir un format d'intervision et de réflexion quant à l'accompagnement, aux trajectoires et parcours de soin en privilégiant un espace d'échange autour des situations
- Favoriser l'anticipation des situations bloquantes ou complexes, leur suivi et tracer dans les grandes lignes ce qui a été mis en place ou testé
- Améliorer la connaissance et la collaboration interprofessionnelles et interinstitutionnelles

Modalités partenariales

A ce stade les membres de la Plateforme SMAd souhaitent d'abord opter pour un modèle partenarial n'intégrant pas de convention de collaboration entre les partenaires de l'hébergement et l'hôpital, comme il est le cas dans le modèle PIC de Nant. A réévaluer à l'issue de ce modèle pilote testé en 2024.

Déroulement des séances

- Situations : 1 à 2 situations anonymisées à aborder par séance sont proposées en amont de la séance et brièvement décrites.
- Suivi des situations : à chaque séance un point des situations précédemment abordées est réalisé.
- Confidentialité : aucun PV lié aux situations abordées n'est réalisé, uniquement un bref tableau de synthèse anonyme serait tenu à jour par la coordinatrice SMAd afin de répondre à l'objectif du suivi collectif.

Résultats du GT

Nombre de séances : 4 (5^{ème} annulée en décembre)

Participation : entre 6 et 11 institutions représentées par séance (diminution au cours de l'année)

Nombre de situations abordées : 5 (6^{ème} annulée en décembre)

Thématiques abordées :

- Prestations : liaison et case management, équipes de psychiatrie mobile, unité sociale SPN, addictologie, mission de maintien et réduction des risques, orientation et indication (CCICp/DCISA/DCISA/BRIO), EMUS, équipes de RAU.
- Collaborations : entre le lieu de vie et l'hôpital principalement (lors de crises, admissions et sorties hospitalières) ; avec la psychiatrie de liaison ; les équipes mobiles ; entre l'addictologie et la psychiatrie ; et entre les organismes d'orientation et d'indication.
- Enjeux et freins identifiés :
 - Liaison : manque de prestations de liaison entre le milieu hospitalier et le lieu de vie à court, moyen et long terme.
 - Psychiatrie mobile : pas de mission de case management disponible pour l'hébergement et problématique de facturation pour la mission de Suivi Intensif dans le Milieu (SIM) lorsque le patient est institutionnalisé en EPSM.
 - Réponse à l'Urgence (RAU) : manque de possibilités de soutien lors d'urgence et de crise dans le lieu de vie ; manque de compétences psychiatriques et addictologiques au sein des équipes mobiles rapides infirmières (E24/IMUD) ; pas d'équipe mobile en addictologie ; pas de possibilité de mobilisation de ces équipes mobiles rapides par les urgences psy directement ; indisponibilité d'intervention fréquente par EMUS pour la région.
 - Manque de lits : engorgement des lits hospitaliers psychiatriques et en hébergement ; augmentation du nombre d'attentes de placement à l'hôpital et des listes d'attente en hébergement ; augmentation des situations complexes présentant des comorbidités (psychiatrie, addictologie, handicap mental, vieillissement) ; des situations sous PLAFa sont bloquées en milieux hospitaliers somatiques ; pas de mission de réduction des risques ni de psychiatrie vieillissante dans la région.

- Manque de ressources : manque de compétences et de dotations pour accompagner les situations complexes en mission de maintien surtout le soir et la nuit ; difficultés de recrutement (en quantité et en qualité-compétences) et de pérennisation du personnel en place (notamment en lien avec la concurrence salariale des cantons voisins) ; le processus de cas de rigueur est lourd et le renforcement de dotation qu'il pourrait générer est trop compliqué à gérer/appliquer.
- Projet d'accompagnement : freins financiers qui ne permettent pas d'améliorer la collaboration entre le milieu hospitalier et le milieu résidentiel dans le cadre d'un projet/recherche de placement (admission anticipée voire progressive, implication de l'hébergement en amont de la sortie, etc.).
 - Prise de risque : un sentiment général d'avoir moins de marge institutionnelle sur la prise de risque possible liée aux situations.
 - Alternatives en cas de crise : les alternatives possibles pour le milieu communautaire lors de crise manquent, ne sont pas toujours bien identifiées et/ou sollicitées (Unité urgence-crise, les équipes mobiles SIM, etc.).

Besoins identifiés :

- Communication : nécessité d'améliorer, anticiper et fluidifier la communication entre les responsables d'hébergement et les cadres hospitaliers.
- Rencontres : favoriser des espaces d'échange et de réflexion interinstitutionnels (sur des situations cliniques, sur les pratiques et les collaborations) ; mieux comprendre les réalités respectives.
- Alternatives en cas de crise : identifier les possibilités de prestations dans le réseau qui pourraient venir soutenir le milieu communautaire lors de crise ainsi que leur accessibilité ; favoriser la communication tripartite entre les services du CPNVD, l'institution extrahospitalière demandeuse et les équipes de ces prestations sollicitées.
- Transitions : améliorer le flux d'informations et la collaboration
 - Projet de placement : revoir les processus, l'accessibilité et les collaborations possibles dans le déroulement d'un projet de placement et d'une recherche d'hébergement.
 - Suivi de la trajectoire : identifier des ressources/prestations et améliorer leur accessibilité, afin de favoriser un suivi interdisciplinaire et interinstitutionnel dans le réseau, favorisant un parcours de santé intégré (aussi entre les institutions hébergements) ; éviter les fins de séjours abruptes.

Pistes et propositions

CPNVD/SPN :

- Présentation de l'organisation hospitalière en Plateforme SMAd (fonctionnement, composition des équipes de soins et médicales, contacts et les disponibilités de la garde et de l'Urgence-crise en y invitant le nouveau médecin-cadre des urgences (Dr Boillat) → à prévoir en 2025.
- Présentation de l'unité sociale SPN en Plateforme SMAd → réalisée en septembre 2024
- Présentation à refaire des équipes de psychiatrie mobile en Plateforme SMAd (fonctionnement, accessibilité, renforcement des ressources dès fin 2024) → agendée en janvier 2025.

Psychiatrie mobile :

- Liaison/transition : possibilité d'étudier un modèle régional adapté → réflexion et identification des besoins ont été initiées puis mises en suspens au vu des nouvelles ressources des équipes de psychiatrie mobile dès fin 2024 (à tester en priorité). Mais les freins d'accessibilité (financement) de ce modèle de prestations pour l'hébergement restent présents → un modèle de liaison compatible avec l'hébergement permettrait de répondre aux enjeux liés à ces situations complexes. Il serait intéressant de réaliser un relevé précis des situations qui sont considérées en échec ou non abouties dans ces cas-là.
- SIM : promouvoir les prestations et leur accessibilité dans la région ; remonter les freins d'accessibilité de financement pour l'hébergement et demander des alternatives pour améliorer leur accessibilité dans ce contexte.
- 2025 : possibilité de proposer aux équipes de psychiatrie mobile de tracer quantitativement l'utilisation des demandes auprès du SIM/CMT, ainsi que leur origine.

Réponse à l'Urgence (RAU) :

- Réflexion/développement d'une équipe formée en psychiatrie et addictologie dans la réponse à l'urgence des équipes mobiles infirmières.
- Revoir et demander de renforcer l'accessibilité d'EMUS pour notre région.

Collaborations interinstitutionnelles :

- Reprendre et promouvoir le dispositif de stage interinstitutionnel (inclure le milieu hospitalier psychiatrique adulte).
- Création et partage d'un tableau de contact entre responsables d'institutions.
- Développer/renforcer pour la région les modèles de prises en soin favorisant les collaborations dans le réseau et permettant des prises de décisions (et de risques) partagés (séjour InterEPSM, de médiation en RdR, transition, etc.).
- Convention de collaboration CCICp : suggestion de considérer l'élaboration d'une Convention de collaboration entre hébergement et hôpital.
 - Prendre connaissance de la convention de collaboration entre l'hôpital et les EPSM de la région du RSHL (selon RSHL cette convention peut être consultée mais pas partagée avec le GT, à rediscuter).
 - Se renseigner sur cette option en CCH (Commission coordination Cantonale Hôpitaux psy) (Dre Clémence Piaux et Barbara Bordy).

Recommandations

Recommandation 1 : maintenir une interface de rencontre entre les hébergements ESE/EPISM et le CPNVD

- Objectif : favoriser les échanges autour des enjeux de partenariats et de collaborations dans le réseau (pas forcément axé sur la clinique uniquement).
- Déroulement : environ 2x par année afin de favoriser des aspects de collaboration, d'information et de partenariat.

Recommandation 2 : maintenir en parallèle la possibilité d'activer un GT Situations complexes sur demande d'une institution membre de la Plateforme avec différents partenaires du réseau pouvant amener une expertise et une lecture complémentaire de la situation

- Objectif : proposer des espaces réflexifs d'intervision autour de situations spécifiques, afin de permettre aux partenaires une prise de recul sur une situation donnée, une clarification de son projet, d'identifier des pistes de compréhension mais aussi les besoins et les conditions pour un futur partenaire impliqué, ainsi que l'identification des limites de chacun.
- Déroulement : reprendre le modèle précédent en sollicitant la coordinatrice SMAd en cas de besoin, afin d'identifier le besoin avec le demandeur et constituer un nouveau GT Situations complexes (1-2 rencontres) sous forme d'intervision.

Recommandation 3 : envisager de proposer un espace supplémentaire pour un groupe d'institutions qui souhaiteraient bénéficier d'espace de partage

- Objectif (à construire) : pouvoir bénéficier d'échanges interinstitutionnels du communautaire afin d'aborder des thématiques variées en dehors des situations cliniques et des aspects collaboratifs entre les lieux de vie et l'hôpital (gestion RH, analyse de pratique, difficultés et enjeux rencontrés, financements, organisation, événements, etc.).

Conclusion

Ce modèle pilote testé en 2024 met en évidence des perspectives intéressantes qui pourraient au final être intégrées à des séances différentes (intervision de situations complexes, partages de pratique de différents niveaux, rencontres et échanges axés sur les collaborations). Dans l'immédiat, c'est ce qui permet de justifier de s'orienter vers la reprise du modèle précédent « GT Situations complexes » pour ce qui touche à l'aspect des interventions interinstitutionnelles autour des situations complexes (plutôt clinique, accompagnement) et recommander d'autres espace-temps pour les différents éléments cités. Un élément fort qui est souligné par ce GT est l'importance de maintenir des temps d'échanges et de rencontres afin de favoriser les échanges et éviter le risque d'un système en tension qui tend par répercussion à péjorer les collaborations interinstitutionnelles.

Un autre élément important qui a été identifié par ce GT est le fait que les discussions autour de ces situations sont d'autant plus utiles dans un contexte où des perspectives de placements restent possibles et envisageables. Hormis cette année, par manque de places et de lits à tous les niveaux (hospitalier, hébergement, communautaire, missions et régions confondues, etc.), il y a un réel frein supplémentaire à pouvoir expérimenter les pistes identifiées au sein des interventions de ce GT.

Le fait est qu'au vu de cet engorgement et des situations de plus en plus complexes qui sont maintenues dans les lieux de vie et du manque d'accessibilité et de ressources disponibles pour venir soutenir ces situations complexes, aiguës et de crise (RAU, SIM, EMUS, addictologie, etc.), les institutions d'hébergement ne sont que peu en mesure de pouvoir s'impliquer dans l'admission de situations complexes et bloquées, en attente de placement, en milieu hospitalier.

Il semble donc primordial de soutenir le développement régional des prestations qui pourraient venir appuyer le maintien et/ou l'admission de ces situations dans la communauté, ainsi que de renforcer l'accessibilité et l'équité pour les régions en matière de prestations cantonales.