

Les soins en psychiatrie dans le secteur public hospitalier : Quelles évolutions?

3/2014



Le secteur psychiatrique

A partir de 1960

Equipement pour une zone géographique :

(unité d'hospitalisation, CMP, HDJ, CATTP, hébergements...)

- » Gratuité
- » Proximité
- » Continuité

Un système conçu pour optimiser la prise en charge des grandes pathologies psychiatriques



Un système imparfait

Des avancées indéniables, mais :

- Il reste des malades mal pris en charge
- Une grande disparité de pratiques
- Continuité -> Chronicité?
- Système mal conçu pour les nouvelles demandes des usagers



Une demande qui change!

De la psychiatrie vers la santé mentale.

Place croissante des urgences, lieu de la souffrance psychique :

- TS
- Troubles du comportement
- Conduites addictives

Générés par :

- Conjugopathies, pbs de parentalité, familiaux
- Souffrance sociale


Toutes ces demandes sont adressées aux psychiatres via le SAU : secteur en difficulté



Rapport Milon (Sénat, 19/12/12)

La taille des secteurs, 70 000 personnes, a conduit à leur marginalisation progressive dans la réforme de l'organisation des soins. Ils ont en effet été considérés comme ne pouvant regrouper une offre psychiatrique suffisamment diversifiée pour subvenir aux besoins de la population qu'ils couvrent. La Cour des comptes a par ailleurs souhaité que l'ensemble des politiques de santé soit gérées aux mêmes échelons territoriaux, ce qui tendait à marginaliser l'organisation spécifique de la psychiatrie de secteur.

Les compétences de coordination des soins dévolues aux secteurs ont donc été progressivement transférées à l'ensemble des établissements de santé, évolution consacrée par la loi HPST. En conséquence, l'ordonnance du 23 février 2010 a supprimé à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique la base légale des secteurs de psychiatrie. Comme le note la Cour des comptes, « cet effacement progressif a été pourtant peu perçu par les professionnels »



Rapport Milon (2) (Sénat, 19/12/12)

Le secteur psychiatrique n'a plus de base légale. Cependant, une partie des textes spécifiques concernant la psychiatrie de secteur demeure. La loi du 5 juillet 2011 sur l'hospitalisation sans consentement²⁷(*) mentionne de manière juridiquement anachronique « *la sectorisation psychiatrique* » et une référence aux secteurs demeure dans l'article L. 3221-4 du code de la santé publique, alors que la définition de leurs missions a été supprimée dans l'article L. 3221-1.

Pour Anne Fagot-Largeault, le maillage du secteur était à dimension humaine et personnalisée, adaptée aux populations précaires que voient les psychiatres, contrairement aux territoires de santé de deux cent ou quatre cent mille habitants qui sont l'échelle promue par la loi HPST.

A l'inverse, la Fédération nationale des patients en psychiatrie (FNaPsy) regrette l'absence de possibilité réelle de choix du médecin et l'hétérogénéité des pratiques qui seraient consacrées par le secteur.



L'hôpital général et le secteur

A l'HSV, 3 secteurs 95G03, 95 G04, 95G07

Couvrent la vallée de Montmorency. Populations homogènes.

Mais, histoires différentes, moyens inégaux, culture d'équipe, méconnaissance des secteurs voisins.

→ Cloisonnement.

Résistance générale de la psychiatrie à HPST



Les exemples voisins

Pontoise :

Fonctionnement en « fédération » ancien, avec chefferie tournante. Le pôle avant le pôle

Argenteuil :

Fusion des deux secteurs, chefferie unique



Comment faire évoluer nos secteurs

La mauvaise méthode :

Décréter les changements

-> Résistances +++

Les équipes sont attachées à une organisation qui est idéalisée

Craintes de perte d'identité



Comment faire évoluer le secteur

Autre approche :

Partir des dysfonctionnements

- Opinion des usagers
- Perçus par l'environnement hospitalier
- Perçus par les équipes



Le délai entre la décision d'hospitaliser et l'admission

Ce délai est trop long à l'HSV

La pénurie de lits d'aval engendre différents dysfonctionnements : encombrement des urgences, nécessité de pratiquer des contentions, fugues, retard à la mise en place de soins efficaces.

Il y a un recours excessif à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée



Témoignages UNAFAM

« L'entrée en psychiatrie semble toujours précédée d'un passage de deux ou trois jours dans les box d'urgence faute de lits disponibles dans les services.

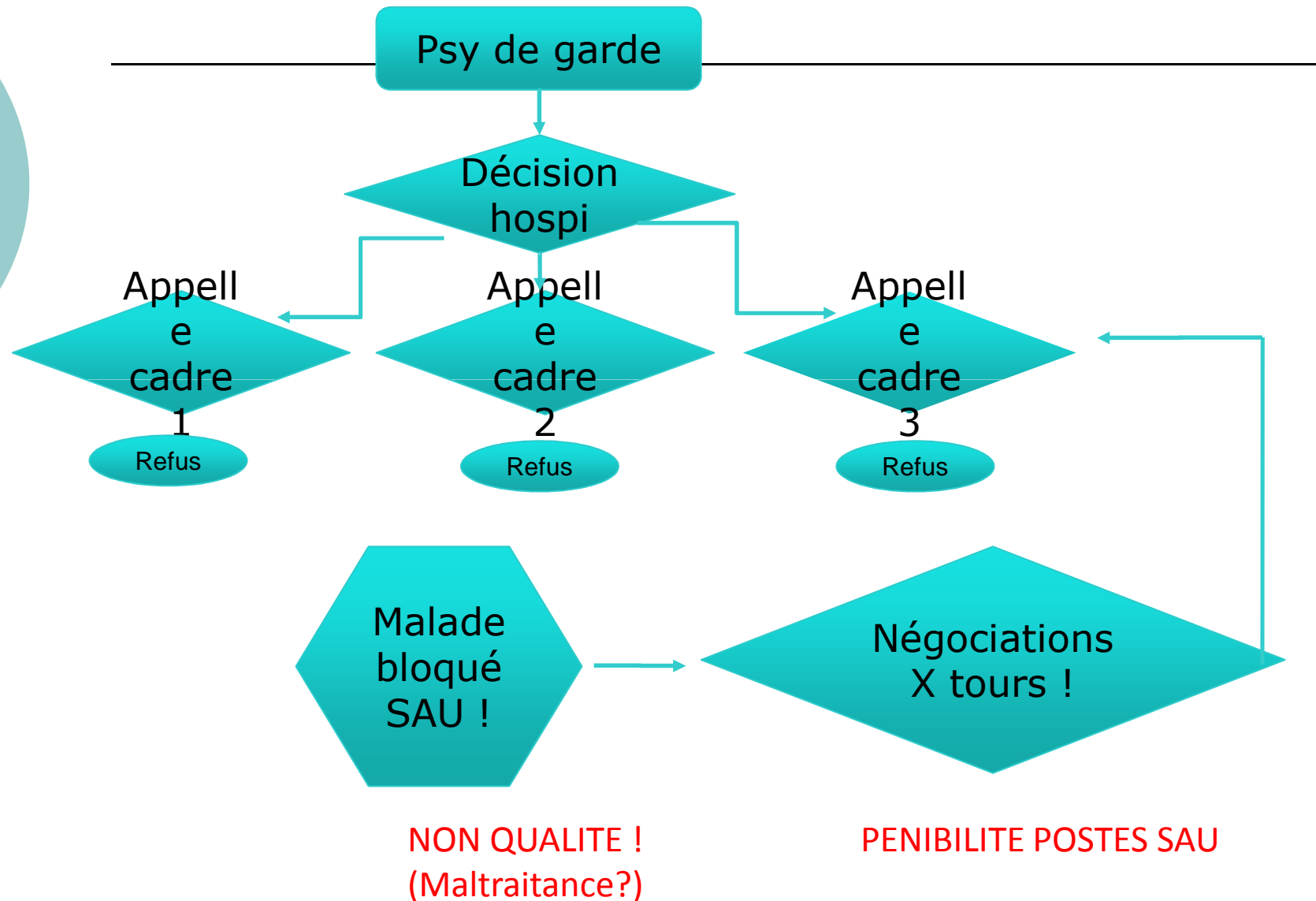
Dans quelques cas, cela s'est terminé par la fuite du malade parti en pyjama et encore plus opposé à une hospitalisation après cette expérience.

Dans un autre cas, pour prévenir la fugue, on a attaché par un bras et une jambe un malade sur un lit dans un box des urgences pendant deux jours et demi.

Là, on peut carrément parler de maltraitance et d'une opinion déplorable, donnée de l'hôpital à d'autres malades qui occupaient aussi des box à proximité et tentaient d'alerter la mère du psychotique (par téléphone) pour faire « délivrer » son fils.

Celui-là pour le reconduire à l'hôpital, il y faudra de la persuasion. »

Analyse du dysfonctionnement avec 3 secteurs cloisonnés





Le recours à l'ANAP

Projets « Pôles d'excellences »

- Appel d'offre
- Coaching
- Formation gestion de projet et management
- Groupe de pairs, chefs de pôle

Contrat de projet de pôle ANAP



Intitulé du projet	Améliorer disponibilité des lits d'aval en psychiatrie	Pilote :	Chef de pôle		Equipe :	Cadre de pôle Directeur de pôle		
Enjeux du projet	Périmètre du projet				Planning	Début	Fin	
Réduire délai entre décision d'hospitalisation et entrée dans les services	Les trois unités d'hospitalisation à temps plein de psychiatrie adulte					2/2013	6/2014	
Objectifs du projet	Résultats attendus							
1°) Augmenter disponibilité des lits par baisse DMS 2°) Optimiser le parcours patient Moyens : 1°) gestion centralisée des 90 lits, vision globale sur le stock de lits 2°) Dégager collectivement un standard de bonnes pratiques d'hospitalisation et le diffuser dans les 3 équipes	Qualitatifs		Temps d'hospitalisation provisoire aux urgences réduit. Moins de contention en chambre simple Moins de fugues. Débuter des soins efficaces plus tôt.					
	Quantitatifs : Indicateur de suivi				Date :	T0	Date :	T+18
	Désignation	Délai décision /Départ SAU	Responsable	Dr Bouddaa	Valeur initiale	37	Valeur cible	<24H
	Mode de calcul	Informatique	Fréquence de mesure	Mensuelle				

Indicateur 2 : DMS



Patients

Trop de consultants
Pb administratifs
(3)

Matériel

Manque de lit d'aval (6)
Manque struct alternatives (3)
Manque unité d'accueil post urgences (2)
Pas assez d'iso/fermé (2)
(13 en tout)

Les patients restent
trop longtemps aux
urgences

Méthodes

Hospi non justifiées (1)
Hors secteur(1)
Cloisonnement des unités (1)
Pb de certificat (3)
Mauvaise communication urgences/unités (2)
DMS en intra trop longue (1)
Services pas assez réactifs (1)
Sorties insuffisamment anticipées (2)
(12)

Milieu

Délai pour examen somatique (5)
Ambulances

Moyens humains

(0)



Patients

Augmentation demande en lits (3)
Patients chroniques (5)

Matériel

Pas de lits de 72H
Manque alternative à l'hospi tps plein (4)
Manque de lits de suite
Manque unité fermée intersectorielle

Il n'y a pas assez de
lits disponibles

Méthodes

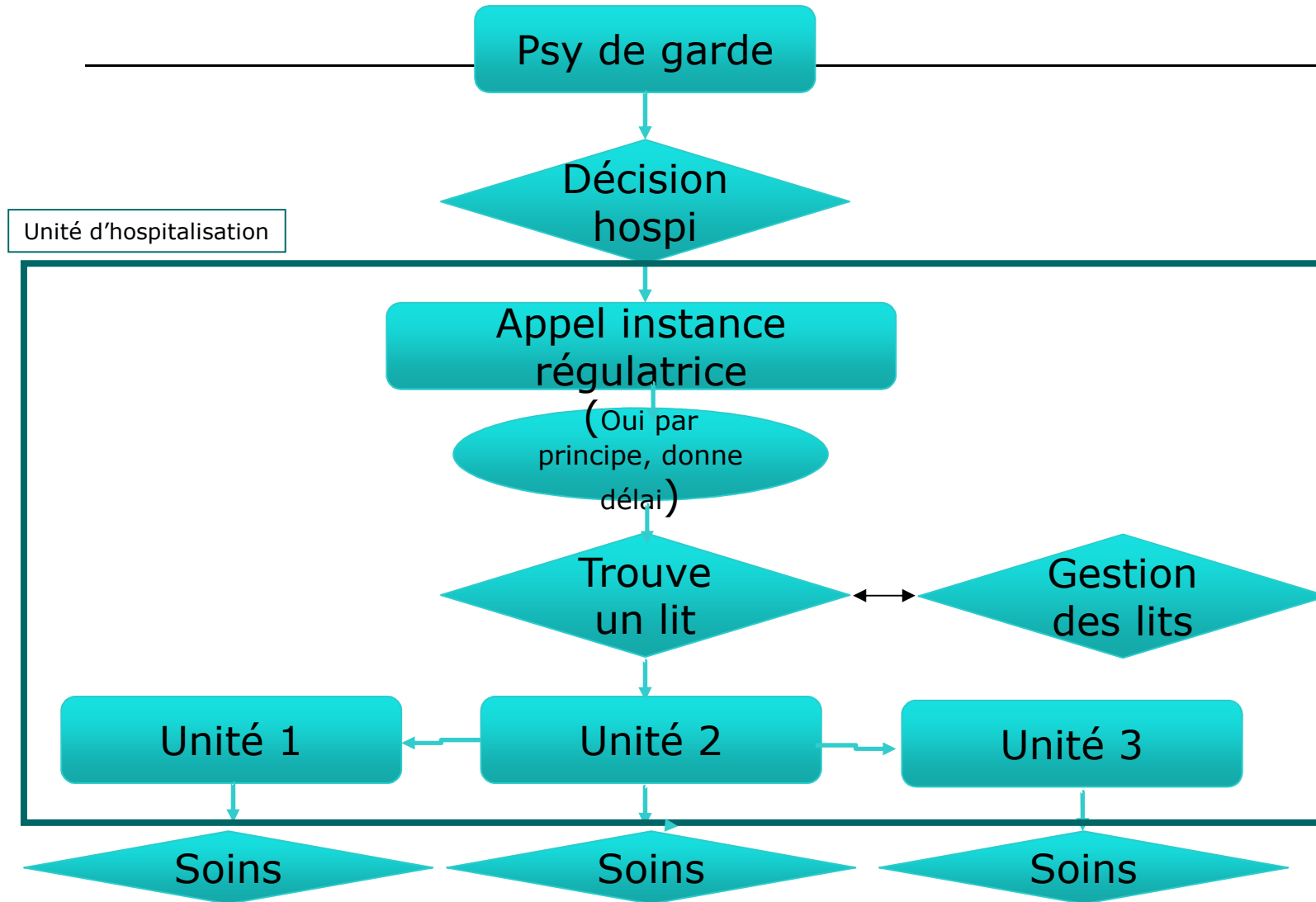
Pas de lits en fin de semaine (2)
Absence projet en début d'hospi
(programmation) (5)
DMS trop longues
Absence d'anticipation (2)
Articulation Extra hospitalier (5)
Transferts = perte de temps

Milieu

Psychiatisation pb sociaux (2) (0)
Formalités administratives (3)

Moyens humains

Processus qui pourrait être fonctionnel





Problèmes recensés

Matériel :

Manque de lit d'aval (6)

Manque struct
alternatives (3)

Manque unité d'accueil
post urgences (2)

Pas assez d'iso/fermé
Pas de lits de 72H

Manque alternative a
l'hospi tps plein (4)

Manque de lits de suite

Manque unité fermée
intersectorielle(2)

Méthodes

Cloisonnement des unités (1)

Pb de certificat (3)

Mauvaise communication
urgences/unités (2)

DMS en intra trop longue (1)

Services pas assez réactifs (1)

Sorties insuffisamment
anticipées (2)

Pas de lits en fin de semaine (2)

Absence projet en début d'hospi
(programmation) (5)

DMS trop longues

Absence d'anticipation (2)

Articulation Extra hospitalier (5)

Transferts = perte de temps

Milieu

Délai pour examen somatique
(5)

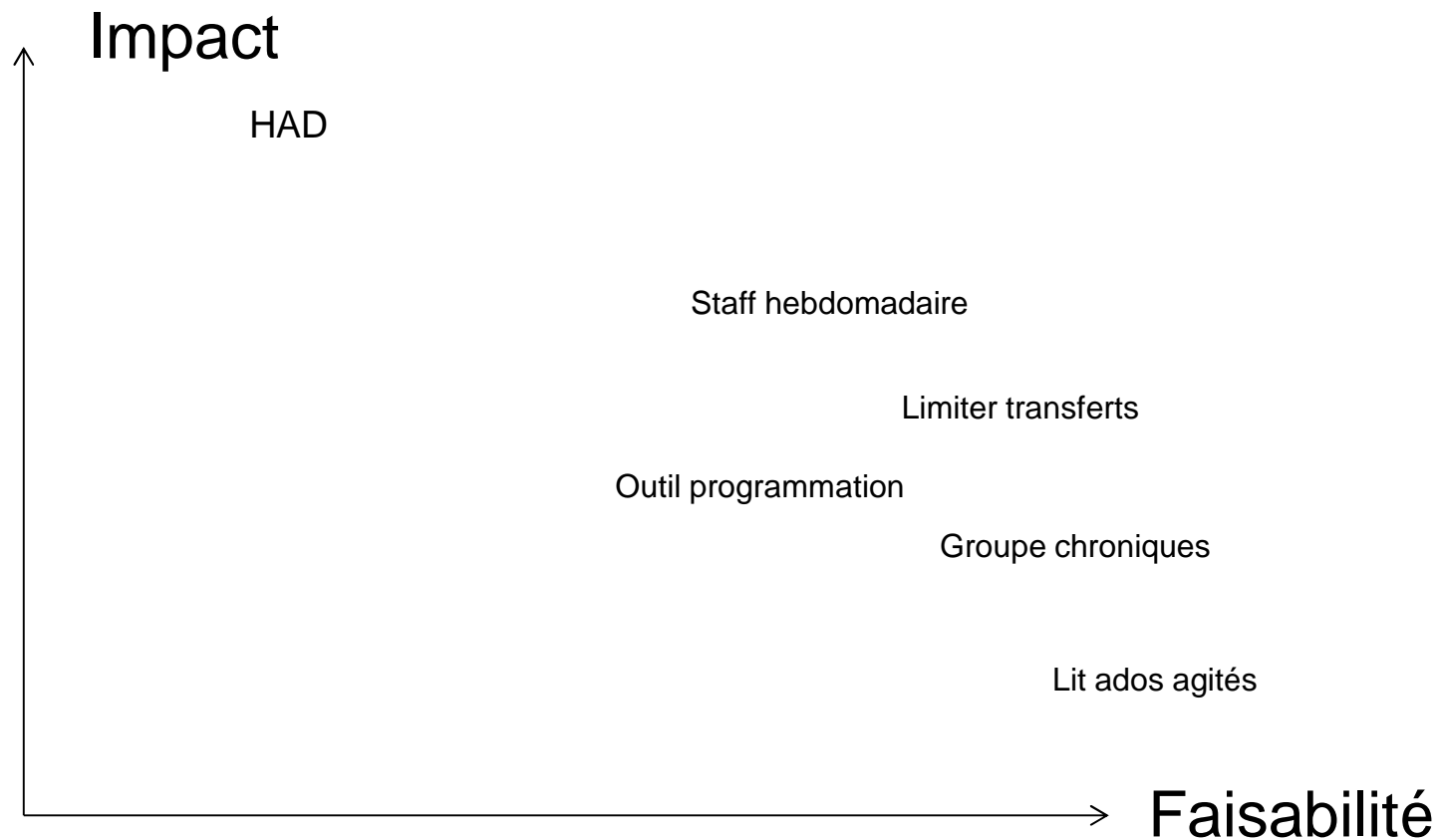
Ambulances

Psychiatisation pb sociaux (2)

Formalités administratives (3)



Etape 3 : Prioriser les actions



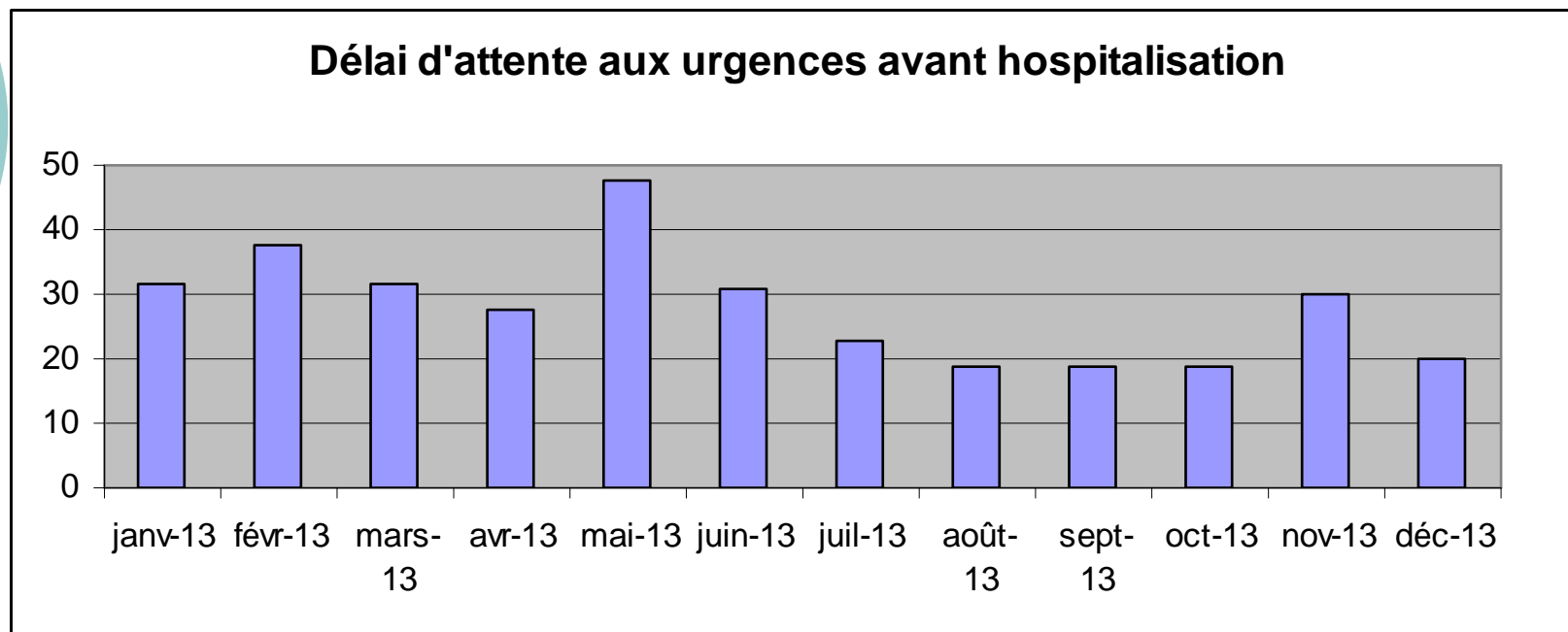


Pla

Plan d'action en synthèse

Notre démarche pas à pas			
Étape	Outils et méthodes	Acteurs associés	Qu'en avons-nous retenu ?
Etablir un diagnostic partagé	Groupe dédié, Analyse de processus Diagrammes d'Ishigawa Diagramme des solutions	Consultation large de tous les soignants intéressés (médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux)	Nous partions d'une situation de résistance au changement et de déni des dysfonctionnements. Les équipes souhaitaient conserver leur fonctionnement cloisonné. Le diagnostic a créé un consensus et a fédéré les équipes autour d'un projet partagé.
Action 1 Améliorer les relations entre les équipes	Organisation de contacts entre SAU et unités Mise en place des structures transversales de concertation	Essentiellement les responsables d'unité et les cadres de proximité. Animation par le cadre de pôle.	Ces actions ont permis de favoriser les collaborations, de limiter les conflits et les malentendus entre équipes. Le parcours du patient est fluidifié.
Action 2 Améliorer l'efficience de l'hospitalisation	Ecriture de règles de limitation des transferts inutiles entre unités. Conception d'un document Projet de soin individualisé sous forme de plan d'action à partir d'un appel à projet dans le groupe de travail.	Essentiellement les responsables d'unité et les cadres de proximité. Animation par le cadre de pôle.	Les actions de soins sont maintenant motivées par un raisonnement clinique et non plus en fonction de principes de sectorisation qui ne font plus sens. L'ensemble du parcours patient est fluidifié, ce qui est reconnu par tous les acteurs. Nous visons une baisse des DMS, qui est effective, mais il y a une marge de progrès dans certaines unités.
Action 3 Travailler sur le nombre de lits	Concertation pour l'écriture d'un projet d'hospitalisation à domicile. Enquête sur les expériences existantes.	Conçu en concertation avec les médecins et les cadres. Projet écrit par le trio de pôle.	Le projet fait consensus. Il est entre les mains de l'ARS. Nous attendons des mesures nouvelles.
Action 4 Remobiliser les lits occupés au long cours	Groupe de travail pour susciter des solutions d'aval Groupe dédié en vue de l'ouverture de 3 lits d'hébergement par nos moyens propres	Associe les soignants intéressés par la problématique et les travailleurs sociaux	C'est un travail de longue haleine. L'ouverture de la maison a mobilisé les équipes.

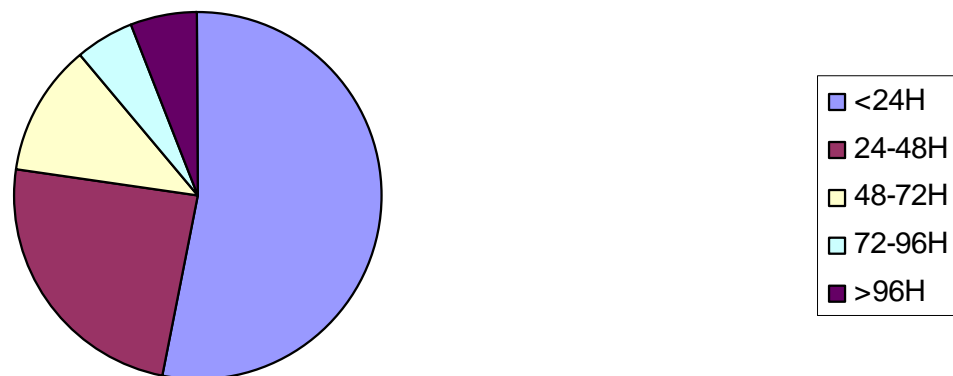
Résultats



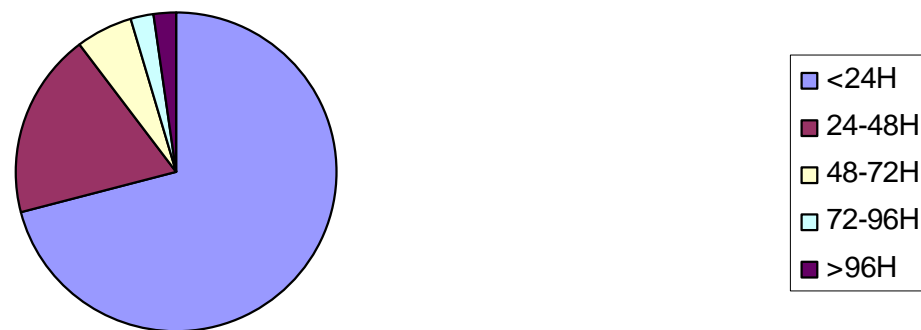
Le temps mesuré est le cumul du temps passé au SAU et d'un éventuel passage par l'UHCD (Cf infra). Le temps moyen d'attente aux urgences a été de 34,4 heures au 1er semestre et de 21,7 heures au second. Notre objectif cible était de parvenir à moins de 24H. Il a été atteint 5 mois sur 6 au 2ème semestre, une seule fois au 1er. On peut donc considérer l'objectif comme globalement atteint.

Résultats (2)

Répartition des séjours aux urgences par durée 1er semestre



Répartition des séjours aux urgences par durée 2eme semestre



Extrait de la restitution ANAP

NOS TRANSFORMATIONS


Une culture de pôle a émergé. Les acteurs sont désormais fédérés autour d'enjeux communs. La coopération entre équipe est valorisée et recherchée.

Une meilleure communication s'est établie entre les équipes. En témoigne :


- la diminution des conflits
- les lieux de dialogue créés sont fonctionnels et appréciés
- il existe une plus grande mobilité des personnels entre les équipes

Les équipes appliquent maintenant des méthodes communes et standardisées préalablement validées en commun. Il y a moins de disparité dans les soins d'une unité à l'autre.


LES CLÉS DE RÉUSSITE



Les méthodes participatives ont débloquent les résistances au changement en aboutissant à un diagnostic partagé.
Le chef de pôle a dû complètement revoir son mode de gouvernance, initialement trop vertical.



Multiplier les lieux de rencontre transversaux entre les équipes.
Constituer des groupes de travail très ouverts.
Associer médecins et paramédicaux



Consacrer tout le temps nécessaire à la concertation. Ne pas arriver avec des solutions toutes faites. Discussion entre les équipes, expérimentation, évaluation.
Centrer le travail sur la clinique et l'intérêt des patients, qui sont des thèmes fédérateurs pour les soignants.



Pour aller plus loin : Le projet d'HAD

Créer une unité intersectorielle de six places d'hospitalisation à domicile psychiatrique en vallée de Montmorency

- Intervient après quelques jours d'hospitalisation à temps plein
- 1 à 2 passages quotidiens
- Equipe médicale et infirmière

Réduire les DMS

Apporte de la flexibilité

Difficulté : on attend les moyens



Quels projets?

Thème 2014 : Soins somatiques en psychiatrie

- Présence d'un somaticien au cours des hospitalisations
- Accès aux spécialités
- Prévention : maladie métaboliques, soins dentaires, suivi gynéco, contraception, douleur, tabagisme,...