

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

BRUXELLES, le 9 janvier 2014

DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ

CONSEIL NATIONAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Permanente werkgroep "Psychiatrie"

Réf. : CNEH/D/PSY/439-2 (*)

Avis concernant la capacité d'accueil nécessaire du projet pilote « *Unités de crise, comprenant la fonction de case manager, spécifiques aux personnes en situation de crise psychique et aux personnes en situation de crise liée aux substances psychoactives* » et définition des critères d'inclusion et d'exclusion des personnes qui y sont admises.

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 9 janvier 2014

1. CONTEXTE DE LA DEMANDE D'AVIS

Le Bureau du CNEH a sollicité un complément d'avis au Groupe de travail ad hoc 'Assuétudes' concernant :

- La sélection des hôpitaux et les besoins en capacité d'accueil des projets « **Unités de crise, comprenant la fonction de case manager, spécifiques aux personnes en situation de crise psychique et aux personnes en situation de crise liée aux substances psychoactives** »¹ et
- La spécification des missions et des critères d'inclusion et d'exclusion des unités de crise.

Le présent avis portent sur **9 projets pilotes lancés en 2002**² et relatifs à des unités de crise comprenant une fonction de case manager pour les personnes présentant un trouble lié à la consommation de substances psychoactives, dont **2 unités de crise ayant déjà démarré en 1991** pour les personnes en situation de crise psychique et/ou psychiatriques³.

Le groupe de travail permanent a chargé un groupe de travail ad hoc de préparer le présent complément d'avis.

Le groupe de travail ad hoc était composé de Stéphane Hoyoux (président) et des membres Joël Boydens, Denis Henrard, Ann Moens et Isabel Moens. Le secrétariat a été assuré par Ilse Declercq et Katia Huard (SPF SPSCAE).

Un spécialiste de l'enregistrement du Résumé Psychiatrique Minimum (RPM), Jean-Pierre Gorissen (SPF SPSCAE) a également été entendu.

Le groupe de travail ad hoc « Assuétudes » a pu prendre connaissance des rapports d'activité des 9 unités de crise. Le groupe de travail ad hoc a également pris connaissance des données RPM enregistrées, année 2010, dans l'ensemble des hôpitaux ainsi que des données issues de l'enregistrement des admissions via les services d'urgences (Résumé Clinique Minimum (RCM), 2009). Ces données sont strictement confidentielles et ne seront pas reprises en détails dans cet avis. Toutefois, les données du RPM, sous forme agrégée, sont consultables sur le site internet du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE).

2. CONSTATATIONS

Préambule

En préambule, il convient de souligner que les données belges pouvant étayer de façon unanime le présent avis sont incomplètes. Toutefois, ces données permettent d'avoir un aperçu de l'accueil de crise en milieu hospitalier des usagers de substances psychoactives, passant préalablement par les services d'urgences classiques ou non. Les données RPM analysées portaient sur des séjours courts dont l'admission n'était pas programmée. Les données RCM prises en considération sont des admissions (dans des lits psychiatriques ou non) pour un diagnostic relatif à l'abus/intoxication/dépendance de substances et ayant fait l'objet préalable d'une admission via les services d'urgences.

Les rapports d'activités remis semestriellement par les unités de crise du projet pilote ont également été analysés. Toutefois, il faut nuancer par le fait que certaines unités de crise comme celles de Namur, Mons et Leuven n'enregistrent pas le RPM (puisque leur unité de crise est composée de lits

¹ Dénommées ci-après projet pilote Unités de crise

² CHR de la Citadelle, UZ Leuven, CHU Ambroise Paré, CHR de Namur, AZ Sint Jan, Ziekenhuis Oost-Limburg, UZ Gent

³ CHU Brugmann et ZNA - PZ Stuivenberg

index D pour lesquels l'enregistrement du RPM n'est pas (encore) requis). Ce point sera abordé dans le présent avis.

Il convient également de rappeler que les données hospitalières rentrent dans le champ d'application de la Loi sur la protection de la Vie privée. Dès lors, ces dernières ne peuvent être reprises telles qu'étudiées par le groupe de travail ad hoc mais sont toutefois consultables, par le grand public, sous forme agrégée. Elles peuvent également faire l'objet d'études sous réserve d'accord du Ministre de la santé publique et dans des conditions bien spécifiques.

Constats

Après analyse et discussion des résultats avec le groupe de travail ad hoc, une première constatation importante est **la grande disparité dans la prise en charge proposée par les unités de crise**, qu'il s'agisse de la durée de séjour ou du travail du case manager. Ceci rend leur comparaison difficile voire impossible. Ces unités se sont certes inscrites dans une dynamique régionale justifiée, mais une harmonisation au plan national d'une partie de la prise en charge est pertinente.

Une deuxième constatation est **le changement de direction pris par les unités de crise depuis le lancement du projet pilote**. Au départ, ces unités de crise ont été créées car les usagers de drogues étaient exclus des services d'urgences classiques. Actuellement, on constate dans ces unités, un nombre prédominant de personnes consommant de l'alcool alors qu'à la base, ces unités ont été conçues plus particulièrement pour les consommateurs de drogues illicites. Parfois, des patients sont admis sans qu'une utilisation problématique et chronique de substances psychoactives ne soit présente. Cette constatation, exprimée à plusieurs reprises par le secteur spécialisé et observée via les données hospitalières, va de pair avec les demandes formulées par certaines unités de crise pour accueillir également des patients en crise avec un trouble psychiatrique (sans problème de toxicomanie ou d'alcoolisme).

Une troisième constatation concerne **l'importance de disposer d'une telle offre de soins en Belgique pour le groupe cible spécifique des personnes présentant un problème de consommation de substances psychoactives en crise**. En effet, environ 3.500 personnes passent annuellement par les unités de crise et il s'agit pour plus de deux tiers d'entre eux, de leur premier passage par ce service.⁴ Pour étayer cette constatation, il faut se référer au précédent avis émis par le CNEH du 14 juin 2012.

Enfin, un quatrième constat concerne **la sélection des unités de crise**. Eu égard aux analyses des données RPM précédemment citées, il semble que les hôpitaux accueillant ce projet pilote sont les hôpitaux où les demandes de séjours courts et non programmés pour le groupe cible sont les plus importantes. Toutefois, quelques unités de crise échappent à cette logique et d'autres données complémentaires et actualisées sont nécessaires pour objectiver cet état de fait.

⁴ Rapports d'activités bi annuels des unités de crise

3. AVIS CONCERNANT LA CAPACITE D'ACCUEIL NECESSAIRE DES PROJETS PILOTES « UNITES DE CRISE, COMPRENANT LA FONCTION DE CASE MANAGER, SPECIFIQUES AUX PERSONNES EN SITUATION DE CRISE PSYCHIQUE ET AUX PERSONNES EN SITUATION DE CRISE LIEE AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES » ET DEFINITION DES CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DES PERSONNES QUI Y SONT ADMISES.

Tout d'abord, il convient de préciser que cet avis complète l'avis précédent et qu'il souhaite jeter des bases plus précises et sur la façon dont les unités de crise et les missions de ces dernières doivent être organisées.

Face aux constatations posées ci-dessus, **L'avis recommande donc que les unités de crise, s'engagent formellement et par écrit à redéfinir leurs méthodes de prises en charge en adoptant les différents critères repris ci-dessous.** Ces changements doivent s'opérer sur une période maximum de trois ans au terme de laquelle une évaluation du projet pilote sera menée. Une structuralisation du projet pilote n'est pas souhaitable tant que les réseaux initiés dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale ne seront pas rendus structurels. En effet, les liens évidents avec les équipes mobiles de crise de la réforme doivent être précisés. Un ancrage structurel de la réforme doit donc d'abord avoir lieu.

L'avis recommande aux unités de crise **une période de transition vers un nouveau modèle de prise en charge et vers un respect plus strict des missions de base.**

L'avis suggère de confier une **mission provinciale** très précise aux unités de crise existantes en faisant profiter aux réseaux spécialisés en santé mentale et en assuétudes, les compétences et l'expertise développées depuis le début du projet pilote.

Cette période de transition doit pouvoir atteindre plusieurs objectifs :

1. **Améliorer la prise en charge des usagers de substances psychoactives en crise** (et principalement les consommateurs de drogues illicites) et;
Favoriser le travail avec les réseaux existants;
Intensifier la fonction de case manager et rendre une partie du personnel mobile ;
2. Déterminer des **critères d'inclusion et d'exclusion plus précis**, en ce compris la notion de crise pour laquelle une hospitalisation est nécessaire.
3. Objectiver le respect des critères d'admission des unités de crise par la mise en relation des données des rapports d'activités avec l'ensemble des enregistrements des données médicales disponibles au SPF SPSCAE.

L'avis souhaite que les unités de crise soient libres d'organiser, selon leurs spécificités provinciales/régionales propres, le travail avec le réseau (le réseau doit ici être compris au sens large, c'est-à-dire les réseaux spécialisés en assuétudes, les réseaux initiés dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale, les réseaux locaux, ...).

1. **Améliorer la prise en charge des usagers de substances psychoactives en crise, favoriser le travail en réseau, intensifier la fonction de case management et rendre une partie du personnel mobile ;**

L'accueil de crise des usagers de substances psychoactives et principalement des consommateurs de drogues illicites fait partie des lacunes du paysage de soins pour usagers de drogues. Ceci est

souvent relaté par le secteur spécialisé en assuétudes. Aussi, selon les données analysées et citées précédemment, il y a une importante demande pour ce type d'hospitalisation.

Le but est de définir un groupe **plus ciblé** (exclusivement les consommateurs problématiques d'alcool, de drogues illicites et de médications psychoactives) et de développer des **alternatives ambulatoires** via les réseaux spécialisés et principalement les réseaux développés dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale.

Actuellement, les critères du projet pilote prévoient que l'unité soit un local distinct mais non loin localisé d'un service d'urgences.

Les **unités de 4 lits** sont encadrées par 11 ETP financés comme suit:

- 8,8 ETP en cas de lits A, ou 9,3 ETP, en cas de lits D sont financés par les arrêtés royaux (personnel supplémentaire)
- 2,2 ETP dans le cadre de l'agrément de quatre lits A ou 1,7 ETP dans le cadre de l'agrément de quatre lits D.

Les **unités de 6 lits** sont encadrées par 16.5 ETP financés comme suit :

- 13.2 ETP en cas de lits A ou 14 ETP en cas de lits D seront financés par les arrêtés royaux (personnel supplémentaire).
- 3.3 ETP seront financés dans le cadre de l'agrément de quatre lits A ou 2.5 ETP dans le cadre de l'agrément de six lits D.

Afin d'améliorer la prise en charge, l'avis préconise que les unités de crise **choisissent entre deux possibilités** :

Actuellement, les unités de crise sont encadrées en personnel de façon comparable à des unités de soins intensifs. Cette spécificité est due au fait que les unités doivent se trouver dans un local distinct étant donné les spécificités du groupe cible. Les unités de crise sont dès lors invitées à choisir l'une des deux options suivantes :

- a) Les unités de 4 lits **continuent à être localisées dans un local distinct** mais non loin des services d'urgences classiques. L'unité justifie son choix en raison de l'impossibilité de faire coexister le groupe cible avec les autres patients des urgences (psychiatriques).

L'équipe sera constituée de **10 ETP au total dont 9 bacheliers, 1 ETP psychologue**. Tous les membres du personnel travaillent à mi-temps au minimum. **1.5 ETP** issu du personnel (1 ETP bachelier et 0.5 ETP psychologue) assurera la fonction de case management.

La **continuité des soins du patient** est assurée sur base d'une concertation et organisée par les cases managers. Les cases managers veilleront à la continuité des soins **du plus grand nombre de patients**, et le cas échéant, en premier lieu des patients qui nécessitent le plus une préparation pour les référer à d'autres services ambulatoires ou résidentiels après leur départ de l'unité de crise.

Les case managers veilleront également à favoriser **le travail avec les réseaux et particulièrement les réseaux initiés dans le cadre de la réforme en soins de santé mentale** et veilleront également, dans la mesure du possible, à développer des programmes visant la réhabilitation du patient. Ils **participeront activement aux comités de fonction 2A** développés dans le cadre de la réforme susmentionnée (lorsqu'une unité de crise se trouve dans la zone d'un réseau). Une diminution budgétaire d'un ETP par rapport au budget actuel (2013) sera appliquée (10 ETP à la place de 11 ETP).

- b) les unités de crise de 4 lits s'intègrent **dans un service d'urgences classiques ou psychiatriques**, où les gardes sont assurées 24h/24 par minimum deux personnes graduées en soins infirmiers (normes hospitalières classiques).

L'unité de crise sera constituée par **11 ETP, dont 10 bacheliers et 1 ETP psychologue**. Tous les membres du personnel travaillent à mi-temps au minimum.

Les unités de crise pourront, de cette manière, **libérer une partie du personnel bachelier (nombre à déterminer par l'unité de crise à concurrence de minimum 4 personnes)**. Ceux-ci seront intégrés dans la fonction de case management et cette dernière sera rendue pour la moitié de son temps, mobile. L'avis préconise donc que le travail du case manager soit réalisé, pour la moitié du temps, en dehors des murs de l'hôpital. Cette équipe mobile travaillera étroitement, lorsque l'unité de crise est située dans la zone d'un réseau, **avec les équipes mobiles 2a**. L'équipe mobile suivra le patient dans son milieu de vie en visant une amélioration de sa qualité de vie, participera activement aux réunions de réseau et veillera à élargir le caseload.

Une augmentation budgétaire allant de 38.000€ à 49.000€, en fonction du nombre d'unités de crise choisissant cette option sera accordée. Il compensera en partie l'indexation et l'ancienneté non perçue depuis le démarrage du projet en 2002. Seules les unités choisissant l'option b bénéficieront de cette augmentation.

Peu importe l'option choisie, tous les patients admis dans l'unité de crise et qui y sont favorables, pourront bénéficier de la mise en place d'un trajet de soins élaboré dans le cadre du programme de soins pour adultes où la problématique d'assuétudes est mise en avant. De ce fait, **des partenariats actifs seront mis en place avec les équipes mobiles 2A** de la réforme des soins de santé mentale lorsqu'une unité de crise est située dans la zone géographique d'un réseau de la réforme.

L'avis n'est également pas favorable au maintien des unités de six lits dites intégrées. **L'avis recommande que ces deux unités soient identiques aux sept autres unités de quatre lits et qu'elles soient donc spécifiques aux consommateurs problématiques de substances psychoactives**. Cette option est envisagée afin d'harmoniser au maximum la prise en charge du groupe cible. Actuellement, le nombre de lits SPECIFIQUES aux usagers de drogues est de 34 lits (7*4 lits et 3*2 lits pour les unités dites intégrées). En rendant ces unités spécifiques aux usagers de drogues, on obtiendra 9 unités de 4 lits soit 36 lits spécifiques aux groupe cible. Cette option permettra donc d'augmenter de deux lits, l'accueil de crise des consommateurs de drogues. En effet, ces unités accueillent, via les rapports d'activités pris en considération, environ 50 pourcents d'usagers de drogues et 50 autres pourcents des patients psychiatriques qui ne consomment pas de substance, soit 3 lits pour les usagers de drogues et 3 lits pour les patients psychiatriques. Ce ratio est stable dans le temps. Les deux lits ne faisant plus partie de projet pilote seront réattribués dans un service psychiatrique laissé au choix de l'hôpital concerné. Ainsi, la visibilité du projet pilote sera améliorée et le groupe cible attendu en sera d'autant plus clair pour chacun. Les moyens provenant de cette restructuration serviront à financer le personnel rendu mobile. En effet, ces unités perçoivent chacune environ 170.000€ de plus que les unités de 4 lits. Dès lors, ces moyens seront réaffectés vers les équipes mobiles des unités de crise.

2. Déterminer des critères d'inclusion et d'exclusion plus précis, en ce compris la notion de crise pour laquelle une hospitalisation est nécessaire

Il est important que les missions des unités de crise corrént avec la notion de crise telle que développée dans l'avis du CNEH relatif au développement d'un programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents rendu le 9 juin 2011. **Cette crise doit évidemment être associée à une consommation problématique de substances psychoactives en ce compris l'alcool, les drogues illicites et les médications psychoactives.** Par problématique, il faut comprendre qu'il s'agit de patients pour lesquels un trajet de soins dans le secteur spécialisé en assuétudes et en santé

mentale a du sens. Les consommations problématiques 'uniques' comme par exemple les tentatives de suicides par ingestion de barbituriques ou les intoxications alcooliques chez les étudiants **ne font pas partie du groupe cible** visé par les unités de crise.

Les patients admis dans l'unité de crise sont des patients pour lesquels une hospitalisation, portant sur un volet somatique et un volet psychosocial, est nécessaire. Si une prise en charge à domicile est possible en fonction de la pathologie, la préférence sera accordée à cette dernière. La notion d'urgence liée à la crise, sans que le pronostic vital ne soit forcément engagé, est nécessaire pour justifier toute hospitalisation dans une unité de crise.

Pour définir la notion de soins de crise, nous reprenons la définition telle que formulée dans l'avis du 09/06/2011 relatif au développement d'un programme de soins de santé mentale pour enfants et adolescents : « **Par soins de crise, il faut entendre les soins axés sur une situation qui nécessite une aide urgente (en l'espace de quelques jours) parce que le patient et/ou le contexte risque autrement de décompenser** ».

L'avis recommande que les unités se réapproprient **les missions de base** qui leur ont été confiées en 2002 et que **l'accueil des patients ayant une problématique de consommation de substances psychoactives chronique et problématique** reste leur priorité.

Il s'agit de patients pour lesquels l'équipe multidisciplinaire estime d'une part qu'une **hospitalisation de courte durée est nécessaire** suite à l'état de crise et d'autre part, qu'un **trajet de soins spécifique** (ou en partie) à la consommation de substance ou qu'une **prise de conscience quant à la problématique de consommation** peuvent être enclenchés grâce au travail de l'équipe multidisciplinaire. Si ces conditions ne sont pas présentes, le patient devra être référé vers une prise en charge ambulatoire via l'équipe mobile de crise assuétudés (pour les hôpitaux ayant choisi l'option b), une équipe mobile 2a de la réforme des soins de santé mentale ou une unité moins spécifique. Lorsqu'aucune possibilité d'accueil pour ces patients n'est possible, l'équipe veillera à offrir un transfert qualitatif répondant à la pathologie du patient.

Ne font pas partie du groupe cible des consommateurs de substances psychoactives, les patients qui ne consomment que **du tabac, des boissons énergétiques, du café, du thé, etc.**

Dorénavant, il serait judicieux de **préciser d'avantage ces critères d'inclusion et d'exclusion** dans les arrêtés royaux/contrats:

o le projet s'adresse à des patients **en situation de crise**, pour lesquels une **hospitalisation d'urgence** et une **prise en charge médico-psychosociale sont nécessaires**, et ayant manifesté des **symptômes résultant clairement d'une utilisation abusive ou d'une dépendance** (telles que définies dans les outils diagnostics validés scientifiquement) à une ou plusieurs substances psychoactives (médications psychoactives, drogues illicites ou alcool). Dans la mesure du possible, les cas d'intoxication (sans qu'un abus ou une dépendance ne soit diagnostiqué), ne nécessitant pas une prise en charge médico-psychosociale, seront redirigés vers des services (ambulatoires) moins intensifs. **Les unités veilleront à ne pas privilégier les patients consommant de l'alcool au détriment de ceux consommant des drogues illicites ou des médicaments psychoactives. Rappelons que la mission de base de ce projet pilote est la prise en charge des usagers de drogues (compris au sens large) exclus de l'offre de soins classique. Les unités seront donc sensibles à ce que les consommateurs d'alcool ne dépassent pas 60% de l'ensemble des patients admis dans l'unité** Dans les rapports d'activités rendus semestriellement par les unités de crise, on observe qu'environ 60% des patients admis le sont pour de problèmes d'alcool. Dès lors, afin de ne pas pénaliser les autres consommateurs (drogues illicites et psychotropes), il semble important de fixer un seuil pour l'accueil de ces consommateurs. Ainsi, nous veillons à respecter la réalité institutionnelle en matière de prise en charge de l'alcool tout en garantissant une capacité d'accueil pour les autres patients consommant des drogues illicites et des psychotropes. Ceci n'affecte donc en rien le mode de

fonctionnement actuel des unités de crise mais vise plutôt à éviter toute déviance pour le futur. Ce seuil pourra être réadapté ultérieurement en fonction des données hospitalières, des rapports d'activités et des données issues du Treatment Demand Indicator. Le projet exclut toute prise en charge des patients présentant une crise qui ne serait pas liée à la consommation problématique de substances psychoactives.

o Cette Unité de crise **sera complètement intégrée dans le réseau de sa région initié dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale** (article 107 de la Loi sur les hôpitaux) mais aussi dans les **différents réseaux spécifiques en matière d'aide aux personnes présentant un problème lié à la consommation de substances psychoactives**, en particulier pour les substances illicites.

o L'institution veillera à assurer un taux maximal d'occupation des lits. Le taux d'occupation doit s'élever à 80% au minimum. L'institution doit, par an, accueillir au minimum 250 patients qui restent chacun au minimum une nuit. Les unités de crise veilleront à n'exclure aucun patient répondant aux critères d'admission dans la limite des places d'accueil disponibles. Si certains patients sont exclus, l'unité de crise veillera à consigner les raisons de ces exclusions et les transmettra au SPF Santé publique.

3. **Objectiver le respect des critères d'admission des unités de crise par la mise en relation des données des rapports d'activités avec l'ensemble des enregistrements des données médicales disponibles au SPF SPSCAE.**

L'avis recommande que l'administration en charge de ce projet puisse mettre en parallèle les données des rapports d'activités des unités de crise avec les données du RPM et du RCM (en total respect avec la Loi concernant la Protection de la Vie privée). Ces deux derniers systèmes d'enregistrement doivent pouvoir étayer les données communiquées dans les rapports d'activités. Si cela n'est pas le cas, **des sanctions** doivent être prises à l'égard des unités qui ne remplissent pas leurs objectifs. Ces unités veilleront à enregistrer toutes demandes d'admission dans l'unité de crise et à justifier les demandes qui n'ont pu être honorées.

Dès lors, en parallèle avec le travail effectué par le Groupe de Travail ad hoc 'RPM' du CNEH, **il est nécessaire que les lits D étant repris dans ses unités de crise fassent également l'objet d'un enregistrement dans le RPM.**

Ces changements s'opéreront dans un délai de trois ans maximum. Au terme de ces trois ans, une équipe scientifique, en collaboration avec le SPF SPSCAE devra analyser les résultats qualitatifs et quantitatifs issus de cette expérience et proposer les adaptations adéquates. L'évaluation portera également sur la couverture provinciale et régionale qu'offrira le projet pilote au terme de son adaptation. Cette évaluation sera réalisée dans le cadre de l'évaluation de la Réforme des soins en santé mentale.

Concrètement, l'avis recommande que l'administration fasse part de ces nouvelles directives par écrit aux unités de crise et que ces dernières s'engagent formellement dans un processus de changement (option a ou b).