

Quantification et caractérisation des patients non-hospitalorequérants dans un établissement public de santé mentale en France

Claire Kerzerho ^{1,2}, Astrid Reilhac ², Yoann Mallet ³, Guillaume Guérineau de Lamerie ²
1.Université de Rennes; 2. DIM Centre Hospitalier Guillaume Régnier; 3. DIM Groupe Hospitalier Bretagne Sud

Contexte

La situation des patients non-hospitalorequérants (NHR) a des conséquences à la fois pour le patient (maintien d'une hospitalisation faute de solution, avec risque de perte d'autonomie et de renforcement de la dépendance à l'institution), et pour l'organisation des soins (occupations des lits nécessaires pour les admissions aiguës, saturation des lits et engorgements, charge accrue pour les équipes de soins au détriment de la dynamique de soin.)

A la demande de l'association des DIM de psychiatrie de Bretagne, l'ADESME, et de la conférence régionale des Présidents de CME, une enquête transversale a été menée sur l'ensemble de la région bretonne, visant à **mesurer la prévalence des patients NHR au sein des Etablissements Publics de Santé mentale (EPSM) de Bretagne**, et à les caractériser (diagnostics, freins à la sortie, orientation attendue pour la sortie). Les résultats pour l'un de ces EPSM, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR), sont ici analysés.

Méthodologie

La méthode a été élaborée collectivement par les membres de l'ADIMPSYBREIZH. L'enquête a été menée sur l'ensemble des EPSM avec la même méthodologie, et le même jour : le 17 octobre 2024.

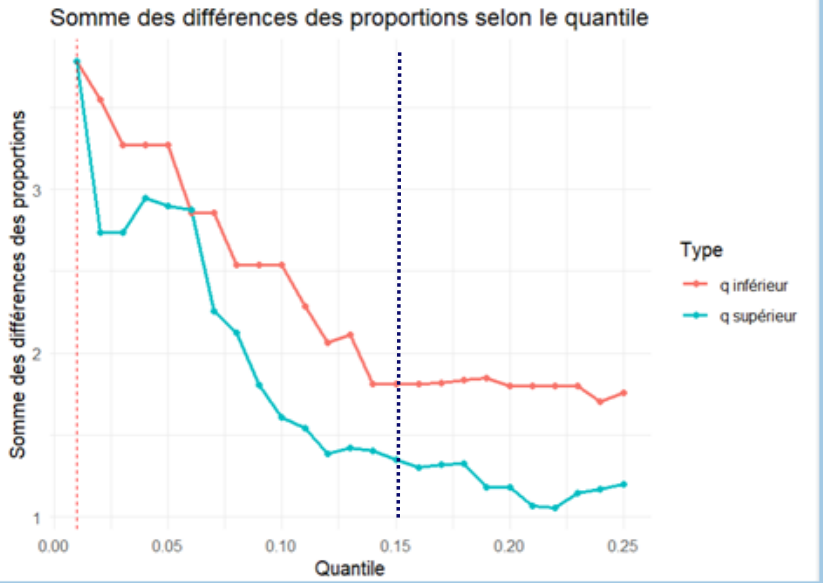
Sur chaque unité de temps plein, le psychiatre référent a été identifié et a complété un fichier Excel avec les données suivantes : nombre de patients présents sur l'unité le jour de l'enquête, identification des patients NHR, et pour ces derniers, collecte de :

- Pour chacun de ces patients NHR ont été recueillis :
- la date de début de prise en charge en hospitalisation
 - la date de début de séjour administratif
 - la date de début de NHR
 - le diagnostic principal (catégorisation CIM-10)
 - l'obstacle à la sortie
 - l'orientation adaptée pour une sortie

Ces éléments ont été analysés pour le CHGR, et notamment la durée de NHR pour chaque patient au jour de l'enquête.

Un focus a été réalisé sur les patients avec les durées de non hospitalo-réquerance les plus longues (dits NHR+) au CHGR, avec un seuil de 15% de durée de NHR les plus longues.

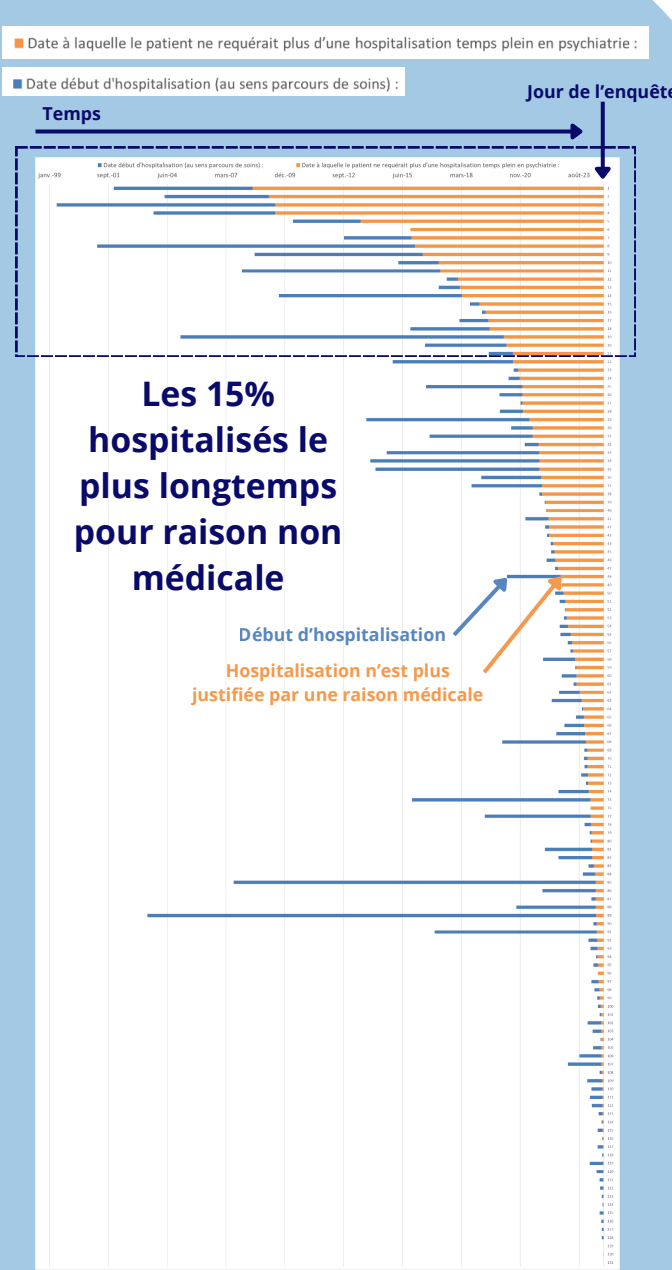
Ce seuil a été déterminé comme identifiant les patients les plus spécifiques à partir d'une analyse et graphique des différences, selon 4 variables : orientation à la sortie, raison de l'absence de sortie, obstacle et catégorie diagnostique.



Focus NHR +

Les patients NHR+ sont-ils différents de l'ensemble des patients NHR ?

Au total, **20 patients ont été identifiés NHR+**, avec une durée moyenne de NHR de plus de 8 ans et 9 mois au jour de l'enquête



Parmi ces patients les catégories diagnostiques les plus fréquemment retrouvées sont **la schizophrénie** et les troubles apparentés **pour 55%** suivi par les **troubles du développement psychologique** (dont les troubles du spectre de l'autisme), **pour 25% contre 7%** sur l'ensemble des patients NHR.

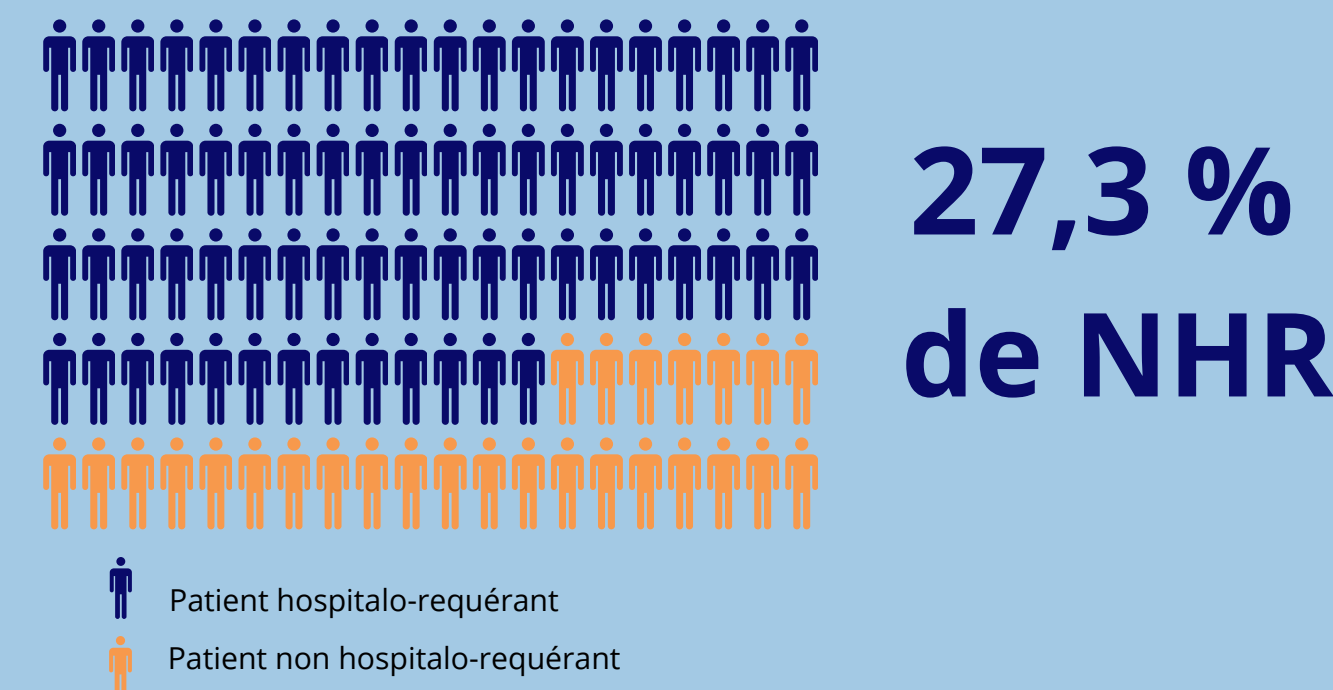
La raison principale de l'absence de sortie des patients NHR+ est **l'attente d'une place** dans une structure d'aval (pour 60% d'entre eux), en Maisons d'Accueil Spécialisées et en foyers d'hébergement respectivement pour 35% et 30% d'entre eux.

Il n'est prévu de retour à domicile pour aucun patient NHR+. Les orientations souhaitées à la sortie sont les **Maisons d'Accueil Spécialisée (35%, contre 14% des NHR)**, les **foyers d'hébergements (30%, contre 24% des NHR)** et les EHPAD (20%, contre 15% des NHR).

Un patient non-hospitalorequérant est un patient dont l'hospitalisation n'est plus justifiée sur le plan médical, mais qui reste hospitalisé de manière prolongée, pour d'autres raisons, quelque soit sa durée d'hospitalisation

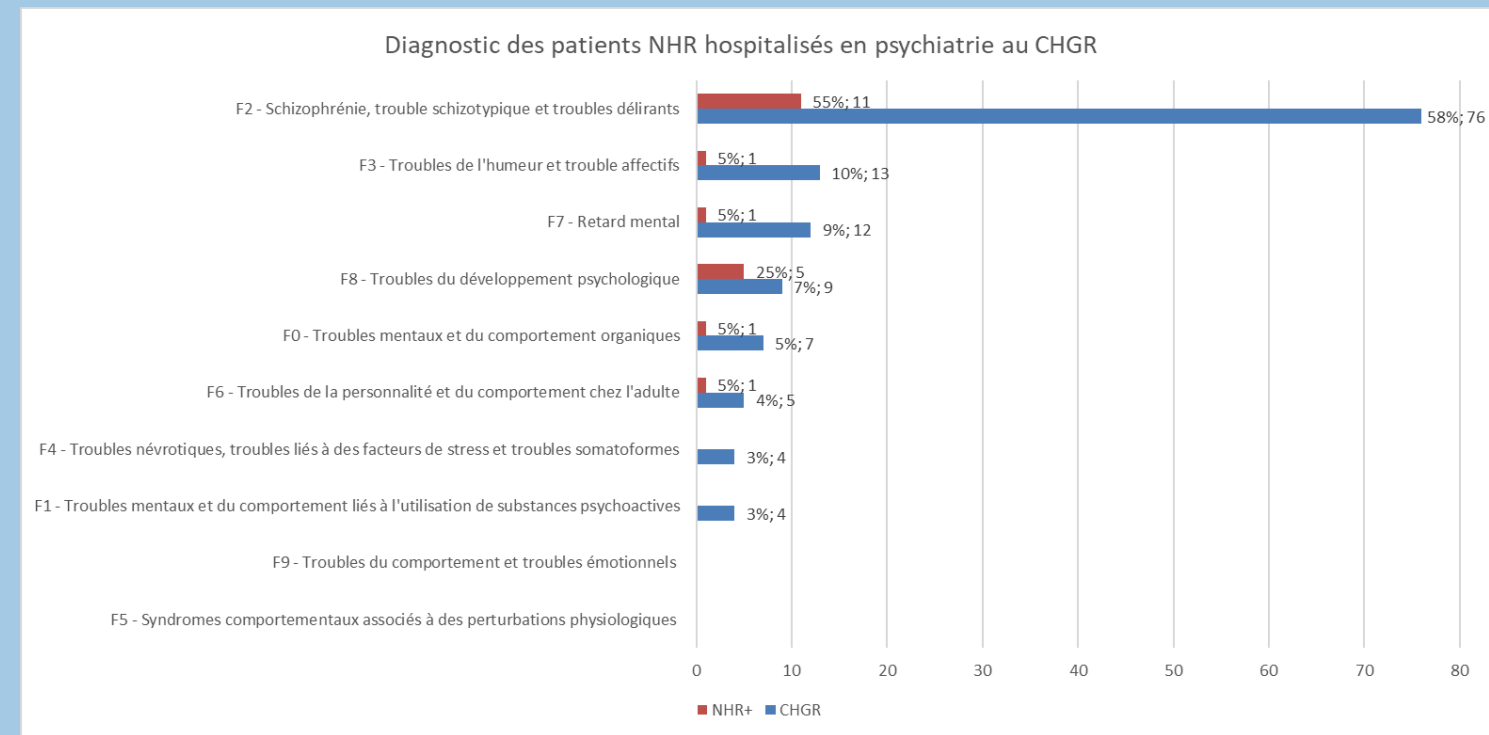
Résultats

Parmi les **480 patients hospitalisés** en temps plein au CHGR, le 17/10/2024, 131 patients étaient NHR soit :

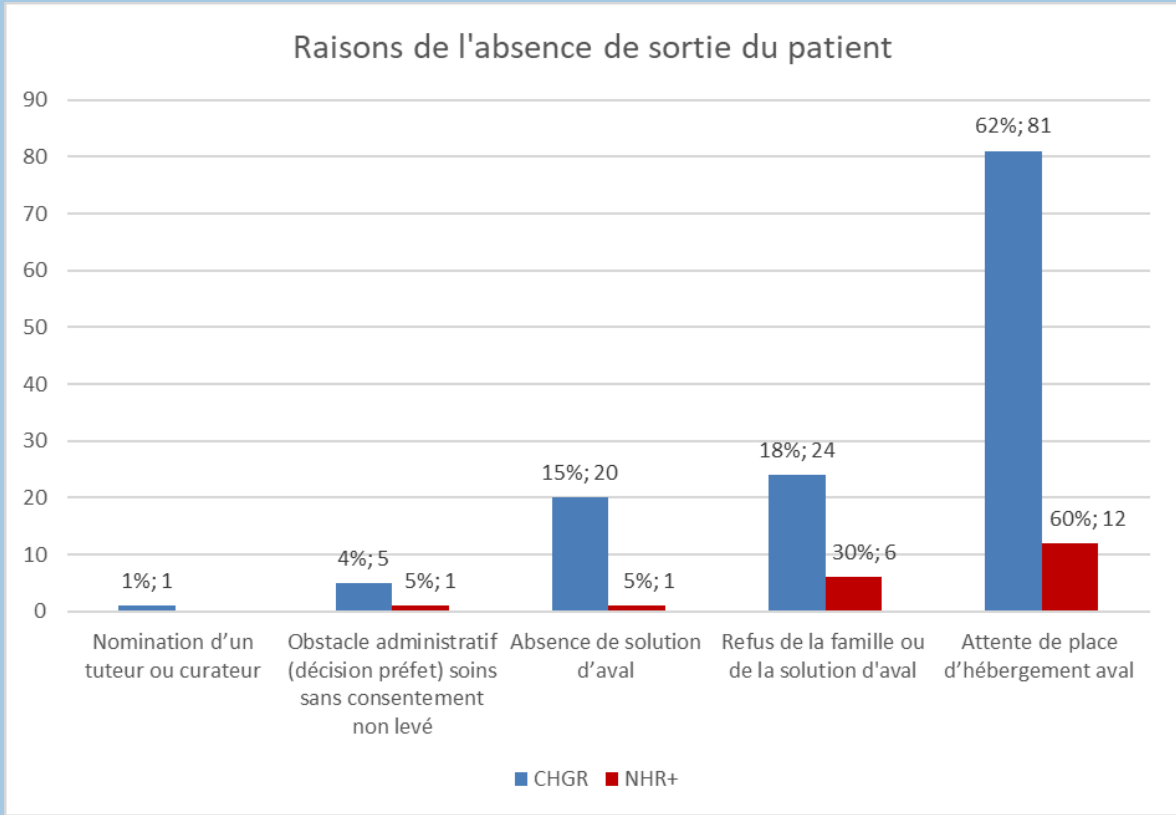


Les patients NHR étaient présents en hospitalisation en moyenne depuis plus de 4 ans, et NHR depuis **en moyenne plus de 2 ans**, avec une grande variabilité des durées de NHR (1er quantile à 3 ans ,médiane à 11 mois et 3ème quantile à 2 mois et demi).

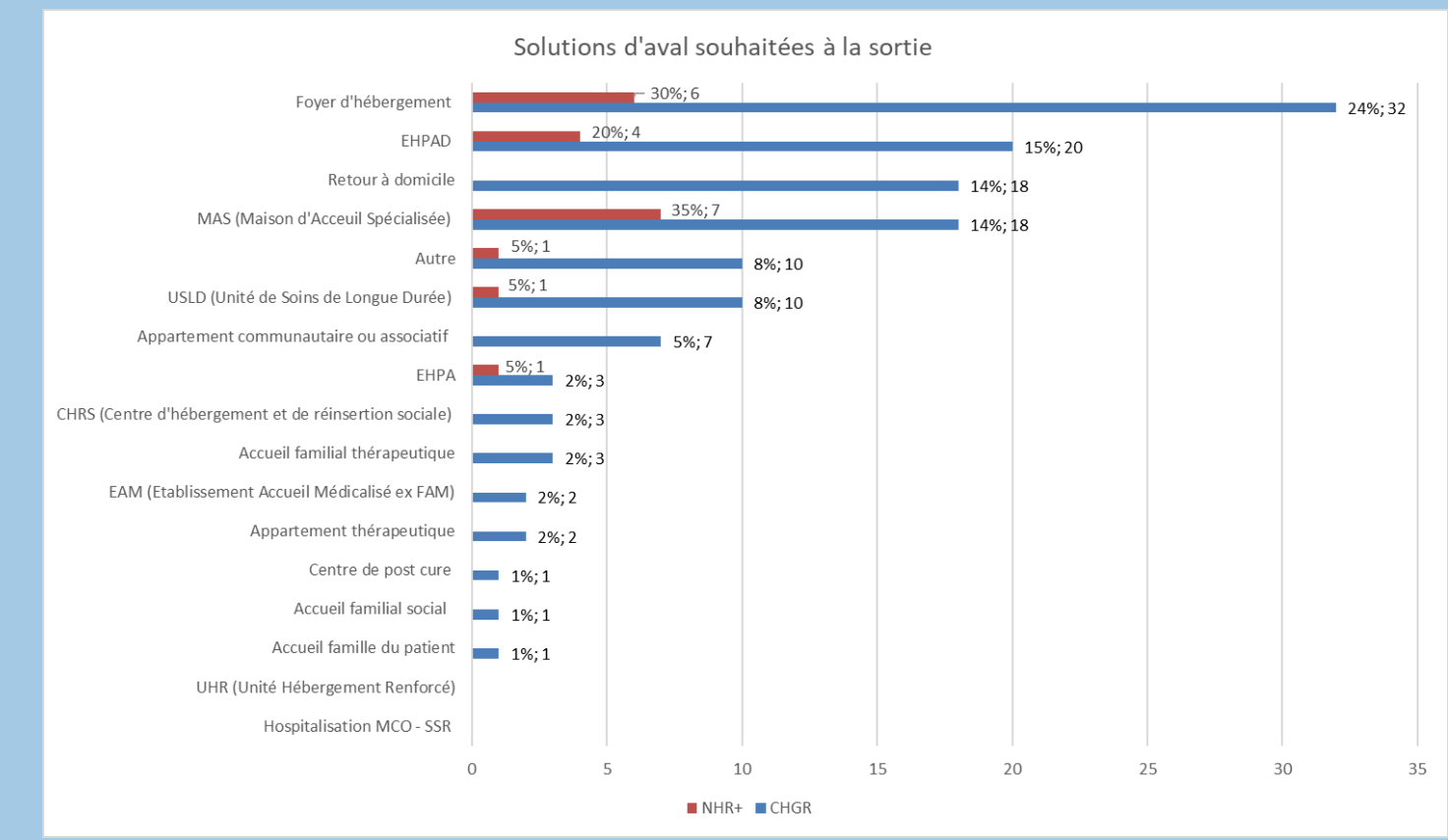
Une catégorie diagnostique est fortement représentée : 76 patients, soit 58% présentaient un trouble de schizophrénie, un trouble schizotypique ou un trouble délirant.



La raison principale de l'absence de sortie du patient est dans **62% des cas l'attente d'une place d'hébergement** en aval, les autres raisons identifiées sont le refus de la famille ou de la solution d'aval (18%), l'absence de solution d'aval (15%), l'obstacle administratif (4%) et l'attente de la nomination d'un tuteur ou d'un curateur (1%).



L'orientation à la sortie privilégiée pour les patients NHR est en premier lieu **le foyer d'hébergement (24%)**, l'EHPAD (15%), le retour à domicile (14%) et la Maison d'Accueil Spécialisée (14%). On retrouve également dans des proportions moindres d'autres solutions, l'USLD, l'appartement communautaire ou associatif.



La proportion de patients NHR était hétérogène selon les unités (entre 0 et 84% au maximum), **4 unités concentraient 51% des patients NHR**, soit 66 patients.



Conséquences

Au total, sur l'ensemble des patients présents le jour de l'enquête, la **somme cumulée** des journées de NHR est de 111 776 jours ...

...soit l'équivalent de **306 ans**

Ou encore l'équivalent de l'occupation de **l'ensemble des lits du CHGR** (535 places) **pendant 7 mois** (dont 4 mois uniquement par les 20 patients NHR+)

Discussion

L'enquête menée au sein du CHGR met en évidence une **prévalence non négligeable des patients non-hospitalorequérants**, proche des résultats régionaux avec une prévalence estimée à 25 % dans les EPSM de Bretagne.

Pourtant le maintien prolongé des patients NHR en milieu hospitalier mobilise des ressources considérables et compromet l'accès aux soins à des patients nécessitant une prise en charge hospitalière.

À cela s'ajoute une difficulté structurelle pour les tutelles à identifier précisément ces patients NHR et les durées de NHR, en raison du découpage administratif des séjours. En effet, toute sortie ou permission de plus de 48 heures entraîne la création d'un nouveau séjour administratif, rendant la traçabilité des périodes de non-hospitalorequérance complexe et morcelée.

Ce constat soulève plusieurs enjeux majeurs :

- Organisationnels, avec une saturation des capacités d'accueil** et une possible inadéquation entre les profils des patients NHR et les possibilités d'accueil en structures médico-sociales
- Éthiques et cliniques, soulignant l'importance d'une orientation adaptée du patient vers la structure la plus pertinente** au vu de son état de santé, et l'impact sur le moral des équipes soignantes, confrontées à des situations d'impasse dans le parcours de soin
- Économiques, avec un coût hospitalier journalier très supérieur** à celui d'une prise en charge en établissement médico-social ou à domicile avec aides adaptées

Les bénéfices de l'amélioration du parcours des NHR :

- Limitier les risques** associés à une hospitalisation prolongée (iatrogénie, déclin fonctionnel et cognitif...)
- Désengorger** les structures hospitalières en libérant de la capacité d'accueil
- Améliorer le délai et ainsi la qualité** de la prise en charge des patients

Des perspectives d'action concrètes :

- Renforcement du lien sanitaire et médico-social** et ville-hôpital, dans le cadre des Projets Territoriaux de Santé Mentale, pour identifier et diffuser des **pratiques facilitant la coopération** avec le secteur médico-social.
- Développement de **solutions précoces**, en identifiant des parcours à risques d'hospitalisations multiples et d'échecs de sortie.
- Mise en place de **comités de suivi** pour identifier et renforcer l'accompagnement des patients identifiés comme NHR.
- Soutien aux structures médico-sociales avec un étayage psychiatrique** accessible en cas de besoin, l'expertise et les interventions des équipes mobiles sur sites
- Réflexion sur l'attractivité du secteur médico-social pour les psychiatres, notamment via des temps partagés entre sanitaire et médico-social.

Une meilleure compréhension des freins à l'admission vers les structures d'aval semble essentiel pour ajuster les réponses organisationnelles et renforcer la fluidité du système de soins.