

FICHE DE PRE DIAGNOSTIC N°4

Priorité 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

La crise est définie comme un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue le plus souvent vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte.

Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant de développer l'intervention des professionnels de soins de psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales, **en prévention de la crise ou en cas de crise et d'urgence**, afin de mettre en place une réponse adaptée, de favoriser l'adhésion aux soins et d'éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement.

Le projet territorial de santé mentale prévoit **l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques**, afin qu'une réponse soit apportée à ces situations quels que soient l'heure et l'endroit où se trouve la personne concernée. Cette organisation précise les modalités d'articulation avec la régulation médicale du SAMU/Centre 15.

Lors d'une entrée dans les soins par une hospitalisation, **la sortie d'hospitalisation** doit s'accompagner de toutes les conditions permettant de maintenir les soins nécessaires et d'éviter le retour à une situation de crise. Une personne sortant d'hospitalisation pour motif psychiatrique doit ainsi bénéficier d'un suivi ambulatoire.

cf. Décret du 27 juillet 2017

Les éléments de la fiche s'appuient principalement sur le verbatim des acteurs locaux et sur l'étude des travaux déjà réalisés sur le territoire

Problématiques constatées par les acteurs

Prévention de la crise et du recours à l'urgence : l'intervention des personnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes

- Difficulté des acteurs du secteur social (bénévoles et professionnels) à trouver les appuis nécessaires lors d'une situation de crise ou d'urgence et lorsqu'un besoin d'hospitalisation est perçu

L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques

- Manque de lisibilité pour les acteurs concernant l'organisation différente de l'accueil des urgences psychiatriques adultes et infanto-juvéniles selon les secteurs
- Disparités entre les 3 secteurs de psychiatrie infanto juvénile
- Le critère de l'âge est différent selon le secteur et entraîne une prise en charge différente et parfois une absence de prise en charge
 - secteur Haute Garonne Nord : à partir de 15 ans : accueil via les urgences psychiatriques de Purpan ; jusqu'à 15 ans : accueil au service d'urgence pédiatrique (équipe de liaison en journée et garde pour nuit et week end)
 - secteur Haute Garonne Sud : jusqu'à 15 ans et 3 mois : accueil au service d'urgence de Saint-Gaudens parfois au service d'urgence pédiatrique du CHU ; à partir de 16 ans : accueil aux urgences du CH de Lannemezan : aucun accueil pour les 15 ans et 4 à 11 mois.

- Tentatives de suicides enregistrées aux services des urgences élevées en Haute-Garonne
- Temps de réponse trop long en service d'urgence : engorgement des urgences psychiatriques notamment sur le CHU liés à une très forte augmentation du recours aux urgences psychiatriques
- Sur le Saint Gaudinois : le CMP reçoit les 16-18 ans. En cas d'hospitalisation : prise en charge sur Lannemezan.
- Hospitalisation inadaptée des jeunes de 16 ans dans le secteur adulte
- Temps de réponse trop long en CMP pour les enfants : la majorité des CMP n'est pas suffisamment réactive face à l'urgence
- Variabilité des situations de crise / Hétérogénéité des réponses
- Absence de filières « urgence psy » pour le sujet âgé
- Temps de réponse long en post-urgence

L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation

- Durée trop longue des séjours des patients en soins sans consentement : filière psychiatrique en tension
- Lors d'une situation de crise, les difficultés les plus importantes sont les sorties d'hospitalisation sans solution d'accompagnement, notamment pour les adolescents.

Bonnes pratiques identifiées par les acteurs :

Prévention de la crise et du recours à l'urgence : l'intervention des personnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes

- Equipe Mobile de psychiatrie de liaison, à l'Hôpital des Enfants qui intervient en collaboration avec les équipes de pédiatrie auprès d'enfants de moins de 16 ans accueillis dans des services d'urgences, de médecine et de chirurgie infantiles du CHU.
- Le Cerca : Régulation téléphonique pédopsychiatrique spécialisée immédiate en journée (9h-18h) pour professionnels travaillant auprès d'adolescents, accueil, intervention de crise et suivi de crise, travail de liaison sur les services d'urgences adultes et enfants (14-17 ans révolus) au CHU de Purpan : prise en charge de crise et d'éviter des passages et hospitalisations inutiles aux urgences
- Accueil généraliste destigmatisé et sans rendez-vous des adolescents et leurs familles à la MDA31, évaluation des situations et orientation vers les structures les mieux adaptées
- Dispositif départemental réactif pour adolescents de la Haute-Garonne : consultation réactive de proximité pour adolescents (14-18 ans) et Unité Mobile d'Évaluation et de Soutien (UMES) dans chacun des 3 secteurs de psychiatrie infanto juvénile. Une consultation de crise conçue comme une plateforme de régulation intersectorielle des situations de crise des adolescents vient compléter le dispositif.
- Dispositif de soins partagés en psychiatrie à Toulouse permettant de fluidifier le parcours des personnes ayant un trouble mental et d'éviter les recours inadéquats aux services d'urgence, ainsi que de renforcer la prise en charge psychiatrique de proximité dans le premier recours.
- Fonctionnement 7 jours / 7 de l'Accueil de Jour Intersectoriel Réactif (AJIR) assurant la prise en charge ambulatoire intensive pour toute personne présentant des troubles psychiques instables mais qui ne nécessite pas une hospitalisation temps plein.
- « Cellule de coordination de veille et d'urgence en santé mentale » (13 partenaires) à Colomiers
- Hôpital de jour réactif EHPAD du CHU dont l'objectif est de limiter les hospitalisations des résidents d'EHPAD, notamment aux urgences en devançant les situations de crise survenant en EHPAD

L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques

- Coordination de la prise en charge des urgences entre les établissements publics et privés de l'agglomération de Toulouse (en cours)
- L'unité Accueil Urgences Psychiatriques (AUP) prend en charge des patients qui nécessitent une hospitalisation urgente (sans prise de toxique) et avec antécédents psychiatriques.
- Les consultations d'urgence psychiatrique (secteur 7) sont réalisées par un praticien 24h/24 et 7 jours sur 7 au sein de 3 boxes et 2 sas d'apaisement.
- Pour les CMP adultes : heures d'ouverture pouvant aller jusqu'à 19h certains jours ; répondeur téléphonique dans les CMP orientant les patients en dehors des heures d'ouverture vers le standard de l'hôpital psychiatrique de rattachement et/ou le service des urgences de l'hôpital général ou le 15 ; Tous les CMP urbains comme ruraux ont organisé un entretien d'accueil infirmier sans délai.
- Unité de consultation de crise et de régulation, pour les enfants, permettant une évaluation et une orientation
- Une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP), chargée de l'urgence médicopsychologique au profit de victimes, de catastrophes ou d'accidents impliquant un grand nombre de victimes et/ ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques. La CUMP 31 : la réponse à l'urgence (avec le SAMU), la formation des volontaires et une consultation d'évaluation, de soins et de suivi de l'état de stress post- traumatique aigu : la Consultation d'Orientatio Médico-Psychologique (COMP).
- L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) accueille des patients en situation de crise sur 24 ou 48h.
- Les hospitalisations se font : à l'UHCD : 17 lits dont 8 en secteur ouvert et 9 en secteur fermé, et au Centre de Thérapie Brève (CTB).

L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation

- Mise en place d'un « bed manager » partagé entre le CH Gérard Marchant et le CHU
- Développement de l'HAD (ex : HAD Psydom 31)
- A la suite d'une prise en charge aux urgences psychiatriques, le Centre de Thérapie Brève (CTB) propose un suivi individuel intensif avec un psychiatre et un infirmier référent.

Leviers repérés par les acteurs :

Prévention de la crise et du recours à l'urgence : l'intervention des personnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes

- Pluraliser les modalités d'hébergement / logement pour les personnes qui ont des troubles psychiques articulant sanitaire, médico-social et social, en imaginant des modalités d'accompagnement au long court, qui permettent des aller-retour, des hauts et des bas, qui incluent la crise comme un possible du parcours avec des interventions à domicile en fonction des besoins de la personne
- Organiser des échanges pluri institutionnels (type réseaux santé-précarité, réseau santé-interculturalité, CLSM ...) pour discuter des situations repérées comme complexes voire urgentes de manière à prévenir l'amplification des souffrances individuelles voire les hospitalisations ;
- Développer les liens entre les professionnels

- avec les MG pour faciliter les diagnostics, soutenir les médecins, développer la prévention secondaire : DSPP, stages en psychiatrie pour les internes, améliorer les échanges
- pour améliorer les coordinations entre psychiatrie enfant et adulte
- pour définir en concertation (structures qui accueillent les personnes en situation de précarité / établissements de santé) les modalités de recours et d'accueil aux urgences
- promouvoir l'intervention coordonnée des professionnels de santé et des structures d'hébergement sociales et médico-sociales
- Organiser des sensibilisations / formations :
 - former les professionnels de l'ASE et de la PMI à l'évaluation des situations pour orienter de manière adaptée
 - organiser des sessions de sensibilisation sur la précarité et le travail social en direction des professionnels de santé des urgences
 - former au repérage des troubles psychiques et à la prévention des risques suicidaires (professionnels de santé des champs sanitaires, médico social, social, éducatif et judiciaire)
 - former les professionnels à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire
- Développer les EMIC Equipes mobiles d'intervention et de crise ou Equipe Mobile d'Urgence et les EMPP
- Renforcer les visites à domicile de la psychiatrie pour favoriser l'entrée dans le soin et la continuité du soin

L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques

- Evaluer les modalités d'intervention du pré-hospitalier en urgence (présence ou non d'un psychiatre, ...) : SAMU, SOS médecin...et former les forces de sécurité pour intervenir dans les meilleures conditions
- Renforcer les liens avec le SAMU notamment par la création d'un poste partagé EMIC/SAMU et/ou structure d'urgence psy/SAMU
- Augmenter l'âge de la psychiatrie « enfant » au moins jusqu'à 18 ans
- Accueillir les adolescents de 14 à 18 ans dans un centre de soins aigus (6 lits de crise) pour adolescents en situation de crise pour une durée d'hospitalisation inférieure à 5 jours, hors des services d'urgences.
- Pour les CMP enfants, réduire les délais d'attente en incitant les CMP à organiser les entretiens de premier contact par des infirmiers ou psychologues et en clarifiant les rôles CMP/ CMPP/ CAMPS.
- Pour les enfants et adolescents, création d'une unité d'hospitalisation de crise de 6 lits
- Développer les AJIR : accueil de jour intersectoriel réactif (y compris pour les adolescents)
- Les professionnels impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des adolescents sont à accompagner pour un meilleur soutien.
- Pour les CMP adultes, rechercher l'homogénéité des pratiques : ouverture des CMP jusqu'à 20h ou le samedi matin ; dans les CMP pivot : proposition d'une permanence pour évaluation avec une orientation possible vers le psychiatre sur place ou vers le service d'urgence psychiatrique
- Rechercher le partage des pratiques organisationnelles et l'harmonisation des procédures d'évaluation et d'orientation au sein des services d'urgence
- Organiser les accueils non programmés de façon adaptée au bassin de vie et à la population
- Pour désengorger les urgences psychiatriques :
 - admission directe au sein d'une unité psychiatrique sans passage par les structures d'urgences
 - ou se rendre dans un CMP pour évaluer la situation et orienter si besoin vers une structure d'urgence soit vers un parcours classique (déjà le cas : peu lisible) ; structuration des liens

entre les psychiatres des urgences et ceux des CMP, identification des pratiques avancées déjà en place et délégation de tâches notamment pour les patients en situation de soins sans consentement (DMS élevée)

- pour les patients non inscrits dans un parcours de soins : mise en place d'un numéro d'appel unique, d'une régulation réalisée par un psychiatre : pourquoi pas via une cellule spécialisée en psychiatrie sur le 15 (proposition de l'UNAFAM à la journée nationale PTSM)
- pour les séjours des patients en soins sans consentement (très long) : Il faut tendre vers un fonctionnement du type centre psychiatrique d'orientation et d'accueil
- Le parcours en urgence et le parcours en post-urgence doivent être adaptés en fonction du patient s'il est déjà inscrit ou non dans un parcours de soins adapté.

L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation

- UCHA : créer un dispositif d'accueil en post-urgences (UCHA bis porté par le CHU) pour les 11-15 ans
- Développer les Equipes mobiles de Post-Urgence Médico psychologique sur l'ensemble du territoire
- Les CMP doivent pouvoir assurer un rdv en moins de 72h lorsque la situation clinique le justifie pour les patients sortant des urgences
- Evaluer les besoins en lits des unités de lits post-urgences et spécifiquement pour la filière relative aux soins sans consentement...
- Etablir des conventions entre la structure d'urgence psychiatrique et les établissements psychiatriques privés de manière à assouplir le fonctionnement des admissions post urgences 7j/7 et 24h/24 pour la filière « hospitalisations libres »
- Organiser la réorientation vers des psychiatres libéraux de patients non connus à partir des urgences ou des CMP pour des nouvelles demandes de prise en charge et être un recours pour les patients particulièrement complexes
- Promouvoir le modèle des centres de thérapie brève (prise en charge ambulatoire de la crise)
- Etendre le dispositif VIGILANS en ex-MP.
- Mettre en place des échanges réguliers psychiatrie-social sur les accompagnements communs (y compris pendant les temps d'hospitalisation) tout en respectant les règles professionnelles de chacun, de manière à pouvoir partager les observations réalisées dans la vie quotidienne des personnes, comprendre les comportements des personnes suivies conjointement et orienter les pratiques de l'équipe éducative et de soin
- Anticiper et aménager les sorties d'hospitalisation de manière à ce que les personnes puissent avoir un accueil soutenant à leur retour en structure d'hébergement social en :
 - informant les professionnels du secteur sanitaire sur le fonctionnement du SIAO ;
 - organisant des retours progressifs au sein de la structure ;
 - mettant en place des temps collectifs au sein du lieu de vie collectif avec des intervenants de la psychiatrie pour échanger sur les représentations de la pathologie mentale et du soin psychiatrique ;
 - maintenant les liens social - soin en sortie d'hospitalisation pour garantir l'évaluation et la continuité du soin

Points à approfondir

Contributions des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), logements sociaux (ex : CROUS...), des forces de sécurité, des personnes ayant des troubles psychiques et leur entourage

Publics suivants : étudiants, personnes ayant des conduites addictives, personnes détenues, personnes âgées en perte d'autonomie, personnes en situation de handicap, personnes

Références / Sources

- PRS OCCITANIE (comprenant le PRAPS et les travaux préparatoires au PRS Occitanie – parcours santé mentale)
- Questionnaires des structures membres de la CSM élargie – 14 questionnaires - synthèse
- Compte-rendu de la réunion du 29 mars de la Commission santé mentale élargie
- Diagnostic PMP Santé mentale – projet médical

isolées, les réfugiés et les migrants, ...

Les centres de crise et leur rôle, les EMPP, les dispositifs de soins intensifs à domicile, les centres experts (centre de soins de niveau 2), l'ETP, les soins de réhabilitation psycho sociale, soins de remédiation cognitive, psychothérapie, associations de pairs aidants familiaux

La connaissance des dispositifs spécifiques par les acteurs de première ligne (médecin généraliste, infirmier, entourage...)

partagé 60 pages

- Travail exploratoire au Diagnostic du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) – ARS Occitanie DD31 – Mai 2018

- PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2014 – 2018 CH Marchant, Rapport d'étape, décembre 2016

- Projet d'établissement du CHU de Toulouse 2018-2022, 2019

- Bilan du CLS de Colomiers 2014-2018

- Circulaire n°39-92 DH PE/DGS du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques

- Plaidoyer santé mentale de la Fédération des Acteurs de la Solidarité

- Les positions de l'UNAFAM en matière de soins et de recherche en psychiatrie et santé mentale, août 2017