

Groupe de travail permanent
Psychiatrie – Santé mentale

**Recommandations
concernant la prévention et la prise en
charge des situations de crise et
d'urgence en psychiatrie**

Février 2014

A de nombreuses reprises, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie des Pays de la Loire, dans ses réunions plénières comme dans les réunions de concertation tenues dans le cadre de l'élaboration du PRS a manifesté sa préoccupation sur les questions ayant trait à la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques. Les problématiques de l'urgence, de l'accueil hospitalier et d'aide à la vie quotidienne ont été régulièrement évoquées. Dans ce contexte, la Conférence, dans sa séance du 14 mai 2012 a mandaté un groupe de travail permanent, conformément aux dispositions de l'article D.1432-31 du décret n°2010-348 du 31 mars 2010.

Ce groupe de travail, au terme d'échanges approfondis qui ont confirmé la convergence des constats effectués par tous les partenaires des problématiques de santé mentale, et après la tenue sur ce thème d'un débat public extrêmement riche à St Nazaire en janvier 2014, a élaboré et soumis à la Conférence un avis à transmettre à l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire. Cet avis ci-après a pour objectif d'inciter l'ARS à se saisir plus résolument de problématiques que la Conférence juge prioritaires.

Partant des constats qu'elle souhaite énoncer, il décline des recommandations en matière de prise en charge des situations de crise et d'urgence et des pratiques de soins qui pourraient les prévenir.

Les Constats

Concernant la prévention et la prise en charge des crises et urgences en psychiatrie dans le périmètre de l'ARS Pays de la Loire, les acteurs du soin, partenaires et usagers constatent :

- des modalités très diverses selon les territoires,
- des dysfonctionnements dans des prises en charges qui conduisent à des situations d'urgence, voire à des drames,
- qu'une partie de la population ne se manifeste que sur un mode de crise et ne fait pas toujours de démarche vers les structures existantes ou bien que celles-ci n'aboutissent pas,
- une différence de prise en charge souvent traumatisante pour les adolescents et leurs familles lors du passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte,
- que les familles et aidants de proximité, en première ligne dans l'urgence, estiment que leur préoccupation principale, à savoir l'assistance en cas de crises, ne reçoit pas de réponse satisfaisante de l'organisation du système de soins psychiatriques.

La Région des Pays de la Loire, réputée pour sa modération, n'échappe cependant pas au fait que l'urgence est devenu le mode de traitement prévalent de nombreux phénomènes sociétaux, dont l'expression des souffrances psychiques. De nombreux facteurs, selon la Conférence, y contribuent :

- La précarisation du lien social :

Fracture sociale, fragmentation et déstructuration du lien familial, instabilité économique croissante conduisent à diminuer le seuil de tolérance de la population aux tensions. L'augmentation continue des comportements addictifs intervient par ailleurs à la fois comme cause et effet de cette précarisation. Cette évolution sociétale favorise l'immédiateté, les comportements extrêmes, les passages à l'acte et donc *in fine* les situations dites d' « urgence ».

- La méconnaissance de l'offre :

La population générale n'a ni le temps ni la connaissance ou la compétence qui lui permettrait d'utiliser au mieux de leurs spécificités les services de santé, les services sociaux, ou administratifs pour répondre à ses problèmes. Elle sait toutefois qu'il existe « une porte » quasiment gratuite fonctionnant 24h sur 24 : les urgences de l'hôpital général. Or celles-ci n'ont ni les moyens, ni les ressources humaines pour répondre à ces situations d'urgence. Ce constat vaut pour chaque citoyen mais aussi pour les agents de régulation que sont les pompiers, la police, les

services municipaux, etc. pour qui des actions perturbatrices sont rapidement étiquetées comme étant du fait d'individus « psychologiquement troublés » voir malades mentaux...

- L'évolution de la psychiatrie :

Le processus de désinstitutionalisation du système de soins psychiatriques n'a pas été suffisamment accompagné par une consolidation de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité où les structures médicosociales et sociales de prise en charge hors de l'hôpital n'ont pas été suffisamment développées.

Le nombre de lits en psychiatrie est évalué en 2013 dans notre pays à environ 37 000. Il était de 55 000 en 2003 (et 85 000 en 1987) selon une étude IRDES.

Mais par ailleurs « l'absence d'une politique de santé mentale alliant l'intégration des malades dans la cité et des prises en charge sécurisées pour la population reste un impératif qui peut paraître paradoxal. Cela signifie que toute tentative de rénovation des dispositifs de prise en charge est complexe. Cette complexité est accrue par le fait que les pathologies devraient être pris en charge de façon spécifique et s'intégrer dans une démarche générale de santé publique. Une loi est nécessaire. » (Edouard Couty, 2009)

Cette absence de loi cadre liée, de plus, à une augmentation de la prévalence des maladies psychiques est une préoccupation de l'ensemble des acteurs et partenaires de la psychiatrie. La croissance continue des files actives en est le reflet. Devant cet afflux de demandes et faute de réponse politique adéquate certains services et professionnels de la psychiatrie se sont trouvés dans l'obligation de choisir : se replier sur eux-mêmes ou...accepter de s'ouvrir à la vie et au monde social en adaptant leur offre. La réponse a été hétérogène selon les territoires et, paradoxalement, ceux qui se sont ouverts ont été très exposés à des demandes en forte augmentation.

Face à cette évolution les Centres Médico Psychologiques ont évidemment toute leur place. Ils constituent une réponse particulièrement adéquate du dispositif de soin. Leurs équipes ont par définition une bonne connaissance de leur territoire et limitent par leur action le recours à l'hospitalisation. Mais de manière contradictoire, la contrainte budgétaire actuelle qui pèse sur les établissements hospitaliers génère des effets pervers en privilégiant la réduction des moyens alloués aux dispositifs ambulatoires.

A l'inverse d'autres spécialités médicales, la psychiatrie ne fait pas appel à des plateaux techniques sophistiqués. Elle nécessite du « temps-homme » pour le diagnostic, le soin, la prise en charge et l'accompagnement tant des patients que des aidants. Elle nécessite également une compétence pointue, qui plaide pour une séniorisation de certaines fonctions au sein de l'appareil de soins, pour resituer dans une continuité de sens pour la personne, les épisodes symptomatiques aigus, qui ne doivent pas systématiquement être lus comme d'essence pathologique. Dans cet esprit, il serait important de réfléchir à la formation des infirmiers, et à l'intérêt que représenterait une spécialisation à l'issue de leur diplôme.

- Les avancées de la recherche :

Les recherches concernant les troubles psychiques, dont en particulier les troubles schizophréniques, laissent espérer que la réduction du délai d'instauration d'un traitement grâce à la détection précoce du trouble, améliorerait le pronostic ultérieur.

L'amélioration de la réponse à l'urgence et à la crise serait donc susceptible de contribuer à l'amélioration du résultat thérapeutique. Mais il importe de prendre en considération un autre phénomène : faute de moyens, l'allongement des délais d'obtention des rendez vous de consultation défavorise, en sens inverse, les personnes pour lesquelles la situation d'urgence n'est pas encore présente... finissant par la générer ! S'il est donc essentiel de répondre à l'urgence, il ne l'est pas moins de tenter de la prévenir, par une prise en charge anticipatrice.

Rappel des textes

Les trois grandes orientations du Plan Régional de Santé : *La personne au cœur du système de santé - La proximité organisée- La maîtrise des risques concernant la santé des populations* sont concernées par la problématique des urgences psychiatriques.

Toutefois la diminution des moyens hospitaliers partout constatée qui se combine avec une augmentation de la demande conduit à créer une situation de déséquilibre. On peut légitimement craindre le **risque d'une diminution de la prise en charge** ou de réduction de moyens dédiés à des interventions qui, réalisées en amont de la situation de crise, ont une efficacité préventive, économique et sociale. Par ailleurs, le constat a été fait que la réponse aux situations de crise est très diverse selon les territoires des Pays de Loire et est à l'origine de nombreux dysfonctionnements, par manque de connaissance et de lisibilité, par l'ensemble des acteurs, de leurs propres possibilités d'action comme de celles de leurs partenaires.

Il convient donc de rappeler le rôle central de l'ARS dans la mise en œuvre et le suivi d'une réponse concertée, concrète et immédiate à ces situations de crise et d'urgence :

- Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011 – 2015 (page 18)

Concernant la réponse aux appels et situations d'urgence, l'enjeu consiste à élaborer ou consolider un dispositif lisible, connu des usagers et des aidants, ainsi que par les acteurs susceptibles d'être saisis de la situation (y compris élus locaux, forces de l'ordre). Où que cette urgence survienne et quel qu'en soit l'horaire, celle-ci doit trouver une réponse structurée à l'avance, réponse qui doit pouvoir être déclenchée par le premier professionnel alerté sur la situation.

- Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Art. L. 3222-1-1 – A

Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L.6312-2.

Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement mentionné à l'article L. 3222-1.

Les recommandations

de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie des Pays de la Loire

Le travail de l'urgence et de la crise ne consiste pas toujours à proposer une réponse immédiate, mais peut aussi consister à donner du temps à une situation qui est définie comme n'en disposant pas. Dans ces conditions, savoir accompagner l'urgence psychiatrique est devenu un enjeu majeur pour les acteurs de la santé mentale.

Les principes généraux

Pour la Conférence, il convient dans la réflexion de replacer la problématique des urgences au sein d'un **dispositif global et gradué de prise en charge de l'urgence et de la crise**, mobilisant en amont et en aval toutes les réponses ambulatoires et les ressources de prévention et de diagnostic des troubles.

Les réponses graduées dans le temps peuvent aller de l'hospitalisation immédiate, ou de l'intervention à domicile au respect du délai nécessaire à l'orientation du primo-arrivant dans un dispositif ambulatoire de longue durée. Elles peuvent représenter aussi la succession diversifiée et ajustée des soins selon l'intensité et l'amplitude nécessaire, à partir du soin non-programmé de l'urgence jusqu'à celui semi-programmé de la post urgence, dans le but d'obtenir, si possible une situation suffisamment stabilisée pour entrer dans un parcours de soins programmés.

Les réponses doivent être également graduées dans l'espace. Il peut s'agir d'une hospitalisation brève, ou de plus longue durée, pour transiter vers d'autres lieux, partiellement puis totalement ambulatoires, ce qui peut inclure le domicile (quand il existe) **avec, si nécessaire, l'accompagnement de moyens médico-sociaux et sociaux ad-hoc**. Cet accompagnement indispensable n'est pas encore déployé à la hauteur des besoins, aujourd'hui très documentés pour certaines populations de patients en situation de "handicap psychique", qui aspirent à avoir accès à tous les registres de la citoyenneté (logement, culture, emploi..) conformément aux dispositions de la loi du 11 février 2005. S'il était plus systématiquement organisé, cet accompagnement serait de nature à mieux prévenir les situations de crise, souvent liées à l'angoisse d'un quotidien vécu comme inquiétant par des personnes se sentant démunies pour y faire face de façon adaptée.

En tout état de cause les réponses de type « tout ou rien » doivent être évitées.

Une réponse ambulatoire connue et cohérente

Elle s'impose **avant et après** l'hospitalisation. Les déséquilibres émergent ou éclatent rarement à l'hôpital mais dans le milieu de vie : domicile, famille, travail, espace public...

Ce dispositif psychiatrique hors des murs de l'hôpital devra être en mesure de fournir une aide et une assistance crédible à tous ceux qui seront susceptibles de s'adresser à lui : services sociaux, service d'urgence somatique, forces de l'ordre, service de secours, familles et aidants, etc. Il doit être repérable et crédible pour être régulièrement sollicité de manière préventive. Pour cela il devra offrir :

- Une réactivité impliquant un fort engagement du réseau primaire (CMP, Equipes mobiles, etc.)
- Une continuité suffisante
 - o Amplitude et durée d'ouverture
 - o *Aptitude persistante à répondre et accueillir une demande urgente*

- *Professionnalisation des réponses téléphoniques*
- *Accueil adapté et bienveillant des familles venant évoquer un cas d'urgence*
- *Réservation de créneaux dédiés à l'accueil non programmé (médical ou infirmier)*
- Une mobilité satisfaisante
 - *Aptitude à se projeter là où la crise émerge 24h / 24*
 - *Aptitude à répondre aux besoins des patients coopératifs mais dans l'impossibilité de se déplacer,*
 - *Aptitude à répondre aux besoins de patients non coopératifs lors d'une crise inaugurale sévère ou en rupture de soins,*
 - *Aptitude à répondre à des familles et aidants inquiets, perdus et angoissés, à leur fournir une information précise sur les ressources thérapeutiques, le parcours de soins envisageable, à les associer de façon étroite, tant au moment de l'épisode aigu qu'au long de la prise en charge de plus longue durée si elle s'avère nécessaire.*

La capacité à offrir ces services sur tous les territoires doit pouvoir, si nécessaire, s'appuyer sur des mutualisations intersectorielles.

- Une accessibilité sans faille
 - *Les appels vers le 15, le 17, ou le 18 sont parfaitement connus de la population. Une identification et une signalétique claire en adéquation avec les moyens et réseaux de communication doivent être mise en œuvre.*

Ces exigences conditionnent une bonne accessibilité aux soins au moment d'une crise débutante qui deviendra urgence puis crise majeure si elle n'est pas traitée. C'est un enjeu déterminant pour contenir les conséquences et apaiser les souffrances de la personne ainsi que celle de ses proches.

L'une des particularités des troubles psychiques est de placer parfois la personne qui en souffre dans une position de non-demande particulièrement au moment où elle en a le plus besoin. Cette absence de demande entraîne un **retard à la prise en charge**, et une aggravation des troubles, qui peuvent alors se traduire en troubles du comportement, agressivité, gestes et propos suicidaires.

Il faut donc aller au devant d'elle.

Une forte coordination des acteurs

Les situations de crise et d'urgence en psychiatrie sont une des portes d'entrée dans le dispositif de soins, et parfois ensuite d'un accompagnement médico-social et social qui pourront s'avérer nécessaires. Dans des parcours déjà non linéaires, c'est une des plus traumatisantes qui soient tant pour les personnes concernées que pour leurs proches. C'est l'irruption dans la vie d'une famille et d'une manière générale dans la cité, de l'étrangeté, de l'imprévisibilité, de l'incompréhension et de l'irrationnel.

Sa prise en charge peut mobiliser, de manière directe ou indirecte, de multiples acteurs de cultures différentes et aux attentes diverses : élus locaux, professionnels de santé, professionnels de services sociaux, services de justice, représentants des forces de l'ordre, services départementaux d'incendie et secours, administrations déconcentrées et décentralisées, bailleurs, etc.

Dans ce contexte une double nécessité s'impose :

- Une forte coordination assurant la lisibilité et l'efficacité du service tant pour les différents acteurs que pour la population,
- Une sensibilisation de l'ensemble des acteurs potentiels quant aux particularités et spécificités des troubles psychiques ainsi qu'aux conséquences qui en découlent pour les personnes malades ou en situation de handicap. Cette sensibilisation doit pouvoir déboucher sur des actions de déstigmatisation, d'information sur la santé mentale, de formation et de soutien des aidants.

Les Contrats Locaux de Santé Mentale, les Commissions départementales de santé mentale attachées aux Conférences de territoire, le Groupe permanent Santé Mentale de la CRSA au niveau régional sont susceptibles de contribuer à ces missions parmi celles qui pourraient leur être dévolues par ailleurs. L'implication des élus locaux s'avère fondamentale dans de telles instances compte-tenu de leurs responsabilités de santé publique.

Dans ce contexte, l'implication directe et forte de l'ARS est incontournable pour la mise en œuvre de cette structuration du fait de ses attributions décisionnaires sur l'ensemble du système de santé, et de son engagement dans la coordination des politiques publiques.

Une réponse hospitalière adaptée

Les services d'accueil d'urgence (SAU) sont clairement identifiés par la population comme des lieux de réponse à l'urgence quelle qu'en soit la nature. Néanmoins l'urgence générale n'est pas toujours la temporalité adéquate pour la psychiatrie qui nécessite un temps plus long et doit permettre un « travail de crise » et son suivi en organisant une réponse graduée, personnalisée et coordonnée. Il convient de favoriser :

- Un mode de prise en charge spécifique favorisant ce travail de crise, d'accueil, d'orientation et d'observation en unité spécialement dédiée. Cet accueil doit tenir compte de la dimension émotionnelle toujours mobilisée par de telles situations, prévoir un temps d'observation suffisant avant de statuer sur l'indication de la nature des soins. Il doit respecter la dignité et l'intimité de la personne et de sa famille.
- La définition de procédures organisant le déclenchement de la proposition de soins et si besoin l'intervention adaptée
- L'organisation du transport entre le lieu de vie de la personne concernée et le service d'accueil d'urgence, en cas d'impossibilité notoire justifiée par son état,
- La création de filières liant urgence et post-urgence permettant à la fois l'intervention en situation de crise et la continuité dans le temps du suivi, qui peuvent être portées par les secteurs psychiatriques. Là où, pour des raisons diverses, ils sont défaillants, cette création est à envisager de façon intersectorielle
- L'organisation de l'aval des situations de crise, sur le plan ambulatoire, comme de l'hospitalisation, dans le champ sanitaire comme dans ceux de l'accompagnement médico-social et social
- Le développement d'un partenariat avec les aidants en identifiant une modalité de réponse repérable à leur intention en particulier dans la période de post – urgence,
- Le développement des suivis post-urgence avec les médecins généralistes, les psychiatres libéraux, les secteurs psychiatriques, l'éventuelle entité extrahospitalière mentionnée ci-avant,

La prise en charge des suicidants

La prise en charge des suicidants doit faire l'objet d'attentions particulières dans le respect des recommandations de l'HAS **avec une écoute particulière des proches du patient et une évaluation de leur capacité d'accompagnement.** Cette prise en charge doit articuler étroitement l'hôpital général, le médecin généraliste, l'entourage familial ou amical, le système de soins

psychiatriques si nécessaire. En tout état de cause le suivi des tentatives de suicide doit toujours être organisé et si nécessaire, accompagné. Une investigation pourrait être régulièrement menée sur le territoire régional pour s'assurer que cette réponse est en tous points organisée... et ne s'est pas désorganisée depuis les mises en œuvre des premiers projets régionaux de santé portant sur cette thématique.

La Conférence demande à l'ARS de se saisir de façon prioritaire de la question des réponses à apporter, sur l'ensemble du territoire régional, aux urgences psychiatriques, dans l'esprit rappelé dans les textes ci-avant, et dans la globalité de leurs déterminants.

Par ailleurs, sans préjudice des objectifs et des stratégies dont la définition est attendue avec la prochaine loi de santé publique, la CRSA des Pays de la Loire demande que l'ARS s'implique sur la question des moyens globaux dédiés au système de santé mentale, dans ses composantes sanitaire, d'accompagnement médico-social et sociale, en veillant particulièrement à ce que les moyens jusqu'à ce jour dédiés aux prises en charge ambulatoires soient consolidés et ne constituent pas des marges d'ajustement.