

L'intervention de crise

À quoi servent les urgences psychiatriques ?

Si la France s'est engagée, depuis dix ans, dans une politique d'équipement et de ressources humaines pour les urgences psychiatriques, tout se passe comme s'il allait de soi que l'équipement suffisait à définir des objectifs. Or, à quoi servent ou devraient servir les urgences psychiatriques, et quels sont les indicateurs d'efficacité ?

Dans certains sites se développent des centres de crise ou centres dits "de 72 h" adjacents aux urgences. Nous y sommes totalement favorables car nous pensons qu'ils permettent une évaluation plus fine et diminuent le recours à l'hospitalisation. Mais ils supposent deux conditions : la première est qu'ils soient implantés à proximité immédiate des urgences et non à distance, car leur fonctionnalité est obérée s'il y a rupture de continuité ; la seconde est qu'ils effectuent réellement un travail de crise qui recontextualise les pathologies et les troubles dans l'environnement du patient, incluse les proches, les associent aux suites, etc. Ceci suppose de mettre l'accent sur la formation des personnels médicaux et paramédicaux dans ce domaine.

Les urgences psychiatriques représentent un maillon important de la prise en charge des suicidants et de la réduction du risque de récurrence. Sous l'effet des politiques nationales et régionales, on voit se développer les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) avec des actions coordonnées et protocolisées. Le développement de telles réponses est inégal et se réduit parfois au seul maillon hospitalier. Enfin, l'activité liée à la participation aux urgences médico-judiciaires, à la prise en charge des victimes, des publics précaires et des personnes âgées pourrait être mieux identifiée.

Peu d'indices montrent que les urgences psychiatriques sont préférentiellement traitées en ambulatoire bien que, naturellement, elles émergent dans la communauté. Le processus le plus fréquent est la détection, la régulation et le transport, suivis d'un adressage direct aux urgences. Ceci reflète la faible réactivité, en général, voir la défaillance de la psychiatrie ambu-

latoire publique et privée vis-à-vis des situations d'urgence et de crise, comme le déficit croissant de la réponse libérale face à l'urgence ordinaire.

Un défaut analogue concerne la post-urgence. En dehors de rares équipes, il n'existe pas de réactivité protocolisée de la psychiatrie à la sortie des urgences.

Dans les grandes agglomérations, on observe, en général, un niveau de ressources supérieur à celui rencontré ailleurs, joint à un cloisonnement, pour ne pas dire une fragmentation, dû à la coexistence d'acteurs multiples et relativement indépendants les uns des autres. Des manques de réponses se combinent avec des actions spécialisées qui ne sont pas nécessairement en rapport avec l'importance considérable des flux observés. De nombreux cycles de permanence médicale coexistent sans lisibilité globale même si les schémas régionaux d'organisation sanitaire "urgences" ont commencé à apporter des améliorations consistantes sur ce point.

Gérard Massé

S O M M A I R E

P2

I. État des lieux : évolution des demandes et des représentations.

P3

II. Avant et après l'hôpital, dans le réseau ambulatoire
 III. Deux exemples d'organisation ambulatoire

P5

IV. Quelques propositions pour une activité d'urgence psychiatrique dans le réseau ambulatoire
 V. Quels objectifs pour une activité d'urgence psychiatrique hospitalière ?

P6

VI. Coordination de l'hôpital avec l'ambulatoire

P7

VII. Deux exemples de mise en œuvre à l'hôpital

P8

VIII. Une conception interactive des urgences psychiatriques

I. État des lieux : évolution des demandes et des représentations.

Le premier texte réglementaire organisant la réponse à l'urgence psychiatrique est la circulaire du 15/06/1979, suivie de celles de 1991 et 1992, avec très peu d'effets. C'est l'explosion de la demande qui a fait évoluer la situation : de 3 à 5% par an soit 60% ces dix dernières années, l'urgence est devenue un phénomène de masse, de même que sa composante psychiatrique. De nombreux facteurs cumulatifs y contribuent.

1°- La précarisation du lien social par insuffisance des politiques publiques face à la constitution de ghettos urbains représente un déterminant majeur, comme celle du lien familial, consécutive à la fragmentation de la famille élargie, réduite à son pôle nucléaire et évoluant, de plus en plus, vers une structuration monoparentale ou une déstructuration parentale. Au sein de ces groupes dissociés ou recomposés, ce processus diminue le seuil de tolérance aux tensions et réduit les ressources régulatrices et adaptatives permises naguère par le soutien communautaire, matériel et social et l'échange par la parole, tandis que d'autres modes de régulation tardent à se mettre en place et, même, à se concevoir. L'augmentation continue de la consommation d'alcool et de drogue est à la fois cause et effet de cette précarisation. Là où domine la fracture sociale, les services publics (santé, social, transport, sécurité), sont vus comme des agents de contrôle social, de l'État ou du groupe social dominant. Leur vulnérabilité diminue d'autant leur pouvoir symbolique ou réel de maintien du lien social. À cela s'ajoute l'affaiblissement de la réponse urgente et de la permanence des généralistes dans les zones urbaines, qui participent de cette fonction sociale. Cette évolution globale laisse la place à l'immédiateté, à l'agir, à des comportements extrêmes, de crise, sous forme de passages à l'acte : tentatives de suicide, alcoolisme, drogue, violence, délinquance...

2°- L'évolution de la représentation des urgences et de la psychiatrie chez les intervenants et les acteurs sociaux représente un autre facteur : on n'a ni le temps ni les connaissances ou la compétence qui permettraient d'utiliser, en les différenciant, les services de santé, sociaux, judiciaires ou autres, pour répondre à ses problèmes. On sait toutefois qu'existe à sa porte une offre indifférenciée fonctionnant 24 h/sur 24, quasiment gratuite, suffisamment généraliste pour effectuer le tri nécessaire et au plateau technique suffisamment spécialisé et disponible pour faire face aux exigences du principe de précaution. De là le recours d'un

nombre croissant d'utilisateurs (et tout aussi croissant, de SDF, toxicomanes, etc.) aux services d'urgence des hôpitaux. Lorsque ces personnes ne s'y rendent pas d'elles-mêmes, les agents de contrôle social (pompiers, police, services municipaux, etc.) les y conduisent du fait des situations perturbatrices qu'elles provoquent et qui contribuent à les étiqueter comme psychiquement troublées voire malades mentales. L'adressage aux urgences permet de ne pas répondre en termes de contrôle social, mais d'ouvrir des perspectives de traitement. Devant cet afflux, la psychiatrie peut se replier sur elle-même ou accepter de s'ouvrir au monde social et aux dispositifs d'urgence.

3°- L'évolution de la psychiatrie représente un autre déterminant. Le processus de désinstitutionnalisation pousse à traiter les patients, le plus souvent possible, dans la communauté et à limiter, d'autant, le recours à l'hospitalisation. Lorsque ces patients, suivis ou non, décompensent dans la cité, ils se rendent ou sont adressés le plus souvent aux services d'urgence. La non-consolidation de la désinstitutionnalisation favorise les mécanismes de "porte tournante" hospitalière et l'errance de certains patients. La pression de la demande urgente de masse contribue ainsi à une évolution subie des pratiques. Le dispositif psychiatrique répond à bien d'autres questions que la psychose, qui n'en continue pas moins de représenter une notable partie de son activité. L'augmentation de la demande, dans la nébuleuse des "crises" médico-psycho-sociales et, aussi, dans des clientèles vulnérables correspondant à des besoins ciblés : personnes âgées, marginaux et exclus, patients du secteur médico-social et social, adolescents, etc., en est une illustration, comme "la psychiatrie des victimes" (abus, traumatismes, attentats, accidents et catastrophes collectives). L'interrogation s'impose ainsi sur le contour et les fonctions d'une psychiatrie présente sur tous les fronts de la rupture du lien social. Le déficit de réponse est tel qu'un changement de posture du dispositif de santé mentale doit être trouvé. Il ne doit pas, pour autant, éluder les questions cliniques et de formation, ni méconnaître les dimensions éthique et socio-politique que cette évolution soulève, à propos desquelles l'urgence psychiatrique est, en permanence, interpellée.

4°- Le poids des associations. Il devient perceptible au niveau de l'organisation des services et stigmatise l'insuffisance du dispositif psychiatrique à répondre à l'une de leurs préoccupations principales : l'assistance en cas de crise. Il en est de même des généralistes, du SAMU et des différents partenaires de la psychiatrie en général. Enfin, des recherches concernant la schizophrénie laissent espérer que la réduction du délai d'instauration d'un traitement, grâce à la détection précoce du trouble, améliorerait le pronostic ultérieur. De ce point de vue, l'amélioration de la réponse à l'urgence et à la crise pourrait améliorer l'efficacité.

Crise et intervention de crise : les principes généraux.

Le travail de l'urgence et de la crise consiste à donner du temps à une situation qui est définie comme n'en disposant pas et nécessite la mise en œuvre d'une réponse graduée dans le temps et dans l'espace.

- Dans le temps : c'est l'hospitalisation immédiate de courte durée aux urgences ou au domicile, le délai nécessaire pour faire entrer un patient primo-arrivant dans un dispositif ambulatoire de longue durée ou, s'il est connu, pour le connecter correctement à son dispositif antérieur. Une réponse graduée dans le temps, c'est aussi la succession diversifiée et ajustée des soins selon l'intensité et l'amplitude quotidienne 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 revenue à l'équilibre pour être programmable.
- Dans l'espace : c'est là où s'effectuent les soins ; il s'agit de passer de l'hospitalisation brève à d'autres lieux, partiellement puis complètement ambulatoires, ce qui inclut le domicile, ou à l'hospitalisation de plus longue durée, en évitant une réponse de type "tout ou rien".

II. Avant et après l'hôpital, dans le réseau ambulatoire.

Une meilleure réponse n'est pas requise seulement pendant le temps de l'urgence ni après elle. Les déséquilibres émergent ou éclatent rarement à l'hôpital, mais dans le milieu de vie : famille, travail, espace public, etc. C'est ce réseau naturel, le dispositif social de soins primaires, les services d'aide médicale urgente, de police ou de secours, qui ont d'abord à en connaître et devraient être susceptibles de s'adresser au dispositif psychiatrique extra hospitalier pour en obtenir aide et assistance par une réponse adéquate. Pour être repérable et crédible, c'est-à-dire régulièrement utilisé à cet effet préventif par l'ensemble des utilisateurs, ce dispositif doit posséder une *continuité* suffisante (amplitude et durée d'ouverture ou de réponse quotidienne et la semaine), une *réactivité* acceptable (aptitude persistante à répondre à ou accueillir immédiatement une demande urgente), une *mobilité*¹ satisfaisante (aptitude persistante à se projeter dans l'environnement où la crise émerge, à répondre aux besoins présentés par des patients coopératifs que leurs troubles rendent incapables de se déplacer, à ceux de patients non coopératifs lors d'une crise inaugurale sévère, ou en rupture de soins). En l'absence ou dans l'ignorance de telles réponses, on peut penser que les demandeurs se tourneront plutôt, ou a priori, vers des dispositifs qui leurs garantissent, sans même qu'ils aient à le vérifier, au moins deux des premières propriétés, c'est-à-dire les urgences hospitalières et l'hôpital. C'est ce qu'on observe sur la très grande majorité du territoire. On remarquera, par ailleurs, que cette diversion vers les urgences diminue d'autant la demande susceptible de s'adresser au dispositif extra hospitalier, ce qui peut confirmer ce dernier dans l'idée que l'offre qu'il propose n'est pas inadéquate, ou insuffisante pour imposer un autre mode d'organisation.

Cette exigence d'accessibilité aux soins, au moment d'une crise débutante qui risque de devenir urgence puis crise majeure si elle n'est pas traitée, s'impose comme un enjeu déterminant pour en contenir les conséquences et apaiser rapidement la souffrance. La mise en œuvre de réponses de ce type présuppose, de la part des soignants, la reconnaissance qu'il s'agit de besoins importants et nécessitant des arbitrages organisationnels significatifs pour y répondre. De tels projets, s'ils deviennent envisageables, seront d'autant moins malaisés à construire s'ils se développent dans une coopération multisectorielle qui mutualisera des ressources et permettra une taille critique suffisante sur un territoire donné.

1. Ces trois points nous paraissent constituer avec la répartition, la flexibilité, la distance et le coût, des composantes de l'"accessibilité" des services.

III. Deux exemples d'organisation ambulatoire.

A. L'UMES (Unité mobile d'évaluation et de soins), à Villejuif

Dans cette période de restriction, de manque, de doute et de suspicion, nous est venue l'envie d'une autre dynamique, d'un mouvement qui nous amènerait à sortir à la fois de cette position et des murs de l'asile.

En repérant les demandes des patients, des familles et de différents partenaires de la cité, nous avons pu assouvir ce désir de renouveau dans la création d'une équipe mobile, capable de quitter le confort très relatif des murs de l'institution pour se lancer d'abord avec circonspection puis avec enthousiasme à la conquête d'un espace relationnel jusque là mal connu de nous et redouté, la réticence aux soins du patient en crise.

Jusqu'à présent, dans nos représentations de ce que pouvait être un soin de qualité, traînait quelque part l'idée qu'il s'agissait d'attendre de la part du patient l'émergence d'un désir que ce dernier puisse exprimer de façon claire et adaptée en s'adressant de lui-même aux heures et jours d'ouverture sur les lieux de consultation psychiatrique qui lui sont destinés.

En dehors de ce cas de figure, les patients et leur famille, les médecins traitants, les services sociaux et autres n'avaient qu'à s'adresser comme ils le pouvaient aux services d'urgence des hôpitaux généraux ou autres SOS psychiatrie.

En se retranchant derrière l'attente d'une demande de soins, nous évitions ainsi la confrontation à nos représentations de tout ce qui pourrait survenir de dangereux au domicile des patients.

La deuxième idée qui pervertit durablement toute initiative est celle de la surcharge de travail forcément inhérente et générée par toute modification du système existant, quotidiennement si péniblement assumé. On néglige ainsi les représentations de tout un chacun sur la psychiatrie (avec ces psychiatres encore plus bizarres que leurs patients, qui vous abrutissent de drogues et vous internent contre votre volonté et contre tout bon sens, qui sont capables d'enfermer les braves gens et de laisser dehors les fous dangereux).

D'où la nécessité d'aller au-devant de nos patients, dans le no man's land d'une demande qui n'en est pas une et qui s'exprime essentiellement par des troubles du comportement, qu'il s'agisse d'agressivité, de bizarrerie, de gestes ou de propos suicidaires, de prises de toxiques...

Cet "au-devant" se concrétise, depuis 2002, dans la création de notre Unité mobile d'évaluation et de soins (UMES). Sa vocation est de faciliter l'accès aux soins, pour lesquels nos patients peuvent se montrer si réticents, si méfiants, si honteux.

Cette Unité mobile est joignable 24h/24 et se rend disponible dans les 24 heures. Elle est destinée aux patients du secteur et est mise en œuvre avec les moyens du secteur mais dans un partenariat à la fois élargi et ajusté. Elle s'adresse, essentiellement, à des patients qui n'ont aucun suivi psychiatrique antérieur.

L'équipe est composée d'un médecin, d'un psychologue et d'une bonne douzaine d'infirmiers qui travaillent tous en parallèle sur les différentes unités intra et extra-hospitalières du secteur. Cette Unité mobile

est susceptible de se rendre à domicile, dans les services d'urgence, d'hospitalisation ou ailleurs, dans la rue, les lieux publics.

La représentativité des différents sites du secteur intra et extra hospitalier par l'équipe infirmière permet d'emblée une rencontre adressée précoce et directe quelle que soit ensuite la proposition qui pourra suivre (suivi ambulatoire ou hospitalisation.)

Si sur le secteur nous avons jusqu'à présent une certaine habitude de visites au domicile de patients connus et plus ou moins stabilisés, la rencontre inaugurale de patients "en crise" à domicile réserve une véritable richesse clinique dans l'évaluation directe de leur contextualité.

L'expressivité symptomatique, les interactions interpersonnelles, les ébauches d'alliances thérapeutiques, s'élaborent et se négocient différemment selon le lieu de leur prise en compte.

L'engagement de chacun dans les soins est bien différent. Que ce soit de la part des soignants qui s'exposent hors le cadre de l'institution et qui se sentent du coup bien plus directement sollicités et impliqués dans la prise en charge, que du côté des patients et des familles, d'emblée acteurs des soins voire co-thérapeutes.

Dr. Anne Rauzy

Chef de service par intérim, Secteur 94G17

B. Une équipe mobile dans le douzième arrondissement de Paris

La diminution du nombre des soignants nous a amené à restructurer le Centre de crise du 12^{ème} arrondissement de Paris. Une nouvelle unité a été mise en place en décembre 2004. Le CAPSID - Centre d'Accueil Psychiatrique de Soins et d'Intervention à Domicile - capable d'intervention urgente ou très rapide au domicile, au lieu d'hébergement, sur les lieux d'une crise. L'équipe mobile est disponible quel que soit le demandeur, tous les jours, week-end compris. L'équipe n'est donc pas réservée aux seuls patients dans leur suivi post-hospitalier. Mais il existe une spécificité du travail avec les patients dans leurs parcours post-hospitalier. La mobilisation des soignants pour être disponibles, être mobiles dans le contexte actuel de diminution des effectifs est "atypique". Il s'agit de prendre en compte ce que c'est que d'être malade mental : être différent, prendre des médicaments, entretenir une relation de longue durée avec une équipe soignante. Or, quelle que soit la compliance, il peut y avoir des moments d'acuité de la maladie, d'usure dans son acceptation et dans les événements de vie à traverser.

Les missions de l'équipe mobile

- être présent dans les moments difficiles pour éviter des décompensations, ne pas répondre, appeler SOS, les pompiers, la police... Être mobile est un atout thérapeutique considérable ;
- articuler la spécificité acquise dans le travail de l'urgence avec le travail au long cours de l'ensemble du dispositif de soins de Paris (secteur 75G10- 75G11) ;
- accepter d'être le point de rencontre de la souffrance d'un patient et de celle de son équipe habituelle, réduite à être inefficace.

Motivations et objectifs

- les équipes de secteur sont habituées à fonctionner sur un mode de visite à domicile. Le groupe de travail issu du Conseil de Santé

mentale du 12^{ème} arrondissement a objectivé que lorsque la demande d'intervention est urgente ou assez urgente, les réponses apportées par les équipes de secteur ne peuvent être immédiates. Il est clair qu'il faut de la disponibilité, qu'une équipe soit constituée afin d'être extrêmement disponible ;

- de nombreuses demandes émanant de la famille, parfois de voisins ou de tiers sont traitées de manière tardive et donc avec souvent peu de chances de succès. Sans vouloir se précipiter, il est important d'aller sur place, faire une évaluation qui le cas échéant donnera lieu à une prise en charge, une orientation...

Interventions et travail de l'équipe mobile

- Aide au retour à domicile d'un patient hospitalisé. Retour parfois perçu comme menaçant pour le patient, traumatisant pour la famille. Il y a besoin d'une aide pour retisser des liens, prévenir les mécanismes d'usure et de rejet.

- Notre intervention est élaborée en fonction des symptômes, de l'interaction avec l'entourage, l'accrochage avec l'équipe hospitalière. Nous pouvons prendre contact avec le patient avant sa sortie de l'hôpital, être présent chez lui, le jour de sa sortie ou plus tard.

- Point d'appui pour des personnes présentant des troubles mentaux sévères, qui ont bénéficié du développement des prises en charge extra-hospitalières. L'autonomie a été favorisée, le nombre et la durée des hospitalisations ont diminué. Mais ces patients restent fragiles, souvent seuls. Leur existence reste précaire. Un état de souffrance aigu peut apparaître. Pouvoir intervenir à ce moment, soulager une détresse ponctuelle évite une décompensation.

- Apporter une réponse rapide à domicile en sachant qu'elle recouvre pratiquement tout le champ de la pathologie psychiatrique (état délirant, état d'excitation, trouble du comportement, menace suicidaire...) et que la demande émane le plus souvent d'un tiers. Au domicile, on peut aussi apprécier le contexte.

- L'équipe est disponible pour se déplacer rapidement mais pas sans un travail d'évaluation et de réflexion au préalable, car regarder à l'intérieur est une intrusion.

- Mais aller au domicile est aussi faire le premier pas, être reçu inverse la démarche habituelle du malade vers les professionnels, les règles de l'hospitalité imposent un certain nombre d'attitudes de part et d'autre.

- L'intervention peut être ponctuelle, dédramatisante ou d'orientation. Un soin intensif peut être mis en place selon la gravité de la symptomatologie, la capacité de restructuration de la personnalité, le soutien de l'entourage. La proposition des soins est la plus souple possible, mais elle fixe un cadre, différent pour chaque patient, de visites médicales et ou infirmières, qui peuvent être quotidiennes. Le temps nécessaire à la stabilisation et au relais par l'équipe de secteur.

- Hospitalisation, si elle est nécessaire, organisée et réalisée dans de bonnes conditions éventuellement sous contrainte, avec la police.

- Partenaires. L'intervention de l'équipe mobile prend sens dans l'articulation avec nos partenaires, les équipes hospitalières et de secteur, les divers intervenants médico-sociaux, les familles. Nous entretenons de bonnes relations avec la délégation à la santé de la mairie et la police. L'articulation s'appuie sur des liens étroits avec l'ensemble du personnel : hôpital, secteur. Nous participons aux réunions hebdomadaires, hospitalières et de CMP des deux secteurs. L'activité hospitalière et la nôtre sont échangées par fax tous les jours.

- L'intervention à domicile, qu'elle soit à la demande des soignants habituels, de la famille ou d'autres intervenants, doit s'inscrire dans la continuité du soin antérieur. Continuité n'est pas conformité à la demande, telle qu'elle est formulée. Il s'agit de construire un lien nouveau dans un moment de rupture avec l'équipe soignante, avec l'état antérieur.

Lieu-Équipe-Organisation

Le centre est situé dans une cité HLM. Les locaux sont partagés avec un CMP et un hôpital de jour. L'équipe du CAPSID (accueil et équipe mobile) se compose de deux praticiens hospitaliers et d'un assistant temps plein, un cadre de santé à mi-temps, sept infirmiers avec trois présents tous les jours, ce qui permet les déplacements ; un secrétaire.

L'activité ne se limite pas au patient et son entourage, nous devons étayer notre réflexion. Transmettre les informations nécessite liaison et coordination. Chaque acte auprès d'un patient ou en liaison avec d'autres intervenants, est noté dans le dossier de soins. Le matin, les interventions de la veille sont revues et discutées. Chaque patient est connu de tous les soignants. Une réunion hebdomadaire alterne clinique et théorie.

Bilan et conclusion

Il est trop tôt pour un bilan chiffré de l'activité. La fermeture du centre de crise avait augmenté de 4,8% le nombre des hospitalisations dans le service et, actuellement, il y a des lits disponibles. Notre technicité est humaine, faite de connaissance et de savoir faire, de capacité personnelle à nouer des relations avec les personnes qui ont perdu quelque chose de leur adaptation au monde. C'est souvent difficile, parfois inquiétant, aussi sommes-nous contents de rencontrer l'intérêt et la satisfaction de nos partenaires.

N. Séguier, PH. Service de G. Vidon.
Hôpital Esquirol-Saint-Maurice

IV. Quelques propositions pour une activité d'urgence psychiatrique dans le réseau ambulatoire.

Chaque secteur pourrait promouvoir ou participer à un programme de base comprenant la possibilité d'apporter une assistance spécialisée, en cas de crise, au réseau primaire sanitaire et social, au SAMU, aux services de police et de secours, aux patients et aux familles. Lors de la fermeture du CMP, la ligne téléphonique ne comporte que très rarement un répondeur qui renseigne les appelants sur l'aide qu'ils peuvent attendre, ou susceptible de les renvoyer vers un standard régulateur, disponible 24 heures sur 24. Une telle organisation est techniquement facile à mettre en œuvre, à un faible coût, à partir d'un hôpital. Elle serait le préalable à l'extension d'ouverture des CMP, sur un territoire donné : prolongation à tour de rôle, sous forme d'astreinte opérationnelle, des permanences des différents CMP ou bien gérée par un CMP pivot ou

encore d'autres ressources dans la zone concernée, par exemple en y incluant des cabinets médicaux et des cliniques privées. Une telle organisation est plausible dans les agglomérations d'une certaine importance où l'on relève, actuellement, la coexistence à peu de distance de plusieurs CMP et hôpitaux de jour, ouverts et fermés les mêmes jours aux mêmes heures du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures.

Dans les soins ordinaires, la part très majoritaire consacrée au travail programmé devrait se rééquilibrer pour dégager, non seulement, de l'espace pour l'accueil immédiat, ce qui existe déjà, mais également, des plages médicales régulières sans rendez-vous, disponibles pour des consultations d'accès rapide. Le fonctionnement des CMP devrait comporter un protocole qui définirait comment on traite et qui, en interne, des questions d'accueil et d'orientation d'urgence, et sur quels critères d'indications : risque auto ou hétéro agressif, crise psycho-socio-familiale, troubles du comportement, agitation, activités délirantes, etc. Dans l'idéal, un tel protocole spécifierait dans quels délais gradués les réponses peuvent être obtenues selon les situations: réponse urgente (demi-journée) ; réponse rapide (d'une journée à moins d'une semaine), réponse programmée (quinze jours).

Pour les patients graves, dont le risque de crise multiple et, donc, d'hospitalisation répétitive est élevé et persistant, est-il envisageable qu'eux-mêmes et, avec leur accord, leur famille, leur réseau sanitaire et social, disposent par écrit de noms de professionnels et de l'adresse d'un lieu référent, ainsi que d'un numéro de téléphone (*bot line*) leur garantissant l'accès rapide à une telle assistance ?

La capacité, même partielle, de se projeter et d'intervenir dans la communauté (mobilité), peut permettre d'organiser et de médicaliser certains transports de patients graves ou difficiles. Elle représente un excellent facteur d'articulation avec le SAMU-Centre-15, les médecins généralistes, les services de police et de secours et le réseau social et naturel, de façon à coordonner un réseau gradué ambulatoire pré hospitalier et hospitalier d'urgence psychiatrique, lui-même articulé avec le réseau des urgences générales. C'est également un élément de notoriété, de lisibilité et d'engagement du dispositif psychiatrique. C'est le seul moyen d'accès précoce aux soins pour des patients qui ne peuvent venir, ou sont non coopératifs.

Le dispositif nécessaire ne devrait pas se limiter au secteur public, mais être coordonné avec les acteurs privés. La base territoriale envisagée devrait être multi sectorielle pour tenir compte de la taille critique et des moyens nécessaires.

V. Quels objectifs pour une activité d'urgence psychiatrique hospitalière ?

1. Détecter et évaluer la présence et le degré de sévérité des troubles, y compris dans les pathologies mixtes, ce qui suppose une bonne articulation avec le somatique, les filières-programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, la psychiatrie de liaison et la psychologie médicale, les dispositifs de lutte contre l'exclusion, et ceux consacrés aux personnes âgées.

2. Initier précocement le traitement de ceux qui relèvent d'une réponse psychiatrique immédiate et faciliter l'entrée ou le retour, lorsqu'ils sont nécessaires, des patients dans le dispositif psychiatrique ou médical.
3. En cas d'orientation, réaliser le circuit le plus court possible, dans des conditions somatiques et psychiatriques sûres.
4. Limiter le recours à l'hospitalisation en proposant un travail de crise et une réponse graduée dans le temps et l'espace (cf. p. 2). Il s'agit d'utiliser l'ensemble des ressources et réponses alternatives disponibles dans le souci de partager les objectifs généraux de désinstitutionnalisation du secteur psychiatrique et de limiter les situations de "porte tournante" hospitalière. Ceci vaut pour les nouveaux arrivants comme pour les patients connus, qui ne doivent pas être orientés systématiquement vers les services d'hospitalisation psychiatrique sous prétexte qu'ils présentent un diagnostic de CDSP (connus du secteur psychiatrique).
5. Prendre en charge les suicidants et participer à prévenir les récides, dans le cadre global d'un programme de prévention du suicide. La question se pose, pour cette mission, d'un volet, commun ou spécifique, avec les dispositifs dédiés à l'adolescence.
6. Répondre à la composante psychiatrique des urgences médico-judiciaires, à la prise en charge immédiate des victimes et à la régulation du dispositif d'urgence médico-psychologique départemental ou régional en cas de catastrophe.
7. Organiser, lorsqu'elle n'existe pas à partir du réseau ambulatoire, une coopération avec le SAMU-Centre 15.

VI. Coordination de l'hôpital avec l'ambulatoire.

1. Rapprocher l'hôpital général, le CHS et le dispositif psychiatrique

L'activité d'urgence psychiatrique, située au sein ou à proximité immédiate du service des urgences, doit être accessible et identifiable (*hot line*), et articulée avec les urgences générales et le dispositif psychiatrique. L'organisation rencontrée le plus souvent, et recommandable, consiste dans la mise en commun conventionnelle des moyens matériels et humains de l'établissement siège des urgences et de ceux provenant des établissements sectorisés (psychiatrie générale et infanto juvénile) de la zone sanitaire concernée par le bassin d'attraction des urgences. L'objectif est de faciliter le rapprochement opérationnel entre l'hôpital général et le dispositif psychiatrique partout où cela est possible, par le métissage des personnels et des structures. Il s'agit d'inciter fortement le secteur psychiatrique à se rapprocher du champ des somaticiens tout en évitant l'appropriation de l'activité d'urgence psychiatrique au seul profit de l'hôpital général, au détriment de la vision globale et de l'activité communautaire de la filière psychiatrique. Enfin, la pratique de l'urgence psychiatrique et de la crise peut sensibiliser l'hôpital général à renforcer son ouverture sur l'exercice communautaire du soin, la psychiatrie sectorisée représentant une forme pionnière de réseau ville-hôpital. Ce rapprochement n'exclut évidemment pas les acteurs privés.

2. Le centre de crise et sa nécessité

La présence psychiatrique aux urgences, pour des interventions de durée très brève, est impérative, pour soulager les somaticiens d'une

prise en charge spécialisée tout en assurant la sécurité somatique de l'orientation, et pour traiter en commun les urgences mixtes. Au-delà, le travail ne peut se limiter à l'urgence psychiatrique proprement dite, c'est-à-dire au tri et à l'orientation. Il doit permettre la mise en place d'un travail de crise pour une durée brève tant sur le plan hospitalier (lits d'hospitalisation de 24 à 72 heures), qu'ambulatoire, sous forme de consultations de post-urgence au sein du site des urgences ou, immédiatement en aval, au sein du dispositif psychiatrique. Cette démarche est la condition impérative de réussite de l'intervention d'urgence qui impose souvent un tel suivi de post-urgence et une réponse graduée.

3. L'intérêt des lits de brève durée

De nombreuses expériences montrent que des situations spectaculaires et graves peuvent s'améliorer significativement en quelques heures ou quelques jours si un traitement immédiat et intensif est mis en œuvre et s'il s'appuie sur les ressources de l'entourage, qu'un tel délai permet d'associer aux soins et à la sécurisation de la sortie éventuelle. Cette approche permet de réduire la part de l'hospitalisation dans l'offre thérapeutique sans augmenter le risque auto ou hétéro-agressif. Les résultats observés ne sont pas inférieurs à ceux d'une hospitalisation plus longue à condition que le travail d'urgence soit suivi immédiatement d'une réponse ambulatoire intensive, au sein du dispositif psychiatrique et/ou au domicile du patient. Subsidièrement, cette approche peut apprendre au patient et à son entourage à développer leurs ressources propres pour des solutions alternatives à l'hospitalisation classique, utilisables pour faire face à une éventuelle crise ultérieure.

L'existence de ces lits de brève durée permet surtout d'organiser une réponse graduée dans le temps dans l'espace, activité "tampon" qui rompt avec le "tout ou rien" entre le tout hôpital et le tout ambulatoire. Une telle intervention de crise articulée, à partir des lits-porte, vers un centre de crise adjacent aux urgences, retentit sur l'organisation des urgences et sur les systèmes de soins psychiatriques.

La graduation temporo-spatiale flexible et continue de la suite des interventions représente la condition de leur réussite, mais plusieurs réponses techniques différentes et acceptables sont possibles, selon le contenu et le lieu d'émergence de leur mise en œuvre.

Il peut s'agir d'interventions ambulatoires ou semi-ambulatoires aux urgences ou au domicile, de durée brève ou dans des lits de courte durée, qui peuvent être indifférenciés au sein du service des urgences (lits-porte), ou être distincts dans un centre de crise adjacent.

Le travail de crise effectué au sein ou à proximité du service des urgences, là où le travail d'urgence a commencé, facilite l'alliance thérapeutique car le patient connaît le lieu et, au moins, une partie des professionnels. Mais ceux-ci, en contrepartie, doivent consacrer une partie de leur travail à la post-urgence et à la crise, ce qui représente autant de temps prélevé sur le travail de l'urgence et un risque accru de saturation de leur activité.

Le travail de post-urgence ou de crise peut également être effectué par les acteurs ambulatoires privés ou les équipes publiques de secteur psychiatrique, détachées à partir d'un CMP, d'un CAC ou du service hospitalier correspondant, ou encore par une équipe mobile dédiée se référant au territoire du bassin sanitaire desservi par les services d'urgence.

En pratique, le fonctionnement prédominant des équipes de secteur en France (en dehors des urgences) repose sur le soin programmé et s'adapte peu au rythme semi-programmé, à la réactivité nécessaire de la post-urgence.

VII. Deux exemples de mise en œuvre à l'hôpital.

A. L'organisation des urgences psychiatriques en Loire-sud

L'intégration d'une consultation d'urgence psychiatrique au sein des urgences a démontré depuis plusieurs dizaines d'années son efficacité, au moins sur trois points :

- *la facilité d'accès dans la mesure où l'ensemble des dispositifs mobiles d'urgence convergent naturellement vers ces lieux bien repérés par la population ;*
- *le tri somato-psychique de la pathologie, par la présence sur place des somaticiens et du plateau technique ;*
- *les économies d'échelles sur les équipements et les personnels, incluant les équipes de sécurité.*

Sur le territoire Loire-sud, le dispositif d'urgence psychiatrique est organisé avec une réponse graduée sur deux niveaux. Le territoire comporte géographiquement deux vallées, celles du Gier et de l'Ondaine et l'agglomération stéphanoise. Dans chaque vallée est installé un UPATOU au sein d'un CHG, le SAU est situé dans le CHU à Saint-Étienne.

La présence psychiatrique est établie de façon différenciée.

Dans chaque UPATOU, le principe de l'urgence différée a été adopté.

Par convention entre les établissements, un psychiatre est présent tous les matins de la semaine.

L'après-midi et dans les périodes de garde, une régulation téléphonique est assurée par un psychiatre senior du CHU, pour déterminer avec le médecin urgentiste qui l'appelle, si le patient présent à l'UPATOU doit être transféré aux urgences du CHU ou s'il peut attendre le passage du psychiatre de liaison.

Au SAU du CHU, la consultation psychiatrique est assurée par un binôme médecin-infirmier la journée. La garde est assurée sur place par un psychiatre senior, un interne et un infirmier. (Un psychiatre d'astreinte peut venir en renfort et assure la continuité médicale sur les autres sites du CHU, comprenant la maison d'arrêt).

L'UPATOU de FIRMINY, par exemple, reçoit environ 20 000 patients par an, au service des urgences, dont 300 tentatives de suicide. 1 000 consultations psychiatriques sont réalisées dans le cadre de l'urgence différée. Elles entraînent dans 10% des cas une hospitalisation en psychiatrie. 90% des avis réalisés par un psychiatre senior débouchent sur une prise en charge en ambulatoire, précédée dans 10% des cas par un séjour en service de médecine où le patient peut être revu plusieurs fois dans la semaine dans le cadre de la liaison.

Le SAU au CHU de Saint-Étienne, reçoit environ 40000 patients par an, dont 1400 tentatives de suicide.

4700 consultations psychiatriques sont réalisées en urgence directe, après un bilan somatique négatif. La progression entre 2004 et 2005 est de 15%.

50% des consultations sont motivées par des crises suicidaires, 21% par des syndromes dépressifs, 9% par des troubles du comportement, 8% par des pathologies de l'angoisse, 8% par des délires, 4% par des pathologies liées à l'alcool. Dans 28% des cas elles débouchent sur une hospitalisation.

Le dispositif de consultation d'urgence, comme dans les Centres Hospitaliers disposant d'un UPATOU, est associé à l'unité de psychiatrie de liaison, et au dispositif mobile INTERFACE à destination des populations précaires.

Dr Straub, Chef de service - secteur 42G05.
CHU de Saint-Étienne.

B. Réponses à l'urgence psychiatrique au CHRU de Lille

La métropole lilloise compte 1.250.000 habitants. Sur le plan sanitaire, nous distinguons le versant nord-est (Roubaix et Tourcoing) qui a développé son dispositif propre, et le versant Sud Ouest où la réponse à l'urgence psychiatrique est assurée par trois ensembles institutionnels : l'EPSM de l'agglomération lilloise, les hôpitaux de la faculté catholique et le CHU de Lille.

Le CHU est un hôpital général de 3 000 lits et nous dénombrons 80 000 passages annuels dans le Pôle des Urgences (70% des urgences psychiatriques de la métropole). Ce Pôle "nouvelle gouvernance" est une fédération, qui a vu la création récente d'un secteur d'urgences psychiatriques disposant bientôt de quatre lits d'hospitalisation de courte durée (moins de 24 heures). Ces lits apporteront une grande amélioration dans la gestion et la mise en place des hospitalisations en milieu psychiatrique, des contextes d'intoxication, et nous permettront de différer les transferts la nuit de patients vers les hôpitaux d'accueil. L'équipe est organisée autour d'un responsable de secteur, de deux autres psychiatres, d'un interne, d'une psychologue et de huit infirmières. Elle travaille sur tous les secteurs de l'urgence (enfants et adultes), en articulation si nécessaire avec les assistantes sociales du Pôle. Une garde senior de psychiatrie est en place, s'appuyant sur tous les psychiatres publics de versant sud-ouest de la métropole. Enfin, au sein du Pôle d'urgence, le secteur des urgences psychiatriques entretient des rapports étroits avec la Médecine légale et la cellule d'urgence médico-psychologique du SAMU 59, qui compte un psychiatre et deux mi-temps de secrétaire et psychologue.

Parallèlement, la Clinique universitaire de psychiatrie (fédération de services hospitalo-universitaires de psychiatrie générale, de psychiatrie infanto-juvénile, des addictions et du SMPR, à 150 m des urgences, sur le même site) assure, elle aussi, une partie de l'urgence psychiatrique et des interventions non programmées (40% de l'activité). Nous avons voulu maintenir et développer notre "accueil de porte" tant en psychiatrie qu'en pédopsychiatrie et en addictologie. Chaque jour, un interne de chacun de ces services est d'astreinte à l'accueil, supervisé par un psychiatre senior.

Surtout, la clinique de psychiatrie a opté en 1998 pour la transformation d'une partie de ses lits aboutissant à l'ouverture d'un Centre d'accueil et de crise intra-muros de douze places, qui propose un accueil sur trois à cinq jours. Ce CAC est un lieu d'interaction de crise s'adressant à des sujets de plus de quinze ans, qui réalise un travail de post-urgence immédiate voulant proposer une troisième voie à l'alternative : hospitalisation psychiatrique ou retour à domicile immédiat. L'équipe est organisée autour d'un psychiatre responsable, de deux praticiens, trois internes, 1,5 temps de psychologue, une assistante sociale, un cadre infirmier, huit infirmiers et six aides soignants. Ce sont les mêmes psychiatres qui travaillent aux urgences générales et au CAC. L'une des psychologues exerce son autre mi-temps à la CUMP du SAMU59 et permet une excellente coordination en situation de psycho-traumatisme.

Pour compléter les dispositifs de réponse en urgence, la clinique de psychiatrie propose chaque jour ouvrables des plages spécifiques de consultations urgentes non programmées, pour les situations de psycho-traumatisme et de conduites suicidaires. Ces consultations ont été conçues pour accueillir les interventions de crise proposées à partir des accueils d'urgence ou du centre de crise.

En 2005, 8 000 interventions ont été réalisées : 37% des sujets avaient moins de 19 ans, 17% ont été dirigés en hospitalisation psychiatrique dont 4% sous contrainte, 18% ont été accueillis au centre de crise. Parmi les 1 500 séjours au CAC, 15% ont été secondairement hospitalisés dont 1% sous contrainte. L'inflation de l'activité est stabilisée depuis trois ans.

Le dispositif présente des qualités qui nous sont chères et que nous défendons : des interventions transversales (sur tous les secteurs de l'urgence, adultes ou enfant), des outils d'urgence faisant une large part au travail de crise, une garde collégiale et surtout un dispositif de réponse qui n'exclut ni les urgences générales, ni les services de psychiatrie.

Nous manquons toujours cruellement de dispositifs et d'accueil urgent pour les adolescents.

Guillaume Vaiva

Clinique universitaire de psychiatrie et pôle des urgences. CHRU de Lille.

VIII. Une conception interactive des urgences psychiatriques.

Nous sommes passés, en trente ans, d'une conception symptomatique de l'urgence psychiatrique, principalement au bénéfice de la régulation des établissements (fonction de portier, de tri et d'orientation) à une conception plus interactive (intervention au delà de l'urgence et travail

de crise), répondant davantage aux besoins des patients.

Cette évolution entraîne une conception différente des pratiques de l'urgence psychiatrique et impacte sur l'organisation de toute la filière de soin. Ceci implique l'abandon d'une pratique segmentaire à partir d'éléments successifs et peu perméables, voire indépendants. Dans cette perspective systémique, les réponses doivent être nécessairement souples et graduées pour autoriser un maximum d'arborescence de décisions thérapeutiques.

Le délai obtenu au-delà de l'urgence proprement dite peut alors être mis à profit pour mobiliser les ressources médicales mais aussi psycho-socio-familiales qui vont, elles aussi, influencer la durée, l'intensité, l'emplacement des soins et vont préparer ou non, si nécessaire, une intervention de plus longue durée dans un contexte stabilisé.

Pour se produire et réussir, une telle pratique suppose une évolution commune de l'ensemble des acteurs sanitaires autour de la prise en compte du modèle de crise : professionnels des urgences hospitalières, psychiatriques et non psychiatriques, des urgences pré-hospitalières, du dispositif de santé mentale hospitalier et ambulatoire, du dispositif somatique, et inclut des acteurs qui n'appartiennent pas au soin. On perçoit la considérable complexité d'un tel processus, qui nécessite temps et conviction.

Partage des idées, articulation des pratiques de l'ensemble des partenaires concernés, donnent et maintiennent une cohérence soutenue à l'ensemble de la trajectoire du patient. Ainsi, l'activité de la psychiatrie aux urgences doit bénéficier de temps supplémentaire pour effectuer également un travail de crise et, en même temps, les acteurs d'aval doivent adapter la leur pour que l'"arrimage" du patient, au moment du passage d'une étape à une autre, s'effectue au mieux. D'où, répétons le, l'idée que le travail de crise doit conduire à une co-évolution des partenaires en vue de rapprocher leurs tempos d'intervention pour qu'il soit adapté aux besoins évolutifs du patient. En fait, la continuité des soins, c'est, avant tout, leur coordination.

PLURIELS

Pluriels sur internet

Dès à présent vous pouvez trouver tous les numéros de Pluriels sur le site : www.mnasm.com

La lettre de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale

Directeur de la publication :

Gérard Massé

Rédacteur en chef :

Raymond Lepoutre

Ont participé à ce numéro :

Serge Kannas (MNASM)

Anne Rauzy, Chef de service, CHS Paul Guiraud (Villejuif)

N. Séguier, PH, service de G. Vidon, Hôpital Esquirol (Saint-Maurice)

Dominique Straub, (MNASM) Chef de service, CHU (Saint-Étienne)

Guillaume Vaiva, PH, Clinique universitaire de psychiatrie et pôle des urgences CHRU (Lille)

PLURIELS, 5 avenue d'Italie, 75013 Paris

Téléphone 01.53.94.56.90 - télécopie 01.53.94.56.99.

E-mail : mission@mnasm.com