

BRUXELLES, le 2 avril 1986

Réf. C.n.e.h./P/D/12-1

AVIS SUR L'ORGANISATION DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE DANS LE CADRE DU SERVICE "900" -
PROPOSITION D'ORGANISATION D'UNE PHASE EXPÉRIMENTALE - AVIS PARTIEL N° 1.

Proposition d'organisation d'une phase expérimentale dans l'urgence psychiatrique.

Dans le but d'intégrer, à titre expérimental, l'urgence psychiatrique à l'urgence médicale générale et dans un souci d'efficacité et d'économie - tout en préservant la spécificité des réponses - nous proposons que les médecins régulateurs de l'urgence "900" puissent également disposer d'un réseau permettant de faire face aux urgences psychiatriques.

Les appels aboutissant au service "900" peuvent concerner soit une urgence médicale, soit une urgence mixte, soit encore une urgence psychiatrique.

- Lorsqu'une urgence médicale ne requiert pas d'hospitalisation, le médecin régulateur enverra un médecin généraliste.
Lorsqu'une hospitalisation immédiate s'avère nécessaire, il enverra une ambulance du "900".
- Lorsqu'il s'agit d'un cas mixte à forte connotation psychiatrique mais ne requérant apparemment pas d'hospitalisation immédiate, il enverra soit un médecin généraliste soit, en cas de nécessité et en concertation avec le médecin, un collaborateur d'une équipe psychiatrique mobile (à constituer avec la collaboration des centres de santé mentale), soit encore il adressera le patient, avec ou sans ambulance du "900", à l'un ou l'autre service de garde psychiatrique de la zone qu'il régule ou à tout autre service qu'il juge capable de répondre à l'urgence en cause. Dans la mesure où une hospitalisation paraît s'imposer pour un cas d'urgence mixte, le médecin régulateur adressera naturellement le patient à un hôpital, où tant l'aspect médical que psychiatrique pourront être pris en compte.
- Lorsque le médecin régulateur constate qu'il s'agit d'une urgence purement psychiatrique, il pourra s'adresser soit au psychiatre assurant la garde psychiatrique de l'hôpital général le plus proche disposant d'une garde psychiatrique 24 h sur 24, de lits psychiatriques de crise et d'un service A, soit au psychiatre de garde dans l'hôpital psychiatrique le plus proche. Celui-ci conseillera

.../...

d'envoyer un médecin généraliste ou, en concertation avec ce dernier, il enverra un collaborateur d'une équipe psychiatrique mobile, ou bien encore il fera hospitaliser le patient.

Des conventions claires, par zone, entre l'hôpital où se trouve le psychiatre, les différents hôpitaux généraux où un psychiatre n'est présent pour l'urgence que durant certaines heures de la journée et les hôpitaux psychiatriques où une consultation d'urgence peut se faire, doivent permettre au psychiatre de garde d'adresser les patients directement vers les lieux où ils seront accueillis dans les meilleures conditions.

En cas de nécessité, le patient sera adressé à l'hôpital qui dispose de lits d'urgence de 24 heures et de lits psychiatriques de crise. Les services de garde psychiatrique de ces hôpitaux fonctionneront en étroite collaboration avec les médecins généralistes et les centres de santé mentale, ce qui doit permettre une diminution du taux d'hospitalisation.

L'existence de lits de 24 h permettra, dans un certain pourcentage de cas, d'éviter une hospitalisation psychiatrique grâce à la mise au repos requise du patient et de son entourage et à une médication et un accompagnement appropriés sur le plan familial et social, d'autant plus que la collaboration avec les services extérieurs et avec les médecins généralistes prévoit la possibilité d'un suivi ambulatoire.

L'existence de lits de crise, où l'intensité de la prise en charge est maximale, devrait réduire fortement la durée de séjour moyenne.

PROPOSITION RELATIVE A L'ORGANISATION DES URGENCES DANS LE DOMAINE DE L'HYGIENE MENTALE.

1. PROBLEMATIQUE.

Le fait qu'on s'occupe de façon inadéquate des urgences psychiatriques et psychosociales résulte souvent de l'insuffisance de la prise en charge au "premier échelon, insuffisance due en majeure partie à deux facteurs:

- à un manque d'assistance sous forme d'avis et de consultations au deuxième et au troisième échelon (indispensables pour renforcer la capacité du premier échelon de résoudre les problèmes);
- à l'impénétrabilité de l'ensemble des services d'hygiène mentale et l'accessibilité insuffisante à certains services (d'on des transferts hésitants et pour inadéquats du premier échelon vers les services spécialisés du deuxième et troisième échelons).

Avant tout, il faudra remédier à ces situations anormales, si l'on veut accroître l'efficacité de la prise en charge des urgences psychiatriques.

2. POINTS DE DEPART ET PRINCIPES DE LA STRUCTURATION DE L'AIDE MEDICALE URGENTE DANS LE DOMAINE DE L'HYGIENE MENTALE.

2.1. Compte tenu de ce qui précède, il serait inconcevable de ramener le problème de la prise en charge médiocre de ces urgences à une question d'insuffisance et/ou inaptitude des services, qu'on pourrait résoudre en créant des centres de crise spécialisés disposant de leur propres équipes d'intervention, d'une infrastructure et de lits de crise.

Une meilleure prise en charge des urgences psychiatriques ne suppose point un nouveau dispositif, mais bien un fonctionnement plus cohérent de celui qui existe. Il importe de prendre en charge et d'intervenir en cas de crise en coopérant avec les différents services de secours dans le domaine de l'hygiène mentale, en utilisant au mieux les moyens, les effectifs et les possibilités dont on dispose déjà, en les complétant où il le faut, pour assurer une garde de qualité supérieure accessible 24 h sur 24.

2.2. En développant une telle coopération fonctionnelle, il faut s'inspirer d'un modèle couvrant tout le domaine de l'hygiène mentale et dans lequel toutes les composantes participent et assument leurs responsabilités.

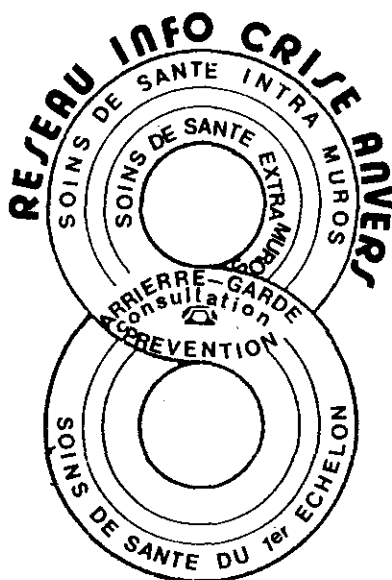
Ce n'est guère indiqué de prévoir des circuits distincts et fonctionnant parallèlement pour les urgences psychiatriques d'une part et les urgences psychosociales d'autre part.

Une séparation structurelle artificielle entre les services extrahospitalières et les services intrahospitaliers ne se justifie pas non plus.

Un système cohérent d'aide médicale urgente dans le domaine de l'hygiène mentale n'est pas réalisable, sans un réseau incorpo-

rant tous les échelons de l'hygiène mentale et dont le fonctionnement est complètement intégré, permettant ainsi de faire face aux urgences. Ce réseau devrait reposer sur une politique cohérente et collective en matière de prise en charge et d'admission.

Le principe préconisé d'un circuit fermé a été très bien visualisé dans la représentation symbolique ci-dessous que nous empruntons à KINA (Krisis-Info-Netwerk Antwerpen = Réseau Info de crise Anvers).



- 2.3. Dans le réseau permettant de faire face aux urgences et à mettre sur pied grâce à la coopération de tous les services concernés par l'hygiène mentale, il faudra intégrer tous les dispositifs selon la place qu'ils occupent et la mission qui leur a été confiée dans le domaine de la santé publique et de l'aide sociale.

Il faudra donc partir du principe de l'échelonnement dans le système des urgences, où l'on doit appliquer les principes concrets suivants quant au fonctionnement:

- pas de prise en charge spécialisée, si ce n'est pas absolument nécessaire:

c.a.d.:

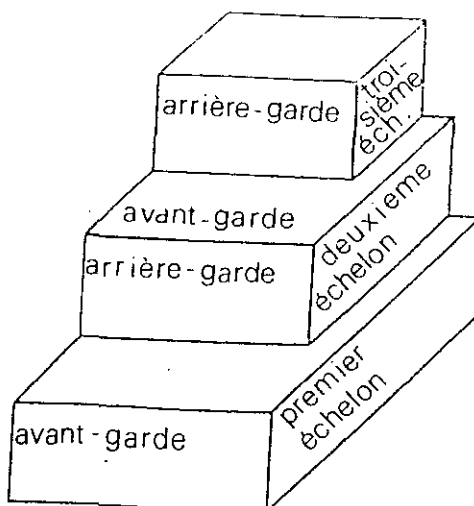
- qu'on attribue un rôle très important aux médecins de famille et éventuellement à d'autres personnes au premier échelon, comme étant les dispensateurs de soins qui se trouvent tout près de la communauté de ceux qu'il faut aider et la connaissent le mieux;

- que les services de santé mentale fonctionnent comme "arrière-garde" avec 2 fonctions au premier échelon:
 - une fonction primordiale: procurer une compétence spécifique (par des avis et des consultations) au premier échelon pour appuyer son intervention;
 - une fonction secondaire: "reprise" de l'urgence s'il le faut (en assurant au premier échelon un accès facile aux possibilités de prise en charge spécialisée);
- dans la mesure où une prise en charge spécialisée est nécessaire: "autant des soins extrahospitaliers que possible, autant de soins hospitalier qu'il faudra":

c.a.d.:

- que les services résidentiels fonctionnent comme "arrière-garde" des services de soins de santé mentale extrahospitalières en vue d'un hébergement momentané (lits d'urgence) ou d'une hospitalisation urgente;
- que les services de traitement ambulatoire (les services de soins de santé mentale, éventuellement en collaboration avec les centres de consultation prématrimoniale, matrimoniale et familiale (pour la Wallonie: centre d'aide et d'informations sexuelles, conjugales et familiales) essaient d'élargir au maximum leur disponibilité pour la prise en charge et l'assistance ambulatoire immédiate, en répartissant les tâches et en organisant une permanence, afin d'offrir ainsi au premier échelon une alternative valable à l'hospitalisation;
- que la prise en charge "ambulatoire" de l'urgence ait également une dimension "mobile", afin d'assurer une intervention de spécialistes la où la crise se produit, lorsque le médecin de famille appelé estime nécessaire une telle assistance.

Les principes de fonctionnement qu'on vient de décrire sont déterminants dans le projet KINA, auquel nous devons le schéma suivant du modèle "avant-garde - arrière-garde".



3. ORGANISATION PROPOSEE + SCHEMA DE LA STRUCTURE;

Le schéma de la structure (annexe I de la présente note) donne une idée de l'organisation envisagée de l'aide en cas d'urgence lors d'une crise psychiatrique ou psychosociale aiguë, conforme au modèle "avantgarde - arrière-garde". Il s'agit ici d'un modèle maximaliste idéal, dont la réalisation au niveau régional dépendra en majeure partie des services existants et des possibilités.

A l'avant-garde, qui assure la première intervention en cas d'urgence, on trouve les médecins généralistes et les autres dispositifs qui pourraient être confrontés à un problème psychiatrique ou psychosocial, ainsi que Télé-accueil et le 900, qui sont des structures de prises en charge spécifiques des urgences.

Etant donné que dans la pratique l'urgence est signalée directement au dispositif du deuxième et du troisième échelon, les services d'hygiène mentale, les psychiatres privés, ainsi que les services des urgences et de garde des hôpitaux se situent dans le schéma, aussi bien à l'avant-garde qu'à l'arrière-garde.

La liaison entre l'avant-garde et l'arrière-garde est assurée par une permanence téléphonique de 7 x 24 heures, qui constitue la voie d'accès centrale vers une offre polyvalente et intégrée d'aide spécialisée à l'arrière-garde, dont les composantes sont: prise en charge et assistance ambulatoires (y compris l'intervention d'équipes mobiles où cela s'avère nécessaire, une réglementation de la mise à disposition des lits d'urgence (hébergement et soins matériels) et l'hospitalisation psychiatrique.

4. EXPLICATION DU SCHEMA DE LA STRUCTURE.

4.1. Permanence téléphonique grâce à un numéro d'appel central.

- Caractéristiques:

- fonctionnant 7 x 24 heures, soit qu'il y ait une permanence au central même, soit un commutateur automatique qui passe les appels à tour de rôle aux dispositifs faisant partie du réseau d'intervention en cas de crise, soit encore une combinaison des deux formules (en fonction des possibilités concrètes offertes par l'accord de coopération régionale);
- numéro d'appel accessible exclusivement aux services d'aide et nullement donc un 900 psychiatrique à l'usage du public.

- Fonctions:

- primordiale: assistance au premier échelon par des avis téléphoniques à partir du centre de santé mentale sans "transfert" du client / patient;
- pour autant que ce soit nécessaire: répartir vers les dispositifs, qui assurent l'arrière-garde pour les urgences psychiatriques et psychosociales.

N.B. Cette dernière fonction implique qu'il faut donner au service d'aide qui appelle la permanence téléphonique des informations précises en vue d'un envoi adéquat.

A cet effet, il faudrait qu'on dispose d'une banque de données tenues à jour relatives aux possibilités d'aide, aux heures où l'arrière-garde est disponible, ainsi qu'à la répartition des tâches et au roulement des services.

- Situation

Vu la mission des services de Télé-prise en charge ("assistance aux personnes traversant une crise psychologique") et leur accessibilité effective 7 x 24 heures, il sied d'établir la permanence téléphonique centrale du réseau d'intervention en cas de crise au Télé-accueil (numéro d'appel annexe à coté du numéro d'appel pour le public).

Si l'on panche pour cette option, le central téléphonique devra accomplir les deux fonctions en question (consultation et dispatching). Alors que la fonction de dispatching pourra probablement être accomplie par Télé-accueil lui même - à condition que les volontaires de Télé-accueil reçoivent les instructions nécessaires et qu'on dispose de l'équipement nécessaire pour tenir à jour la banque de données (micro-ordinateur?), les consultations au téléphone (le cas échéant, avec intervention d'équipes mobiles) nécessitent une compétence spécifique.

A ce propos, deux solutions semblent possibles:

- des "spécialistes" assurent à tour de rôle la permanence du Télé-accueil:
 - * avantage: lieu unique, existence d'une banque de données et possibilité d'assister les volontaires de Télé-accueil;
 - * inconvénient: temps d'attente signifie temps perdu pour le travail dans le propre service;
- le téléphone central est branché automatiquement sur les services d'hygiène mentale (à tour de rôle) lorsqu'on demande un avis direct.

N.B.: un numéro d'appel permettant une commutation automatique pourrait peut-être constituer un élément de solution du problème des urgences en dehors des agglomérations des grandes villes.

4.2. Intervention mobile.

Il faudra un examen plus approfondi pour en déterminer la forme. Une équipe mobile semble exclue. La question se pose de savoir s'il ne faut pas limiter l'intervention mobile à une garde assurée par des psychiatres (qu'on pourrait appeler par sémaphone (A tour de rôle des psychiatres privés, des psychiatres des centres de santé mentale et des psychiatres assurant la garde à la section psychiatrique d'un hôpital général.

4.3. Prise en charge directe et assistance dans les soins de santé mentale extramuraux.

Le réseau d'intervention en cas de crise que l'on propose ici semble un maillon problématique. Pour assurer une garde de qualité pour le traitement ambulatoire à caractère multidisciplinaire il faut incontestablement renforcer le centre de santé mentale.

Dans les agglomérations des grandes villes où il y a plusieurs centres de santé mentale, on peut envisager de mettre sur pied une permanence du deuxième échelon par roulement.

Mais dans la plupart des régions une prise en charge ambulatoire rapide nécessite des effectifs qui à présent ne sont pas disponibles. Cela est vrai même quand il s'agit d'une prise en charge immédiate pendant les heures classiques de travail, mais plus encore quand on veut étendre l'accessibilité le soir et pendant les weekends.

Même à Anvers, où il y a tout de même un grand nombre de centres de santé mentale, on a constaté qu'il était nécessaire d'unir les possibilités de ces centres et celles des centres de consultation prénuptiale, nuptiale et familiale (pour la Wallonie: centres d'aide et d'informations sexuelles, conjugales et familiales) pour pouvoir garantir au premier échelon une prise en charge ambulatoire immédiate des patients renvoyés entre 9 et 22h30, dans le cadre du projet KINA.

On ne voit pas tout de suite comment le secteur extrahospitalier peut contribuer à la prise en charge des urgences en dehors des grandes agglomérations, dans les régions, où les centres de santé mentale et les centres de consultation prénuptiale, nuptiale et familiale (pour la Wallonie centres d'aide et d'information sexuelles, conjugales et familiales) ne sont pas nombreux et leur effectif en personnel souvent limité.

Alors qu'un téléphone qu'on peut brancher sur les services extrahospitaliers concernés, peut constituer une solution partielle car il permet d'assister le 1er échelon par des avis et des consultations, le grand point noir reste la réponse immédiate à donner aux urgences venant du premier échelon ou aux demandes d'intervention mobile.

4.4. Prévisions en matière de lits d'urgence et urgences psychiatriques.

Il importe que le premier échelon et les services extrahospitaliers de santé mentale se sentent soutenus par les services résidentiels.

Le réseau d'intervention en cas de crise en question ne doit pas seulement être à même d'expédier les urgences psychiatriques (par des accords entre les sections psychiatriques des hôpitaux généraux et les informations à ce propos données par le dispatching téléphonique, mais aussi de proposer une solution de rechange quant à l'hospitalisation, lorsqu'une personne prise d'une crise a besoin d'un asile temporaire, de soins matériels et d'assistance.

Le premier échelon et les services extrahospitaliers de santé mentale doivent donc pouvoir se raccrocher à un arrangement au sujet de lits d'urgence (centres d'prise en charge et/ou lits de crise dans l'annexe d'un hôpital), soit comme complément nécessaire de la prise en charge extrahospitalière existante, soit comme pour remplacer la garde pendant la nuit et le weekend, en attendant que les services de santé mentale soient disponibles le matin du premier jour ouvrable qui suit.

4.5. Coopération entre les services de soins de santé mentale concernés par la prise en charge.

Pour le suivi (extrahospitalier ou hospitalier) d'une intervention mobile, pour la combinaison d'une assistance extrahospitalière avec une prise en charge dans le rétablissement des lits d'urgence, pour l'hospitalisation psychiatrique urgente et pour le transfert de l'hôpital à un centre de santé mentale (soit pour une postcure ambulatoire après une hospitalisation urgente, soit pour le cas d'un patient qui s'adresse directement au service psychiatrique d'un hôpital sans qu'une hospitalisation s'impose), il faut que les services de soins de santé mentale du réseau d'intervention en cas de crise coopèrent étroitement en vue de la continuité de l'aide. On peut se demander si le "renvoi interne" entre les services de l'arrière-garde, doit se faire de préférence en passant par le dispatching central ou bien directement entre les services concernés.

Il se pourrait que la première formule soit plus compliquée, mais elle a l'avantage qu'on dispose d'informations centralisées au sujet des possibilités d'prise en charge des différents services. La seconde formule rend nécessaire que tous les services de l'arrière-garde concernés par les urgences disposent à tout moment d'informations mises à jour en ce qui concerne la réseau entier.

Quoi qu'il en soit, l'organisation visée de la prise en charge des urgences dans le domaine de la santé mentale nécessite une concertation structurée et de bons accords de coopération, auxquels il importe d'associer l'avant-garde formée par les dispositifs du premier échelon.

Ainsi le triangle visualisant la coopération figurant à l'annexe 1, était l'ensemble du réseau d'intervention en cas de crise.

5. COMPARAISON ENTRE LA PRESENTE PROPOSITION ET CELLE CONTENUE DANS LA NOTE NAT/P/D/941 DU GROUPE DE TRAVAIL "SERVICES DES URGENCES" DU CONSEIL NATIONAL DES SERVICES HOSPITALIERS.

- Schéma de la proposition en question: voir annexe 2.
- En quoi diffèrent les deux propositions (encore à rédiger).

L. DU LAING

Adviser V.M.S.I.

Geraadpleegde documenten.

- KINA (Réseau Info de crise Anvers) Note d'information destinée à la presse: Een coördinatie en taakafsprakenregeling Antwerpse Geestelijke Gezondheidszorg (Une coordination et un accord au sujet de la répartition des tâches dans le domaine de la santé mentale à Anvers) 1985.
- Dépliant KINA "Beste wensen van Kina" (Meilleurs voeux de la part de KINA).
- Proposition relative à l'organisation d'une aide psychiatrique urgente: nota NAT/P/D/9-1 - Groupe de travail "Services des urgences" du Conseil nationale des établissements hospitaliers.
- Crisisinterventie in de Brusselse Agglomeratie (Intervention en cas de crise dans l'agglomération bruxelloise) note du Dr. Van Roy du 30/01/1986.
- Samenwerking tussen de psychiatrische ziekenhuisdiensten en de extramurale diensten voor geestelijke gezondheidszorg (Coopération des services psychiatriques des hôpitaux et des services extrahospitaliers de santé mentale) Rapport du groupe de travail de la C.C.I. "Coopération dans le domaine de la santé morale".

28/4/1986.

Annexe: de la note Caritas - 321/860225: Schéma

Proposition de structuration des urgences psychiatriques (proposition alternative cf. note NAT/P/D/-S-1 du Conseil national des établissements hospitaliers).

**SITUATION DU PROBLEME DE LA PSYCHIATRIE
AIGUE OU DU PROBLEME PSYCHO-SOCIALE
AVEC DEMANDE D'AIDE URGENTE**

APPEL / SIGNALISATION

AUPRES DE

GENERALISTE (OU GENERALISTE DE GARDE
- AUTRE SERVICE DU 1er ECHELON (police, gendarmerie, C.P.A.S. centre socio-culturel, services social de quartier, etc.)
- Serv. de santé ment. (si une prise en charge directe est impossible ou si une hospitalisation s'impose
- PSYCHIATRE PRIVE

TELE-ACCUEIL
(numéro de téléphone pour le public)

900 généraliste-régulateur

HOPITAL
service des urgences ou garde psychiatrique d'un hôpital général ou psychiatrique

(le cas échéant)
AUTRE N° D'APPEL AUPRES DE TELE-ACCUEIL
(exclusivement pour les prestataires)
AVIS

demande d'avis
demande de possibilités de transfert

consultation
appel pour prise en charge ambulatoire
hospitalisation
appel pour prise en charge ambulatoire

DISPATCHING CENTRAL

JOUR ET NUIT évent. INTERVENTION MOBILE (roulement gardes qu'on peut appeler par sémaphore)	JOUR ET NUIT PRISE EN CHARGE DIRECTE ET ASSISTANCE AMBULATOIRES VIA REPARTITION DES TACHES + ROULEMENT S.S.M. (+ évent. C.P.M.F.)	NUIT: LITS D'URGENCE - home d'accueil - lit de crise annexe d'un hôpital	JOUR ET NUIT HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE URGENTE - S.P.H.G. - hôpit. psychiatriques
---	---	--	---

ACCORD DE COOPERATION
- CONCENTRATION DES MOYENS
- ACCORDS ET REPARTITION DES TACHES
- COORDINATION ET CONTINUITÉ DANS l'AIDE URGENTE

Annexe 2 de la note de Caritas - 321/860225: Schéma.
Proposition Note NAT/P/D/S-1 - Groupe de travail "Services des urgences" du Conseil national des établissements hospitaliers.

