



## URGENCES ET PSYCHIATRIE

L'importance quantitative et qualitative dans les structures de médecine d'urgence de situations comportant une dimension de trouble psychique voire psychiatrique et sollicitant un avis spécialisé est en constante progression eu égard notamment à la fréquence des comorbidités somatiques et psychiatriques.

Ces situations interrogent l'ensemble du dispositif de soins et de prévention. Leur intrication avec des problématiques d'ordre social ou médico-social confirme la pertinence d'une approche territoriale du parcours de soins et de vie.

Depuis de nombreuses années, les établissements publics hospitaliers spécialisés en psychiatrie participent aux urgences hospitalières en fonction de la réalité locale des dispositifs de soins. **L'implication des secteurs de psychiatrie dans le domaine de l'urgence et de sa prévention est ainsi déterminante pour garantir la qualité et la sécurité des soins, mais aussi leur continuité et une meilleure fluidité des parcours.**

Dans le cadre de l'objectif national d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les structures de médecine d'urgence, les co-signataires tiennent à souligner les points suivants :

**1. Le constat du risque de saturation inadéquate des structures de médecine d'urgence rend nécessaire un travail de partenariat et de coordination des acteurs concernés :**

- En amont et dans le but d'améliorer l'accès aux soins, **la mise en place de consultations non programmées dans les centres médico-psychologiques.** Cette

fonction d'accueil, lorsqu'elle est possible, joue un rôle essentiel à la prévention des situations de crise et de recours.

- En aval, en s'assurant au préalable de **la disponibilité dans les meilleurs délais des possibilités d'accueil en post urgence.**

2. **Dans le cas de situations potentiellement urgentes au domicile des personnes, l'intervention par des professionnels des équipes de secteur s'effectue dans un cadre nécessairement formalisé.** Une évaluation au préalable de la situation est effectuée, notamment pour les personnes sans antécédents de prise en charge, en partenariat avec les acteurs des champs sanitaires médico-sociaux et sociaux du territoire.

3. **Auprès de l'équipe des urgences, un professionnel de psychiatrie du secteur, ou en lien avec lui, favorise l'inscription dans le parcours de soins, par sa connaissance du dispositif de soins notamment spécialisé.** La lisibilité de l'organisation territoriale de ce dispositif et en particulier les articulations des dispositifs psychiatrie/urgences sont assurées par son identification au sein du répertoire opérationnel des ressources, décrivant notamment les modalités d'organisation de la continuité des soins.

4. **Dans le cadre de la prise en charge dans la structure de médecine d'urgence, une période d'observation clinique est indispensable,** prenant en compte les contraintes respectives notamment de temps, des soins somatiques et des soins psychiatriques.

- **Au préalable pour la réalisation systématique d'un examen clinique somatique,** notamment au regard de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement,

- En seconde intention pour l'évaluation du trouble psychique et **la prise d'une décision d'orientation suffisamment informée prenant en compte l'environnement familial et social ;** le psychiatre intervient alors en tant que **consultant aux urgences au même titre que les intervenants des autres disciplines.**

5. **La participation à la régulation médicale du Samu-Centre 15 d'une compétence de psychiatre en lien avec les équipes de secteurs,** selon des modalités à envisager localement, **est de nature à assurer la réponse la plus appropriée aux situations concernant un trouble psychique.**

6. Selon les possibilités et les dispositifs mis en place localement, **l'équipe du SMUR peut être utilement complétée d'une compétence infirmière en psychiatrie lors d'interventions pouvant concerner un trouble psychiatrique.**

De même seront favorisées les initiatives visant à renforcer les liens entre les équipes somatiques et psychiatriques tels que le débriefing des équipes d'urgences somatiques ou les articulations autour de la victimologie.

7. **L'harmonisation du fonctionnement des structures de type centre d'accueil permanent et centre de crise, est de nature à améliorer les dispositifs de soins spécialisés.** Leur caractère déstigmatisant, très apprécié des patients familles et proches, constitue un facteur facilitant le consentement aux soins.

Dans le cadre d'un partenariat et selon les possibilités en fonction des organisations locales, des consultations médicales somatiques pourront y être assurées par les médecins urgentistes.

8. **La mise à disposition des acteurs de la charte de partenariat du 20 mars 2014 signée entre le collège de la médecine générale et la conférence des CME de CHS a pour objet de favoriser l'adéquation des réponses aux attentes des praticiens** en envisageant les principes de modalités d'actions communes pour ce qui concerne les demandes non programmées.

9. **La participation des établissements spécialisés aux expérimentations de gestion des lits ainsi qu'aux dispositifs dits "d'hôpital en tension"** est de nature à favoriser l'implication des équipes de secteurs pour assurer la fluidité du parcours de soins.

Le 11 juin 2015

Dr Christian MÜLLER  
Président  
Conférence Nationale des Présidents de  
CME de Centre Hospitaliers Spécialisés

Dr François BRAUN  
Président  
SAMU-URGENCE  
de France

Les expériences des dispositifs de la fédération des urgences psychiatriques d'Avignon (CH Avignon et CH Montfavet), de l'EPSAN de Brumath avec le CH d'Hagueneau, et enfin du Centre Psychiatrique d'accueil et d'admission de Lille (EPSM Agglomération Lilloise) ont également été présentées à Strasbourg.