

**Ministère des Affaires sociales,  
de la Santé publique et de l'Environnement**

**Bruxelles, le 8 avril 1999**

---  
Administration des soins de santé

---  
Direction de la politique des Soins de santé

---  
**CONSEIL NATIONAL DES  
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

---  
Section "Programmation et Agrément"  
Groupe de travail permanent "**PSYCHIATRIE**"

N/réf. **CNEH/D/PSY/150-1**

**AVIS du groupe de travail permanent "psychiatrie" du  
Conseil national des établissements hospitaliers  
relatif au contenu et à l'organisation de l'aide psychiatrique  
d'urgence (\*)**

**(\*) CET AVIS A ETE RATIFIE PAR LE BUREAU EXTRAORDINAIRE  
LE 8 AVRIL 1999**

**AVIS RELATIF AU CONTENU ET À L'ORGANISATION DE L'AIDE  
PSYCHIATRIQUE D'URGENCE**

Cadre et contenu de l'avis

Les rapports relatifs aux résultats des projets pilotes en matière d'hospitalisation psychiatrique d'urgence à Anvers, Bruxelles et Charleroi étaient pour M.Colla, ministre de la Santé publique et des Pensions, l'occasion idéale d'adresser une demande d'avis au CNEH. Le groupe de travail permanent psychiatrie a examiné les résultats de ces projets pilotes et a formulé, sur cette base, le présent avis. A cet égard, on a décidé de situer cet avis dans un cadre de référence global et de formuler une proposition de nature organisationnelle en ce qui concerne le développement de différentes formes d'aide psychiatrique d'urgence et des soins intensifs psychiatriques de crise.

En premier lieu, on définit dans cet avis un certain nombre de tâches ainsi que les concepts y afférents en matière d'aide psychiatrique d'urgence. Ensuite, on décrit les cas de patients les plus fréquents et le contexte dans lequel l'aide psychiatrique d'urgence peut se situer.

Sur la base des caractéristiques spécifiques de l'aide psychiatrique d'urgence, on formule une proposition concernant le développement organisationnel de l'aide psychiatrique d'urgence ainsi que, le cas échéant, la nécessité de soins intensifs psychiatriques de crise. Cette proposition repose sur les principes de base relatifs à l'organisation future des SSM, comme visé dans l'avis du CNEH datant du 12/6/1997 (avis relatif au concept futur des SSM, tel qu'approuvé entre-temps lors de la conférence interministérielle du 29/6/98). Concrètement, l'aide psychiatrique d'urgence est un module du trajet de soins en cas d'urgence psychiatrique, lequel module est une composante des circuits de soins globaux à organiser pour chaque groupe cible.

2. Concepts

En ce qui concerne le problème traité dans cet avis, on utilise, sur le terrain, un certain nombre de mots et de notions qui ne sont pas toujours univoques (soins en cas de crise, hospitalisation d'urgence, soins intensifs psychiatriques de crise etc). C'est la raison pour laquelle, dans cet avis, on précise et on redéfinit plusieurs de ces concepts.

2.1. Urgence psychiatrique: objectiver les demandes

L'aide psychiatrique d'urgence va de pair avec des situations dans lesquelles le patient, son entourage ou les instances référantes sollicitent une aide psychiatrique d'urgence. L'urgence est fondée sur un avis subjectif selon lequel l'aide psychiatrique sollicitée doit être dispensée d'emblée, ne pourra souffrir aucun retard, ne peut pas être intégrée

dans les modalités normales de fonctionnement des équipements des SSM.

Si, objectivement parlant, c'est également le cas, on ne peut que le constater si, après l'appel, le caractère urgent est objectivé par les intervenants psychiatriques. Il convient donc d'apporter une réponse adéquate aux demandes d'aide d'urgence.

### 2.2. Aide psychiatrique d'urgence

Si, après transmission de la demande d'aide, on constate de manière objective qu'une aide psychiatrique d'urgence est nécessaire, les soins à dispenser peuvent être très divers (p.ex. entretien et avis ou premières interventions stabilisantes, médication ou mesures de protection du patient et/ou de son entourage en vue d'atténuer l'anxiété ou l'agressivité etc). Globalement, pour toutes les formes d'aide psychiatrique d'urgence, on peut distinguer les étapes suivantes:

- demande d'aide
- observation et collecte d'informations
- interventions de stabilisation en ce qui concerne les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la demande de soins;
- indication, premier diagnostic provisoire et/ou diagnostic;
- retransfert vers l'instance la plus apte à assurer le suivi des soins.

L'aide médicale urgente est définie comme une tâche ou un module fonctionnel(le) cohérent(e). Ce module devra figurer comme tâche obligatoire dans le cahier des charges du programme de soins de chaque circuit de soins.

### 2.3. Soins de suivi: peuvent être très variés

Les soins qui sont dispensés à la suite de l'aide psychiatrique d'urgence peuvent également varier très fortement en fonction du contenu et de l'endroit où les soins doivent être dispensés. Ainsi, les soins de suivi peuvent englober les soins dispensés au domicile du patient par le médecin généraliste, par exemple, les soins dispensés dans un centre de soins de santé mentale, les initiatives de soins psychiatriques à domicile ou d'une initiative de collaboration en matière d'habitations protégées. Dans d'autres cas, il peut s'agir des soins dispensés dans une SPHG ou un hôpital psychiatrique. Dans un certain nombre de cas, il peut s'agir des soins intensifs psychiatriques de crise dispensés dans le cadre d'une admission.

### 2.4. Aide psychiatrique d'urgence: une aide à dispenser à de multiples endroits

Les demandes d'aide psychiatrique d'urgence interviendront à de multiples endroits. Cette aide d'urgence doit être conçue de telle sorte qu'elle puisse être dispensée au maximum au domicile du patient. Cela permet au patient et à son entourage d'apprendre à pouvoir faire face aux situations de crise. A cet égard, on essayera

d'apporter un soutien à l'entourage qui dispense des soins à domicile, au médecin généraliste, aux autres intervenants à domicile etc.

Il peut également être nécessaire de dispenser une aide psychiatrique d'urgence aux personnes séjournant dans des habitations protégées, des MSP, des IMP, des MRS, des maisons de repos etc.

Dans le cadre des phases de développement ultérieures des circuits et modules de soins dispensés à domicile ou dans des situations de logement remplaçant le chez-soi, il conviendra de conférer un contenu plus concret à l'aide psychiatrique d'urgence, entre autres dans l'avis qui doit encore être formulé au sujet des soins psychiatriques à domicile.

Dans un certain nombre de cas, il ne sera pas possible, en raison de la nature de l'aide à fournir et/ou de la protection à conférer au patient et/ou à son entourage, de maintenir le patient à domicile; c'est la raison pour laquelle, au sein des hôpitaux psychiatriques et des SPHG, il conviendra de renforcer les conditions organisationnelles afin de pouvoir procéder à des admissions psychiatriques d'urgence. Les projets pilotes ont montré que, par le biais d'une offre plus ciblée et plus accessible en matière de SSM, il est possible d'éviter un certain nombre de demandes d'aide d'urgence ou, tout au moins, de faciliter leur prise en charge, sans qu'il faille avoir recours à des procédures d'urgence. C'est la raison pour laquelle les CSSM, les hôpitaux psychiatriques et les SPHG développent, dans le cadre de leur fonctionnement normal, des possibilités de consultations en urgence, par exemple (téléphoniques ou non), des entretiens ouverts sans rendez-vous préalable etc.

En l'absence de telles procédures dans l'offre en matière de soins de santé mentale, il est bien connu que les services des urgences des hôpitaux généraux sont souvent sollicités à tort comme des services de soins accessibles 24 heures sur 24.

Les projets pilotes ont également montré que les SSM dispensés dans les CSSM, les SPHG et les hôpitaux psychiatriques sont surtout nécessaires dans les zones urbaines où les soins du premier échelon sont insuffisamment développés et/ou un groupe de patients spécifiques (toxicomanie, marginalité, problème socio-psychiatrique etc) est présent.

Quoi qu'il en soit, si une demande d'aide psychiatrique d'urgence se présente dans une fonction des urgences d'un hôpital général, on devra avoir recours à la fonction de liaison assurée à partir du CSSM. Déjà, dans l'avis du CNEH relatif à la fonction de liaison, il était explicitement fait mention de la nécessité d'associer l'équipe de liaison à l'aide psychiatrique d'urgence dans le service des urgences et dans la fonction spécialisée des urgences dans les hôpitaux généraux. Comme le précise l'avis, cette équipe de liaison est assurée par le biais d'une collaboration fonctionnelle obligatoire entre les SPHG-HP et les CSSM. En attendant un retransfert, ces fonctions des urgences devront disposer d'un certain nombre d'équipements afin d'assurer une première prise en charge d'urgence efficace. Si les hôpitaux concernés disposent d'une SPHG, celle-ci pourra assurer cette première prise en charge.

Dans les projets pilotes, on fait également mention des "habitués" de l'aide psychiatrique d'urgence. Pour ce groupe de patients spécifique, l'approche doit être double: il faut, d'une part, éviter qu'en l'absence de soins de suivi adaptés, ces patients aient encore recours par la suite à l'aide psychiatrique d'urgence et, d'autre part, tenir compte du fonctionnement problématique spécifique de cette catégorie de patients qu'il est difficile d'intégrer dans un système de soins réguliers.

Pour cette catégorie de patients, une certaine tolérance sera nécessaire.

## 2.5. Aide psychiatrique d'urgence versus soins intensifs de crise

L'aide psychiatrique d'urgence, définie comme la mission de présentation, d'observation et d'indication et combinée aux premières interventions stabilisantes, suivie par un retransfert pour les soins de suivi adéquats, devrait pouvoir être assurée, en principe, pour environ 80% des patients, dans un délai de quelques heures à (maximum) 36 heures. Cette mission relève des hôpitaux psychiatriques, des SPHG ainsi que des centres SSM.

Dans un certain nombre de cas, le retransfert concernera une crise ou une hospitalisation d'urgence. Dans le cadre de cet avis, on propose d'employer les termes "soins intensifs psychiatriques de crise". Concrètement, il s'agit, dans le cadre d'une hospitalisation, d'une approche pluridisciplinaire, intensive et ciblée : dans le cadre d'une admission dans un service hospitalier psychiatrique, on effectue, en l'espace de 1,5 à environ 5 jours, en combinaison avec une approche stabilisante, un traitement psychiatrique où l'on jette les bases des traitements de suivi ultérieurs. Les soins intensifs psychiatriques de crise sont un module ou une mission spécifique qui ne constituent les soins de suivi que pour un nombre restreint de patients après l'aide psychiatrique d'urgence.

Les soins intensifs psychiatriques de crise sont une mission qui doit être assurée par des services psychiatriques hospitaliers d'un hôpital psychiatrique ou d'une SPHG. Dans les projets pilotes, cette composante de soins a également été expérimentée par les hôpitaux concernés qui disposent chacun des services hospitaliers psychiatriques précités. Les soins intensifs psychiatriques requièrent l'engagement d'une importante équipe psychiatrique pluridisciplinaire, spécialisée, et ne peuvent dès lors être situés que dans le cadre des missions des hôpitaux psychiatriques ou des SPHG et un large éventail d'experts et de groupes cibles.

## 3. Caractéristiques spécifiques de l'aide psychiatrique d'urgence

### 3.1. Approche globale

Comme toute aide dans les SSM, l'aide psychiatrique d'urgence est axée sur la relation entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la morbidité. Il en résulte que l'approche spécialisée de l'aide psychiatrique d'urgence est assurée par l'équipe

psychiatrique reliée d'une manière fonctionnelle aux équipements SSM

### 3.2. Délai: facteur relatif

Contrairement à l'aide somatique d'urgence, le facteur "temps" n'est pas le principal facteur d'efficacité des soins psychiatriques. En ce qui concerne la CPR, l'impact de l'aide est une question de minutes et de secondes. Dans le cas de l'aide psychiatrique d'urgence, une approche experte de l'aide d'urgence est d'autant plus efficace qu'elle constitue le premier échelon d'un processus d'aide y afférente qui connaît un suivi après que l'urgence et la crise sont passées.

### 3.3. Efficace comme composante de la démarche de circuit à plus long terme

Si l'aide psychiatrique d'urgence est autonome et ne s'inscrit pas dans le cadre des SSM, des phénomènes de tourniquet iront croissant. Le grand nombre "d'habitues" dans les projets pilotes montrent combien il est essentiel de considérer l'aide psychiatrique comme la composante d'un programme de soins plus vaste. Il est indispensable de connaître le contexte dans lequel le problème psychiatrique se situe afin de cibler correctement l'aide d'urgence ainsi que les soins de suivi. L'aide psychiatrique d'urgence est d'autant plus efficace si elle est organisée autant que possible en tenant compte de la situation du patient à domicile et si ces soins sont intégrés dans un circuit de soins.

Chez les professionnels également, on constate que la motivation d'investir dans ce type de soins (souvent caractérisés par une situation de crise, d'incertitude et d'agressivité) est directement proportionnelle à la mesure dans laquelle l'aide médicale d'urgence débouche sur une approche à long terme.

### Contacts au cours de la crise avec l'instance référente = facteur de succès

Des expériences montrent que l'aide psychiatrique d'urgence, le contact avec le patient et son entourage au cours de la crise sont des moments particulièrement précieux afin de motiver les patients et leurs proches à appréhender les problèmes psychiatriques niés ou souvent latents. Si, au cours de cette phase d'aide psychiatrique d'urgence, le patient peut être physiquement en contact avec les intervenants SSM, également actifs dans le cadre des soins de suivi, les chances que le patient suive, même après la crise, les soins de suivi préconisés, augmentent. Lorsque les patients qui se sont présentés aux services des urgences sont déjà en traitement et/ou font l'objet d'un accompagnement dans un autre équipement SSM, p.ex CSSM ou hôpital psychiatrique, c'est une forme de bonne pratique médicale d'inviter ces intervenants aussi vite que possible dans la fonction des urgences afin d'examiner conjointement avec eux quels soins de suivi sont adaptés et comment éviter les situations de crise suivantes.

### 3.5. La collaboration fonctionnelle est utile

Tout ceci montre combien il est essentiel que l'aide psychiatrique d'urgence, qui est

assurée, entre autres, dans une fonction des urgences d'un hôpital général, soit intégrée dans le cadre de la collaboration fonctionnelle obligatoire pour la psychiatrie de liaison par des intervenants travaillant en partie dans des hôpitaux psychiatriques, des SPHG et des CSSM.

En faisant appel, par le biais de liens de collaboration fonctionnelle, aux experts et au personnel de l'ensemble des SSM, il est également possible de proposer une offre de soins par laquelle on organise, de manière compétente et économiquement réalisable, un service de garde accessible 24 heures sur 24.

En outre, cette collaboration fonctionnelle permet également de faire appel à chaque fois, pour les diverses situations de patients (adultes, personnes âgées, enfants, toxicomanes etc), aux experts adéquats.

#### 4. Aide médicale urgente: situations types: proposition d'orientation des patients

Il ressort de l'analyse des résultats des projets pilotes qu'il est possible de distinguer un certain nombre de situations types au sein de la population totale de patients qui ont recours à l'aide médicale urgente.

##### 4.1. Patients présentant un trouble psychiatrique manifeste ou connu

Un groupe important (majoritaire) de patients demandant une aide psychiatrique d'urgence sont des patients présentant un problème SSM manifeste, connu ou non. Si ce patient est ou était déjà en traitement, la demande d'aide d'urgence découle de la déstabilisation de la situation.

Globalement, on peut dire que la demande d'aide psychiatrique d'urgence pour ces patients doit de préférence être assurée dans un CSSM remplissant une mission spécifique pour cette catégorie de patients (= garantie d'approche spécialisée et de continuité de l'approche).

##### 4.2. Patients qui formulent une demande d'aide psychiatrique d'urgence et pour lesquels un facteur somatique est manifestement présent dans la demande d'aide, ou ne peut être exclu a priori

Compte tenu de l'imbrication des affections somatiques et de l'aide psychiatrique d'urgence, on transférera de préférence le patient vers la fonction des urgences d'un hôpital général lors d'une première crise ou d'une intervention d'urgence où des aspects somatiques sont présents ou ne peuvent être exclus a priori (suicide, intoxication, dépistage d'une tumeur, malformation métabolique etc). Cette approche permet de traiter efficacement et rapidement les aspects somatiques sur le plan diagnostique et/ou interventionnel en mobilisant du personnel et des moyens techniques auxiliaires disponibles dans le service des urgences d'un hôpital général.

Une fois que la dimension somatique de la crise est exclue ou est sous contrôle, il faut avoir recours le plus rapidement possible aux soins de suivi dans le cadre des équipements CSSM (retransfert vers l'hôpital psychiatrique, SPHG ou CSSM).

4.3. Patients qui choisissent eux-mêmes ou dont l'entourage ou les instances référantes choisissent l'endroit où ils adressent la demande d'aide psychiatrique d'urgence

Dans de nombreux cas, on constate que les instances référantes dans l'entourage du patient (p.ex. la police) ou le patient lui-même (à tort ou à raison) optent pour un équipement déterminé. A ce moment-là, il convient, après avoir objectivé la demande d'aide du patient, de procéder éventuellement à son retransfert vers un CSSM s'il s'agit d'un problème SSM manifeste sans dimension somatique, ou vers une fonction des urgences d'un hôpital général si cet aspect somatique est manifestement présent ou ne peut être exclu.

Aide psychiatrique d'urgence: principes de base afférents à l'organisation.

Sur la base des missions, des caractéristiques et des situations spécifiques des patients concernant l'aide psychiatrique d'urgence, dont question ci-dessus, on propose les principes de base suivants pour l'organisation de ces soins.

- 5.1 L'aide psychiatrique d'urgence est une mission qui, dans une mesure plus ou moins large, et compte tenu de la spécificité de la mission de chaque équipement SSM, devra être assurée par chaque CSSM.

En outre, dans le cadre du fonctionnement de base normal des CSSM, des SPHG et des hôpitaux généraux, il conviendra de tenir davantage compte de la demande de bénéficiaire de soins en urgence et facilement accessibles.

Dans chacun des équipements, des procédures et des équipements spécifiques devront être créés afin de répondre aux demandes d'aide d'urgence.

- 5.2. L'aide psychiatrique d'urgence: garantir l'expertise et la continuité

Si l'on souhaite, pour un groupe cible et/ou une région déterminé(e), assurer la fonction d'aide psychiatrique d'urgence en ce qui concerne les fonctions des urgences des hôpitaux généraux et/ou les situations à domicile, cela suppose la mobilisation ciblée de personnel et de moyens ainsi qu'une continuité de 24 heures.

La mobilisation de personnel spécifique (entre autres, un psychiatre appelable 24 heures sur 24) pourra être réalisée de préférence par le biais de la collaboration fonctionnelle obligatoire entre les hôpitaux psychiatriques, les SPHG et les CSSM.

- 5.3. Tout hôpital général (prise en charge des urgences) et assurément toute fonction spécialisée des urgences dans les hôpitaux généraux seront confrontés avec plus ou moins d'intensité dans le temps (jour/nuit/semaine/week-end etc) à des demandes



d'aide psychiatrique d'urgence.

Ni sur le plan du contenu des soins ni sur le plan de la continuité, ni sur celui des aspects économiques, il n'est possible d'offrir dans chacun de ces hôpitaux une aide psychiatrique indépendante. L'efficacité d'une approche aussi isolée est hautement douteuse.

C'est la raison pour laquelle on propose que, si des patients nécessitant une aide psychiatrique, se présentent dans une fonction des urgences ou le service de prise en charge des urgences dans un hôpital général, il convient, pour ces premiers secours, de faire appel à la fonction de liaison. Cette mission doit être assumée par le biais d'un lien de collaboration fonctionnelle entre hôpitaux psychiatriques, SPHG et CSSM, comme précisé dans l'avis partiel du CNEH relatif à la psychiatrie de liaison.

L'aide psychiatrique d'urgence et les soins de suivi y afférents doivent faire partie d'un programme de soins global. C'est la seule manière valable de répondre à terme aux demandes d'aide d'urgence. L'aide psychiatrique d'urgence doit trouver ses racines dans le concept de circuit de soins.

L'aide psychiatrique d'urgence sera plus efficace et accessible si non seulement l'appel, mais également le retransfert et les soins du suivi sont bien gérés, de manière à éviter que des phénomènes de tourniquet ne se produisent et/ou que les équipements d'aide d'urgence ne soient plus discernables parmi les autres équipements d'aide.

- 5.6 Les soins intensifs psychiatriques de crise, liés à une admission, sont une forme spécifique de soins de suivi qui s'imposent pour un nombre limité de demandes d'aide. Les soins intensifs psychiatriques de crise ne doivent pas être organisés partout où des soins psychiatriques d'urgence doivent être dispensés. L'évaluation des projets pilotes montre que ces soins intensifs psychiatriques de crise ne peuvent être dispensés de manière compétente et efficace que s'ils constituent une partie de l'ensemble des soins psychiatriques dispensés dans le cadre d'un hôpital psychiatrique ou de SPHG, disposant d'une large expertise en ce qui concerne les différents groupes de patients.

Dans le programme de formation des collaborateurs SSM, l'aspect afférent à l'aide psychiatrique d'urgence doit être spécifiquement abordé. Dans le programme de formation des médecins généralistes également, il conviendra d'accorder toute l'attention nécessaire au développement des connaissances et des comportements nécessaires à la première aide psychiatrique d'urgence.

## 6. Opérationnalisation.

La concrétisation des principes de base précités afférents à l'organisation de l'aide psychiatrique d'urgence suppose une procédure cohérente et progressive.

Concrètement, il convient d'examiner les points suivants

- 1) L'aide psychiatrique d'urgence suppose un apport médico-psychiatrique intensif et ciblé.

Ni le niveau actuel des honoraires ni les modalités de paiement ne sont adaptés. On propose de rémunérer de manière plus adéquate l'intervention psychiatrique dans le cadre de l'aide psychiatrique d'urgence, si cette activité est une composante d'une collaboration fonctionnelle dans le cadre d'une garde de 24 heures organisée par un hôpital psychiatrique et une SPHG ou d'une collaboration fonctionnelle pour la fonction de liaison dans le service des urgences d'un hôpital général.

A terme, il faudra prévoir pour le module "Aide psychiatrique d'urgence" un financement adapté mais global pour les interventions médico-psychiatriques.

- 2) Les hôpitaux psychiatriques, les SPHG et les CSSM qui organisent une collaboration fonctionnelle pour la réalisation de cette garde de 24 heures devraient pouvoir faire appel aux moyens du fonds d'innovation en matière de soins afin de couvrir les frais supplémentaires afférents à la réalisation de cette initiative.
- 3) Dans les normes d'agrément actuelles, les hôpitaux psychiatriques et les SPHG sont chargés d'assurer l'aide psychiatrique d'urgence et les soins intensifs psychiatriques de crise.

La réalité est qu'avec la norme d'occupation actuelle de 100%, seul un petit nombre de services hospitaliers psychiatriques est en mesure d'assumer correctement cette mission.

C'est la raison pour laquelle on propose, outre la diminution du taux d'occupation normal à 80%, d'offrir aux services hospitaliers psychiatriques des possibilités plus importantes par le biais, d'une part, de l'attribution de moyens de fonctionnement supplémentaires et, d'autre part, de l'affectation de la substitution de la capacité d'hospitalisation, du personnel et des moyens financiers afférents à ces lits, à la réalisation de ces missions: "aide psychiatrique d'urgence" et/ou soins intensifs de crise au sein de l'établissement".

- 4) Les soins intensifs psychiatriques de crise, liés à une hospitalisation, sont une mission partielle dont l'accomplissement n'est exigé que dans un nombre très limité de cas de patients. Il serait souhaitable que, dans le futur, l'autorité fixe un cadre de référence de programmation pour cette mission ou pour le module des circuits de soins. Lors de la fixation de cette norme de programmation, il conviendra de tenir compte des éléments suivants :
  - la fréquence à laquelle il faut avoir recours pour chaque admission aux soins intensifs psychiatriques de crise;

- la durée moyenne de séjour (entre 1,5 et 5 jours)
- le taux d'occupation
- l'accessibilité requise et la répartition régionale
- la nécessité d'intégrer les soins intensifs psychiatriques de crise dans les circuits de soins pour des groupes cibles spécifiques (p.ex. toxicomanie etc).

En attendant, à titre expérimental et sur la base de la capacité d'hospitalisation actuelle en ce qui concerne les lits hospitaliers psychiatriques aigus (service A), des projets concrets peuvent être mis sur pied en matière de soins intensifs psychiatriques de crise.

En ce qui concerne la prise en charge minimum et les effectifs de personnel requis pour cette mission, le groupe de travail "Psychiatrie" formulera une proposition chiffrée dans un avis ultérieur. Ces unités de soins intensifs psychiatriques de crise font partie de l'offre des hôpitaux psychiatriques et des SPHG. Elles s'adressent à un éventail suffisamment large de groupes cibles et font appel à plusieurs méthodes et expertises.

- 5) Lors de la conférence interministérielle du 29/06/1998, on a décidé de réaliser des expériences pilotes en ce qui concerne l'organisation de circuits de soins. Dans le cahier des charges des circuits de soins, la mission ou le module de l'aide psychiatrique d'urgence ainsi que la mission ou le module des soins intensifs psychiatriques de crise en tant que composantes des différents circuits de soins axés sur des groupes cibles déterminés doivent être repris et testés.