

**MINISTERE DES
AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT**

BRUXELLES, le 08/02/2001

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/186-2 (*)

**AVIS RELATIF A L'OPERATIONNALISATION DU
CONTENU ET DE L'ORGANISATION DE L'AIDE
PSYCHIATRIQUE D'URGENCE ET DE CRISE**

(*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau extraordinaire du 08/02/2001

Le 8 avril 1999, le Bureau du CNEH a ratifié l'avis relatif au contenu et à l'organisation de l'aide psychiatrique d'urgence. Cet avis définit un certain nombre de concepts relatifs à l'aide psychiatrique d'urgence et énonce les principes de base afférents à l'organisation de cette aide d'urgence.

Dans le présent avis, ces principes de base sont affinés et concrétisés. Ces deux avis doivent donc être lus et exécutés en parallèle.

Ce projet d'avis relatif à l'opérationnalisation de l'avis initial relatif à l'aide psychiatrique d'urgence a été élaboré par le groupe de travail ad hoc « Aide psychiatrique d'urgence ». Le groupe de travail était composé des membres suivants : le Dr P. Corten, le Pr. Dr L. Cassiers, le Pr. Dr M. De Clercq (*), le Pr. Dr P. Igodt, le Pr. Dr S. Jannes, le Pr. Dr I. Pelc, le Pr. Dr J. Peuskens, Madame I. Van der Brempt, Monsieur M. Vandervelden, Monsieur J. Van Holsbeke (président).
Le secrétariat était assuré par Monsieur J.Holsbeek.

Le groupe de travail ad hoc s'est réuni treize fois : le 19 octobre 1999, le 16 novembre 1999, le 2 décembre 1999, le 22 décembre 1999, le 16 février 2000, le 21 mars 2000 et le 4 avril 2000, 29 juin 2000, 4 et 20 septembre 2000, le 5 et le 18 octobre 2000 et le 8 novembre 2000.

Il a, entre autres, examiné de manière plus approfondie les résultats de l'étude du Professeur S. Jannes et D. Spooren concernant les projets pilotes en matière d'aide psychiatrique d'urgence et de crise.

1. Principes de base de la concrétisation

1. Aide psychiatrique d'urgence : approche concomitante et intégrée exigée.

Dans cet avis, il est précisé, conformément à l'avis de base relatif au contenu et à l'organisation de l'aide psychiatrique d'urgence, que les trois niveaux décrits ci-après auxquels des demandes d'aide d'urgence peuvent être formulées doivent être développés, dans une zone d'activité concrète, de manière simultanée et intégrée sur la base d'un accord de collaboration fonctionnel entre tous les secteurs SSM. A défaut, ce sera un emplâtre sur une jambe de bois et des problèmes d'engorgement risquent de se poser.

2 Aide d'urgence : chacun porte une part de responsabilité

Aucun intervenant en soins de santé mentale (SSM) ne peut, dans le cadre de sa mission, se soustraire à son obligation d'apporter une réponse à toutes les demandes d'aide psychiatrique d'urgence formulées ou d'en rechercher une (s'il ne peut dispenser cette aide ou ne peut le faire seul)

Cela implique, entre autres, qu'il conviendra, dans le cadre de la fixation des tâches des différents équipements, services et prestataires de soins, de fixer des dispositions concernant les modalités des

gardes et la disponibilité en vue de répondre aux demandes d'aide psychiatrique d'urgence durant les heures normales d'activité ainsi que l'organisation et la participation à la garde commune 24 h/24.

3 Eviter les échelons intermédiaires inutiles

Les personnes qui formulent une demande d'aide psychiatrique d'urgence doivent dans les meilleurs délais être mises en contact avec l'intervenant le mieux à même de leur offrir l'aide spécialisée dont elles ont besoin. C'est la raison pour laquelle il faut éviter les transferts et les échelons intermédiaires inutiles pendant la dispensation de l'aide d'urgence. Si une personne demande une aide d'urgence là où il n'existe aucune expertise ni possibilité d'aide spécifique en soins de santé mentale, par exemple, à domicile ou dans le service des urgences, alors il convient de dispenser sur place l'aide en soins de santé mentale, dans le cas où il n'est pas opportun d'adresser le patient à un service de SSM.

1.4 Faire une distinction entre « formulation de la demande et pose de l'indication » et « le suivi des soins »

L'aide psychiatrique d'urgence comprend (cf. avis du 8 avril 1999) deux composantes distinctes

- Formulation de la demande, premier diagnostic provisoire, interventions de stabilisation et indication pour le suivi des soins. Cette fonction de soins peut être offerte dans un cadre ambulatoire ou résidentiel.
- Une multitude de formes possibles de suivis de soins pour la suite du diagnostic et du traitement.

1.5 Les enfants et les jeunes

Les principes énoncés dans cet avis ainsi que les propositions concrètes visant à leur opérationnalisation s'appliquent également, dans le cadre des circuits et des réseaux de soins, aux enfants et aux jeunes, tout en tenant compte des spécificités de la dispensation des soins à ce groupe cible.

2. Proposition concrète d'opérationnalisation

L'aide psychiatrique d'urgence doit être développée davantage, en quantité et en qualité et ce, à trois niveaux simultanément :

- Dans le fonctionnement de base de chaque prestataire de soins, service, équipement SSM;
- Par le renforcement des possibilités d'admission et de traitement des patients aigus dans les services A;
- Par la création d'unités spécifiques de soins psychiatriques de crise : celles-ci sont, d'une part, en relation avec les soins urgents dans les hôpitaux généraux, d'autre part, elles sont présentes au sein des services hospitaliers psychiatriques de taille suffisante (au minimum 90 lits A). Chaque type d'unités de crise est renforcé par une équipe d'urgence mobile..

2.1 Niveau fonctionnement de base : en matière d'aide psychiatrique d'urgence et de crise, chacun est (co)-responsable

Chaque prestataire (qu'il s'agisse d'un prestataire individuel ou de services et d'équipements) doit veiller à la continuité des soins des patients qui sont ou ont été traités.

C'est une responsabilité à laquelle on ne peut se soustraire. Les obligations qui en découlent peuvent être assurées par les prestataires eux-mêmes et/ou être exécutées dans le cadre d'une collaboration fonctionnelle entre les partenaires du réseau.

Quoi qu'il en soit, cette approche implique que tous les acteurs des SSM assument, lors de toute demande d'aide psychiatrique d'urgence, leur responsabilité primaire en permettant aux patients et à leur famille de s'exprimer, par exemple, en prévoyant une possibilité de consultation par téléphone, de consultations en urgence sans rendez-vous préalable, une possibilité de prise en charge en urgence dans des services hospitaliers psychiatriques. C'est pourquoi, tous les équipements doivent s'organiser de manière à prévoir des périodes « tampon », par exemple, durant les heures de consultation ou des entretiens ouverts, et veiller à ce que l'accessibilité soit suffisante.

En ce qui concerne les centres ambulatoires de soins de santé mentale (CSSM), cela signifie que, durant les heures d'ouverture du centre, il y a lieu de prévoir des modalités permettant de répondre aux demandes d'aide d'urgence. En dehors de ces heures d'ouverture, il faut au moins pouvoir garantir l'accessibilité (par le biais, par exemple, d'une permanence téléphonique d'avis, réalisée en collaboration avec d'autres centres). Les autorités communautaires et régionales compétentes doivent discuter de la meilleure façon de réaliser cet objectif et quels moyens supplémentaires il y a lieu de prévoir pour les SSM.

2.2 Renforcement des possibilités d'admission et de traitement des patients aigus dans les services « A »

La mission de l'aide médicale urgente de crise est mentionnée explicitement dans les normes actuelles d'agrément pour les services « A ». Nous citons : « *Le service « A » est spécifique aux patients adultes nécessitant soit une intervention d'urgence en cas de crise soit une observation ou un traitement actif.* »

L'encadrement actuel des services « A » ne permet pas la réalisation de cette tâche ni quantitativement ni qualitativement.

En ce qui concerne le cadre de personnel requis, on propose d'augmenter les effectifs actuels, de manière homogène pour tous les services « A », à 17, 75 par 30 lits A pour hospitalisation complète. Cette augmentation de personnel doit permettre à l'ensemble des services « A » d'assurer la présence effective d'au moins 3 membres du personnel de 7h à 23h et ce, 365 jours par an. Cet encadrement en personnel est exigé pour pouvoir répondre de manière qualitative aux admissions aiguës en combinaison avec la surveillance, l'accompagnement et le traitement des patients hospitalisés.

2.3 Organisation des soins psychiatriques de crise

2.3.1 Des unités pour soins psychiatriques de crise

Projets pilotes

Une partie des patients vus en urgence nécessite une prise en charge intensive en hospitalisation dite de crise, avec intervention de thérapie brève permettant d'éviter une hospitalisation psychiatrique classique. Trois services hospitaliers psychiatriques belges, respectivement en Région flamande, wallonne et bruxelloise, ont été chargés, depuis 1993, dans le cadre de projets pilotes et sous l'évaluation constante de l'université de Gand, d'installer une telle unité. Il leur a été demandé de

définir les missions d'une telle unité, de décrire les caractéristiques des patients dont les besoins correspondent à cette offre spécifique, et de faire toute recommandation utile.

Une série d'évaluations réalisées, en particulier en ce qui concerne la « satisfaction des patients et de leur famille », dans les trois centres, ont été discutées au Ministère dans le cadre d'un groupe d'accompagnement et les résultats généraux ont fait l'objet d'un rapport circonstancié, au groupe de travail ad hoc :

La toute grande majorité des patients sont admis au Centre de crise à la suite d'une demande urgente de consultation.

L'état de crise correspond à une situation où l'individu ne peut plus faire preuve d'adaptation, soit du fait d'un événement particulièrement traumatisant, soit du fait de troubles de la personnalité ou encore de la disparition d'un environnement de soutien.

Les patients pouvant bénéficier d'une hospitalisation de crise sont, par exemple, ceux qui ont fait une tentative de suicide, des patients psychiatriques chroniques en décompensation aiguë – en particulier ceux suivis dans des centres ambulatoires, des centres de jour, des initiatives d'habitations protégées et qui peuvent ensuite, après leur passage au Centre de crise, être (ré)admis dans les centres de soins précités. Les adolescents en situation de crise psychologique sont un groupe cible particulièrement indiqué. Il s'agit le plus souvent de patients avec des pathologies borderline, présentant des troubles d'adaptation ou encore soumis à un état de stress aigu.

Seulement 15 % des consultations en urgences présentent les justes indications cliniques à l'admission dans le centre de crise. Après un séjour de 1.5 à 5 jours maximum, quatre vingt pour cent évitent l'hospitalisation « classique ».

Ce type d'unité nécessite un financement plus important que celui prévu pour les lits A. Cette dépense supplémentaire est largement compensée par l'économie réalisée par le fait que 80 % des patients ayant séjourné dans une unité de crise ne nécessitent pas d'hospitalisation (ce qui équivaut à une économie d'environ 75 millions BEF par unité de crise.)

Personnel d'encadrement

L'unité de crise doit être composée d'une équipe pluridisciplinaire qui développe une compétence particulière en ce qui concerne le travail en situation de crise, qui inclut dans la prise en charge non seulement le patient mais le plus souvent également son entourage.

L'expérience a montré qu'une telle unité devrait constituer une unité spécifique d'hospitalisation psychiatrique constituée de minimum 4 lits et de maximum 8 lits.

Pour une unité de 6 lits, l'équipe se compose d'une aide administrative, de 3 psychologues, d'un travailleur social et de 8 infirmiers. Concrètement, cela signifie un taux d'encadrement de 2,15 temps plein (E.T.P.) par lit de crise. Le taux d'encadrement d'une unité « A » (0,6 E.T.P. par lit ou 17,75 par 30 lits) doit être augmenté de 1,55 E.T.P. par lit de crise

L'unité doit pouvoir bénéficier d'un encadrement médico-psychiatrique, réparti entre au moins 2 psychiatres, pendant 58 heures par semaine. A cette fin, il y a lieu de prévoir un financement (via les honoraires de surveillance) adapté.

Programmation, typologie et implantation d'unités psychiatriques de crise

En vue de déterminer les besoins globaux en lits psychiatriques de crise, on évalue le nombre potentiel de demandes de prise en charge de crise sur base de l'actuelle programmation de lit « A » en Hôpital Général et en Hôpital Psychiatrique ainsi que les résultats des projets pilotes précités.

Concrètement, il est proposé de déterminer une programmation de 298 lits répartis en unités de crise. Ce chiffre correspond à 1 lit de crise pour 30 lits programmés « A » ou à 1 lit de crise pour 35 000 habitants.

Ce nombre global de lits psychiatriques de crise doit être prévu :

- ❖ pour des patients psychiatriques qui se présentent avec une demande urgente en relation avec un service d'urgence d'un Hôpital Général. Il s'agit pour la plus part de patients présentant une affection psychiatrique non-connue et/ou avec une co-morbidité somatique ;
- ❖ pour des patients avec une problématique psychiatrique qui doivent pouvoir faire appel dans le cadre d'un Hôpital Psychiatrique .

Programmation et implantation d'unité de crise en relation avec un service d'urgence en Hôpital Général.

En ce qui concerne la programmation, on opte pour une norme souple : 1 unité de 6 lits par 300 000 à 500 000 habitants, en tenant compte, entre autres, de la densité de population et de l'accessibilité géographique (zone urbaine ou rurale). Il en résulte une offre de maximum 160 lits de crise.

Ces unités psychiatriques de crises doivent-être localisés dans

- ❖ Dans les hôpitaux disposant d'un service d'urgence et d'un service de psychiatrie. Dans les Hôpitaux Généraux, ces unités psychiatriques de crise doivent faire partie du service « A » et être clairement séparés des lits temporaires présents au service des urgences.
- ❖ Dans les Hôpitaux Psychiatriques en accord avec les Hôpitaux Généraux de la zone d'activité et qui disposent d'un service d'urgence.

Programmation et implantation d'unités psychiatriques de crise lié à un Hôpital Psychiatrique.

Dans l'avis du 8 avril 1999 relatif au contenu et à l'organisation de l'aide psychiatrique d'urgence, il est dit au point 4 qu'un groupe de patients faisant appel à l'aide psychiatrique d'urgence et de crise, sont des patients présentant un trouble psychiatrique manifeste et/ou connu. Ainsi, les patients qui ont été en traitement et qui sont en situation de rechute, par exemple, feront appel à l'aide de crise. Dans le cadre d'une admission forcée, on fera directement appel à l'aide de crise au sein des services hospitaliers psychiatriques des hôpitaux psychiatriques (HP) agréés à cet effet (les services « A »).

Il peut s'avérer nécessaire, pour les patients psychiatriques qui se présentent au service des urgences des HG et qui nécessitent une aide de crise, de les adresser rapidement vers les services hospitaliers psychiatriques (les services « A »).

Compte tenu des principes de base afférents à une bonne organisation de l'aide psychiatrique d'urgence et de la continuité du traitement de l'aide psychiatrique de crise, les patients doivent être (admis sans étape intermédiaire inutile voir le point 1.3. de l'avis susmentionné) dans les services hospitaliers psychiatriques agréés sous l'index « A ».

Les services hospitaliers psychiatriques « A » suffisamment importants ont acquis une expérience différenciée en matière de soins de crise et répondent à une demande suffisamment grande de ce type de soins. C'est pourquoi on propose d'offrir la possibilité aux services hospitaliers psychiatriques « A » suffisamment importants (au moins 90 lits et/ou places « A ») de constituer une unité de soins psychiatriques de crise avec les lits déjà agréés et ce, à raison d'un lit de crise par 30 lits ou places « A ». La capacité actuelle de lits « A » agréés n'est pas élargie.

Dans le cadre des Hôpitaux Psychiatriques, il faut prévoir une programmation de 1 lit psychiatrique de crise par 75 000 habitants.

Un Hôpital Psychiatrique de 90 lits et places « A » ou plus peut réaliser une unité de crise de minimum 4 lits. Les Hôpitaux Psychiatriques disposant de plus de 90 lits ou places peuvent dépasser ce chiffre de 4 lits. Ce dépassement sera de 1 lit de crise supplémentaire par 30 lits ou places dépassant le minimum de 90 lits ou places. L'unité constituée comptera un maximum de 8 lits.

Pour autant que la programmation prévue de 1 lit par 75000 habitants ne soit pas dépassée et pour autant qu'un accord de collaboration avec les Hôpitaux Psychiatriques de la zone d'activité soit conclu, les lits encore disponibles pourraient être réalisés dans un Hôpital Psychiatrique de la zone d'activité et disposant d'au moins 90 lits ou places « A ».

Cette programmation peut créer un maximum de 138 lits psychiatriques de crise

2.3.2 *Equipe mobile d'urgence*

En plus de ces unités psychiatriques de crise, le présent avis propose la création d'équipe mobile d'urgence. Cette équipe mobile d'urgence doit être accessible pour les appels:

- . dans les hôpitaux généraux (HG) :
 - a. pour que les modalités de l'aide psychiatrique d'urgence soient disponibles dans les hôpitaux ayant l'agrément de la fonction de soins urgents sans fonction de garde psychiatrique et /ou de permanence psychiatrique;
 - b. et pour que dans les hôpitaux ayant l'agrément de la fonction de soins urgents spécialisés, exigeant une fonction de garde psychiatrique et/ou de permanence, l'aide psychiatrique de crise et d'urgence peut être mieux réalisée en collaboration avec l'équipe mobile d'urgence.
- 2. dans cas des situations de soins à domicile :
 - a. en donnant un avis et une consultation en fonction des demandes formulées par les médecins généralistes lorsque se présentent des personnes nécessitant une aide psychiatrique d'urgence, ou bien en se rendant sur place à la demande expresse du médecin généraliste en vue de la dispensation d'une aide d'urgence à domicile.

b. Cette aide médicale doit pouvoir être dispensée, à la demande du médecin généraliste, au patient en milieu de remplacement (p.ex. : IMP, MRS, maisons de repos, ...).

En d'autres mots, cette équipe mobile d'urgence réalise par zone d'activité de 300 000 à 500 000 habitants une permanence psychiatrique 24 h. sur 24. L'équipe mobile réalise également les interventions pour les institutions externes au secteur de la Santé Mentale.

L'équipe mobile d'urgence remplit ses missions en collaboration étroite avec l'unité psychiatrique de crise de la zone d'activité.

Le personnel nécessaire à la réalisation de la mission de l'équipe mobile d'urgence est décrit comme complémentaire à l'encadrement en personnel de l'unité des soins psychiatriques de crise.

Le financement du personnel de l'équipe mobile d'urgence est fonction de cette complémentarité. On part d'effectifs en personnel pluridisciplinaires composés de 7.5 E.T.P, qui ont au moins les qualifications suivantes : psychologue, travailleur social et infirmier.

Pour la fonction médico-psychiatrique, on opte pour une approche prévoyant – par le biais de la création d'un code de nomenclature spécifique pour l'aide psychiatrique d'urgence – une indemnité pour les psychiatres qui, dans le cadre des activités de l'équipe mobile, fournissent un soutien médical dans le cadre de l'aide à dispenser.

En ce qui concerne le calcul de l'honoraire de cette prestation médicale, on tient compte, entre autres, de la disponibilité indispensable, de la durée et du moment de l'intervention médicale. Cette prestation ne peut être attestée que dans le cadre des interventions et des activités de l'équipe mobile d'urgence (= limitation du volume). Quant à l'exécution de ces prestations médicales, l'équipe de soins pourra faire appel aux médecins psychiatres travaillant dans les équipements participant à la garde de 24 heures.

Tous les partenaires au sein de la zone d'activité de l'équipe mobile d'urgence doivent s'engager, dans le cadre d'une collaboration fonctionnelle à assurer une garde et une permanence 24 h/24, qui non seulement répond aux demandes d'aide psychiatrique urgentes, mais qui doit également pouvoir assurer la dispensation de l'aide psychiatrique en dehors des heures d'ouverture, par la présence de prestataires de soins et d'équipements.

Une initiative de collaboration fonctionnelle doit être mise en place pour assurer la réalisation et le suivi des différents aspects de l'équipe mobile d'urgence.

Tous les H.P., SPHG et les CSSM présents dans la zone d'activité participent à cette collaboration fonctionnelle et ce, pour autant qu'ils ne s'en soient pas exclus formellement.

2.4. Les soins psychiatriques d'urgence et de crise nécessitent un suivi des soins approprié

Afin d'éviter les problèmes dans le domaine de l'aide psychiatrique d'urgence et de crise, les patients devront bénéficier d'un suivi des soins suffisant et efficace.

Les équipements participants à l'organisation de l'aide psychiatrique d'urgence et de crise doivent, dès le début, conclure des accords contraignants afin que les patients puissent bénéficier rapidement d'un suivi de soins.

C'est la raison pour laquelle diverses formes de suivi des soins doivent être développées, dans le cadre d'une hospitalisation, tant en ce qui concerne le traitement ambulatoire que les soins psychiatriques intensifs de crise.