



ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS  
DU SERVICE PUBLIC DE SANTÉ MENTALE

## Table ronde « La prise en charge des adolescents aux urgences psychiatriques » - Journées de l'ANPCME

*Pascal Mariotti, Président de l'AdESM, Strasbourg, le 28.09.2023*

Merci à T Biais, vice - président AdESM et membre du groupe « Urgences » de la CNP

### PROPOSITIONS ET REFLEXIONS CONTRIBUTIVES

#### - Reconnaître et structurer la filière des urgences psychiatriques :

- ✚ Intégrer la mission d'urgence dans les missions sectorielles obligatoires de chaque établissement autorisé en psychiatrie\*
- ✚ La cartographier à l'échelle de chaque territoire (ou de chaque PTSM)
- ✚ Passer d'une urgence d'avis à une urgence de filière
- ✚ Disposer d'un cahier des charges national opposable, permettant de décrire les conditions minimales de fonctionnement d'un centre d'urgence psychiatrique au sein d'un EPSM ou d'une unité d'urgence psychiatrique intégrée au sein d'un SAU généraliste
- ✚ Sécuriser le financement dans le nouveau modèle de financement de la psychiatrie (ie. « Activité spécifique régionale »)
- ✚ Reconnaître l'engagement des EPSM qui s'investissent sur la couverture des urgences psychiatriques à l'échelle de plusieurs SAU. Sans doute viser dans ce cas le regroupement des organisations quand cela est possible
- ✚ Dans les SAU, promouvoir l'ouverture de lits « porte » ou de « boxes » dédiés à la psychiatrie (indépendamment des lits, dispositifs et unités de post urgence)
- ✚ Généraliser les volets Psy des SAS au sein des SAMU-Centre 15 / Ouvrir le chantier de la régulation de l'accès aux services d'urgences psychiatriques
- ✚ Bien ou mieux distinguer la permanence des soins de la continuité des soins. Définir, structurer et au besoin installer un dispositif de permanence des soins chaque fois que nécessaire (Travail posté, gardes, astreintes)
- ✚ Solliciter la psychiatrie libérale pour la participation à la PDS (cf aller vers des conventions types aux dispositions contraignantes dans le cadre des nouvelles autorisations d'activités)
- ✚ Accompagner la professionnalisation de cette filière spécialisée
- ✚ Définir des dispositifs incitatifs spécifiques pour les psychiatres qui s'engagent à travailler au sein d'un service d'urgence (prime spécifique, semaine de 4 jours...). Rémunérations, organisations et conditions de travail

- ✚ Travailler l'amont avec l'ouverture de consultations semi-urgentes ou rapides dans les CMP (et les CMPEA). Gestion de la crise et des soins non programmés. Accessibilité y compris horaire. Accueil, évaluation et orientation
- ✚ Travailler l'aval : post – urgence en hospitalisation et ambulatoire, consultations à 24H de post urgence, orientation vers des HDJ intensifs et de crise et/ou des équipes mobiles au domicile, régulation des orientations, des parcours et des lits, sujet des lits à la demande... / voir aussi les dispositifs dits « amont ».
- ✚ **Une réflexion ou un enjeu: comment ne pas devenir tendanciellement des hôpitaux essentiellement dédiés à l'urgence (et aux soins contraints) en hospitalisation ?**

- **Des questions spécifiques aux mineurs et à la PEA**

Une large part de la description ci-dessus vaut ou vaudra sans doute pour la PEA et les adolescents, mais avec bien sûr des éléments de spécificités ;

- ✚ **1. Considérer l'organisation des SAU en regard notamment de nos propres compétences.** Soit il existe des urgences pédiatriques, soit un SAU généraliste / A ce jour, au cas de service d'urgences pédiatriques, sont – elles compétentes jusqu'à 16 ans ou bien 18 ? / Comment l'urgence pédopsychiatrique est – elle organisée, sachant qu'il n'existe pas à notre connaissance de centre de crise en CHS à l'équivalence des quelques organisations de ce type pour les adultes (Sainte Anne – Vinatier – Ch Perrens...) ? La PEA du CHS y prend – elle part, si oui sous quelle forme, à supposer que le CHU ou le CH ne le fasse pas avec ses propres - seules ressources de PEA ?

Selon les situations et ressources locales, comment s'organise le recours à l'hospitalisation, avant 14 ans (si on hospitalise...), de 14 à 16 ans, de 16 à 18 ans ?

**Le besoin de cartographie territoriale et fonctionnelle semble évident, pour ensuite mieux préconiser des solutions !**

- ✚ **2.** La crise COVID, en particulier à la suite du second confinement de l'automne 2020, a démontré les **lacunes et le besoin de données de santé publique**, à fins de vigie et d'anticipation. Situation partiellement corrigée depuis par Santé publique France. Constat également du défaut général de **prévention**, elle – même graduée.

L'alerte a surtout été donnée par les pédopsychiatres, puis leurs organisations et les institutions fin 2020 et au moins dès janvier 2021. Pour l'essentiel, peu ou pas sollicités par les ARS, les établissements ont mis en œuvre des réponses (Ouverture de lits – Densification de la présence de la PEA aux urgences – HDJ de jours ou équipes mobiles de crises – etc.). D'autres réponses plus « amont » en santé mentale, portées notamment par les universités ou les collectivités locales, ont démontré leur utilité et leur pertinence, à l'exemple des points d'écoute jeunes, de 15 à 25 ans. Nous avons donc fait face, malgré les difficultés de la PEA.

**Peut – être devrions – nous inventorier plus précisément ce qui a pu être mis en place et mieux identifier ce qui fonctionne bien ou s'avère plus efficace ?**

- ✚ 3. Le recours à l'urgence des mineurs semble être **parvenu à un plateau en 2022**, assez haut, selon les retours des établissements, mais ne s'aggraverait globalement plus. Quelle est la part des solutions nouvelles justement mises en œuvre depuis 2021 ? Mais le même phénomène ne semble pas s'observer pour l'hospitalisation en PEA, qui obéit certes à plusieurs déterminants et non pas seulement à celui des urgences.
- ✚ 4. On conviendra qu'il est essentiel d'**éviter** notamment aux mineurs (et à leurs familles) un premier contact avec la psychiatrie via les urgences...
- ✚ 5. Des constats opérés, à l'image de l'exemple présenté ce jour à Strasbourg, on dégagera ou proposera **deux perspectives, mais interdépendantes** :
  - Quel **modèle d'évolution fonctionnel global** faudrait – il envisager pour la PEA des adolescents, donc au-delà des seules urgences, entre celui des enfants et celui des adultes, qui ne relève pas évidemment que de la transition ?
  - Et comment mettre la PEA des adolescents mieux en mesure de prévenir les situations de crise et de déployer des soins non programmés **pour éviter l'urgence**, malgré ses difficultés, ainsi que de participer à la **permanence des soins**, sous des formes à définir.