

# Réponse médico-technique à l'urgence

## Plateforme Santé Mentale et Addiction adulte

### Rapport du Groupe de travail

### Réseau Santé Nord Broye

Décembre 2019

#### Contexte

---

Dans le cadre des projets en lien avec la Réponse à l'Urgence dans le Nord vaudois (RAU Nord) et la Réponse à l'Urgence dans la Broye vaudoise et fribourgeoise (RAUB), le Réseau Santé Nord Broye (RSNB) a souhaité intégrer dans les réflexions régionales, l'état des lieux et les propositions des partenaires de la Plateforme Santé Mentale et Addiction adulte (PF SMA) synthétisés dans le présent rapport.

Les deux projets ont pour mission de prévenir et d'éviter les séjours hospitaliers inappropriés, de prévenir le déclin fonctionnel et favoriser le maintien à domicile. Cette conception des soins vise à répondre à l'urgence, à la crise et aux transitions.

La surcharge des services d'urgence, la diminution du nombre de médecins de premier recours, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la multi morbidité ont des répercussions directes sur le système régional de santé et ses institutions. Elles requièrent un changement de paradigme, une réorganisation des soins de premier recours et de la réponse à l'urgence. Il est ainsi devenu nécessaire d'avoir une vision globale des systèmes de santé et d'évoluer vers une pratique plus interdisciplinaire et intégrée.

## Objectifs

---

Offrir une réponse médico-technique à l'urgence psychiatrique-addiction à une population adulte sur les lieux de vie dans un délai de moins de 2 heures afin d'éviter des hospitalisations inappropriées et/ou le passage par les urgences :

- ✓ Définir l'urgence-crise
- ✓ Réaliser un état des lieux de la réponse à l'urgence actuelle :
  - Difficultés
  - Ressources
  - Besoins
- ✓ Proposer des scénarios

## Méthode

---

Un groupe de travail (GT) représentant les différents partenaires régionaux de la Plateforme Santé Mentale et Addiction adulte a été constitué. Quatre rencontres de 2 heures ont eu lieu durant le 1<sup>er</sup> semestre 2019. Le GT se compose de :

Bordy Barbara, Secteur Psychiatrique Nord (SPN)

Caffaro Johann, Structure Intermédiaire de Soins Psychiatriques (SISP SA)

Conod Nathalie, Fondation Saphir

Dénériaz Valérie, Centrale Cantonale d'Information et de Coordination psychiatrique (CCICp)

Held-Speiser Colette, CCICp

Merigout-Didier Sandra, Association pour la Santé, la Prévention et le Maintien à Domicile (ASPMAD)

Miaz Agnès, Groupe Accueil et Action Psychiatrique Yverdon (GRAAP)

Pinto Dominique, Fondation L'Estérelle-Arcadie Yverdon

Simmen Patricia, GRAAP Yverdon

Répondante : Rivier May, coordinatrice SMA, Réseau Santé Nord Broye

Les partenaires suivants ont été consultés :

Fondation Simonin, EPSM Yverdon-les-Bains

Secteur Psychiatrique Nord, Dr Giorgio Maccaferri

Réponse à l'Urgence Broye (RAUB), Philippe Tchicaloff

Réponse à l'Urgence Broye (RAUB), Carmen Gutierrez

Les membres de la PF SMA lors de deux séances plénières

## Analyse

---

Caractéristiques de l'urgence en psychiatrie et addiction adulte :

- L'urgence en psychiatrie est un processus avec un avant et un après à prendre en compte, sinon risque important de réhospitalisation
- Pas la même tonalité nuit ou jour. Pas les mêmes compétences selon les horaires
- Urgence « invisible » : personne qui s'enferme chez elle par exemple
- Urgence « sécurité » car mise en danger : mise en sécurité avec hospitalisation, retour au calme, puis retour dans le milieu de vie

Proposition d'une typologie de la vulnérabilité :

liée au réseau, à la prise en charge	liée à la personne, à la pathologie
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Peu/pas de mesure d'anticipation (contrat, relais/référence, plan de crise conjoint....)</li> <li>○ Pas/peu de soutien</li> <li>○ Pas/peu de continuité</li> <li>○ Absence de réseau/de lieu/de point de chute</li> <li>○ Fragilité nuit, fériés, week-end</li> <li>○ Pas de relais si décompensation (piquet, lieu). Risque que le proche reste seul</li> <li>○ Méconnaissance de qui fait quoi, et qui est qui (mission)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mise en danger pour soi et pour les autres</li> <li>○ Abus substance (2-3)</li> <li>○ Agitation-agressivité (1-2)</li> <li>○ Tr. comportement récent-confusion (1-2)</li> <li>○ Crise angoisse-idéation suicidaire-mutisme (1-2)</li> <li>○ Hallucinations (1-2-3)</li> <li>○ Anxiété-dépression (3-4)</li> </ul> <p>(selon Echelle Suisse de Tri<sup>®</sup>, mai 2015 : 4 niveaux)</p>

Définitions proposées par Dr Giorgio Maccaferri (SPN) :

Urgence-crise : émergence de nouveaux troubles mentaux, aggravation et décompensation de troubles mentaux connus, symptômes psychiques invalidants (altération du comportement socioprofessionnel), imprévu/changement de contexte de vie avec décompensation psychique et psychiatrique. L'urgence-crise est caractérisée par la rapidité et la densité de la prise en charge (consultations rapprochées).

- Urgence : approche psychiatrique et psychothérapeutique intégrée, accueil ici et maintenant, critères de gravité identifiés, pose d'une hypothèse diagnostic, suivi dans un délai très court, puis réorientation (vers l'Equipe de psychiatrie mobile, l'Unité de psychiatrie ambulatoire (UPA), le réseau primaire).
- Crise : approche psychothérapeutique brève, recherche des facteurs menant à la crise, pas de critère d'hospitalisation, possibilité pour la personne de venir en ambulatoire.

Pour le secteur Nord-Broye : volonté de garder le concept urgence-crise. Ne pas les dissocier.

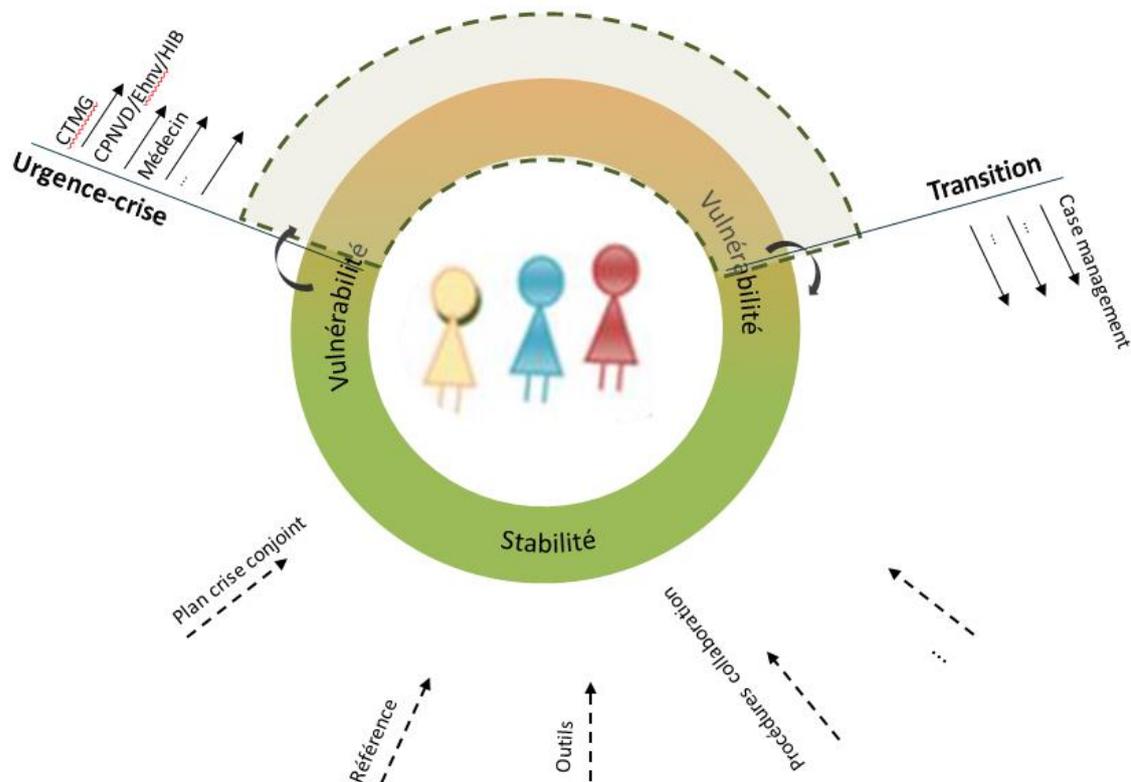
Les constats en santé mentale et addiction adulte sont les suivants :

- Réponse médicale peu appropriée (compétence et disponibilité)
- Peu d'anticipation de la crise (évaluation)
- Transitions difficiles
- Augmentation du nombre de PLAFA
- Peu de places d'hébergement disponibles selon la mission, principalement en lien avec la mission réduction des risques et engagement, avec un impact sur les durées d'hospitalisation

A partir de ces constats, le GT a identifié 3 phases qui influencent la réponse à l'urgence et potentiellement les indicateurs de l'urgence-crise (diminution des hospitalisations inappropriées, diminution des passages aux urgences, diminution de la durée de séjour, diminution des réhospitalisations). Cf schéma ci-après.

1. Vulnérabilité-Urgence/Crise : décompensation nécessitant soit une hospitalisation soit une intervention médico-technique dans le milieu.
2. Vulnérabilité-transition : passage d'une étape à l'autre nécessitant un accompagnement et/ou des procédures de collaboration inter-structures et interprofessionnelles. Phase avec un risque d'hospitalisation et/ou réhospitalisation important.

3. Stabilité : phase qui permet la mise en place d'actions d'anticipation de la crise (hors vulnérabilité). Donc diminuerait potentiellement le risque de passage aux urgences et/ou d'hospitalisation inappropriée.



### 1. Vulnérabilité-Urgence/Crise

Etat des lieux :

Le chemin en cas de crise (surtout si 1<sup>re</sup> crise) est variable et a des réponses différentes. Méandres avant une hospitalisation, souffrance pour la personne et/ou les proches. Se termine souvent par une contention y compris médicamenteuse.

Les professionnels de garde (WE, nuit, jours fériés), surtout sur le domicile, n'ont en général pas de formation en psychiatrie et travaillent souvent en effectif réduit. Ils sont en difficulté lors de décompensation.

Communication difficile, pas de langage commun (surtout pour le milieu socio-éducatif).

Existant :

CTMG 24/24 (centrale téléphonique des médecins de garde). Dès le 1<sup>er</sup> février 2019 pour le Secteur Psychiatrique Nord : CTMG → évaluation par le médecin généraliste de garde : somatique versus psychiatrique → Si psychiatrique, il a la possibilité de contacter le psychiatre de garde de 6h-18h, de 18h-6h (psychiatre se déplace si besoin)

Urgences hôpitaux 24/24 : Centre Psychiatrique Nord Vaudois (CPNVD) et hôpitaux somatiques (eHnv, HIB) avec médecin psychiatre et infirmier ou infirmière en psychiatrie 5/7. La Centrale Cantonale d'Information et de Coordination psychiatrique (CCICp) et le dispositif cantonal d'indication et suivi en addictologie (DCISA) peuvent être sollicités par les équipes hospitalières 5/7.

Propositions :

- Porte d'entrée unique, harmonisation des procédures et des évaluations. Exemple d'une procédure interne de la SISP en cas de décompensation<sup>1</sup>.
- Outils communs :
  - Fiche d'urgence
  - Evaluation standardisée et plan de crise conjoint (PCC)
  - Communication standardisée. Exemple : l'outil SBAR (situation, background, assessment, recommandation) développé par la marine américaine et réadapté dans le domaine sanitaire, voir note 1
- Dispositifs avec soit :
  - Appui d'une équipe mobile médecin-infirmier lors de décompensation avec réponse 24/24:
    - Personne reste dans son milieu : équipe reste disponible pour stabilisation de la crise, soutien intensif dans le milieu, et ceci jusqu'à reprise par le réseau de la personne
    - Personne hospitalisée : transmission plan de crise conjoint (PCC), professionnel de référence identifié
  - Equipe mobile infirmière ASPMAD : en renforçant le pôle santé mentale-addiction. Actuellement l'équipe est basée aux urgences, répond à l'urgence 10h/24 (nuit), sort sur le domicile et institution, délégation par médecin eHnv. En cours, rattachement au PRS.
  - Infirmières Mobiles Urgence Domicile (IMUD), Broye vaudoise et fribourgeoise : renforcer compétences santé mentale-addiction. En cours de déploiement 24h/24 7/7.
  - Equipe Mobile d'Urgence Sociale (EMUS) 24h/24 7/7. Dispositif cantonal. Renforcer les compétences psychiatriques et les ressources pour un déploiement sur l'entier du canton.

## 2. Transition-Vulnérabilité

Etat des lieux :

Les transitions entre les structures sont souvent compliquées : manque de transmission, manque de référence/fil rouge, difficultés de communication. Les différents professionnels se trouvent souvent devant le fait accompli par manque de préparation du projet. Manque de connaissance du travail des uns et des autres avec tensions en cas de crise. Si vulnérabilité importante, manque de soutien. Nécessité aussi de regard croisé : infirmier, éducateur, assistant social.

Un autre point important est l'effet délétère du milieu sur la personne et réciproquement. Il est souvent passager mais parfois aussi récurrent avec un maintien impossible dans le milieu. Différentes alternatives ont été identifiées : CS (pas financé si hébergement dans un EPSM, possible seulement si situation stable, 1 lieu dans le canton, délai avant admission, donc n'est pas une réponse à l'urgence) ; séjour de décharge à l'hôpital (actuellement l'hôpital ne peut plus le garantir) ou entre établissements avec convention (par exemple Arcadie et Oliviers) ; exclusion/mise à l'abri de durée variable (contrat entre personne et structure) ; réorientation avec fin de collaboration, se prépare avec la personne, l'équipe et la CCICp.

Existant :

Urgence-crise localisé au CPNVD 5/7 : conseil, soutien, rendez-vous possible rapidement et suivi selon besoin (intensif en ambulatoire).

---

<sup>1</sup> Documents modèles seront mis à disposition selon suite des travaux

Equipe de psychiatrie mobile du Secteur Psychiatrique Nord<sup>2</sup> : suivi intensif dans le milieu (SIM) et traitement intervention précoce (TIP). Soutien ciblé pour les situations « désinsérées », surtout dans un contexte de maladie psychotique chez les jeunes. Pas de ressource pour soutenir l'hébergement et les situations vulnérables à domicile.

Case management de transition (CMT) : soutien aux sorties complexes de l'hôpital vers le domicile. En cours de rattachement à l'équipe de psychiatrie mobile. Manque de ressources avec une réponse partielle à la demande.

Réseau d'écoute et d'amitié du GRAAP par des pairs

Séjour de décharge : Arcadie et Oliviers avec une convention de collaboration

Procédure de collaboration CPNVD-CMS

Propositions :

- Case management (CM), 2<sup>e</sup> ligne 5/7 :
  - CM de transition (CMT) à développer/renforcer
  - CM liaison hébergement (CMLH) : existe sur le Secteur Centre. A développer sur Secteur Nord.
- Dispositifs :
  - Equipe de psychiatrie mobile et suivi intensif dans le milieu (SIM), 2<sup>e</sup> ligne 5/7: à renforcer pour un soutien aux réseaux professionnels ambulatoires et hébergement.
  - Lieu de transition avec fortes compétences pour personnes très vulnérables. Il permettrait une « mise au vert » pour évaluation et réactualisation si nécessaire du projet avec un retour ensuite dans le milieu. Actuellement il existe un lieu de court-séjour (CS) dans le canton de Vaud, EPSM Béthel. Il ne répond pas à l'urgence car la situation doit être stabilisée, délai d'attente, pas de financement si le lieu de vie est en hébergement.
- Harmonisation des procédures de collaboration

### 3. Stabilité

Etat des lieux :

Il est essentiel dans le temps de stabilité de construire les liens, les projets, les repères qui auront un impact dans l'anticipation et la gestion de la crise. Les partenaires relèvent qu'il existe une marge de travail à utiliser pour documenter, harmoniser, organiser et intégrer les démarches au sein de l'équipe, avec les usagers et avec les partenaires.

Le manque de compétences et de formation est mis en avant. Questionnement sur la formation en soins infirmiers actuelle : ne donne pas un socle suffisant en psychiatrie. Les formations post bachelors n'arrivent pas à répondre aux besoins du terrain (aussi bien dans phase de stabilité que dans l'urgence-crise) : elles se font au coup par coup, tournus du personnel, coût important pour peu de bénéfices sur le terrain, formation théorique qui ne répond pas aux besoins de terrain.

Existant :

Stages de sensibilisation [lien](#)

Programme d'implantation du plan de crise conjoint

Formation en lien avec le rétablissement

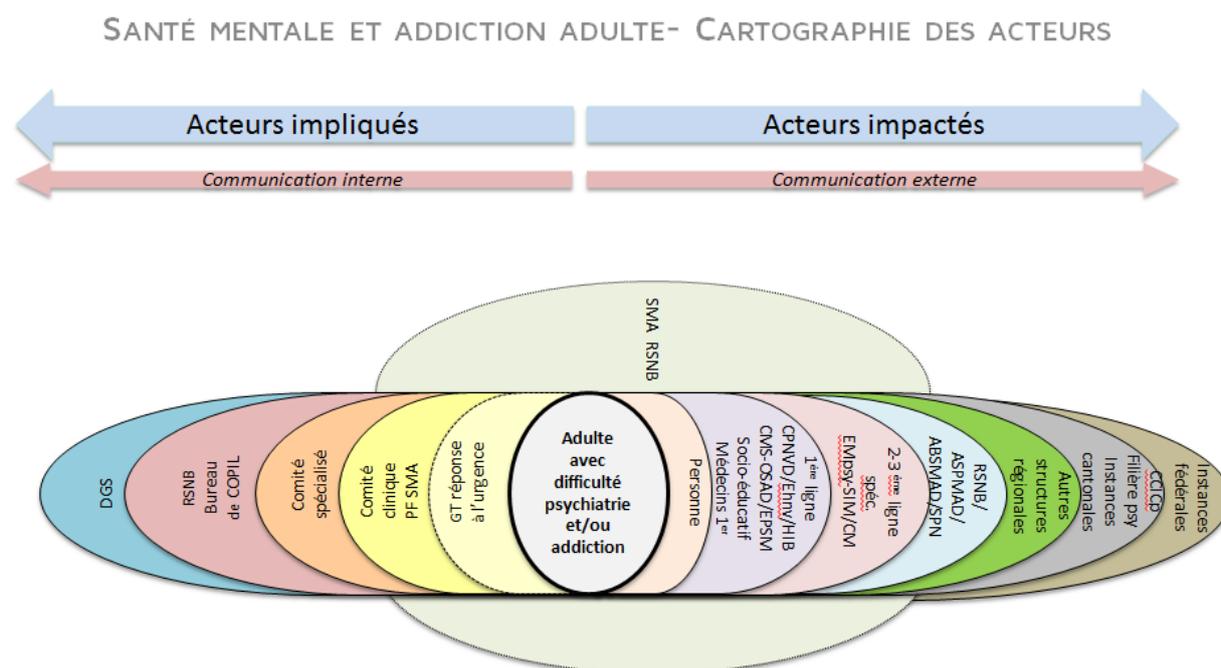
---

<sup>2</sup> L'équipe de psychiatrie mobile est en cours de restructuration. Démarches en cours pour automne 2019

Propositions :

- Avec l'utilisateur : identifier les signes potentiels de décompensation, identifier les personnes de référence en cas de crise, réaliser/réactualiser le plan de crise conjoint
- Avec l'équipe : supervision, formation interinstitutionnelle, développer le travailler ensemble en interne et avec les partenaires y compris la police
- Compétences à développer. Formation de base psychiatrie-addiction à repenser ?
- Développer des réseaux d'écoute. Par exemple sur le modèle du GRAAP : identifie les situations vulnérables et soutien par le réseau d'écoute et d'amitié

## Cartographie



## Priorisation des propositions

Les propositions suivantes ont été priorisées et validées lors de la PF SMA du 12 septembre 2019 :

- Renforcer les compétences psychiatrie/addiction des équipes mobiles infirmières déjà existantes sur le Nord (EM) et sur la Broye (IMUD). La collaboration et l'articulation avec la garde psychiatrie, les hôpitaux et autres partenaires devront être travaillées.
- Faire un relevé des situations d'urgence SMA sur 3 mois auprès des membres de la PF SMA, auprès des psychiatres de garde, auprès des hôpitaux somatiques et psychiatriques et enfin auprès des équipes mobiles infirmières Nord et Broye et auprès du dispositif urgence-crise (CPNVD).
- Lisibilité des dispositifs existant en lien avec la réponse à l'urgence

Les propositions ci-dessus ont été transmises aux responsables des projets « Réponse à l'urgence » du Nord et de la Broye. Des réflexions et développement dans le sens de ces propositions devraient être initiés.

## Conclusion

---

Dans ce rapport, le GT a priorisé des propositions en lien direct avec la réponse à l'urgence : phase vulnérabilité/urgence-crise.

Cependant le rapport propose d'autres éléments à prendre en compte : propositions en lien avec les phases de vulnérabilité/transition et stabilité. Ces différents éléments contribuent à favoriser l'anticipation de la crise et à diminuer les hospitalisations inappropriées.

Des travaux sont déjà en cours pour la mise en place du plan de crise conjoint chez plusieurs partenaires avec l'appui du canton (e-learning, formation en présentiel). Les autres partenaires intéressés peuvent solliciter ce soutien pour la mise en place du PCC.

Les dispositifs Urgence-crise et l'Equipe de psychiatrie mobile présenteront leurs prestations lors des prochaines rencontres de la Plateforme.

Les aspects liés à la formation feront l'objet d'un point de l'ordre du jour d'une plateforme. Les membres de la PF ont fait part de leurs fortes préoccupations en lien avec les compétences de base en psychiatrie.

Et enfin, des groupes de travail pourront être mis en place si souhaité par les membres de la PF SMA, par exemple en lien avec l'harmonisation des procédures de collaboration interinstitutionnelles et/ou des outils d'évaluation ou de communication, ou encore avec la transition.

Pour le rapport,  
May Rivier, coordinatrice PF SMA, RSNB  
Yverdon, 9 décembre 2019