

Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Date :	30/07/1992
Type :	Circulaires / Instructions ministérielles
Rubrique :	05. Organisation des soins
Thème(s) :	Soins en psychiatrie

La priorité absolue qu'attachent les pouvoirs publics à la réorganisation générale des services d'accueil des urgences hospitalières a été récemment réaffirmée par deux textes visés en référence, l'un, définissant les principes généraux de l'amélioration des conditions d'accueil des urgences et attribuant des moyens de renforcement immédiats, l'autre reprenant et complétant la circulaire précédente et proposant un guide d'organisation de ces services.

Ces textes annonçaient déjà la nécessité d'une amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques en les intégrant dans les services d'accueil des urgences.

Ces orientations s'inscrivent désormais dans le cadre de la loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, prévoyant un schéma d'organisation sanitaire pour chaque région ; elles en précisent le volet urgences.

Le souci de réponse à l'urgence psychiatrique était une préoccupation de longue date de mes services, s'exprimant dans les textes spécifiques à cette discipline et plus récemment dans la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

Le but de la présente circulaire est de préciser, compte tenu des particularités d'équipement de la psychiatrie, les différentes modalités d'organisation à mettre en oeuvre pour répondre au mieux aux urgences psychiatriques en les intégrant dans le volet urgence des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

L'analyse de la situation actuelle constate, d'après l'étude des schémas départementaux d'organisation achevés et des différentes publications disponibles (notamment le rapport au Conseil économique et social présenté par le professeur Steg, et le rapport de la commission des maladies mentales) :

- l'hétérogénéité de l'organisation de la réponse aux urgences psychiatriques ;
- l'insuffisante articulation entre les circuits urgences générales et urgences spécifiques ;
- l'inégalité dans la répartition des moyens ;
- l'insuffisance, assez généralement repérée, de la réponse aux urgences psychiatriques dans les centres hospitaliers assurant des soins généraux y compris C.H.R. et C.H.U.

En conséquence, les objectifs à atteindre, de façon à obtenir le professionnel compétent le plus rapidement possible et à organiser le parcours le plus bref possible jusqu'au lieu d'accueil, sont les suivants :

- organiser ou améliorer la réception, la régulation et l'orientation des appels concernant l'urgence psychiatrique :
- en l'insérant pleinement dans le dispositif du SAMU-centre 15 ;
- en favorisant l'articulation du SAMU-centre 15 avec les secteurs psychiatriques et les autres réseaux existants ;
- en développant des centres médico-psychologiques ;
- mettre en oeuvre une réponse psychiatrique efficace dans les pôles d'accueil des urgences retenus dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire ;
- accroître la réponse aux urgences psychiatriques dans le cadre extra-hospitalier pour favoriser les interventions de proximité ;
- améliorer, s'il y a lieu, les procédures d'admission dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.

Bien évidemment, le principe fondamental du droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé, tel qu'il est affirmé aux articles L. 326-1 et L. 710-1 du code de la santé publique, doit être respecté.

I. - Analyse de la situation

I.1. Les situations d'urgence en psychiatrie : définition et fréquence

Plusieurs définitions de la notion d'urgence en psychiatrie sont nécessaires pour en cerner les différentes composantes.

a) Les professionnels de la psychiatrie en proposent la définition suivante :

' L'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique. ' (Définition du groupe de travail de la commission des maladies mentales, 1991.)

b) Les spécialistes de l'urgence y intègrent des états d'urgence autres que strictement psychiatriques :

' L'urgence psychiatrique recouvre en réalité trois grandes catégories d'états pathologiques :

' - l'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, grand état d'angoisse, agitation), qui à l'évidence nécessite une prise en charge en milieu psychiatrique après élimination par le diagnostic d'une affection organique ;

' - les urgences psychiatriques mixtes regroupent les malades qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées : tentatives de suicide, délirium tremens, etc. ;

' - les états aigus transitoires c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'événements, conflits et détresse très souvent vécus dans la solitude (tentative de suicide, ivresse, etc. ' (Définition adoptée par le rapport présenté au conseil économique et social par le professeur Steg en 1989.)

Ainsi selon la définition prise en compte, la part des urgences psychiatriques dans la totalité des urgences se

présentant dans un service d'accueil des urgences est estimée de 10 à 30 p. 100.

Les urgences en psychiatrie sont très diverses et peuvent revêtir d'emblée un caractère bruyant et souvent grave (suicide ou hétéroagressivité) ou être la révélation d'un état pathologique qui pourra entraîner des manifestations différées dans le temps (décompensation, installation de maladies psychologiques ou somatiques).

c) Ces définitions doivent encore être complétées et éclairées par la notion de crise : selon les professionnels qui s'y sont intéressés, la crise se situe en amont de l'urgence, dont elle doit selon eux être distinguée ; il s'agit en général d'une situation interactive conflictuelle impliquant le malade et son environnement (famille, voisins, milieu professionnel, médecin traitant, services sociaux ou municipaux...) ; c'est un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte.

Dans la pratique on constate que les notions d'urgence et de crise sont souvent amenées à se recouper.

Cependant, dans tous les cas une prise en charge rapide et appropriée de cette manifestation urgente est donc primordiale, car de la qualité de la réponse peut dépendre, en partie, l'évolution de la situation et ses répercussions sur l'environnement familial, professionnel et social.

I.2. Description des modalités actuelles de réponses aux urgences psychiatriques

I.2.1. Les centres de réception, de régulation des appels (S.A.M.U.-centre 15)

Les S.A.M.U.-centre 15, en amont des services d'accueil des urgences, du fait de leur fonctionnement permanent, de la gratuité de l'appel et de la facilité d'accès du numéro 15, sont un moyen de réguler les appels et de proposer une réponse adaptée ; en matière d'urgence psychiatrique, ils sont sollicités de façon diverse, et leur articulation avec l'ensemble des structures psychiatriques et des médecins libéraux pourrait être améliorée.

I.2.2. La réponse dans le circuit des urgences générales

La grande majorité des urgences psychiatriques arrive dans les services d'urgences générales des centres hospitaliers. Le plus souvent, le patient se présente seul, ou accompagné par sa famille, ou adressé par un médecin. Par ordre de fréquence décroissante, les troubles rencontrés sont : les tentatives de suicide, les états dépressifs et anxieux, l'alcoolisme et les toxicomanies, les états d'agitation ; psychoses et états démentiels ne représentant qu'un faible pourcentage.

Les possibilités de réponse dans les unités d'accueil aux urgences générales sont extrêmement variables ; de nombreux centres hospitaliers ne disposent d'aucune présence psychiatrique aux urgences et pour les autres, elle varie du simple passage d'un vacataire le matin à la présence permanente avec garde (source : enquête de la commission des maladies mentales). La diversité de ces réponses correspond plus à l'histoire et aux opportunités locales qu'à une véritable organisation de la réponse à l'urgence psychiatrique étayée sur une étude des besoins.

I.2.3. La réponse dans les structures spécialisées en psychiatrie publique

Elles se sont mises en place parallèlement au circuit des urgences générales ; il s'agit des équipements habituels des secteurs de psychiatrie, parfois renforcés de moyens complémentaires réservés à l'accueil

d'urgence : centre médico-psychologique, centre d'accueil permanent ; beaucoup plus rarement centre de crise, services d'hospitalisation complète des centres hospitaliers assurant principalement des soins spécialisés en psychiatrie, avec ou sans unité d'accueil d'urgence.

Selon leur implantation, leur notoriété et leurs modalités de fonctionnement, les centres médico-psychologiques reçoivent plus ou moins d'appels et de consultations en urgence ; comme les centres de crise lorsqu'ils existent, ils sont souvent sollicités les premiers pour les situations de crise impliquant plusieurs partenaires (famille, entourage, services sociaux). Ils sont à même d'assurer une irremplaçable fonction d'intervention à domicile. Cependant ils restent pour un grand nombre d'entre eux encore mal connus des professionnels comme de la population, et leurs plages d'ouverture, variables, sont parfois insuffisantes.

Le centre hospitalier assurant principalement des soins spécialisés en psychiatrie, quant à lui se situe dans plus de la moitié des cas au deuxième niveau de l'urgence, celle-ci lui étant adressée soit par les centres hospitaliers assurant des soins généraux, soit par les centres médico-psychologiques. Par ordre de fréquence décroissante, les pathologies rencontrées sont : les psychoses, l'alcoolisme et la toxicomanie, les états d'agitation, les états démentiels. Les états dépressifs, anxieux et plus encore les tentatives de suicide ne représentent qu'une faible proportion des patients. S'il existe des réalisations de grande qualité dans certains de ces centres hospitaliers, il arrive aussi que l'accueil ne soit pas organisé de façon satisfaisante et que l'admission, temps fort d'une hospitalisation, s'effectue dans des conditions préjudiciables à la poursuite de soins adaptés.

I.2.4. Les autres modalités de réponses à l'urgence

Il convient également de prendre en compte : les consultations en urgence des généralistes, des psychiatres libéraux, celles des regroupements de professionnels spécialisés dans la réponse à l'urgence psychiatrique ainsi que l'hospitalisation en urgence dans les cliniques privées.

Les réseaux d'écoute téléphonique animés par des bénévoles remplissent une fonction spécifique et importante ; toutefois leurs échanges avec les services médicaux sont encore insuffisamment organisés.

Il ressort, de ce constat de l'existant qu'un effort pour réduire les inégalités dans l'accueil aux urgences psychiatriques est indispensable, en améliorant et en coordonnant les différents réseaux et structures.

II. - Mesures à mettre en oeuvre

II.1. Réception, régulation et orientation des appels concernant l'urgence psychiatrique

Afin que les usagers et les professionnels puissent obtenir une réponse permanente adaptée au plus près possible de la demande, il convient de développer deux pôles complémentaires qui doivent parfaitement communiquer entre eux : les S.A.M.U.-centre 15 et les centres médico-psychologiques.

II.1.1. Le S.A.M.U.-centre 15

Assurant une écoute médicale permanente et maintenant mieux connu de la population, le S.A.M.U.-centre 15, dans le cadre de ses missions, régule la prise en charge des urgences psychiatriques.

Pour remplir cette mission, il doit disposer du répertoire à jour du dispositif opérationnel des différentes structures intra et extrahospitalières psychiatriques ainsi que de leurs possibilités de réponse clairement

définies (horaires, modalités d'intervention...) et, le cas échéant, des coordonnées des psychiatres libéraux et associations d'urgentistes spécialisés.

Le médecin régulateur pourra faire appel s'il le juge nécessaire, pour affiner le diagnostic et la réponse à un psychiatre soit au centre médico-psychologique, soit à l'unité d'accueil des urgences. S'il y a lieu d'intervenir, il pourra alors :

- soit déclencher les moyens d'interventions habituels (S.M.U.R., médecins généralistes ou spécialistes, associations urgentistes) ;
- soit, compte tenu du dispositif de soins extra-hospitaliers en psychiatrie, faire appel aux centres médico-psychologiques, aux centres de crise ;
- soit organiser des réponses conjointes avec le S.M.U.R., l'équipe psychiatrique, la police ou les pompiers.

Afin d'optimiser les orientations vers ces différentes structures, le préfet du département devra mettre en place, dans les six mois suivant la publication de la présente circulaire, dans le cadre du conseil départemental de santé mentale, un sous-groupe 'urgences psychiatriques' chargé de faciliter la concertation entre les différents professionnels concernés (équipes psychiatriques mais aussi personnel des services d'urgence, et des S.A.M.U.-centre 15, médecins libéraux) de faire des propositions d'organisation du système d'urgences et la mise au point du répertoire.

Ce sous-groupe sera également chargé de concevoir l'organisation de l'information locale des élus, des professionnels et du public, en complément des informations générales sur la bonne utilisation du centre 15.

Pour permettre le bon fonctionnement du système, la formation des personnels à la régulation des urgences psychiatriques doit être une priorité. En outre la collaboration des médecins régulateurs et des équipes psychiatriques mènera à une meilleure formation réciproque.

II.1.2. Réception des appels à l'échelon du secteur psychiatrique

Dans le cadre des missions du secteur, telles que définies par la circulaire du 14 mars 1990 du fait de sa proximité et des possibilités d'écoute spécialisée, le contact direct avec le centre médicopsychologique doit être développé pendant les heures d'ouverture. Pour cela, il lui appartient de poursuivre l'information notamment auprès de ses partenaires. L'appel téléphonique au centre médicopsychologique, fréquent pour les malades déjà suivis et pour les correspondants sociaux, doit trouver une réponse.

De plus le centre médico-psychologique doit impérativement se doter d'un répondeur indiquant, en dehors de ses heures d'ouverture, les coordonnées du S.A.M.U.-centre 15 et celles du lieu d'accueil permanent des urgences psychiatriques. Il s'agira le plus souvent du service d'urgence des centres hospitaliers retenus dans le schéma régional mais aussi, lorsqu'ils existent, des centres d'accueil permanent ou des centres de crise.

II.1.3. Articulation avec d'autres réseaux d'écoute téléphonique et de prise en charge

L'appel arrivant au S.A.M.U.-centre 15 ou au centre médicopsychologique pourra, après une analyse attentive de celui-ci, dans certains cas, être dirigé :

- vers des réseaux d'écoute spécialisée ;
- vers des structures ou des associations spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées, des alcooliques, des toxicomanes ou des personnes en difficulté sociale.

Pour que ces articulations soient effectives, il serait souhaitable que des contacts soient établis avec ces

différents partenaires en concertation avec les organismes publics du département.

II.2. L'organisation de l'urgence psychiatrique dans les centres hospitaliers assurant les soins généraux y compris C.H.R. et C.H.U.

II.2.1. Place de la psychiatrie aux urgences générales

Il est nécessaire de développer la présence des équipes psychiatriques aux urgences car ces centres hospitaliers représentent le lieu d'accueil naturel de toutes les urgences. Il est ainsi, souvent possible, dans cet espace banalisé de dédramatiser des situations à composantes psychiatriques.

La circulaire du 14 mars 1990, en continuité avec les objectifs de la sectorisation psychiatrique et celle du 14 mai 1991 prévoient l'accueil des urgences psychiatriques dans les centres hospitaliers. Un schéma régional d'organisation des urgences, composant du S.R.O.S. fixe les pôles d'accueil des urgences et vous devrez veiller à ce qu'ils comportent une réponse appropriée à la fréquence déjà évoquée des urgences psychiatriques.

L'organisation de ces pôles d'accueil doit permettre une réponse spécialisée permanente et une possibilité d'hospitalisation de très courte durée : s'il s'avère nécessaire de parfaire l'observation et d'engager le traitement ou de permettre une meilleure gestion de la crise en collaboration avec l'entourage du malade, celui-ci doit trouver un lit dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée.

Vous devrez prendre en compte le flux des urgences psychiatriques dans la détermination de la capacité en lits de ladite unité.

Le rôle de l'équipe psychiatrique est multiple :

- auprès des patients et de leur famille, pour évaluer, s'il y a lieu traiter immédiatement, orienter et informer ;
- auprès des autres personnels des urgences par un travail de formation en fonction des problèmes rencontrés ;
- et enfin pour faciliter l'articulation très étroite entre cette prise en charge organisée au niveau des services des urgences et le dispositif habituel (secteur psychiatrique, psychiatres libéraux, médecins généralistes, services hospitaliers...) afin d'organiser la continuité des soins ou de s'y inscrire.

Selon la charge de soins de cette équipe, son activité pourrait être partagée, le cas échéant avec d'autres activités relevant de sa compétence sur le site ou à proximité immédiate (psychiatrie de liaison, centre médico-psychologique...).

Afin de poursuivre la participation aux urgences générales des personnels des secteurs actuellement rattachés aux centres hospitaliers assurant principalement des soins spécialisés en psychiatrie, il convient :

- d'impliquer ces secteurs dans la gestion courante des urgences mixtes psychologiques et somatiques ;
- de dégager les moyens en personnel nécessaires, en fonction des possibilités et dans le cadre du schéma départemental d'organisation, afin d'assurer la réelle permanence des soins qui dans bien des cas ne saurait reposer exclusivement sur les seuls personnels psychiatriques des centres hospitaliers assurant les soins généraux.

Les locaux de soins :

Sur la base du dispositif prévu dans la circulaire du 14 mai 1991, il conviendra de veiller à ce que ces locaux permettent de réaliser les entretiens dans de bonnes conditions de calme et de confidentialité. Ils devront être équipés d'un bureau, de lignes téléphoniques et de sièges en nombre suffisant pour accueillir les familles. Si

DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS

nécessaire, en fonction des besoins, une ou plusieurs pièces seront aménagées pour les consultations psychiatriques. Dans certains cas particuliers, les patients et/ou leurs familles pourront être accueillis dans ces pièces.

Les locaux d'hospitalisation de très courte durée :

La majorité des chambres destinées à la psychiatrie sont celles habituellement utilisées dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée. De plus, il est utile de prévoir une zone spécifique permettant l'isolement en cas de besoin.

II.2.2. La prise en charge des suicides et tentatives de suicide au niveau du service des urgences

Compte tenu de l'importance du problème de santé publique posé par les suicides et les tentatives de suicide, un des rôles du service public hospitalier est de mettre en oeuvre des moyens de prévention des récidives.

Par note d'information en date du 31 juillet 1991, votre attention a été appelée sur ces problèmes.

Des actions déjà menées pour améliorer l'accueil des suicidants, il ressort que les modalités suivantes sont à privilégier :

- développement de l'accueil initial : avec une participation active d'infirmiers de secteur psychiatrique ;
- systématisation d'une consultation psychiatrique sur place même s'il n'y a pas hospitalisation. Cette consultation n'est actuellement pas toujours proposée ni même sollicitée tant en raison des difficultés à l'organiser que de la réticence du patient ou de son entourage à parler de l'acte suicidaire dès lors que le danger immédiat est passé. Elle est néanmoins essentielle pour évaluer l'ensemble de la situation et des dangers qu'elle représente. Le médecin traitant est un partenaire privilégié : un compte rendu de cette consultation lui sera adressé, en accord avec le patient.

Dans tous les cas il importe que les patients et leur entourage puissent disposer aisément de coordonnées téléphoniques de consultations spécialisées en psychiatrie, mais aussi de celles des services d'écoute téléphonique des appels de détresse. Ces informations doivent au minimum être affichées dans les locaux.

Le problème des adolescents et jeunes adultes mérite d'être traité spécifiquement. Des actions pilotes sont actuellement réalisées avec le concours de la direction générale de la santé ; elles ont pour but de dégager les modalités d'une prise en charge cohérente, s'articulant à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital. Elles consistent en projets de 'recherche-action' menés depuis le début de l'année 1991 sur sept sites hospitaliers. En 1992, ces projets, menés sous l'égide d'un comité de pilotage composé d'experts avec la participation de l'I.N.S.E.R.M., feront l'objet d'une évaluation fondée sur une comparaison entre les sites pilotes et les sept hôpitaux choisis comme témoins.

D'ores et déjà, il apparaît très souhaitable de proposer le plus souvent possible aux adolescents et jeunes adultes un temps d'hospitalisation afin de bâtir un projet thérapeutique, et d'organiser la continuité des soins. Ce type d'hospitalisation requiert si possible un lieu adapté et une équipe motivée, disponible et compétente. Cette organisation se mettra en place avec l'appui de l'équipe de psychiatrie infanto-juvénile.

II.3. La réponse aux urgences psychiatriques dans le cadre extra-hospitalier public

II.3.1. Le centre médico-psychologique

Le centre médico-psychologique est un des lieux d'accueil privilégié du secteur : l'équipe psychiatrique doit pouvoir recevoir en urgence les patients qui s'adressent à elle directement ou envoyés par les partenaires médico-sociaux. Cela implique une organisation permettant une disponibilité réelle lorsque nécessaire. Il sera dans certains cas utile de revoir le fonctionnement du secteur, la répartition des personnels et l'organisation de locaux spécifiques, afin de favoriser cette disponibilité et une véritable attitude d'accueil. De même, il est très vivement souhaitable que les plages d'ouverture correspondent aux possibilités de consultation des patients avec, par exemple, des possibilités d'ouverture tardive. Certains secteurs se sont dotés de structures de réponse permanentes aux urgences : les centres de crise ou les centres d'accueil permanent.

Dans le même état d'esprit, les équipes psychiatriques doivent conseiller les personnes, familles ou intervenants sociaux qui les sollicitent lorsqu'ils sont confrontés à une pathologie ou à une situation de crise. Il peut s'agir d'une aide à la prise en charge ou à l'organisation d'une hospitalisation, y compris sans consentement.

II.3.2. L'intervention à domicile

L'intervention à domicile est une modalité particulièrement intéressante et utile de la prise en charge de l'urgence et de la crise. La présence d'un spécialiste sur place permet de dédramatiser certaines situations de crise, d'évaluer et d'orienter au mieux, en évitant dans certains cas un recours inapproprié à l'hospitalisation.

Lorsque le patient est connu et déjà engagé dans le processus de soins, l'intervention à domicile peut être relativement aisée grâce à une négociation directe entre le patient et l'équipe soignante. Elle peut être de réalisation plus difficile, notamment s'il s'agit d'un nouveau patient : dans ce cas et après évaluation des informations données par l'entourage, il est souhaitable que l'équipe puisse être accompagnée d'un tiers (médecin généraliste, assistante sociale, pompiers, police, représentants de la mairie...). Dans d'autres situations, l'intervention du S.M.U.R. en première intention, seul ou accompagné d'un soignant psychiatrique, permet l'acceptation plus facile de soins spécialisés.

II.4. La réponse aux urgences dans le cadre des centres hospitaliers assurant principalement des soins spécialisés en psychiatrie

II.4.1. Certains centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ont constitué en leur sein des unités d'accueil des urgences. Ces unités déjà existantes seront retenues dans le volet psychiatrique des urgences du schéma régional d'organisation sanitaire si elles répondent impérativement à un certain nombre de critères :

- implantation dans ou à proximité immédiate d'une agglomération importante, situation proche de l'entrée de l'établissement, ou accès aisé, identification facile ;
- caractère intersectoriel afin d'atteindre une activité suffisante permettant la présence d'un personnel en nombre pour une ouverture permanente ;
- convention avec le ou les centres hospitaliers à proximité assurant des soins généraux, y compris le C.H.R., ou avec le C.H.R. afin d'harmoniser leur fonctionnement ;
- analyse des flux d'urgence, mettant en évidence que ces unités reçoivent la majorité des urgences psychiatriques ;
- des locaux suffisamment vastes pour permettre l'examen des patients et l'attente des familles ou des accompagnants dans des conditions confortables ; les formalités d'accueil devront pouvoir être effectuées sur place.

Ces unités comporteront quelques lits d'hospitalisation de très courte durée ; l'articulation avec le secteur

pour le suivi ultérieur des patients devra être précisée.

II.4.2. Dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie non retenus dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des urgences, l'admission devra toutefois être organisée au mieux. Pour cela l'établissement doit installer un pôle unique permanent de réponse, d'où pourront être joints le médecin, l'administratif et/ou le surveillant de garde, pour préparer l'hospitalisation des malades.

Cette admission concerne l'hospitalisation de patients consécutive à un transfert secondaire ou à une hospitalisation sans consentement, qu'elle vienne des centres médico-psychologiques, des unités d'urgence des hôpitaux généraux ou exceptionnellement de patients venus directement.

Il devra être possible d'examiner le malade avant son admission dans une unité de soins, d'accueillir la famille et de remplir les formalités administratives.

III. - Une action progressive pour la mise en place des moyens

Il appartient aux préfets de région et de département d'engager les crédits, mis à leur disposition dans les enveloppes régionales et départementales, nécessaires au soutien des programmes de modernisation des urgences psychiatriques.

Les moyens nécessaires pour l'organisation de la prise en charge de la psychiatrie dans les systèmes d'urgence pourraient être, également, trouvés par redéploiement des moyens existants. Les moyens ainsi dégagés serviront en priorité à augmenter les temps médicaux.

Des conventions pourront être conclues entre les établissements hospitaliers pour mettre à disposition du personnel infirmier et médical. La couverture des heures de jour, les astreintes et gardes de nuit, seront revues. Leurs modalités seront arrêtées en fonction des situations locales, en ne perdant pas de vue la nécessité d'une permanence effective sur chaque site d'urgence.

Il est nécessaire de réserver une partie des crédits de formation des établissements hospitaliers aux actions de formation et de sensibilisation des personnels aux urgences psychiatriques.

Tous les projets de restructuration en cours et futurs devront s'intégrer dans le cadre des schémas départementaux d'organisation de psychiatrie, pris en considération dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

L'organisation des locaux devra être mise à niveau en fonction des programmes de travaux prévus. Lorsque les contraintes financières l'exigent, le recours à la marge de manoeuvre mise en place par les instructions budgétaires en vigueur pourra être effectué.

Un bilan régional des actions de modernisation engagées selon les dispositions de la présente circulaire devra m'être adressé d'ici à la fin de l'année 1993.

Références :

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de

troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ;
Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ;
Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ;
Décret n° 91-1410 du 31 décembre 1991 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire ;
Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement ;
Arrêté du 31 mars 1992 pris en application de l'article R. 712-10 du code de la santé publique, portant définition du contenu obligatoire des schémas régionaux d'organisation sanitaire ;
Circulaire n° 90-326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences ;
Circulaire n° 90-5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique en santé mentale ;
Circulaire n° 91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation ;
Note DGS n° 55 d'information sur les problèmes de suicides et tentatives de suicide.

Direction des hôpitaux, Direction générale de la santé.

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) à Madame et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]).

Non parue au Journal officiel.