

Fiche Action D6 : Réaliser un travail structurel sur le recours à l'urgence.

Constats :

Les constats issus du diagnostic sont les suivants :

- Situations d'urgence sans réponse
- Manque de coordination avec le centre 15
- Absence de définitions commune de l'urgence en psychiatrie
- L'absence de critères et de procédures lisibles pour coordonner les acteurs de l'intervention en urgence
- Mauvais adressage aux urgences de situations semi urgents par défaut d'accès rapide sur les dispositifs de soins courant, de situations non urgentes pour contournement des délais d'attente
- La méconnaissance des portes d'entrées autres que les services d'urgence (ex : le SPAO)
- La complexité des adressages par rapport à la sectorisation de la psychiatrie
- Manque d'adaptation du système d'urgence à la prévention de situation de la crise

Description de l'action

L'objectif de cette action est d'améliorer la lisibilité du dispositif d'urgence sur le département et son organisation afin in fine d'en limiter le recours ainsi que le nombre d'hospitalisations sans consentement et ainsi agir sur l'une des causes racines de nombreux dysfonctionnements en termes de parcours, fortement identifiée lors du diagnostic.

Il s'agit également de développer les compétences psychiatriques de la régulation 15.

Axe D : Anticiper, assouplir l'offre

Rappel des objectifs opérationnels

- Permettre à chaque acteur d'identifier son rôle dans la filière de l'urgence
- Améliorer la lisibilité du dispositif
- Éviter les ruptures de parcours
- Limiter le recours aux soins sans consentement
- Renforcer la valence psychiatrie au sein du centre 15
- Développer les connaissances des procédures de déclenchement des soins psychiatriques.

Pilote(s) :

- CPT : CHGR/CHU :
Dr TRAVERS
- GHT Haute Bretagne &
Rance Emeraude :
Dr LE HÔ

Contributeurs :

- Médecins de ville -SOS
médecins
- Centre 15
- SOS médecin
- UNAFAM
- Représentants des Usagers
- Représentants des GEM
- Infirmiers libéraux
- CLSM
- Représentants sanitaires
psychiatrie
- Médecin référent protection
de l'enfance en qualité
d'expert d'usage

Articulation politiques publiques et démarches territoriales

- Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022
- Rapport du « Centre de preuves en psychiatrie », octobre 2015
- PMPS du GHT Haute Bretagne et de Rance Emeraude
- Travaux du CRSM
- CLSPD (... Prévention de la délinquance)

Déclinaison	Modalité de réalisation des phasages	Référénts de phasage	Calendrier	Moyens nécessaires
<p>I. Définir et diffuser/partager une cartographie fonctionnelle de l'urgence à deux niveaux (urgences, usagers)</p>	<p>1.1) Identifier toutes les ressources et les variables à leur associer (âge : enfants, adultes, personnes âgées ; niveau de recours : soins courant, soins spécialités de recours ; du degré d'urgence : urgent, semi urgent, programmé ; géographie ; public, privé ; sanitaire, médico-social, social, associatif ; identification des référents...).</p> <p>Identifier et définir les modalités de recueil puis de mise à jour pour les cartographies dans l'idéal à temps réel.</p> <p>1.2) Créer deux cartographies pour les différents publics :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Cartographie à destination des usagers/grands public (recours à l'urgence/semi urgence/soins programmés) o Cartographie à destination des professionnels sur les mêmes principes. <p>1.3) Définir les modalités de recueil et de mise à jour pour les cartographies</p> <p>1.4) Diffuser les outils avec des modalités différentes pour les deux cartographies</p>	<p>CPT / GHT (urgence) / Représentant des usagers</p>	<p>- 2020</p>	<p>- Moyen technique : outils de partage informatique</p>
<p>II. Travailler aux outils et dispositifs de la régulation des appels d'urgence psychiatriques</p>	<p>Définir les outils d'appui pour la régulation 15 ou avec le futur Service d'Accueil aux Soins SAS (le répertoire les critère d'urgence, les critères décisionnels (cliniques, comportementaux...)).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le préalable à l'existant de cette action est la réalisation de l'action 1 	<p>CPT / GHT (Médecin régulateur, ARM, psychiatre et infirmier).</p>	<p>- 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Brainstorming de l'équipe en charge de cette sous action - Question de l'étape potentiel de présence psychiatre dans les équipes SMUR : moyen RH.
<p>III. Travailler un schéma et une inter-organisation des compétences psychiatriques dans les urgences.</p>	<p>3.1) Avoir une stratégie pour atteindre l'effectif cible d'une présence 7 jours sur 7 sur 9h-minuit.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intégration à tout le dispositif territorial des urgences et à terme l'équipe territoriale existante. - La place des futurs IPA est à réfléchir - Séniorisation des équipes infirmières, in situ ou à distance, par hôpital ou en mutualisé. - Ne pas oublier la formalisation du relai post-urgence, avec envoi systématique et rapide des comptes rendus au niveau des acteurs sanitaires avec l'accord du patient. Penser aussi à l'articulation avec les acteurs non sanitaires (par les espaces de concertation, par les conseils locaux de santé mentale...). <p>3.2) Mettre en place une gestion qualité des dossiers complexe-cas grave : retour sur expérience de situations qui ont posées problème (CREX, RMM, RCP...)</p> <p>3.3) Penser l'intégration des aidants et des acteurs non sanitaires directement impliqués dans la vie du patient</p>	<p>CPT / GHT (binôme médico-soignants des 5 urgences pour toute la partie fonctionnelle et des 5 directions et les 5 chefferies de services pour la partie décisionnelle. (Inclue les urgences pédiatriques))</p>	<p>- 2020-2023</p>	<p>Moyen : volet RH</p>
<p>IV. Définir et rendre opérationnelle l'intervention en crise majeure à domicile</p>	<p>4.1) L'intervention sur crise majeure à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considérer l'ensemble des acteurs : patient/aidant/appelant ; dispositifs sanitaires ; dispositifs de sécurité/loi. - Développer des compétences d'évaluation, de communication et de gestion de la crise au domicile. 	<p>ARS / Régulation Centre 15 / CRSM / SDIS / force de l'ordre (police nationale, municipale et les gendarmeries) / CDU</p>	<p>Dès 2020 et sur tout la durée du PTSM 35 : long terme</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dépend des autres moyens demandés sur le pilotage de l'ensemble des actions, avec le centre 15 ou SAS, de l'infirmier présent aux urgences ou pas.

	<ul style="list-style-type: none"> - Articuler avec le point 2 la question de la psychiatrie en SMUR. - Proposer des organisations entre acteurs (sanitaire, ordre public...) en fonction des typologies de situations. - Faire des propositions sur quels dispositifs à articuler ou solliciter en cas de situations intermédiaire entre soins sans consentement et absence de soins sans consentement. <p>4.2) Traiter spécifiquement la question des soins sans consentement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Support pédagogique pour les différents acteurs - Garantir la connaissance du cadre, l'aide à la décision sur les principes de saisine de la loi et sa proportionnalité, sur les éléments cliniques et comportementaux qui conditionnent son utilisation. 			
V. Travailler au développement des collaborations actives avec les médecins libéraux (notamment auprès des CPTS si elles se créent dans le 35)	<p>Remarque : il existe une seule CPTS sur l'Ille & Vilaine à Combourg.</p> <p>a) Travail des points précédent qui auront créé dispositifs harmonisés & outils.</p> <p>b) Se tourner alors vers les partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CPTS existantes, ADOPS, ARPEL, Ordre, URML - Proposer la mise à disposition des outils et voir ce qui peut être proposé en « échange » du côté de la médecine libérale (créneaux d'urgence ou post urgence...). 	CPT / GHT / ARPEL, ADOPS, Ordre des médecins, URML, CPTS existante	- 2023-2025	Création des CPTS

Modalité de l'évaluation

Action	Résultat attendu	Modalité d'évaluation
Réaliser un travail structurel sur le recours à l'urgence	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la lisibilité du dispositif - Éviter les ruptures de parcours - Limiter le recours aux soins sans consentement - Renforcer la valence psychiatrie au sein du centre 15 - Travailler un schéma et une inter-organisation des compétences psychiatriques dans les urgences - 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs activité services d'urgence - Nombre de sollicitations sur les tranches d'horaires et en fonction des territoires - Prévalence de l'Ille et vilaine dans les soins sans consentement baisse du nombre de soins sans consentement + Suivre le nombre de levé à 24H. - La satisfaction des usagers sur ces nouveaux outils de régulation mais également auprès des acteurs du quotidien, CMP, associations, Familles

Points de vigilance

/

